

我が国の精神保健福祉

(精神保健福祉ハンドブック)

平成12年度版

監修 精神保健福祉研究会

我が国の精神保健福祉

(精神保健福祉ハンドブック)

平成12年度版



監修 精神保健福祉研究会

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
(11) 精神保健福祉士法の制定	31
(12) 精神保健福祉士法平成11年改正	36
(13) 平成13年1月の省庁再編に伴う厚生労働省の設置	39
2. 精神保健福祉に関する行政組織	40
(1) 国	40
(2) 都道府県・指定都市	41
(3) 保健所	42
(4) 市町村	42
3. 地域精神保健福祉	45
(1) 地域精神保健福祉活動の目標と計画	46
(2) 地域精神保健福祉活動の主体	49
ア 精神保健福祉センターの役割	49
イ 保健所の役割	49
ウ 市町村	50
4. 精神保健福祉に関する財政	51
(1) 国民医療費における精神医療費	51
(2) 精神保健福祉関係予算	51
ア 措置入院費	51
イ 通院医療費	52
ウ 医療保護入院費等	52

エ	精神医療適性化対策費等	52
オ	精神障害者社会復帰促進費等補助等	52
	(ア) 精神障害者社会復帰施設等運営費	56
	(イ) 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	57
	(ウ) 精神障害者小規模作業所運営助成費	57
	(エ) 精神障害者手帳交付事業費	58
	(オ) 精神障害者地域生活援助事業費	58
	(カ) 精神障害者訪問介護(ホームヘルプサービス) 試行的事業	58
	(キ) 精神障害者地域生活支援事業費	58
	(ク) 障害者支援体制整備推進事業費	59
	(ケ) 「障害者の明るいくらし」促進事業費及び市町村障害者社会 参加促進事業費	59
カ	精神病院等の施設整備費助成費	59
	(ア) 精神病院	59
	(イ) 精神保健福祉センター等	60
キ	精神病院等の設備整備費補助	61
ク	医療施設近代化施設整備事業	61
ケ	地方交付税	62
コ	資金融資	62

第三章 精神障害者対策

1.	精神医療対策	68
	(1) 医療施設	68
	ア 精神病院の現状	68
	イ 患者	69
	ウ 地域医療計画	69

エ	都道府県の設置義務	69
オ	指定病院	70
カ	精神科診療所	71
(2)	保護者	72
(3)	入院制度	72
ア	精神保健指定医	72
イ	診療及び保護の申請等	74
ウ	入院形態	76
エ	医療保護入院時の移送制度	81
オ	入院時の告知	82
カ	入院患者の処遇	82
キ	措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告	83
ク	精神医療審査会	83
ケ	精神病院等に対する監督	85
(4)	通院医療	86
ア	通院医療費公費負担制度	86
イ	精神科デイ・ケア等	87
(5)	精神医療に係る社会保険診療報酬	91
ア	社会保険診療報酬の取扱い	91
イ	精神科医療費	94
2.	社会復帰・福祉対策	95
(1)	社会復帰・福祉対策の概要	95
(2)	精神障害者社会復帰施設	99
ア	社会復帰施設の概要	99
イ	社会復帰施設	100
	(ア) 精神障害者生活訓練施設(援護寮)	100
	(イ) 精神障害者授産施設	101

(ウ) 精神障害者福祉ホーム	102
(エ) 精神障害者福祉工場	103
(3) 精神障害者手帳交付事業	104
ア 手帳の対象者と障害等級	104
イ 交付手続	105
ウ 手帳に基づく支援施策	106
(4) 保健所における社会復帰促進事業	107
(5) その他の事業	108
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	108
イ 精神障害者小規模作業所運営助成事業	108
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)	109
エ 精神障害者訪問介護(ホームヘルプサービス)試行的事業	109
オ 長期在院患者の療養体制整備事業(精神障害者福祉ホームB型)	110
カ 「障害者の明るいくらし」促進事業費及び市町村障害者社会復 参加進事業費	111
キ 精神病院の相談・援助等(第38条)	111

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	112
(1) 痴呆の医学	113
(2) 痴呆の疫学調査, 将来推計	120
(3) 痴呆性老人対策の経緯	121
(4) 老人性痴呆疾患対策概要	124
(5) 痴呆性高齢者と介護保険制度	135
2. アルコール関連問題対策	136
(1) アルコールの疫学	136
(2) アルコール関連問題	138

ア	アルコールに起因する身体的障害	138
イ	アルコールに起因する精神的障害	139
ウ	アルコールに起因する社会的障害	140
(3)	アルコール関連問題対策	141
ア	一次予防	143
イ	二次予防	143
ウ	三次予防	144
(4)	アルコール依存症の研修	144
3.	その他の地域精神保健対策	146
(1)	思春期精神保健対策	146
ア	精神保健福祉センターにおける相談指導等	146
イ	専門職に対する研修	147
(2)	心の健康づくり対策	147
ア	心の健康づくり対策の経緯	148
イ	心の健康づくり対策に関連する事業	148
(3)	「性」に関する対策	149
ア	性に関する心の悩み相談事業	150
イ	その他の関連事業	150
4.	薬物乱用防止対策	151
(1)	薬物乱用の現状と対策	151
(2)	薬物乱用、依存および中毒	152
(3)	薬物乱用についての疫学調査の結果	153
(4)	覚せい剤慢性中毒者に対する医療保護	157
(5)	薬物乱用・依存者に対する対応の現状	157
(6)	精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業の実施	159
(7)	今後の課題	159
5.	精神保健福祉に関する調査研究	162

(1) 研究の推進	162
(2) 国立精神・神経センターの組織	162
(3) 精神保健研究所	163
ア 沿革	163
イ 研究内容	164
ウ 研修	167
エ 技術交流	168

第五章 諸外国における精神医療

1. アメリカ合衆国の精神医療	169
2. ヨーロッパ諸国の精神医療	171
3. アジア諸国の精神医療	175

第六章 関連法規及び施設

1. 厚生省関係	178
(1) 社会福祉事業法	178
(2) 生活保護法	179
(3) 児童福祉法	180
(4) 老人福祉法	181
(5) 精神薄弱者福祉法	182
(6) 国民年金法及び厚生年金保険法	184
2. 文部省関係	184
3. 法務省関係	185

(資 料 編)

I 精神保健福祉関係法令

1. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	187
2. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令	235
3. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則	242
4. 精神保健福祉士法	262
5. 精神保健福祉士法の一部の施行期日を定める政令	
6. 精神保健福祉士法施行令	
7. 精神保健福祉士法施行規則	274
8. 精神障害者社会復帰施設の整備及び運営に関する基準	283
9. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項の 規定に基づき厚生大臣の定める基準(63.4.8告示127号)	294
10. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第2項に規定に 基づき厚生大臣が定める行動の制限(63.4.8告示128号)	295
11. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項に規定に 基づき厚生大臣が定める行動の制限(63.4.8告示129号)	296
12. 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(63.4.8告示130号)	297
13. 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)	301
14. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の2第3項の 規定に基づき厚生大臣が定める行動の制限(12.3.28告示96号)	302

II 通知・審議会意見等

(審議会意見等)

1. 覚せい剤中毒者対策に関する意見 (57.11.12公衛審) 303
2. 精神衛生法改正の基本的な方向について (中間メモ)
(61.12.23公衛審) 308
3. 精神障害者の社会復帰に関する意見 (61.7.25公衛審) 312
4. 今後における精神保健対策について (5.3.17公衛審) 317
5. 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) 324
6. 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) 329
7. 当面の精神保健対策について (6.8.10公衛審) 336
8. 精神保健福祉法に関する専門委員会報告書 (10.9.7専門委員会) 340
9. 今後の精神保健福祉施策について (11.1.14公衛審) 349
10. 障害者プランの概要 354
11. 障害者プラン (7.12.18障害者施策推進本部) 358

(医 療)

12. 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) 377
13. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第12条に規定する
精神医療審査会について (12.3.28障第209号) 380
14. 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) 391
15. 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) 395
16. 精神障害者の移送に関する事務処理基準について

(12.3.31障第243号)	398
17. 精神病院に対する指導監督等の徹底について (10.3.3障第113号, 健政発第232号, 医薬発第176号, 社授第491号)	413
18. 精神病院に対する指導監査等の徹底について (10.3.3障精第16号)	425
19. 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の 施行について (12.3.31障第247号)	431
(社会復帰)	
20. 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) 実施について (12.3.31障第24号)	440
21. 精神障害者社会適応訓練事業の実施について (12.3.31障第250号)	446
22. 精神障害者訪問介護 (ホームヘルプサービス) 試行的事業の実施 について (11.7.22障第468号)	449
23. 知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度に ついて (11.9.22障第619号)	453
24. 地域生活援助事業の相互利用制度について (11.9.22障第618号)	456
25. 長期在院患者の療養体制整備事業の実施について (11.8.10障第514号)	458
26. 精神病院療養環境整備事業の実施について (10.12.11障第710号)	462
(手 帳)	
27. 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について (12.3.31障第245号)	463
28. 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)	473

29. 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)	485
(老 人)	
30. 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)	488
31. 痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設の 施設整備基準について (63.7.5健医785号)	491
32. 老人性痴呆疾患センター事業実施要綱について (元.7.11健医850号)	497
33. 老人性痴呆疾患療養病棟施設整備基準について (3.6.26健医819号)	499
34. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について (12.3.31障第251号)	502
35. 精神保健福祉センター運営要領について (8.1.19健医57号)	511

III 参考資料

IV 精神保健関係年表

V その他

第1章 精神保健の基礎知識

1. 精神保健とは

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

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

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

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

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

以上はいわば広義の精神保健といわれるものであるが、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、麻酔や痙れんなどの神経症状や知能障害を起こす。これらの外因の多くは予防可能であり、その意味で胎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。

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、第二次性徴があらわれ、この変化は少年少女の心理を強く動揺させ不安定にさせる。

このような内的不安定は、一方において彼らの知的活動を刺戟し、抽象的、観念的な思考力を飛躍的に発達させる。少年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令でもある。とりわけ精神分裂病の初期症状は、思春期の心性の特徴と似ている点が多いのでそ

の対応には専門的な判断が重要になる。

現在のわが国では高校進学率は96%以上、大学・短大進学率は44%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への自覚、さらには更年期障害と一般にいわれている内分泌系の失調は様々な精神保健上の問題を惹起する要因となっている。この時期にこうした問題に遭遇することは、家族や周囲の人々にとってかなり重荷になるという意味で、社会的な影響も大きく、精神保健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・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、記銘力、記憶力や知能の低下が起り、新しい知識を身につけてゆくことができにくく、理解力や計算力も悪くなる。思考力の

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えることができるが、社会の急激な変化に伴い生活の場も多様化し、それにしたがって精神保健の課題もさらに広がり示すようになった。その広がりには、海外駐在生活、留学生活など国と国との交流に基づくもの、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、問題をしぼり、家庭、学校、職場の精神保健の現状と課題について略述する。

(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、それら近来発生した問題の多くがいわゆる医学的な疾病(生物学的疾病)とはみられないこともあって、教育相談、児童相談の分野から保健医療まで多種の機関が個々にかかわっているのが特徴である。そのために一般の学校保健、身体の保健に比べ、体制が整えにくく、積極的に取り組みにくいことは否定できない点である。

とはいえ、小学校、中学校、高等学校は、実際問題として多くの学童、青少

年にとって同世代の人たちと集団で過ごす場であり、知識を与えられ、交流し、友人関係を作り、社会的な規制を受ける場であるから、大学教育等が普及し、教育年限が延び就学率が向上するにしたがって、精神保健の問題も増加し多様化するのとは必至のこととなる。そしてそれらに対しては教育の場で第一義的に解決がはかられるのが当然とはいえ、問題の多様化とともにさまざまな領域への波及も起きる。典型的にはいわゆる登校拒否、家庭内暴力、校内暴力などの現象がそれであるが、軽重の度合いもさまざまなこの種の問題についてどのような領域が共同してその原因を探り、対策を講ずるか、また必要とされるケアをどこが担い、その費用負担はどうなるかなど、多くの課題が残されている。

(3) 職場と精神保健

合理化と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

るといふ批判も起きるであろう。

とはいえ、企業にとっての生産性の問題、その一方で個々の病者、障害者の社会復帰にとっての企業の存在の重要性そのものは無視することができず、その間の矛盾を埋めるために、一つには社会的行動に及ぼす疾病の影響、機能不全の防止などの研究が要請され、二つには一般の形態の雇用が困難な人々に対する幅広い雇用保障制度の確立などが不可欠の課題となってくる。わが国の場合、社会の成り立ち、雇用のあり方からみて必ずしも先進諸国に対して職場の壁が厚いとのみはいえないが、リハビリテーションに関する技術面、制度面の早急な検討を迫られているとみるべきであろう。

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、カテゴリー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 F0-F9

- F0 症状性を含む器質性精神障害
- F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害
- F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害
- F3 気分(感情)障害
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F6 成人の人格および行動の障害
- F7 精神遅滞
- F9 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禱に頼っており、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、加藤癲癲病院が11年に東京府から開設許可された。

明治12年になると医育機関で精神病学が教えられるようになった。この年、東京大学ではベルツが、愛知医学校ではロレッツが初めて近代精神病学を講義した。13年には医学校初の精神病舎が愛知医学校に設置された。19年には帝国大学医科大学に精神病学教室が置かれ、初代の榊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ともたね誠胤が精神病を発病し、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、精神障害者に関する規制については、専ら各地方にゆだねられていたものが、ようやく全国的規制として法律が制定されるに至った。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。翌35年には精神病患者救済会が設立さ

れて日本で初めて精神保健運動が行われるようになり、更に、日本神経学会も発足し、39年、「官立医学校ニ精神科設置」の決議を行った。40年には北海道に道府県立以外の公立精神病院として、初めて公立函館区立精神病院が開設された。42年に、41年1月以降公立精神病院およびその退院者につき詳細な調査を行った結果、患者数2万5千人、病床2千5百床、私宅監置約3千人というような精神病者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要なことがわかったため、44年に、「官立精神病院設置」の決議がなされた。

(3) 精神病院法の制定

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

更に、大正5年保健衛生調査会が設置され、6年6月30日、精神障害者の全国一斉調査が行われた。その結果、精神病患者総数は約6万5千人、そのうち精神病院等に入院中のものが約5千人に過ぎず、私宅監置を含めて約6万人の患者が医療の枠外にあるという実状、病院を含む精神病患者収容施設をもたない県が28県もあり、在院患者のほぼ4分の3が東京、京都、大阪におり、東京にはその2分の1が収容されていることが明らかとなった。この結果から、保健衛生調査会は、治療上及び公安上の理由から、精神病患者監護法の改正を決めた。

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

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

精神病院法の内容は、

- ① 内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができ、道府県が設置した精神病院は地方長官の具申によって前項の命令により設置したものとみなすことができる。また内務大臣は第1条の精神病院に代用するため公私立精神病院を指定することができる（代用精神病院）。

② 本法により精神病院に入院させるべき精神病患者は、監護法によって市区町村長が監護すべき者、罪を犯したもので司法官庁がとくに危険があると認める者、療養の道なき者、地方長官が入院の必要を認める者である。

③ 地方長官は入院した者（あるいはその扶養義務者）から入院費の全部または一部を徴収できる。また本法による精神病院に対し建築・設備費の2分の1、運営費の6分の1を国庫が補助する、などを骨子としていた。

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

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

公立精神病院の建築が遅々としてはかどらない一方、在野精神障害者数は増加し、昭和6年の調査によれば患者総数7万余人に対し、収容数は約1万5千人であった。人口当たり病床数は諸外国に比して10分の1の低さを示し、病院数は約90、病院法による施設をもつ府県は僅か3府17県であった。

昭和元年には日本精神衛生会が設置され、また、13年には厚生省が設置され、衛生行政の機構が確立されたにもかかわらず、精神保健対策は十分な効果を挙げるに至らなかった。殊に戦時中においては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 立 精 神 病 者 収 容 所	81	517
私 立 病 院 精 神 科 病 室	10	188
計	189	13,844
神 経, 瀑 布 の 保 養 所	50	714
総 計	239	14,561

(4) 精神衛生法の制定

戦後は、欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入があり、かつ、公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の成立により、精神障害者に対し、適切な医療・保護の機会を提供するため、昭和25年に「精神衛生法」が制定された。

精神衛生法の特徴は次のとおりである。

- ① 精神病院の設置を都道府県に義務付けたこと。
- ② 長期拘束を要する精神障害者は、精神病院、精神科病室その他法律によって収容することを求められている施設に収容することとし、私宅監置制度はその後1年間で廃止することとしたこと。
- ③ 従来は狭義の精神病患者だけを対象にしていたが、新たに精神薄弱者、精神病質者も施策の対象として位置付けたこと。
- ④ 精神障害の発生予防、国民の精神的健康の保持向上の考え方が取り入れられ、精神衛生相談所や訪問指導の規定が置かれたこと。
- ⑤ 精神衛生審議会を新設して、関係官庁と専門家との協力による精神保健行政の推進を図ったこと。
- ⑥ 精神障害者を拘束することが必要かどうかを決定するため精神衛生鑑定医制度が設けられたこと。
- ⑦ 医療保護の必要がある精神障害者については、国民が都道府県知事あて

に診断及び必要な保護を申請できることとしたこと。

⑧ 仮入院制度及び、仮退院制度が設けられたこと。

昭和27年には国立精神衛生研究所が設置され、精神保健に関する総合的な調査研究が行われることになった。

昭和28年には日本精神衛生連盟が結成され、同年11月には第1回全国精神衛生大会が開催された。

一方、この年の精神病床は約3万床で、昭和15年の約2万5千床に比べ、ようやく戦前程度までに回復したが、29年7月の全国精神障害者実態調査によって、精神障害者の全国推定数は130万人、うち要入院は35万人で、病床はその10分の1にも満たないことが判明した。このため同年、法改正により非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対し、国庫補助の規定が設けられ、これが重要な契機となって、病床は急速に増加、いわゆる精神病院ブームの現象を呈し、5年後の35年には約8万5千床に達するなど、精神障害者に対する医療保護は飛躍的に発展するに至った。

また、治療についても従来の療法に加えて薬物療法、更には精神療法や作業療法等の治療方法の進歩によって寛解率は著しく向上し、在院期間が短縮され、かつ、これに伴い予防対策や在宅障害者対策が次第に注目されるようになった。

他方、昭和31年4月1日、厚生省公衆衛生局に精神衛生課が新設され、精神保健行政は一段と強化されることになった。

(5) 精神衛生法40年改正

昭和38年には画期的な精神障害の実態調査が行われた。この調査によって全国的な精神障害者の数、医療の普及度等が明らかになり、25年制定の精神衛生法は、このような状況の推移、社会情勢の著しい変化、精神医学の目ざましい進歩という新しい事態に対応し得なくなってきたので、精神障害の発生予防から、治療、社会復帰までの一貫した施策を内容とする法の全面改正の準備がなされていた。その折しも、39年3月、ライシャワー事件が発生し、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり、そのために準備中の法改正の

必要性に一層の拍車が掛けられた結果、精神衛生法の一部改正が40年6月に行われた。

この法改正の特徴は、

- ① 保健所を地域における精神保健行政の第一線機関として位置づけ、精神衛生相談員を配置できることとし、在宅精神障害者の訪問指導、相談事業を強化したこと。
- ② 保健所に対する技術指導援助などを行う各都道府県の精神保健に関する技術的中核機関として、精神衛生センターを設けたこと。
- ③ 在宅精神障害者の医療の確保を容易にするために、通院医療費公費負担制度を新設したこと。
- ④ 措置入院制度に関連した手続上の改善として、病院管理者による届出の制度、緊急措置入院制度、入院措置の解除規定、守秘義務規定などを新たに加え、適正な医療保護の充実を図ったこと。

等である。

昭和40年の法改正に伴って41年に「保健所における精神衛生業務運営要領」が示され、44年の「精神衛生センター運営要領」と共に地域精神保健活動の整備が図られることとなった。

一方、昭和40年の精神病床は17万床、人口万対17.6床であったものが、昭和50年には28万床、万対24.9床となり、51年には医療法に規定された万床25床を上回るまでに整備されてきた。

また、通院患者の増加も著しく、単科精神病院において昭和40年に1日9千人の通院患者であったものが、昭和50年には2.2万人、昭和59年には2.9万人にもなり、通院医療費公費負担申請者数も、昭和41年、6.6万件から昭和60年48.1万件と7倍になっている。

〔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祥事件を契機に精神衛生法改正を求める声が国内外から強く示されるに至り、厚生省におい

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」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。

(11) 精神保健福祉士法の制定

○精神保健福祉士法制定までの経緯

精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策としては、昭和62年に精神障害者社会復帰施設の一部が法定化されて以来、ハード面の整備に重点をおいた施策に積極的に取り組んできたものであるが、これらのハード面を中心とした社会復帰施策の充実強化を行う一方で、社会復帰のための支援を行う人材（ソフト面）の充実をあわせて行うことが不可欠となっていた。

そのため、精神科ソーシャルワーカーの資格化については、昭和62年の精神衛生法の改正時以来、衆参両院より数回にわたり附帯決議が行われ、公衆衛生審議会からも数度にわたりその必要性が指摘されてきた。

平成6年には、厚生科学研究による精神科ソーシャルワーカー資格化の報告研究書が取りまとめられ、平成7年から8年にかけては、同じく厚生科学研究の「精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者の業務と資格化に関する研究班」において検討が重ねられてきた。

このような流れを受けて、精神障害者が社会復帰を果たす上で障害となっている諸問題を解決し、医師等の医療従事者が行う診療行為に加えて、退院のための環境整備などについての様々な支援を行う人材の養成・確保を図るため、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う者として、精神保健福祉士の資格制度を創設することとしたものである。

精神保健福祉士法は、平成9年5月6日に第140回通常国会に提出、継続審議の結果、12月に臨時国会において可決され、平成10年の4月1日から全面的に施行された。

○法律の概要

1. 業務内容

① 精神障害者に対する種々の相談、助言、指導

(1) 精神障害者に対する政策的な支援に関する相談、助言、指導

精神障害者の社会復帰に向けた自助努力を支援する観点から、精神障害者の求めに応じて、精神障害者が地域において生活していく上で活用可能な様々な選択肢（精神障害者に対する各種給付制度や税の減免措置等の経済的支援施策、精神障害者社会復帰施設や精神障害者が優先的に入居できる公営住宅等の社会資源等）を提供するとともに、当該精神障害者にとって、どのような選択肢を利用することが有利であり最も適しているのか、そのような制度を利用する上で満たすべき条件は何なのか等をよく考慮した上で、精神障害者が目指すべき社会復帰の方向を提案し、誘導していくこと等である。

(2) 精神障害者が日常生活を営んで行く上での種々の相談、助言、指導

精神障害者が社会生活を営んでいく上で支障がないよう、精神障害者を取り巻く家庭環境や友人関係等の生活状況を的確に把握し、精神障害者の求めに応じて相談に応じるとともに、家庭の問題により発病した者に対する家庭環境改善のための助言や退院後の住居や再就労の場の選択

等についての提案、誘導を行い、精神障害者が安心して社会生活を営めるよう種々の配慮を行うこと。

② 精神障害者に対する日常生活への適応のために必要な訓練を行うこと

精神障害者については、精神疾患のために能力障害を有することがあり、急性期の精神症状を抑え入院医療を要さない程度に症状が軽快したとしても、生活能力に障害を持ったまま退院する患者も多い。

そのため、精神障害者に対する日常生活への適応のために必要な訓練を行うこととは、社会復帰の途上にある精神障害者に対し、規則的な生活や金銭の自己管理の訓練をさせる、会話や日常生活上のマナーを修得させる、清掃、洗濯、買い物等の習慣を付けさせる、公共交通機関の利用に慣れさせる等の生活技能を身に付けるための訓練を行うことを指すものである。

③ 精神障害者に対するその他の援助を行うこと

精神障害者がすることが出来ない各種の手続き（休業・休学に関する手続き、医療費の確保の手続き等）を代行するとともに、社会復帰を目指す精神障害者を受け入れる側の家族、学校、会社等に精神障害に関する理解を求めるなど、個々の精神障害者の求めに応じて多様な支援を行うこと。

2. 受験資格

4年制大学において、厚生大臣の指定する精神障害者の保健及び福祉に関する科目を修めて卒業した者を原則としているが、精神保健福祉士試験の受験の機会を幅広いものとするため、これらの者と同等の養成課程として評価することが出来る者（精神保健福祉士法第7条に定める者）についても、受験資格を与えている。

その他、受験資格の特例として、法の施行の際(平成10年4月1日)、現に精神病院、精神障害者社会復帰施設、保健所等において、精神障害者の社会復帰のための相談援助を業として行っている者であって、その期間が5年以上に至ったものについては、厚生大臣が指定した講習会を終了すれば、平成15年3月31日までは、試験を受験することができることとしている。

3. 試験事務及び登録事務の委託

精神保健福祉士試験の実施及び精神保健福祉士の登録の実施に関する事務については、平成10年6月財団法人社会福祉振興・試験センターが厚生大臣の指定を受け実施している。

4. 義務

(1) 信用失墜行為禁止義務

精神保健福祉士が、その業務を円滑に遂行し、精神障害者の社会復帰に貢献するためには、相談援助の相手方である精神障害者及び国民一般との信頼関係を確立する必要がある。そのため、精神保健福祉士の信用を失墜させる行為を行うことを禁じている。

(2) 守秘義務

精神保健福祉士の業務上、精神障害者の精神疾患の状態、病歴・経歴、その家族関係等の個人の秘密に当たるような事情について知る場合があるが、一方でこれらの個人情報是不用意に外部に漏洩すれば、精神障害者に対する誤解や差別を生みかねないものである。そのため、精神障害者のプライバシーを保護し、精神障害者が安心して精神保健福祉士の相談援助を受けられるようにするため、精神保健福祉士には、守秘義務が課されている。

5. 医師との関係

精神症状の安定していない社会復帰上の精神障害者の円滑な社会復帰のためには、個々の精神障害者の精神疾患の状態や治療計画、医学的に必要となる配慮等についても十分に把握した上で、相談援助を行うことが必要である。そのため、精神保健福祉士は、業務を行うに当たって、精神障害者に主治医があるときは、個々の精神障害者の精神疾患の状態や治療計画、医学的に必要となる配慮等について、主治医より必要な助言を受けなければならないものとしたものであり、そのことを精神保健福祉士法上は「医師の指導」と規定している。

6. 名称独占

精神保健福祉士は、いわゆる名称独占資格であり、精神保健福祉士の資格を

有していないものが、精神保健福祉士という名称を使用してはならない。

7. 精神保健福祉士国家試験について

	第1回(平成10年度)	第2回(平成11年度)	合計
受験者数(人)	4,866	3,535	8,401
合格者数(人)	4,338	2,586	6,924
合格率(%)	89.1	73.2	82.4

○精神保健福祉士養成施設について

精神保健福祉士の養成課程においては、大学等において指定科目、基礎科目のいずれも履修していない者について、精神保健福祉士として必要な知識及び技術を修得させるための施設として「精神保健福祉士一般養成施設等」を、大学等において基礎科目を履修しているが指定科目の一部を履修していない者について、指定科目の欠ける部分を修得させるための施設として「精神保健福祉士短期養成施設等」を、指定することとしている。

平成11年度までに開校した精神保健福祉士養成施設は以下のとおり。

精神保健福祉士指定養成施設一覧

平成12年4月1日現在

【短期養成施設】

施設名	所在地	課程
国際医療福祉専門学校	千葉県	昼間
日本福祉教育専門学校	東京都	夜間
山口福祉専門学校	山口県	昼間
福岡中央医療福祉専門学校	福岡県	昼間
智泉総合福祉専門学校	大分県	昼間

【一般養成施設】

施設名	場所	課程
アイシーケア専門学校	福島県	昼間
国際医療福祉専門学校	千葉県	昼間

日本福祉教育専門学校	東京都	昼間・夜間
東京福祉商経専門学校	東京都	夜間
東京国際福祉専門学校	東京都	夜間
静岡医療科学専門学校	静岡県	昼間
日本医療福祉専門学校	愛知県	昼間・夜間
大阪保健福祉専門学校	大阪府	夜間
大阪医専	大阪府	昼間・夜間
山口福祉専門学校	山口県	昼間
福岡中央医療福祉専門学校	福岡県	昼間
麻生医療福祉専門学校福岡校	福岡県	昼間
九州福祉医療専門学校	佐賀県	昼間
智泉総合福祉専門学校	大分県	昼間
宮崎医療福祉専門学校	宮崎県	昼間
城西プロフェッショナル・カレッジ	鹿児島県	昼間

○精神保健福祉士現任者講習会について

法施行後一定期間に限って、指定科目の一部を履修していなかったために受験資格が得られない現任者について、精神保健福祉士の試験を受けられるよう特例措置を設けている。

一定の要件を満たす者については、厚生大臣が指定した講習会を修了すれば、平成15年3月31日までは、試験を受験することができる。平成12年度においては、(社)日本精神病院協会、(社)全国自治体病院協議会、(社福)全国精神障害者社会復帰施設協会の3団体が厚生大臣の指定を受け、講習会を実施している。

(12) 精神保健福祉士法平成11年改正

平成5年の精神保健法改正において、立法府における法案の修正によって、改正

法の附則に「政府は、この法律の施行後5年を目途として、改正後の精神保健法の規定の施行の状況及び精神保健を取り巻く環境の変化を勘案し、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、その結果について所要の措置を講じるものとする」との検討規定が設けられた。

また、障害保健福祉部の創設後、平成8年10月より、障害者関係3審議会（身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会）の合同企画分科会を設け、主として各障害者施策の統合化の観点から議論を行ってきた。

このような状況を踏まえ、5年改正法の施行後5年目にあたる平成11年4月を目途として政府として必要な措置を講じるべく、平成10年3月に、公衆衛生審議会精神保健福祉部会に「精神保健福祉法に関する専門委員会」を設け、精神保健福祉行政全体のあり方について検討を行った。

専門委員会は、その後半年にわたって審議が行われ、平成10年8月に公衆衛生審議会に報告を行った。その後公衆衛生審議会において、専門委員会報告書をベースとして議論が行われ、その結果、平成11年1月14日に公衆衛生審議会の意見書が取りまとめられた。

精神保健福祉法の改正法案は、平成11年3月9日に閣議決定され、同月10日に国会に提出され、同4月28日に参議院において可決され、5月28日に衆議院で可決、成立した。

新精神保健福祉法の概要は以下のとおりである。

- ① 医療保護入院の要件に、その対象者が精神障害によりその同意に基づいた入院を行う状態にない（法第22条の3の規定による入院が行われる状態にない）ものであることを追加したこと
- ② 精神医療審査会の委員数に関する制限を廃止することとしたほか、精神医療審査会に、カルテ等の関係書類の提出、医療委員による患者の診察、関係者に出頭を命じて審問を行う等の独自の調査権限を付与したこと
- ③ 精神保健指定医の診療録記載義務を、指定医の職務全般（公務員としての職

務を除く)に拡充することとしたほか、指定医が違法な処遇を発見した場合に管理者に報告して適切な対応を求めるなど、処遇の改善のための努力する義務が規定されたこと。また、指定医に対する処分として、職務の一時停止処分を追加したこと

- ④ 精神病院に対する厚生大臣等による入院医療の提供の制限命令、改善計画の提出命令に関する規定が設けられたこと
- ⑤ 医療保護入院・応急入院のための移送制度が設けられたこと
- ⑥ 保護者の自傷他害防止監督義務の廃止、自らの医師で継続して医療を受けている患者の保護者の義務の免除等を行ったこと
- ⑦ 精神障害者地域生活支援センターを法定化したこと
- ⑧ 精神障害者社会復帰施設の設備・運営基準の法定化など、社会復帰施設の質の確保のための措置を講じたこと
- ⑨ 在宅福祉事業として、現行の精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)に加え、精神障害者居宅介護等事業(ホームヘルプ)、精神障害者短期入所事業(ショートステイ)を創設し、前記3事業を精神障害者居宅生活支援事業として分類したこと。また居宅生活支援事業については、市町村を単位として事業を実施することとしたこと
- ⑩ 福祉サービスの利用に関する相談・助言を市町村を窓口として実施し、保健所、都道府県が専門的な支援を行うこととしたこと。また、精神障害者保健福祉手帳、通院医療費公費負担の申請窓口を市町村に移管することとしたこと
- ⑪ 精神保健福祉センターの名称を弾力化するとともに、その機能を有する機関を必置とすること。そのうえで、精神医療審査会の事務等の新たな業務を行うこととしたこと
- ⑫ 施行期日については、法施行の日から1年以内に政令で定める日(平成12年4月1日)から施行する。但し、市町村、精神保健福祉センターの機能強化に関する規定(⑨～⑪)は、平成14年4月1日から施行することとしたこと

(13) 平成13年1月の省庁再編に伴う厚生労働省の設置

中央省庁等改革基本法により、平成13年1月6日に厚生省と労働省が統合し厚生労働省が設置された。これに伴い、障害保健福祉部は大臣官房から社会・援護局の中に移動した。

また、公衆衛生審議会については廃止され、精神保健指定医の指定及び指定の取消し等については、医道審議会の医師分科会の中に精神保健指定医資格審査部会を設け、調査審議することとなり、その他の精神保健福祉行政に係るものについては、社会保障審議会でも引き続き審議することとなった。

2. 精神保健福祉に関する行政組織

(1) 国

精神保健福祉行政の推進組織は、厚生労働省では社会・援護局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並びに社会保障審議会及び医道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、知的障害部、社会復帰相談部の研究10部からなっており、研究職32人(定員)を擁している。

社会保障審議会は、厚生労働大臣の諮問に応じて社会保障に関する重要事項を調査審議し、また、医道審議会は、医療法や精神保健福祉法等から規定により権限に属する事項を処理するものである。委員は、それぞれ30人以内で任期は2年であるが、必要に応じて、臨時委員や専門委員を置きおくことができる。これらの委員は、学識経験者のある者などから任命される。

精神保健福祉法第18条及び第19条の2に係るものについては、医道審議会で、また、その他の精神保健福祉行政に係るものについては、社会保障審議会で調査審議することとしている。

また、平成5年における精神保健法の改正により、新たに、厚生労働大臣の指定法人として、精神障害者社会復帰促進センターが設けられている。

精神障害者社会復帰促進センターにおいては、

- ・精神障害者の社会復帰の促進に資するための各種の啓発広報活動を行うこ

と

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

等の業務を担うこととなっている。

なお、障害者の雇用の促進等については、職業安定局で主管しており、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10年度117人配置)。

(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、衛生主管部局等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56施設）が置かれている。業務は、関係諸機関に対する技術指導・援助、関係職員の教育研修、知識や思想の広報普及、精神保健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」及び「精神障害者保健福祉手帳」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可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11年4月1日現在641カ所）である。保健所は、精神保健福祉法をはじめ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子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。

平成11年の精神保健福祉法改正において、精神障害者居宅生活支援事業（グループホーム、ホームヘルプ、ショートステイ）を市町村単位で実施すること、精神障害者福祉サービスの利用に関する相談・調整等や精神障害者保健福祉手

帳，通院医療費公費負担の窓口となる等の規定が設けられた。したがって，平成14年の当該規定の施行後は，市町村が都道府県とともに精神障害者の福祉施策の責任主体としての役割を担っていくこととなる。

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一層の推進を図る必要がある。

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ることとするものである。

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様々で急激な変化があげられる。それに伴って起こってきたいろいろな問題に対する地域社会の耐性が逆に低下していること、その結果、問題解決のための地域社会における新しい取組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言うまでもないが、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増やすと同時に、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側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「ささえしていく」体制の確立が必要であることが認識されてきている。

このような地域ぐるみの活動は本来地域住民自らの組織的な活動によって盛り上げるのが理想である。この入院治療から地域精神保健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、健全な社会適応をも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様々な社会的・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，たとえその数を増やしたとしても到底地域住民のニーズ

に応えることはできないし、地域精神保健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切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、調査研究並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10年度における国民医療費の推計額は29兆8,251億円で、前年度の29兆651億円よりも、26%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7.86%であり、国民一人当たりの医療費は23万5,800円である。精神医療費の推計額は1兆5,726億円で、国民医療費に占める割合は5.3%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、「精神及び行動の障害」は第7位に位置しているが、入院医療費では「循環系の疾患」「新生物」に次いで第3位となっている。

また、精神医療費を入院、入院外の別についてみると、入院医療費が1兆2,203億円で精神医療費総額の77.6%を占めている。

(2) 精神保健福祉関係予算

精神保健福祉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 精神保健福祉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12年度予算における国の精神保健福祉対策費は、約57,813百万円（精神病院等施設・設備費補助金及び社会参加の促進のための経費を除く。）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の措置入院患者の定期病状報告書等の作成に必要な経費である。

オ 精神障害者社会復帰促進費等補助等

この経費は、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，精神障害者地域生活支援センター，精神科救急医療システム整備事業，精神障害者身体合併症治療体制整備試行的事業，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事業，精神障害者手帳交付事業・精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業，長期入院患者の療養体制整備事業に要する経費及び法第7条の規定に基づく精神保健福祉センターの特定相談等に対する補助金である。

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	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	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度
国民医療費	197,290	206,074	218,260	234,784	243,631	257,908	269,577	285,210	290,651	298,251
精神医療費 ¹⁾	12,111	12,260	13,213	13,525	13,920	14,770	13,703	14,685	14,605	15,726
比率(%)	6.1	5.9	6.1	5.8	5.7	5.7	5.1	5.1	5.0	5.3
公費負担医療費	11,094	11,001	11,133	11,519	11,874	12,618	12,953	13,405	14,008	14,686
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 ²⁾	692	669	627	633	647	689	554	543	627	711

資料：国民医療費

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

2) 平成7年6月までは「精神保健法」。

表3 精神保健福祉関係予算

事 項	平成4年度	平成5年	平成6年度
1. 精神障害者措置入院費負担金	19,653,558	16,887,226	15,121,436
2. 精神保健対策費補助金(10から精神保健対策費補助金に変更)	21,982,870	23,761,019	26,185,213
(1) 精神障害者通院医療費補助金	18,378,493	19,741,382	21,457,549
(2) 精神障害者医療保護入院費等補助金	945,333	958,579	1,000,046
(3) 精神医療適正化対策費補助金	277,641	322,422	323,166
(4) 精神障害者社会復帰促進費等補助金	2,381,403	2,738,636	3,404,452
ア. 精神障害者社会復帰推進事業費	507,328	605,291	619,026
イ. 精神障害者小規模作業所運営事業等助成費	232,711	270,634	366,136
ウ. 精神障害者地域生活援助事業費	67,775	142,200	220,207
エ. 精神障害者手帳交付事業費	6,953	7,041	7,120
オ. 精神保健福祉担当職員等特別研修事業費	—	—	—
カ. 心の健康づくり推進事業費	25,338	—	—
キ. 地域精神保健福祉対策推進事業費	—	—	—
ク. 障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業費	—	—	—
ケ. 精神障害者訪問介護試行的事業(ホームヘルプサービス)	—	—	—
コ. 精神障害者生活訓練施設(援護寮)	617,468	674,551	868,002
サ. 精神障害者短期入所生活介護等(ショートステイ)施設	—	5,460	11,118
シ. 精神障害者通所機能付援護寮	—	—	21,952
ス. 精神障害者福祉ホーム	78,400	86,162	97,200
セ. 精神障害者通所授産施設	441,245	504,907	601,533
ソ. 精神障害者入所授産施設	30,652	31,805	67,082
タ. 精神障害者福祉工場	—	—	22,148
チ. 精神障害者地域生活支援センター	—	—	—
ツ. 精神科救急医療システム整備事業	27,370	27,370	27,370
テ. 精神障害者身体合併症治療体制整備試行的事業	—	—	—
ト. 老人性痴呆疾患センター	170,772	203,284	235,611
ナ. 長期入院患者の療養体制整備事業	—	—	—
ニ. 精神保健福祉センター特定相談等事業費	—	—	—
(5) 精神保健福祉センター運営費	175,391	179,931	239,947
3. 精神医療適正化対策費等補助金	—	—	—
(1) 精神医療適正化対策費補助金	—	—	—
(2) 精神保健福祉センター運営費	—	—	—
4. 保健事業費等補助金(精神保健対策費)	391,812	413,220	424,193
5. 保健所運営費交付金(老人性新保健対策費)	1,191,826	519,024	—
6. 保健衛生施設等施設・設備整備費補助金	1,802,182	2,296,312	3,796,230
(1) 精神保健福祉センター	495,158	407,359	656,512
(2) 精神保健福祉センター	25,638	136,803	20,617
(3) 精神科デイ・ケア施設	96,327	189,625	360,767
(4) 精神障害者生活訓練施設(援護寮)	79,233	283,700	406,285
(5) 精神障害者福祉ホーム	60,115	117,754	187,970
(6) 精神障害者通所授産施設	187,399	263,073	512,352
(7) 精神障害者入所授産施設	115,468	110,321	156,237
(8) 精神障害者短期入所生活介護等(ショートステイ)施設	993	9,730	10,329
(9) 精神障害者通所機能付援護寮	—	—	14,670
(10) 精神障害者福祉工場	—	—	68,074
(11) 精神障害者地域生活支援センター	—	—	—
(12) 老人性痴呆疾患治療棟	411,018	383,400	592,392
(13) 老人性痴呆疾患治療棟	289,651	344,930	694,999
(14) 老人性痴呆疾患デイ・ケア施設	41,182	49,617	115,026
(15) 精神障害者身体合併症治療施設	—	—	—
(16) 精神保健福祉士養成施設	—	—	—
(17) 長期入院患者の療養体制整備事業	—	—	—
7. 精神保健医療研究費	84,000	94,000	94,000
合 計	45,106,248	43,970,801	45,621,072
8. 障害保健福祉総合研究経費	—	—	—
9. 「障害者の明るくらし」促進事業費	—	—	—
10. 市町村障害者社会参加促進事業費	—	—	—

*1 8, 9 及び10については、障害者の保健福祉推進のための調査研究及び社会参加の促進を総合的かつ効果的に推進するため、精神障害者、身体障害者及び知的障害者のそれぞれの調査研究、社会参加促進のための事業を統合したものである。

*2 保健衛生施設等施設・設備整備費補助金については、メニュー化予算のため、交付決定ベースの金額である。

(単位：千円)

平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度
8,501,222	5,727,713	6,117,627	6,146,799	5,901,837	5,531,681
23,108,760	21,409,306	34,285,861	39,989,331	44,642,715	51,803,322
16,660,552	12,984,020	24,118,274	30,266,986	33,264,605	36,333,349
1,072,003	1,134,639	1,105,496	967,777	962,028	1,001,250
332,252	224,855	210,372	—	—	—
5,043,953	7,065,792	8,851,719	8,754,568	10,416,082	—
641,212	669,924	706,080	723,769	763,127	802,449
419,479	643,754	779,515	840,416	906,889	992,737
329,780	652,525	745,688	827,564	971,211	1,152,487
11,455	30,558	31,107	6,356	7,881	9,440
—	—	—	—	—	63,615
—	—	—	—	—	—
800,000	800,000	800,000	—	—	—
—	—	—	13,500	—	—
—	—	—	—	86,269	111,215
1,155,585	1,604,496	2,164,145	2,552,349	3,122,789	4,157,489
19,646	26,404	39,921	47,975	67,760	105,237
22,740	—	—	—	—	—
108,680	121,132	142,290	142,632	156,197	172,134
767,489	1,036,928	1,331,523	1,409,746	1,690,218	2,413,598
120,368	256,182	450,627	486,116	527,730	666,373
22,779	68,790	211,689	216,436	290,292	326,504
—	341,244	519,093	742,867	1,000,872	1,764,324
126,582	296,499	385,925	433,635	473,411	1,204,281
—	—	—	16,800	16,814	16,814
252,391	266,805	284,984	294,407	311,485	325,430
—	—	—	—	23,137	71,333
—	—	—	—	—	113,263
245,767	250,551	259,132	—	—	—
—	—	—	296,923	311,483	182,286
—	—	—	188,719	202,630	182,286
—	—	—	108,204	108,853	—
387,244	390,549	331,094	307,491	302,110	295,465
—	—	—	—	—	—
3,415,237	4,885,245	4,789,091	7,608,193	5,779,271	—
667,416	1,130,177	1,013,894	2,370,782	1,324,628	—
46,284	182,599	18,128	979	11,870	—
333,797	377,852	396,107	452,834	366,685	—
462,612	740,323	468,259	1,213,824	623,015	—
200,659	138,319	201,752	239,017	245,003	—
522,916	760,514	547,930	1,174,603	875,244	—
245,885	283,729	251,278	195,229	80,475	—
14,483	17,785	14,917	43,402	23,254	—
15,620	—	—	—	—	—
196,411	370,966	—	106,439	214,630	—
—	569,500	312,385	650,777	523,029	—
518,697	266,763	676,528	298,602	544,679	—
123,778	46,718	787,720	768,531	682,898	—
66,679	—	100,193	93,174	47,593	—
—	—	—	—	1,412	—
—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	214,856	—
94,000	94,000	94,000	—	—	—
35,506,463	32,506,813	45,617,673	54,348,737	51,158,145	—
—	—	—	372,572	381,419	—
—	—	—	1,624,400	1,857,168	—
—	—	—	1,741,734	1,856,334	—

※3 平成12年度より、精神障害者地域生活支援センターが法定化されたことに伴い、精神障害者地域生活支援事業は廃止された。

(ア) 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運営要綱」(平成12年3月31日障第247号厚生省障害保健福祉課長通知)により都道府県, 市町村, 社会福祉法人, 医療法人等が行う精神障害者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
8	5,117	76	57	19
9	4,508	81	61	20
10	3,883	81	61	20
11	3,202	79	59	20
12		74	55	18

注1. 措置入院患者数は各年12月末現在(精神保健福祉課調)

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
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
9	409,052	24,118
10	411,825	30,267
11	473,363	33,265
12	509,722	36,333

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34条に基づく移送に要する経費などに対し、別に定める交付要綱により補助している。

c 精神障害者身体合併症治療体制整備試行的事業費

「精神障害者身体合併症治療体制整備試行的事業実施要綱」(平10.3.30障第198号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)により都道府県が身体合併症を併せ持つ精神障害者の治療を精神障害者身体合併症治療施設において試行的に実施するため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。

d 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」(平成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。

(イ) 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。

(ウ) 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、精神障害者社会復帰促進センター（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。

(エ) 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。

(オ) 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。

(カ) 精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業費

平成14年度から施行される精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）を円滑に行うため、「精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業の実施について」（平成11.7.22障第468号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）により、平成11年度より都道府県評価検討委員会の設置、ホームヘルパーに対する講習会の実施、ホームヘルパーの派遣を内容とした試行的事業を行っている。

(キ) 精神障害者訪問介護員（ホームヘルパー）研修試行的事業費

平成14年度から施行される精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）に関する研修のあり方や内容について検討を行うため、研修

試行的事業を実施している。

(ク) 精神保健福祉担当職員等特別研修事業

平成14年度から施行される精神障害者訪問介護事業（ホームヘルプ）等を市町村が行うことに伴い、当該事業の円滑な実施を図るため、市町村精神保健福祉担当職員や福祉専門職の者に対する研修事業を実施している。

(ク) 障害者ケアマネジメント体制整備推進事業

地域社会における精神障害者の生活を支援し、自立と社会参加を促進するために、保健福祉サービスを中心とした介護等サービス提供支援の事業を試行的に実施するとともに、介護等サービス提供支援の業務を担う介護等支援専門員等の養成研修を平成10年度から実施している。

平成12年度にあっても昨年同様、身体障害者・知的障害者及び精神障害者ごとに実施してきた事業を統合し、障害者の介護等支援サービス体制を総合的かつ効果的に推進している。

(コ) 「障害者の明るいくらし」促進事業費及び市町村障害者社会参加促進事業費

精神障害者の社会参加の促進については、平成7年度から「地域精神保健福祉対策促進事業」により実施してきたところであるが、平成10年度より、身体障害者及び知的障害者の社会参加促進のための事業を統合し、総合的かつ効果的な障害者の社会参加の促進を図っている。

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短期入所生活介護等（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労働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〉

精神保健福祉法第50条第2項、精神障害者社会復帰施設の設備及び

運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号）及び平成12年3月31日障第247号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知「精神障害者社会復帰施設運営要綱」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。

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5年度より精神病院の建て替え整備に対し、主として次の要件を満たす施設を国庫補助（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 整備区域の病棟の病床数を20%以上削減すること。
（ただし、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は10%以上の削減。また、病床非過剰地域にあつて、政策医療を実施しているものは、削減を要しないが、増床を伴わないこと。）
- ⑥ 整備区域の病棟は最低20床以上の病棟であること。

- ⑦ 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こと。

※ なお、患者サービスの向上等を図るものについては、国庫補助基準面積を加算。

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。

なお、精神保健福祉センターの運営費については、平成10年度に一部の事業について一般財源化され、児童及びアルコールの慢性中毒者の精神保健の向上に関する事業並びに精神障害者の社会復帰の促進に関する事業に係るもの以外の経費については、地方交付税交付金に組み込まれた。

また、小規模作業所に対する地方公共団体の運営費補助に係る交付税措置として、都道府県分が平成5年度から、ついで市町村分が平成11年度から地方交付税に算入された。

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%

(ロ) 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

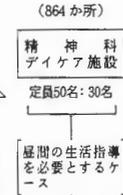
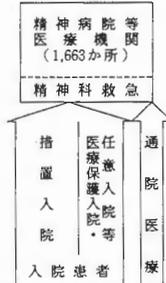
「精神障害者」とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいい(法第5条)、その数は平成8年10月に厚生省大臣官房統計情報部が実施した患者調査から約217万人と推計されている。

精神障害者対策としては、精神保健福祉法に基づき様々な施策を実施しているが、精神障害者の人権に配慮した医療の推進、訪問指導等の地域精神保健活動の充実とともに、精神障害者に対する各種社会復帰施策及び福祉施策が重要なものとなってきている。

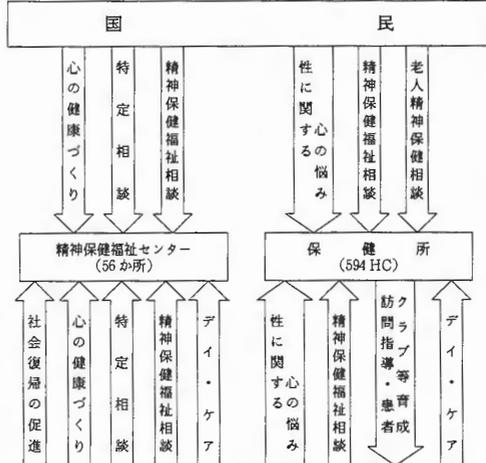
法第5条に該当する者が「精神障害者」として法に定める入院措置や通院医療費の公費負担等の対象とされるが、「神経症」についてもいわゆる精神症状を有する状態の場合には法に定めるこれらの措置の対象とされている。また、知的障害者については、「知的障害者福祉法」に基づいて主として福祉的観点からの取組みが行われており、精神保健福祉法においては主として医療保健対策を行っている。

図1 精神保健福祉対策の概要

1. 医療対策

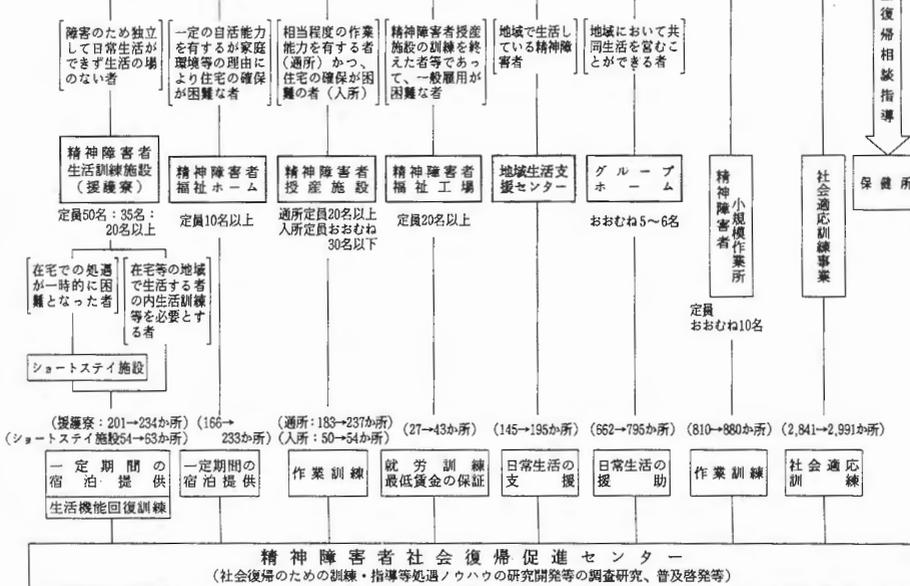


2. 地域精神保健福祉対策



精神障害者 約217万人(8推計)

3. 社会復帰対策



注) か所数等は、12年度予算ベース

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11年6月30日現在の精神病床数は348,810床で、前年に比し1.0%減少しており、全病院病床に占める割合は約21.7%である。

精神病床を有する病院は、1,663(平成11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1,255であり、また、1,358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2.9名、看護婦等は28.5名(一般病床数は医師10.0名、看護婦数44名)である。(平成10年1月)

イ 患者

精神病院の在院患者数は332,930人であり病床利用率は95.4%となっている（平成11年6月末現在）。疾患別には、精神分裂病が207,958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、知的障害者、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、平成8年現在の推計で、約183万人と平成5年の124万人と比べ急激に増加している。疾患別には、分裂病型障害及び妄想性障害が、27.3%、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が24.9%、気分（感情）障害（躁うつ病を含む）が22.3%、てんかんが16.7%である。外来患者のなかでは、特に中高年層を中心とした気分（感情）障害が著しく増加している。

ウ 地域医療計画

医療法において、都道府県は医療圏の設定、必要病床数、医療施設の連携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12年3月末現在343,779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妥当な判断を下すことが困難と思われる状態にある患者（特に措置患者）はできるだけ公的機関、特に地方公共団体としての都道府県の管理運営する医療機関で医療保護を受けることが妥当であるとする思想に基づくものである。

オ 指定病院

都道府県には精神病院の設置義務が課せられているが、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いる。なお、平成7年改正により設けられた指定病院の基準については、平成11年4月から施行されたところである。その結果、平成11年4月1日現在の指定病院は1,008施設となっている。

表1 疾患名別・年齢階級別在院患者数

疾患	平成7年6月	平成8年6月	平成9年6月	疾患	平成10年6月	平成11年6月
精神分裂病	208,877	206,166	204,700	精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	211,264	207,958
躁うつ病	18,694	19,113	19,576	気分（感情）障害	19,857	20,447
脳器質性精神障害	44,122	44,768	44,573	症状性を含む器質性精神障害	47,505	48,723
中毒性精神障害	19,616	19,551	19,175	精神作用物質による精神及び行動の障害	19,634	19,580
その他の精神病	14,224	14,038	14,003	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	1,060	928
精神遅滞	11,651	11,144	10,896	心理的発達の障害	431	371
人格障害	1,773	1,833	1,910	小児期及び青年期に通常発生する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	964	727
神経症	8,198	7,888	7,735	精神遅滞	10,905	11,043
てんかん	8,997	8,574	8,332	成人の人格及び行動の障害	2,373	2,262
その他	4,889	5,639	5,679	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	8,697	8,424
合計	341,041	338,714	336,475	てんかん	7,852	7,188
				その他	5,305	5,279
				合計	335,847	332,930

資料：精神保健福祉課調

（注）疾患名の区分は平成9年度まではICD-9平成10年度からはICD-10による。

表2 年齢階級別在院患者数

年齢区分	平成7年6月	平成8年6月	平成9年6月	平成10年6月
20歳未満	3,010	3,055	2,057	2,444
20歳以上65歳未満	246,856	240,714	235,188	229,641
65歳以上	91,175	94,945	98,780	103,762
総数	341,041	338,714	336,025	335,847

資料：精神保健福祉課調

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ときは指定を取り消すことができることとされている。

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8年10月現在、主たる診療科が精神科であるものは958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	平成8年
一般診療所数	68,997	73,114	77,909	78,332	79,134	80,852	84,128	87,909
内精神科	657	779	1,159	1,425	1,765	2,159	2,644	3,198

(病院報告)

一般診療所の患者数推計 (外来1日)

	50年	55年	58年	59年	62年	平成2年	平成5年	平成8年
精神及び行動の障害	24,200 ^人	18,900 ^人	24,000 ^人	24,500 ^人	35,400 ^人	46,400 ^人	37,400 ^人	67,900 ^人
内精神分裂病、 分裂症型障害 及び妄想性障害	300 ^人	500 ^人	1,600 ^人	1,400 ^人	3,000 ^人	5,100 ^人	3,900 ^人	13,800 ^人

平成8年から「第10回修正国際疾病、傷害及び死因統計分類」(患者調査)に基づき推計

(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後見人又は保佐人、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（特別区にあっては区長）が保護者となる。

(イ) 保護者の一般的義務等

- ① 精神障害者（自らの意思で医療を受けている者を除く）に治療を受けさせること。
- ② 精神障害者の財産上の利益を保護すること。
- ③ 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。
- ④ 措置入院患者又は仮退院する者を引き取ること（第41条）。

①～④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

厚生労働大臣が、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 厚生労働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労働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労働大臣が認めたときを除き、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、厚生労働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、厚生労働大臣は、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ぬこととされている。

なお、平成11年改正によって、①指定医の診療録記載義務の拡充、②院内において違法な処遇を認めたまいに、改善を行うための努力義務規定の制定、③指定医の職務の一時停止処分の規定が設けられたところである。

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。

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られた者	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		精神障害者でなかった者
									法第29条該当症状の者	法第29条該当症状でなかった者	
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	—
8	470	4,547	1,080	14	257	49	6,417	1,815	3,430	1,156	—
9	386	4,827	1,028	13	237	49	6,540	2,004	3,358	1,164	—
10	414	4,707	977	11	311	52	6,472	2,126	3,240	1,091	—

資料：厚生省報告例

(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經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。

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、入院中の間に症状が変化し、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う「同意」とは，民法上の法律行為としての同意と必ずしも一致するものではなく，患者が自らの入院について積極的に拒んではない状態をいうとされている。なお，未成年者又は禁治産者である精神障害者の入院の場合，精神保健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，原則開放的な環境で処遇することが望ましい。

(4) 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，厚生労働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、厚生労働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者であって法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定された患者又は法第34条第1項の規定により移送された者について、保護者（後見人又は保佐人、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、入院が必要でないと認められた者については審査結果に基づき、都道府県知事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も含む。

(エ) 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り、当該者が法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定された者について、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)

- 1 精神保健指定医1名以上及び看護婦、看護師その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、応急入院者及び都道府県知事により移送される医療保護入院者等（以下「応急入院者等」という。）に対して診療応需の体制を整えていること。

当該精神病院の医療従事者のうち指定医1名以上及び看護婦等3名以上が応急入院者等の医療及び保護を行う体制（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等の診察に当たることが、他の入院患者の医療及び保護に支障をきたすことがないものをいう。

- 2 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割以上であること。ただし、地域における応急入院者等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、指定基準の本則を満たす精神病院がなく、かつ、応急入院制度及び移送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 応急入院者等のための病床として、「あらかじめ定められた日」に、

1床以上確保していること。

- 4 応急入院者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる体制にあること。

「必要な検査」とは、頭部コンピューター断層撮影 (CT)、脳波検査、基礎的な血液検査等をいうものであること。なお、これらの検査については、必要に応じて他の医療機関の協力が得られていて速やかに検査が行われる体制がある場合には、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。

この他、医療法 (昭和23年法律第205号) に規定する、主として精神病の患者が入院する病室を有する病院の人員配置基準を下回っている精神病院については、「やむを得ない事情」に拘わらず、応急入院指定病院の指定を行わない。

指定医2名以上が常勤で勤務している病院を指定すること。ただし、地域における応急入院者等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ような場合には、この限りではないこと。

応急入院制度は、精神科救急医療システムを有効に運用することが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病院に対しては、応急入院指定病院の指定を行うことが望ましいこと。

応急入院して医病院の指定に当たっては、応急入院者等の受入及び移送が円滑に行われるために、都道府県ごとに必要な圏域で計画的に指定を行うこと。

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。

都道府県知事は、応急入院指定病院の指定又は取り消しを行った場合は、当該精神病院の名称及び所在地を都道府県広報等により広告し、併せて関

係機関に連絡するなど応急入院制度の適正かつ円滑な運営に必要な措置を講じるとともに、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長あて報告を行うこと。

応急入院制度については厳に適正な運用が要請されることにかんがみ、都道府県知事は、各応急入院指定病院からの届け出の状況に十分留意し、応急入院の実体の把握に努めることとされている。

エ 医療保護入院時の移送制度

都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって、その精神障害のため本人の同意に基づいた入院が行われる状態にないと判定された者につき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくとも、医療保護入院をさせるため、応急入院指定病院にいそふすることができることとした。また、この要件に該当する者につき、急速を要する場合には、保護者の同意を得ることができない場合でも応急入院をさせるため、応急入院指定病院に移送することができることとした。

オ 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。)

カ 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労働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、厚生労働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。

キ 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、厚生労働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。

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

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するの審査

- 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。

ケ 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

厚生労働大臣、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

厚生労働大臣、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、厚生労働大臣が定める処遇の基準に適合しないと認める等のときは、その処遇の改善のために必要な措置を採ること等を命ずることができることとされている。

また、平成11年改正によって、従来行政指導の一環として行っていた改善計画の提出についても法律に規定することとしたほか、改善命令に従わない等の病院について、厚生労働大臣・都道府県知事が入院医療の提供を制限する命令を出すことができるむねの改正が行われたところである。

(ロ) 指導監督のあり方について

近年、長野県の栗田病院、高知県の山本病院、大阪府の大和川病院等、入院患者に対する暴行事件等患者の人権を無視した精神病院における不祥事が相次いで発生したことにかんがみ、精神病院に対する実地指導等について、必要な見直しを行い、あらためて精神病院に対する指導監督等の徹底について平成10年3月3日障第113号・健政第232号・医薬発第176号・社援第491号厚生省大臣官房障害保健福祉部長、健康政策局長、医薬安全局長、社会・援護局長連盟通知等により通知したところである。

(実地指導の見直しのポイント)

- ・ 事前通知については、最長でも1週間から10日間の予告期間をもって行うこととするが、場合によっては予告期間なしに実施できること。
- ・ 精神保健指定医を同行させること。
- ・ 実地指導項目を明確化し、昭和62年以降の法律改正に伴う新規事項についても指導項目に盛り込んだこと。

また、平成12年度の改正により平成11年法律改正に関連して、改善計画書の提出医療提供の制限等を追加した。

(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一部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 公費負担の手續

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、その手續については、「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，精神保健福祉士等，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，精神保健福祉士等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の660点、小規模なものの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）又は精神保健福祉士等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、3.3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、精神保健福祉士、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人当りの面積は3.3㎡を標準とする。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患者数は1日3単位75人以内を標準とする。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。精神分裂病、躁鬱病、神経症、中毒性精神障害、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下対象精神疾患）の患者に対して必要な時間行った場合に算定できるが、対象精神疾患の合併症等である知的障害、痴呆、心身症及びびてんかんに対して入院精神療法が行われた場合にも算定できる。

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30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392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、6月に限り、週2回を限度として算定する。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3回を限度とする。診療報酬は精神科訪問看護・指導科(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10年6月現在）は、一般病院34,445点（1件当たり15.3日）に対し、精神病院は26,600点（1件当たり29.3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19,099円、特例許可老人病院9,963円に対し、精神病院は8,112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49%を占めているが、精神病院では19%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に配慮されるべきであり、また、院内の社会復帰活動を充実することが何よりも必要である。長期在院者の多くは、疾病による社会適応性の低下が認められるばかりでなく、家族の受入れ態勢がなく経済的問題もあるので、その社会復帰を推進するためには福祉面の配慮が必要である。病院と社会の中間にあって回復途上にある精神障害者の社会復帰援助を専門的に行うための各種の施設が必要である。このため、精神保健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、退院が可能とされている。

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（援護寮）	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
地域生活支援センター	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。

(オ) 精神障害者地域生活支援センター

地域の精神保健及び精神障害者の福祉に関する各般の問題につき、精

精神障害者からの相談に応じ、必要な指導及び助言を行うとともに、保健所、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設等との連絡調整その他の援助等を総合的に行うとすることを目的とする施設とする。

これらの施設は、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号）により、設置及び運営に関する基準が定められている。

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、利用者と施設間の利用契約により行われる。

イ 社会復帰施設

(ア) 精神障害者生活訓練施設（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

（規模）

20人以上

（設備）

居室（一室の定員は二人以下。入居者一人当たり居室床面積四・四㎡以上）のほか、相談室、静養室、食堂、調理場、集会室兼娯楽室（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、精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員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、医師を一名以上おくこととされている。なお、利用者が生活習慣を確立するとともに、社会生活の適応性を高めるようあらゆる機会を通じて生活指導を行うこととされている。

(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。

(規模)

通所施設 20人以上

入所施設 20人以上30人以下

(設備)

作業室(場)、静養室、食堂、集会室兼娯楽室(食堂と兼用可)、洗面所、便所、事務室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、相談室、調理場及び浴室も設けなければならない。

(処遇)

施設長、医師のほか精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員をおき、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。

なお、平成12年6月の社会福祉事業法改正による規模要件の緩和により、通所施設にあっては10人以上の規模とされ、精神障害者小規模通所授産施設(10人以上20人未満)の基準を別途定めている。

(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。

(規模)

10人以上

(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、集会室兼娯楽室、調理室、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名及び医師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、医師、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。

(規模)

20人以上

(設備)

作業所、更衣室、シャワー室、休憩室、食堂、相談室、静養室、医務室を設けなければならない。

(処遇)

施設長、精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員、看護婦、栄養士、医師、事務員を配置し、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。

(オ) 精神障害者地域生活支援センター

(対象者)

在宅精神障害者や社会復帰者

(設備)

相談室、静養室、談話室、食堂、調理場、地域交流活動室兼訓練室、便所、洗面所、事務室を設けなければならない。

(処遇)

施設長，精神保健福祉士，精神障害者社会復帰指導員をおき，登録を受けた利用者が継続して地域生活が送れるよう，日常生活を支援するための相談，指導を行う。

(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，知的障害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，知的障害は含まれない。

(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。(平成14年度より市町村)
- 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) 生活福祉資金の貸付

精神障害者世帯は生活福祉資金のうち、身体障害者更生資金、生活資金、福祉資金、住宅資金の貸付が受けられる。

(オ) NTT 番号案内無料措置

精神障害者保健福祉手帳(1級～3級)の交付を受けた者はNTT番号案内無料サービスが受けられる。

(カ) 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」を実施している。

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福祉相談等事業実績

a 保健所における精神保健福祉相談等及び精神保健訪問指導の状況（一般対策分）

区 分	年					
	60年	61年	62年	63年	元年	2年
精神保健福祉相談等	414,930	472,388	525,646	655,886	720,267	785,410
精神保健訪問指導	254,182	274,630	281,309	296,250	317,115	308,900

3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年
838,477	896,876	924,064	980,678	1,037,484	1,109,956	1,393,422	1,399,953
314,451	309,330	294,778	296,197	283,334	276,337	235,933	224,465

資料：平成8年まで 保健所運営報告（各年1月～12月）
平成9年、10年 地域保健事業報告（各年4月～3月）

(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。

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12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880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り、平成12年度の同法の一部改正により、特定非営利法人も事業を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20万円以下であることを、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。

なお、平成11年改正により、平成14年4月以降精神障害者地域生活援助事業は、在宅福祉サービスとして、市町村単位で実施されることとなり、グループホームの設置及び運営に関する補助も市町村を通じて実施されることとなる。

エ 精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業

在宅の精神障害者が、地域で安定した生活を送っていくためには、生活の乱れ等による服薬中断や過重なストレスが発生することのないよう、日常生活の支援が必要であることから、平成11年の精神保健福祉法の改正に

より精神障害者に対する居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）が創設され、平成14年度から施行されることとなった。

精神障害者ホームヘルプサービスは、精神障害のために日常生活を営むのに支障のある精神障害者の居宅において食事、身体の清潔の保持等の介助その他の日常生活を営むのに必要な便宜を供与する事業である。

平成14年度からの施行を円滑に行うため、平成11年度より都道府県評価検討委員会の設置、ホームヘルパーに対する講習会の実施、ホームヘルパーの派遣を内容とした試行的事業を行っている。

オ 長期在院患者の療養体制整備事業（精神障害者福祉ホームB型）

症状が相当程度改善している精神障害者の社会復帰、家庭復帰の援助をするために、生活の場を与えるとともに、社会復帰のための必要な指導等を行う施設（精神障害者福祉ホームB型）を整備し、社会復帰と自立の促進を図る事業を試行的に実施するため、平成11年度より予算化されたものである。

（対象者）

病状は安定していて必ずしも入院治療を必要としないが、意欲面の障害若しくは、逸脱行動の症状を有する、又は高齢化による一定程度の介助を必要とする状態にある精神障害者で、一定程度の介助があれば、日常生活を営むことができる者。

（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8.0㎡以上）のほか、共同の設備として相談・指導室、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、事務室を設けなければならない。

（処遇）

福祉ホームB型には、管理人1名及び指導員3名を置くものとされており、指導員のうち1名は精神保健福祉士とすることとされている。

指導員は、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、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とともに、入居者に対し介助及び洗濯等の生活技術の習得のために必要な指導その他の指導等を行う。

なお、治療を必要とする入居者のために、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならないこととされている。

カ 「障害者の明るいくらし」促進事業費及び市町村障害者社会参加促進事業費

従来は、身体障害者の社会参加を促進するための基幹的な事業として実施されていたが、平成10年度より障害者の社会参加を総合的かつ効率的に促進するため、知的障害者及び精神障害者の社会参加促進のための事業を統合した（精神障害者についてはそれまで「地域精神保健福祉対策促進事業として実施）。

「障害者の明るいくらし」推進事業は、都道府県及び指定都市を実施主体とし、「障害者110番運営事業」、「相談員活動強化事業」、「情報支援」、「生活訓練」、「スポーツ振興等地域交流支援」、「啓発広報」を各障害の共通の事業とし、この他、障害別分野の事業として、「家族相談員紹介事業」、「精神障害者ボランティア団体活動支援事業」、「地域精神保健福祉調査事業」の精神障害者支援事業がある。

市町村障害者社会復帰促進事業は、市町村を実施主体とし、精神障害者支援事業については、「家族相談員紹介事業」、「精神障害者ボランティア団体活動支援事業」、「地域精神保健福祉調査事業」となっている。

キ 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9年1月、厚生省国立社会保障・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%	17.2%	19.6%	22.0%	26.9%
75歳以上人口比	4.8%	5.7%	7.0%	8.7%	10.5%	13.4%

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	17.2	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	1980	115	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よく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。典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、経過の問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。

(二) 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 (土) 同上	普通 同上	活発な知的活動持続(優秀老人) 通常の社会活動と家庭内活動可能
異常 退衰	軽度(+1)	・通常の家庭内での行動はほぼ自立 ・日常生活上, 助言や介助は必要ないか, あっても軽度	・ほぼ普通 ・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)	・知能低下のため, 日常生活が一人で一寸おぼつかない ・助言や介助が必要	・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	・簡単な日常会話すらおぼつかない ・意思疎通が乏しく困難 ・馴れた状況でも場所を間違え道に迷う ・さっき食事したこと, さっき言ったことすら忘れる
	最高度(+4)	同上	同上 ・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

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

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、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。
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等	
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。 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。
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	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、不十分ながら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発生予防、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8年度の老人精神保健相談件数は、89,747

件、老人精神保健訪問指導は44,609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。

(イ) 診断、専門医療

① 老人性痴呆疾患センター(平成元年度より実施)

老人性痴呆疾患の中には、うつ状態などや、甲状腺疾患等の基礎疾

患の治療などを行うことにより、ある程度治療可能なものがある。このため、痴呆症状を呈している場合には、厳密に鑑別診断を行う必要がある。

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

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。

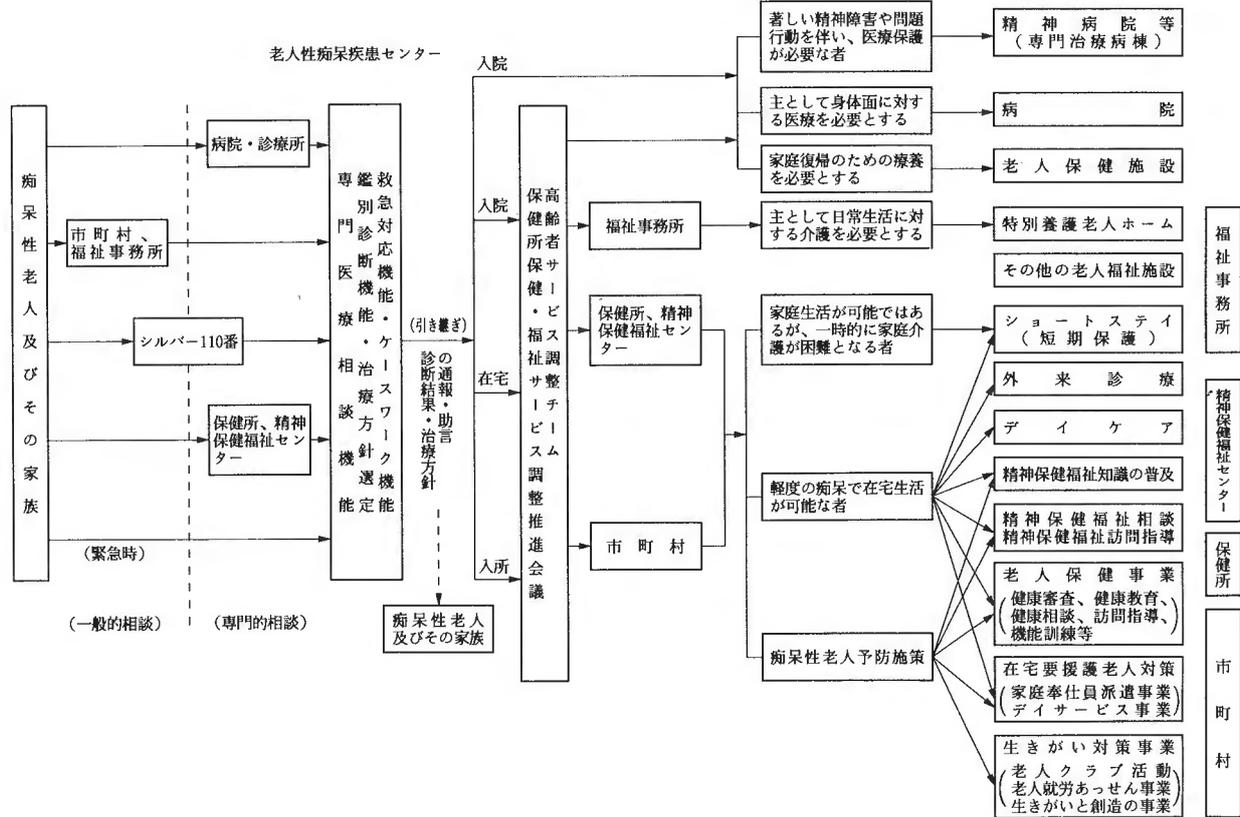
③ 老人性痴呆疾患療養病棟(平成3年度より実施)

- ・ 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)、精神保健福祉士、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(I)が算定できる。4時間以上6時間未満705点、6時間以上1,006点、及び食事給与について48点。

なお、重度痴呆疾患デイ・ケア料(I)の施設基準を満たす施設があつて、通院者に対する送迎機能を有している場合にあっては、重度痴呆疾患デイ・ケア料(II)が算定できる。4時間以上6時間未満953点、6時間以上1,308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（Ⅰ）が算定できる。4時間以上6時間未満520点、6時間以上780点、及び食事給与について48点。

なお、老人デイ・ケア料（Ⅰ）の施設基準を満たす施設であって、通院者に対する送迎機能を有している場合にあっては、老人デイ・ケア料（Ⅱ）が算定できる。4時間以上6時間未満768点、6時間以上1,028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管理料390点。
- ・ 精神障害者又はその家族に対し保健婦、看護婦等が訪問して看護又は療養上必要な指導を行った場合、週3回を限度として精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）として550点、社会復帰施設等に入所している複数のものに行った場合精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）として160点

が算定できる。

- ・ 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300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。

(ㄆ) 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) 発生子防，啓発普及

① 発生子防

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

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

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、厚生労働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)、精神保健福祉士等に対し、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、厚生労働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。厚生労働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。

(7) 調査、研究

① 長寿科学研究の推進

厚生労働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。

(5) 痴呆性高齢者と介護保険制度

介護保険制度が平成12年度から導入されることとなっている中で、痴呆性老人の取り扱いについては、介護サービスの対象者として、65歳以上の要介護者、40～65歳未満の初老期痴呆が該当することとなっている。

また、特に痴呆を対象とする給付の内容としては、在宅では痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)、施設では老人性痴呆疾患療養病棟がある。

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。近年では、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8年には成人人口一人あたり年間8.7リットル(アルコール分100%換算)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

アルコールの年間アルコール消費量は表1のとおり年々増加の傾向を示しており、平成8年では85.2万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年の約2,700万人に比して平成8年では2倍以上の約6,500万人におよんでいる。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8年で約236万人と推定されている。

未成年者の飲酒については、平成8年度厚生科学研究「未成年者の飲酒行動に関する実態調査」研究班(主任研究者:箕輪眞澄国立公衆衛生院疫学部長)が全国の学校を対象に抽出調査を実施した結果から、男子の高校生(3年)の3人に1人が月に1-2回お酒を飲んでいることが報告されている。(表2)逆に、未飲酒の者が男子で24%、女子で21%と報告されている。

表1 アルコール消費量と飲酒者数の推移

	純アルコール		成人人口			飲酒者		大量飲酒者	
	消費量	指数		1人あたり			指数	推計数	指数
				消費量	指数				
40年	364,640	100.0	62,257	5.86	100.0	26,626	100.0	1,030	100.0
45年	483,225	132.5	70,345	6.87	117.3	33,116	124.4	1,400	135.9
50年	585,743	160.6	76,726	7.63	130.0	39,673	149.0	1,705	165.5
55年	658,291	180.5	81,210	8.11	138.4	45,261	170.0	1,905	184.9
60年	733,399	211.1	85,427	8.59	146.6	57,009	214.1	2,023	196.4
62年	756,586	207.5	87,319	8.66	147.8	58,276	218.9	2,095	203.4
63年	787,687	216.0	88,335	8.92	152.2	58,975	221.5	2,206	214.2
元年	772,742	211.9	89,439	8.64	147.4	59,706	224.2	2,137	207.5
2年	754,646	207.0	91,033	8.87	151.4	60,764	228.2	2,058	199.8
3年	820,975	225.1	92,241	8.91	152.0	61,577	231.3	2,296	222.9
4年	829,571	227.5	92,690	8.95	152.7	61,874	232.4	2,325	225.7
5年	826,109	226.6	93,876	8.80	150.2	62,669	235.4	2,338	226.9
6年	833,051	228.5	95,753	8.70	148.5	63,978	240.3	2,310	224.3
7年	843,883	231.4	96,998	8.70	148.5	64,773	243.3	2,340	227.2
8年	852,035	233.7	97,935	8.70	148.5	65,390	246.0	2,363	229.4

注1 単位：純アルコール消費量はキロリットル，成人1人あ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及び1人あたり消費量は国税庁統計年報書及び「酒のしおり（国税庁課税部酒税課）」に基づき作成。

注3 成人人口は国勢調査又は各年10月1日現在推計人口に基づき作成。

注4 飲酒者数（成人男子の90%と成人女子の45%）は昭和43年と62年に行われた「酒類に関する世論調査」に基づき推計。

注5 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。

$$\text{大量飲酒者数} = \text{飲酒人口} \times \frac{0.174X + 0.00793X^2}{100}$$

X：飲酒人口1人当たりの純アルコール換算年間消費量

表2 未成年者の飲酒率

	未飲酒者率	月に1～2回 飲む者率
中学1年男子	41.9%	12.2%
中学1年女子	49.7%	10.0%
高校3年男子	21.3%	34.7%
高校3年女子	24.4%	28.9%

表3 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	8
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)	人 2,100 (122.1)
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)	21,700 (166.9)
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)	23,800 (161.7)

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8年では、23,800人（推計患者数）で、ここ10年以上ほぼ一定である（表3）。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4）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5）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4 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5 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。

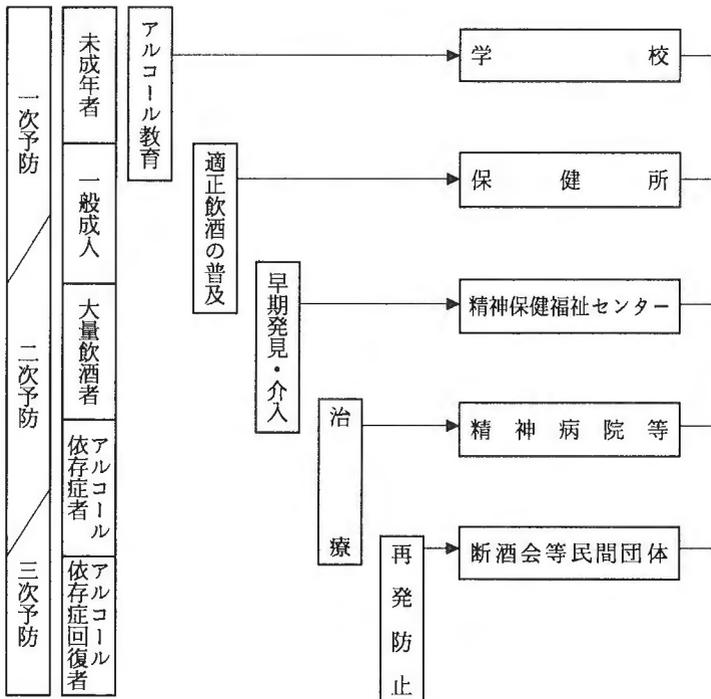
昭和60年10月9日には，公衆衛生審議会より「アルコール関連問題対策に関する意見」が厚生大臣に提出され，将来の包括的な方針が示されている。また，平成5年10月1日，公衆衛生審議会精神保健部会アルコール関連問題専門委員会は，未成年者の飲酒問題等深刻化するアルコール関連問題を予防するため以下の提言を行った。

1. 適正飲酒教育，未成年者への健康教育等，知識の普及

2. マスメディアを通じる広告宣伝の配慮
3. アルコール飲料の販売形態，特に酒類自動販売機の撤廃
4. アルコール医療専門スタッフ養成のための研修の拡充等

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り、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，小売酒販売者等酒類の製造・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1 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は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。

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9年度現在でアルコール専門病床は全国に4,375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) アルコール依存症の研修

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10年度までに合計3,395人が修了している。

研修内容及び研修期間について（平成10年度）

平成10年度の研修内容は以下のとおりであった。

(1) 研修内容

日程	医師コース	看護婦(士)コース	P S W コース	保健婦(士)コース
第1日	<ul style="list-style-type: none"> ・開講式 ・医療行政の現状 ・院内オリエンテーション ・アルコールの精神医学 ・アルコールの治療システム ・アルコールの公衆衛生学 ・自己紹介 	<ul style="list-style-type: none"> ・開講式 ・院内オリエンテーション ・概況紹介 ・治療システム ・精神保健行政の現状 ・久里浜における依存症の看護 	<ul style="list-style-type: none"> ・開講式 ・久里浜病院の治療システム ・院内オリエンテーション ・アルコール症の概念 ・医療行政の現状 ・各施設の報告 	<ul style="list-style-type: none"> ・開講式 ・久里浜病院治療システム ・院内オリエンテーション ・アルコール症の概念 ・精神保健行政の現状 ・概況紹介
第2日	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコールと家族 ・外来実習 ・病棟実習 ・アルコール医療で体験したこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコール短期治療プログラム ・病棟及び外来実習 ・アルコールの内科学 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟及び外来実習 ・地域でのネットワーク作り 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟及び外来実習 ・アルコールの内科学 ・アルコール依存症の治療
第3日	<ul style="list-style-type: none"> ・野外実習 ・治療総論 ・A. A 	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコール相談 ・アルコール症の概念と治療 ・野外実習 ・家族関係論 ・A. A 	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコールと家族 ・アルコール症者と家族へのケースワーク面接 ・野外実習 ・インターベンション ・A. A 	<ul style="list-style-type: none"> ・胎児性アルコール症候群 ・アルコール依存症の地域ケア ・早期発見・早期介入 ・予防センター ・A. A
第4日	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコールと神経系疾患 ・外来実習 ・病棟実習 ・単身アルコール依存症者の外来治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコール依存症の心理と性格 ・病棟及び外来実習 ・アルコール依存症の看護 ・作業療法 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟及び外来実習 ・アダルトチャイルド 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟及び外来実習 ・精神保健福祉センターの役割 ・第1次予防
第5日	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・女性アルコール依存症者の生理的特徴 ・病棟ミーティング ・討議 ・閉講式 	<ul style="list-style-type: none"> ・久里浜病院でのケースワーク ・アルコールリズムの社会学 ・グループ討議 ・討議 ・閉講式 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族関係論 ・アルコール相談 ・被災地のアルコール問題 ・討議 ・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：厚生労働省）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（〒170-0013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生機序に解明されていない部分が大きく、予防施策を講ずることが困難なことや、精神病以外の精神疾病対策に取り組むだけの組織体制が確立されていなかったことなどが挙げられる。

しかし、冒頭に記したように、社会生活環境の変化に伴ってストレス対策を含む心の健康づくり対策に取り組むことが、国民の精神的健康の維持・向上を図るために重要な課題と認識されるに至った。このため、昭和60年度に精神保健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。

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8年度においては、保健所等に対する技術援助・指導2,937件、研修会313件、地域住民に対する講演会・座談会604件、精神保健相談65,913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、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っている。

(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。

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

(1) 薬物乱用の現状と対策

近年、わが国の薬物乱用状況は国際化の進行の中で大きな節目を迎えている。主要な乱用薬物は、相変わらず覚せい剤と有機溶剤であるが、特に覚せい剤の乱用は大きな社会問題となっている。

そもそも、我が国の薬物乱用は昭和20年代の覚せい剤（いわゆるヒロポン）の流行、30年代のヘロイン及び睡眠薬の乱用を経て、40年代後半からシンナー等有機溶剤の乱用及び再び覚せい剤の流行を迎え、今日に至っている。さらに、大麻の乱用も確実に増加していると推定される。

昭和20年代の第1次覚せい剤乱用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期乱用期は昭和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年一応鎮静化をみた。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、平衡状態にあったものの、平成7年には17,364人と再び増加に転じた。平成9年1月、従来の総理府を中心とする薬物乱用防止対策推進本部が首相を本部長とする組織へと格上げされた。平成10年1月、警察庁より「第3次覚せい剤乱用期」への突入が宣言されたが、この第3次覚せい剤乱用期は、①一部外国人による密売の増加、②乱用の高校生までの浸透、③新しい通信技術の悪用、④密造拠点の海外での新たな展開に特徴づけられる。特に、高校生等の若年者にまで乱用が拡大したことは、由々しき事態として早急な対応が要請されるところである。

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中枢神経興奮薬である。しかし、依存性が強く、乱用により容易に依存状態を生みだし、さらには幻覚・妄想状態を伴う中毒性精神病を高頻度に作り出す。その依存性の強さは、自己コントロールを遙かに凌ぐものであり、入手に絡む犯罪の増加と

幻覚・妄想による凄惨な事件が後を絶たない。

一方、シンナー等有機溶剤の乱用は、昭和42年、東京の新宿での接着剤吸入流行が全国へと拡散したものである。昭和47年に毒物及び劇物取締法が一部改正され、規制の対象として付け加えられた。幸い、シンナー等有機溶剤の乱用は、一時期ほどの勢いはないものの、乱用主体が未成年者であり、有機溶剤吸引による身体的及び精神的障害とともに、その後の覚せい剤乱用へのつながりが指摘されており、決して予断を許さない。

このような覚せい剤等の薬物乱用防止対策においては、青少年を中心に未だ薬物乱用に手を染めていない人への薬物乱用防止教育が重要である。同時に、取締りの強化が必要である。さらに、乱用・依存者の多くは、他の乱用・依存者からの誘いで薬物を乱用し始めていることを鑑み、乱用・依存者自体を減らす努力が必要とされる。

(2) 薬物の乱用、依存および中毒

薬物乱用とは社会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言う。薬物依存とは、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言う。また、薬物中毒とは、薬物の摂取によって人体にもたらされる明らかに医学的対応を要する状態を言う。これには急性中毒と慢性中毒とがあるが、幻覚妄想状態等の精神病状態は中毒性精神病と言う。實際上、急性中毒状態は乱用の結果生じ、依存は乱用の繰り返しの結果生じる。また、依存の結果として慢性中毒状態が生じる。

したがって、乱用は本質的には司法及び取り締まり機関が関与するが、人々が乱用しないように薬物乱用防止教育が必要となる。一方、中毒は明らかに医療の対象である。しかし依存からの回復には、回復したいという依存者自身の決意がまず必要であり、断薬と同時に、薬物摂取に絡んだ一切の生活様式を改め、断薬を維持する必要がある。そのためには、医療だけでは対処仕切れない側面が多々あり、医療、福祉、教育、取り締まりおよび司法領域等の相互連携が必要となる。

なお、薬物乱用者および中毒性精神障害者、慢性中毒者（依存者）に関連した法律は以下の通りである。

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障害者と、精神病状態をきたしていない覚せい剤の慢性中毒者（依存者）に対する医療及び保護について規定している。

イ 麻薬及び向神経薬取締法

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（麻薬の使用に起因する身体的又は精神の異常が認められ、かつ麻薬への依存が認められる者）に対する入院措置について規定している。また、大麻及びあへんの中毒者についても、麻薬中毒者として処遇することを規定している。

ウ 覚せい剤取締法

覚せい剤の使用、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吸引、所持、製造、輸入、販売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。

(3) 薬物乱用についての疫学調査の結果

ア 薬物乱用経験について（全国住民調査：層化2段無作為抽出法による全国満15歳以上の男女3,946人に対する訪問留置調査）

(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	1.7	0.4	0.3
有機溶剤	4.7	1.6	1.8
大麻	0.8	1.3	0.5
コカイン	0.2	0.1	0.1
ヘロイン	0.1	0.16	0.0

平成9年度厚生科学研究費（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究」（主任研究者：寺元 弘，分担研究者：福井 進）

イ 中学生の「シンナー遊び」の状況について（全国中学生調査：層別1段集落抽出法による全国の中学生71,796人による自記式調査）

(単位：%)

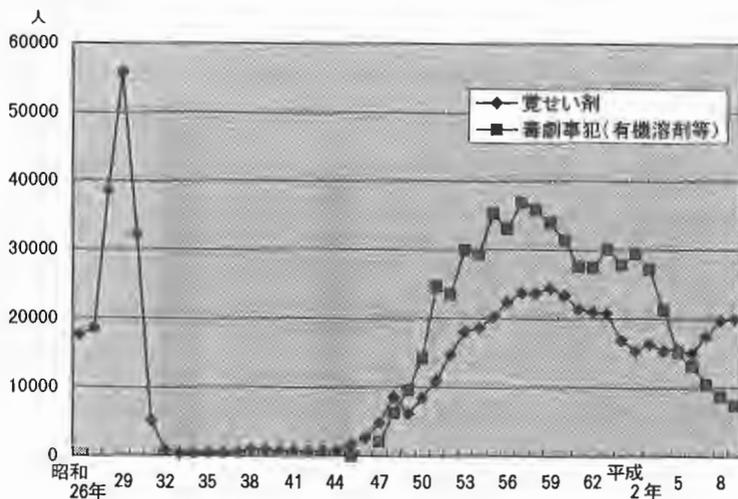
学年	身近にしている者がいる	誘われたことがある	経験したことがある
1年生	3.7	0.9	1.1
2年生	5.3	1.6	1.2
3年生	7.0	2.3	1.7
全体	5.4	1.6	1.3

平成10年度厚生科学研究費（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清）

ウ 全国の有床精神病院に薬物使用が原因で通院・入院した患者の原因薬物別割合

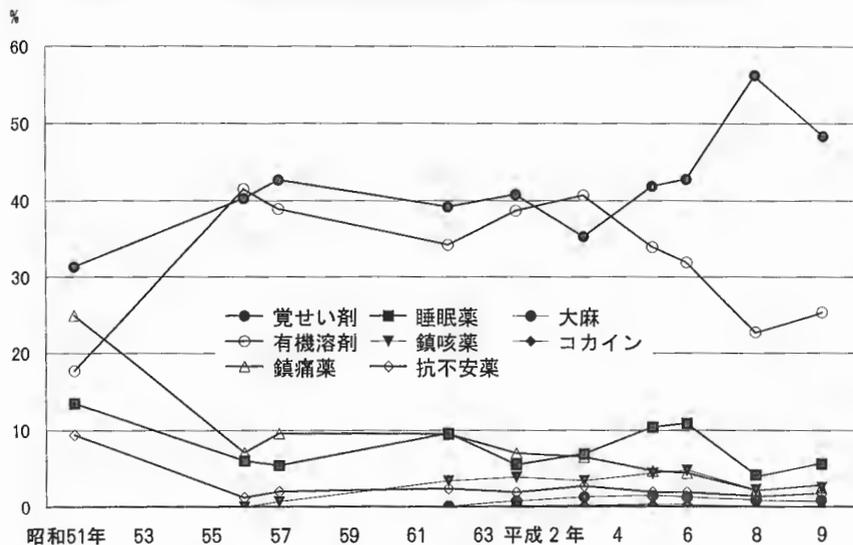
平成10年度厚生科学研究費（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清，分担研究者：尾崎 茂）

図1 覚せい剤、毒物及び劇物(有機溶剤等)事犯検挙人員の推移(昭和26~平成8年)



出典：厚生省医薬安全局及び警察庁生活安全局の資料による

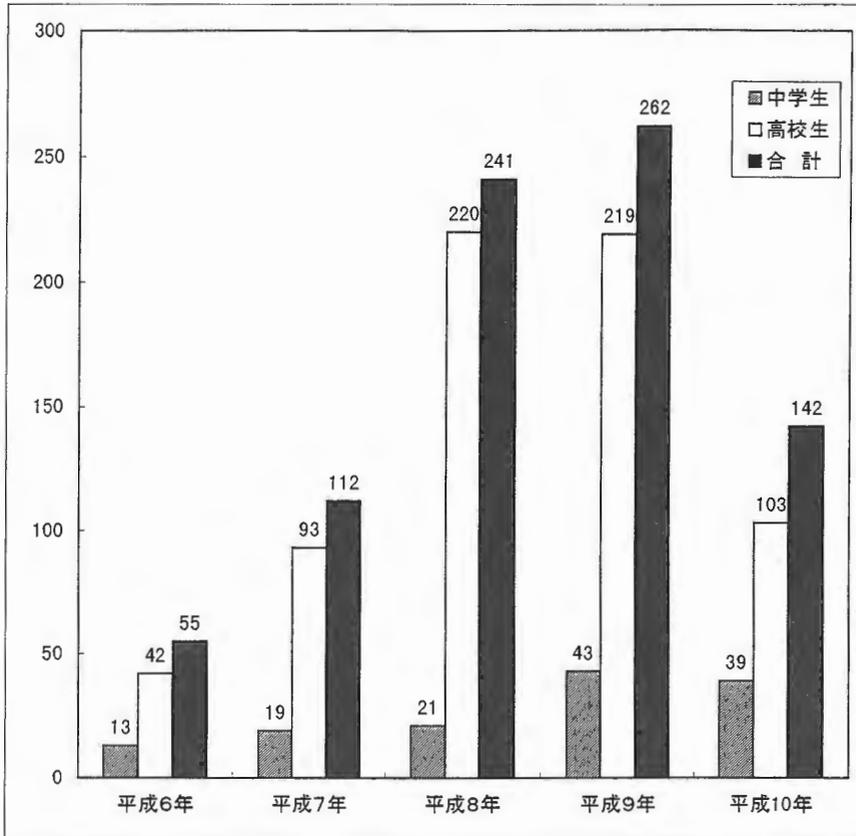
図2 全国の有床精神病院に薬物使用が原因で通院・入院した患者の原因薬物別割合



(昭和56年、57年の調査は内科、麻酔科等の一般診療科を含む)

出典：平成10年度厚生科学研究

図3 覚せい剤事犯における中学・高校生の検挙者数（平成6年～平成10年）



	平成6年	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年
中 学 生	13	19	21	43	39
高 校 生	42	93	220	219	103
合 計	55	112	241	262	142

* 厚生省，警察庁，海上保安庁の統計資料の合計であり，平成10年の数値は速報値である。

(4) 覚せい剤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。覚せい剤の第一次乱用期中の昭和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・依存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6年度厚生科学研究費補助金(麻薬等対策総合研究事業)総合研究報告書「薬物依存者に対する相談・治療・処遇並びにアフターケアのあり方に関する研究班」(主任研究者:小沼杏坪)によると、以下の通りである。

ア 矯正の領域

薬物乱用者の大部分は、矯正施設で処遇されている。矯正施設は本来医療を目的とするわけではないが、断薬への動機づけへの端緒を与えるとい

う点で、依存の治療に重要な機会を提供する。種々の「薬物犯教育」がなされているが、初犯者には有効であっても、再犯者（慢性乱用者）に対してどこまで有効であるか、検討の余地がある。矯正の領域と医療の領域とは連携は欠かせないが、今後精神医学が積極的な役割を担う一つの条件は、従来の中毒性精神病に偏した立場から、薬物依存の問題に射程を延ばすことである。

イ 教育の領域

ほとんどの「教育センター」では、教育相談がなされている。しかし、シンナー等有機溶剤乱用ケースへの対応としては、「関係機関へ紹介する」という対応が目立った。この関係機関としては、病院、精神保健福祉センター、保健所および警察への紹介となることが多かった。また、民間教育施設の中には、プレホスピタル的機能を果たしている施設があることが確認された。

ウ 精神医療の領域

国立下総療養所は32床の専門病棟を有し、我が国における中毒性精神治療の中核として機能している。それ以外にも、アルコールを含む薬物関連精神疾患の専門病床を有する施設は40施設あり、これら専門病床数の合計は2,153床である。

中毒性精神病は薬物乱用および依存に起因する。したがって、幻覚妄想状態を中心とする精神病状態が改善してくると、その元にある依存が表面化してくる。したがって、中毒性精神病の治療は依存の治療と厳格に線を引けない現実があり、各臨床現場では対応に苦慮している。

全国の有床精神科医療施設を対象とした調査では、中毒性精神障害者及び薬物依存症者について、以下のことが指摘された。

- ① 他の精神障害者に比べて年齢が若く、働き盛りの年齢層に多い。
- ② 矯正施設への入所経験の比率が高い。
- ③ 無規範性や粗暴・威嚇的言動、並びに執拗要求など、種々の医療管理

上の困難性が多く認められる。

- ④ 精神保健法上の「隔離」「身体的拘束」を受ける比率が高い。
- ⑤ 専門治療病棟を有する施設では、それらを持たない施設に比べて、処遇がより一層適正になされている。

エ 自助グループの活動

NA(Narcotics Anonymous) ミーティングと呼ばれる薬物依存から回復したいと願う依存者たちの匿名ミーティングが全国各地で開かれている。

また、ダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center) という薬物依存からの回復者たちによる自助グループ活動が昭和60年以降、全国的に展開されている。その数は既に10カ所を越えている。通所、入寮の両方があり、入寮の場合は3ヶ月間を原則としている。ここでは、所内ミーティングと地域でのNA(Narcotics Anonymous) ミーティング、AA (Alcoholics Anonymous)ミーティングへの参加を主たるプログラムとしており、依存者自身が現在を見つめ直し、過去を反省し、断薬及びその維持に向けて努力する姿勢をサポートしている。

(6) 精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業の実施

平成11年度より、薬物乱用防止対策実施要綱に基づき、各都道府県、指定都市は精神保健福祉センターにおいて薬物乱用による精神障害について、技術指導及び技術援助、知識の普及、家族教室の開催等を行うことにより薬物関連問題の発生予防等を図ることとしている。

(7) 今後の課題

ア 平成10年5月に、総務庁行政監察局より「麻薬、覚せい剤等に関する実態調査結果に基づく勧告」が発表されている。

- ① すべての精神保健福祉センターにおける専門相談及び家族教室の実施
- ② 国立精神療養所等を中心とした専門病棟・病床の整備。医療スタッフに対する専門的な研修の充実。治療の在り方に関する研究
- ③ リハビリ施設への助成等アフターケア対策の検討。訪問指導の在り方

の検討

となっている。

イ 同じく平成10年5月に、内閣に設置された薬物乱用対策推進本部において「薬物乱用防止五か年戦略」が決定されている。平成10年から14年までの5年間の薬物乱用対策の基本目標とより具体的な4つの目標を掲げ、それぞれについて問題点及び対策を示しているが、そのうち精神保健福祉の関連では、「薬物依存・中毒者の治療と社会復帰を支援し、再乱用を防止する。」を目標として、問題点と対策として以下を挙げている。

① 問題点

覚せい剤には中毒性精神病の危険性があり、依存に対する完全な治療方法は確立していない。薬物依存・中毒者には薬物使用とそれにつながる生活習慣から脱却させることが重要。

② 対策

専門病床確保等の医療提供体制の整備により薬物依存・中毒者に対する治療の充実を図るとともに、精神保健福祉センターを中核として医療機関、麻薬取締官事務所等の公的機関、相談員・ボランティア等による地域の相談・指導のネットワークを整備し、薬物依存・中毒者の社会復帰の支援を図る。

ウ 平成12年8月に、総務庁行政監察局に対し、改善措置状況の回答を行った。

① すべての精神保健福祉センターにおける専門相談及び家族教室の実施のための国庫補助

② 国立下総療養所の専門病棟の建て替え整備、国立精神・神経センター精神保健研究所における薬物依存臨床看護研修会の実施、引き続き厚生科学研究における中毒性精神病患者等に関する治療の在り方を研究

③ 平成11年度の生活保護実施要領の改正に併せて、国又は地方公共団体から補助が行われている場合、保健所又は精神保健福祉センターが後援

する場合等については、民間リハビリテーション施設の通所費用について支給できるよう措置

5. 精神保健福祉に関する調査研究

(1) 研究の推進

精神医療領域に関する厚生労働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・筋疾患及び知的障害その他の発達障害の原因の究明、治療法の確立、発生予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。

平成10年度からは、精神保健医療研究費を、障害者等保健福祉総合研究費及び心身障害研究費（障害保健福祉分）と統合し、精神障害、身体障害、知的障害の総合的な障害者の保健福祉に関する研究を推進している。

(2) 国立精神・神経センターの組織

国立精神・神経センターは、精神疾患、神経疾患、筋疾患、知的障害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。

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。

(3) 精神保健研究所

ア 沿革

精神保健研究所は、昭和25年の精神衛生法制定の際、国会において設立すべき旨の付帯決議が採択され、昭和27年1月に設立された。

設立当時の組織は、総務課、心理学部、生理学形態学部、優生学部、児童精神衛生部及び社会学部の1課5部であった。その後、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月新たに精神薄弱部が設置された。

昭和40年には、精神医療の発展に伴い、地域精神医療、社会復帰等を内容とする精神衛生法の大改正が行われ、これに伴い、社会復帰部が新設された。また、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た。

昭和61年10月、国立精神衛生研究所、国立武蔵療養所及び同神経センターの3施設を発展的に改組し、国立精神・神経センターが設立された。こ

の組織改正により、精神身体病理部と優生部を統合し精神生理部としたほか、精神保健計画部及び薬物依存研究部が新たに設けられた。

昭和62年4月からは国立国府台病院が加わり、2病院、2研究所のナショナルセンターとして名実ともに体制が整えられた。

なお、昭和62年10月には、心身医学研究部の新設が認められ10部となった。

イ 研究内容

(ア) 研究領域と研究方法

人の精神活動に関して、健康から疾病まで、生理的側面から病理的側面までを研究対象として、精神医学的、心理学的、社会学及び社会福祉学的方法を総合した精神保健福祉学的研究を行っている。

〈精神保健福祉学的研究〉

◇学問領域の構成

精神医学、心理学、
社会学、社会福祉学
保健学、看護学

◇方法及び技術

生理学的、生化学的
臨床的・リハビリテーション的
疫学的・統計的

◇発達・退行に係る年齢軸

乳幼児期、児童・思春期
青年期、成人期
初老期、老年期

◇関係する生活領域

個人・家庭
学校・職場
地域社会

◇健康度からみた対象との関係

精神健康の保持及び増進

(こころの健康づくり、子育て、保育・教育、生きがい、地域づくり)

精神的健康障害の予防

(災害、PTSD、ストレス、心身症、アルコール依存、学習障害)

精神健康障害

(薬物依存、神経症、パニック障害、うつ病、発達障害、精神分裂病)

(イ) 各部の現在の研究活動

1) 精神保健計画部

- ① 地域精神保健福祉の推進に関する研究及び情報収集
- ② アルコール関連問題に関する社会学的研究
- ③ 家族ストレスに関する精神保健研究
- ④ 勤労者、慢性疾患患者、高齢者等の精神保健に関する社会疫学的研究

2) 薬物依存研究部

- ① 薬物依存の疫学研究
(世帯調査、精神科医療施設の実態調査、中学生の調査)
- ② 有機溶剤精神病の診断基準作成
- ③ 覚せい剤、コカインに関する分子生物学的・生理学的基礎研究

3) 心身医学研究部

- ① 心身症の発症機序と病態に関する基礎的・臨床的研究
(消化器、アレルギー性疾患など)
- ② ストレス反応に対する精神神経免疫学的研究
- ③ 摂食障害に対する臨床及び基礎医学的研究
- ④ 生活習慣病への予防医学的研究

4) 児童・思春期精神保健部

- ① 精神発達に関する研究
- ② 保健所、保健センター及び学校における精神保健相談の臨床的研究
- ③ 児童・思春期の精神障害の実態・診断・診療に関する研究
(注意欠陥多動障害、障害の診断と告知、不登校等問題行動)

5) 成人精神保健部

- ① 青年期の不適応の要因の分析と援助技法の研究
- ② 若年成人期、成人期のパニック障害、精神分裂病に関する臨床的

研究

③ 思春期不適応者へのグループセラピーやロールシャッハテストに関する研究

④ 精神分裂病の長期経過、告知、治療コンプライアランスの研究

6) 老人精神保健部

① 老年期痴呆の高次神経機能障害の症候学的研究

② 高齢者の睡眠・覚醒に関する心理学的・精神生理学的研究

③ 老年期痴呆の疫学並びにその発症要因に関する研究

④ 高齢精神障害者における精神薬理学的研究

7) 社会精神保健部

① 精神疾患の疫学研究及び精神障害者をめぐる法制度の研究

② 精神障害者及び家族の地域生活に関する福祉的援助の研究

③ 先端医療に内在する倫理的・社会的諸問題に関する研究

(遺伝子診断、遺伝子治療など)

8) 精神生理部

① 睡眠障害の基礎的・臨床的研究

② 老年期睡眠障害の発現機序の解明に関する研究

③ うつ病の高照度療法及び断眠療法の研究

9) 知的障害部

① 精神遅滞等発達障害の臨床的、基礎的研究

② 学習障害児の神経心理学的、神経生理学的、認知心理学的研究

③ 発達障害医療・福祉従事者の精神健康に関する研究

10) 社会復帰相談部

① 精神障害者の障害評価の研究

② 心理教育的アプローチが精神障害者(分裂病患者ほか)の予後に与える影響の調査研究

③ 成人デイ・ケアの臨床的研究

ウ 研修

対象者は、国、地方公共団体、の精神保健福祉関係職員及び精神保健法第19条の8の規程による指定病院等で、精神保健福祉業務に従事する、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で、精神保健福祉技術者としての資質の向上を図ることを目的として、昭和34年度から精神保健福祉の各般にわたり必要な知識及び技術の研修を次の5課程で行うほか、随時特別コースを設けている。なお、現在までの終了者数は表のとおりである。

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、保健婦、看護婦（士）及び作業療法士等に対し、精神医学及び精神保健に関する研修を行っています。

2) 心理学課程

精神保健福祉センター、保健所、精神病院、児童相談所及び精神薄弱者更生相談所等において、精神保健、福祉に関する業務に従事している者に対し、精神保健と臨床心理に関する研修を行っています。

3) 社会福祉学課程

精神保健福祉センター、保健所、精神病院、老人保健施設及び児童相談所等において、精神保健・福祉に関する業務に従事している者に対し、精神保健と社会福祉に関する研修を行っています。

4) 精神保健指導課程

都道府県（指定都市）、精神保健福祉センター及び保健所等において、精神保健福祉行政に携わっている者に対し、精神保健福祉計画に関する研修を行っています。

5) 精神科デイ・ケア課程

(1) 精神科デイ・ケア研修

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）を対象とし，精神科デイ・ケアにかかる専門的な知識及び技術の修得を目的とした研修を行っています。

(2) 精神科デイ・ケア・リーダー研修

精神保健福祉センター，保健所及び精神病院等で精神科デイ・ケア業務に従事している者に対し，チーム医療としての精神科デイ・ケアの専門的知識を有し，チーム内で適切な研修プログラムを企画・立案できるリーダーを育成することを目的とした研修を行っています。

表 課程別研修終了者数

平成10年3月31日

区 分 課 程	県 ・ 市 ・ 本 庁	保 健 所	精 神 保 健 セ ン タ ー	精 神 病 院 等	児 童 相 談 所	そ の 他	計	平 成 6 年 度	平 成 7 年 度	平 成 8 年 度	平 成 9 年 度
医 学 課 程	25	416	56	144	0	34	675	13	12	24	19
精神保健指導課程	50	311	374	14	0	7	756	22	27	16	18
社会福祉学課程	8	357	167	290	40	85	947	28	28	25	28
心 理 学 課 程	0	21	112	191	380	118	822	21	23	27	27
精神科デイ・ケア課程	6	15	50	2,533	0	31	2,635	175	232	185	201
計	89	1,120	759	3,172	420	275	5,835	259	322	277	293

備考 社会福祉学課程は昭和34年度から，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9年度末までの延実人員である。

エ 技術交流

精神保健研究所は，厚生労働省，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医療

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とはいえ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、「脱施設化」として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。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。しかしながら、現在、我が国の病床数と在院日数は欧米と比較してかなり多い。各国の地域精神医療推進の方策及び結果の正否に関して意見は分かれるが、その脱施設化という歴史の流れはとどめようもなく我が国もその洗礼を受けることになろう。如何にして軟着陸するかがより真剣に模索されねばならない。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。しかし、その供給を満たすため、近年、国家の政策も進み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。海外のいくつかの国の精神医療における近年の変化を通して、世界の精神医療の流れを紹介したい。

1. アメリカ合衆国の精神医療

かつては収容患者が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り、それらの入院環境は劣悪であり「蛇の穴」と呼ばれた。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1,500施設作られることが計画された。更に、1965年には公的医療制度であるメディケア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され、1976年の州立精神病院総病床数は22万床となっ

た。30～40%を高齡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られ、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は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み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り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ゲットー化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カ月を超えることは少なく、超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（Board and Care Home）、ハーフウェイ・ハウス（Half way House）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。

表1. 4カ国における人口1万当たりの年次精神科病床数

	日 本	米 国	イングランド	旧西ドイツ
1960	10.1	40		9.6
1965	17.6	35.3	30	19.5
1970	23.8	25.9	25.6	20.4
1975	24.8	15.6	21.2	20.3
1980	26.3	9.4	18.6	19.7
1985	27.7	7.2	16.1	17.7
1990	29	6.4	13.2	16.5

表2. 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 (対人口10000)		
	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

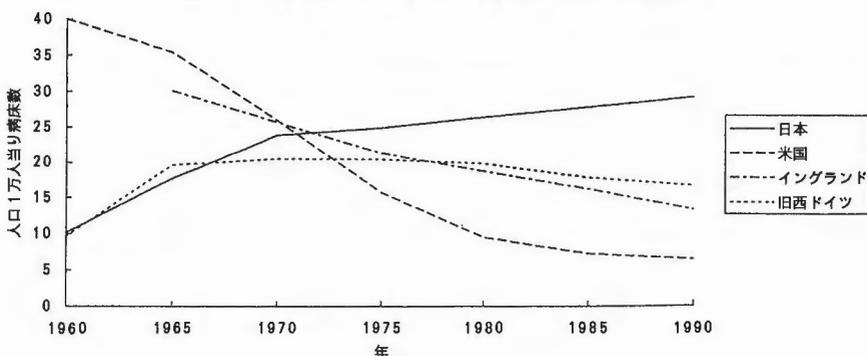
- 1) 再入院が大幅に増加し、入院件数の著しい増加がみられた。後者の数字を示すと1969年の130万から1992年には210万件となった。
- 2) 入院期間は大幅に短縮された。1991年の平均在院日数は12日である。
- 3) 外来患者が著しく増加した。
- 4) 郡や州立精神病院の患者の多くがナーシング・ホームに移動した。
- 5) 入院施設は郡や州立精神病院が減り、総合病院精神科及び私立精神病院が増加した。総合床数の州立及び郡立精神病院、総合病院精神科、私立精神病院、その他の占める割合は1970年で各78.8, 4.3, 2.7, 14.2 (%)であったのが1992年には34.4, 19.2,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

2. ヨーロッパ諸国の精神医療

過去30年にわたり殆どのヨーロッパ諸国は精神医療改革を行ってきた。これによる精神病院と精神病床の減少は歴然としたものである。1980年の統計では人口1万人当たりの精神科病床数は殆どの国で20床以上あり、北部ヨーロッパ

の多くの国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。にもかかわらず、1990年の統計ではこれらの国々も、日本より大きく数値を下げている（表1、表2、図1）。この様に改革の歴史は異なるが、ヨーロッパ諸国の変化は明確であり、入院治療のダウンサイジングに相補するように地域医療を中心にして外来治療部門、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。しかしながら、地域医療推進には財源や法的問題が複雑に絡んでおり、また、精神疾患に対する一般住民の偏見は残り、高齢化した慢性患者は痴呆や身体疾患を併発しているため精神医療の枠内だけでは対応が困難になっている。

図1. 4ヶ国における精神科病床数の年次推移



2-1. 英国 (イングランド)

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。これに伴う地域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管轄地域を設定して担当している。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、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。この様なデイケア施設や居住施設は脱施設化に伴い着実に増加してきた。一方で居住施設やデイケア施設の数が必要に追いついていないこと、地域ケアからの脱落、米国ほど深刻ではないがホームレス等も問題化している。

こうした背景にはサッチャー政権以降、NHS費用の増大に対して引き締め政策がとられ、十分な地域ケア資源のための財政的基盤が満足なものとなっていないことがある。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、国営の保健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。一方、病院閉鎖によって生じた資金を地域ケアサービスに再投資することが保証されており、これが地域ケアを比較的順調に進めるための基礎となっている。この様にイングランドの地域ケアは問題をはらみながらも前進しつつあり、国際的な評価も高い。

2-2. フランス

行政は1838年の早期に精神病患者のための法律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離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察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。

2-3. 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が、これはしかし、ナチス時代に10万人余りの精神科関連患者が殺害されたためでもある。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。

2-4. 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の配慮を加えた。この法律が第二次大戦後も運用され2,000床以上を有する精神病院が乱立した。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。

3. アジア諸国の精神医療

アジア諸国では精神保健行政から、施設、マンパワー、教育システムまで全般にわたって精神障害者に対する政策が不足している。しかし、近年、経済発展と民主化の進展と共に、幾つかの国では精神保健政策の担当部署や法律の制定が具体化されつつあるか、既に実施される様にもなった。また、一般の精神保健思想の普及も進みつつある。元来、病床数が少ないため増床の必要があるが、同時に地域精神医療サービスも推進されておりバランスの良い精神医療の発展が期待される。表2に日本とオーストラリアも含めたアジア諸国の精神科病床数を示す。

3-1. 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カ所あり、政府の援助のもと合計20,000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。

3-2. 中国

狂気概念と現象記述、及び治療には3,000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1,000床余りにすぎなかった。1958年、全国の病床数は11,000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45,300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95,300であり、公安部と民生部の病院を合計すると病床数は142,500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。このシステムは一定の効果をあげ他国からも注目されているものの広大な中国全土で有機的に機能し効果をあげているとは考え難い。

むすび

世界の国々の精神医療の現状を病床数の推移を中心に概観した。日本の精神医療と比較すると日本の精神科病床数は1993年をピークにわずかであるが減少傾向を示している。他に精神医療の指標の1つとして在院日数がある。日本は

400日を超え、欧米の1～2カ月と比べ突出している。日本は1996年度より始まった障害者プラン、1995年度に精神保健法を精神保健福祉法に改正して地域医療への取り組みは始まったばかりである。日本においても、病院中心の精神医療から、地域を主体とした精神医療への流れは、不可避であると思われる。どのように、地域精神医療へと移行するかが、日本の精神医療にたずさわる行政、専門家、家庭、ユーザーを含めてのこれからの課題であると思われる。

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. 厚生労働省関係

(1) 社会福祉法……………社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、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、及び知的障害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、知的障害者福祉司等の職員が配置されている。

12年4月1日現在郡部341、市855、町村4、計1,200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障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設である。

10年10月1日現在、177か所が設置されている。

(更生施設) ……身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させて生活扶助を行うことを目的とする施設である。

10年10月1日現在、17か所が設置されている。

(医療保護施設) ……医療を必要とする要保護者に対して、医療の給付を行うことを目的とする施設である。

10年10月1日現在、65か所が設置され

ている。

(授産施設) ……身体上若しくは精神上の理由又は世帯の事情により就業能力の限られている要保護者に対して、就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長することを目的とする施設である。

10年10月1日現在、65か所が設置されている。

(宿所提供施設) ……住居のない要保護者の世帯に対して、住宅扶助を行うことを目的とする施設である。

10年10月1日現在、12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、ひとしくその生活を保障され愛護され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，10年10月1日現在，174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入所させ，又は保護者の下から通わせて，その情緒障害を治すことを目的とする施設である。10年10月1日現在，17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ような施設がある。

(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。

10年10月1日現在，949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であり、やむを得ない事由により介護老人福祉施設に入所することが著しく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。

10年10月1日現在、3,942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。

10年10月1日現在、2,249か所が設置されている。

(5) 知的障害者福祉法……………知的障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い、もって知的障害者の福祉を図ることを目的とする法律であり、法律第5条に定める知的障害者援護施設には、次の施設がある。

(知的障害者デイサービスセンター) ……知的障害者デイサービスを提供することを目的とする施設である。

(知的障害者更生施設) ……18歳以上の知的障害者を入所させて、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。

10年10月1日現在、1,515か所が設置されている。

(知的障害者授産施設) ……18歳以上の知的障害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。

10年10月1日現在、993か所が設置されている。

(知的障害者通勤寮) ……就労している知的障害者に対し、居室その他の設備を利用させるとともに、独立及び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10年10月1日現在、116か所が設置されている。

(知的障害者福祉ホーム) ……低額な料金で、現に居住を求めている知的障害者に対し、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10年10月1日現在、67か所が設置されている。

(6) 国民年金法及び厚生年金保険法

国民皆年金制度により、すべての国民はいずれかの年金制度に加入しており高齢や障害者等になったときには、生活の安定を図るため年金の保障が行われるようになってきている。

ア. 国民年金法

国民年金に加入している期間中に、障害等級表に該当する程度の障害者となった場合であって、一定の保険料納付要件を満たしているときに障害基礎年金が支給される。また、20歳前の傷病による障害者についても、その者が20歳に達したときから障害基礎年金が支給される。年金額は1級障害で1,005,300円、2級障害で804,200円（平成11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603,200円（平成11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. 文部科学省関係

養護学校……知的障害者、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、国立43、公立755、私立12、計810か所（平成11年度速報値）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、9年度末現在4か所が設置されている。

資 料 編

I 精神保健福祉関係法令

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

〔昭和25年5月1日〕
〔法律第123号〕

改正	昭和26年3月30日法律第55号	同	27年7月31日同	第268号
	同 28年8月15日同 第213号	同	29年6月1日同	第136号
	同 29年6月8日同 第163号	同	29年6月14日同	第179号
	同 33年3月25日同 第17号	同	34年3月31日同	第75号
	同 36年4月18日同 第66号	同	37年9月15日同	第161号
	同 38年6月21日同 第108号	同	40年6月30日同	第139号
	同 53年5月23日同 第55号	同	57年8月17日同	第80号
	同 58年12月3日同 第82号	同	59年8月14日同	第77号
	同 60年5月18日同 第37号	同	61年5月8日同	第46号
	同 62年9月26日同 第98号	同	平成元年4月10日同	第22号
	平成5年6月18日同 第74号		(同7年5月19日同	第94号
	同 5年11月12日同 第89号	同	6年6月29日同	第56号
	同 6年7月1日同 第84号	同	7年5月19日同	第94号
	同 8年6月14日同 第82号	同	9年12月17日同	第124号
	同 10年9月28日同 第110号	同	11年6月4日同	第65号
				(一部未施行)
	同 11年7月16日同 第87号	同	11年12月8日同	第151号
	同 11年12月22日同 第160号	同	12年6月7日同	第111号

精神衛生法をここに公布する。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

(昭62法98・平7法94・改称)

目次

第1章 総則(第1条-第5条)

第2章 精神保健福祉センター(第6条-第8条)

第3章 地方精神保健福祉審議会及び精神医療審議会(第9条-第17条)

第4章 精神保健指定医及び精神病院

第1節 精神保健指定医(第18条-第19条の6)

第2節 精神病院(第19条の7-第19条の10)

第5章 医療及び保護

第1節 保護者(第20条-第22条の2)

第2節 任意入院(第22条の3・第22条の4)

- 第3節 指定医の診察及び措置入院（第23条—第31条）
- 第4節 通院医療（第32条—第32条の4）
- 第5節 医療保護入院等（第33条—第35条）
- 第6節 精神病院における処遇等（第36条—第40条）
- 第7節 雑則（第41条—第44条）
- 第6章 保健及び福祉
 - 第1節 精神障害者保健福祉手帳（第45条・第45条の2）
 - 第2節 相談指導等（第46条—第49条）
 - 第3節 施設及び事業（第50条—第51条）
- 第7章 精神障害者社会復帰促進センター（第51条の2—第51条の11）
- 第8章 雑則（第51条の11の2—第51条の15）
- 第9章 罰則（第52条—第57条）
- 附則

第1章 総則

（この法律の目的）

第1条 この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。

（昭29法179・昭62法98・平7法94・平11法65・一部改正）

（国及び地方公共団体の義務）

第2条 国及び地方公共団体は、医療施設、社会復帰施設その他の福祉施設及び教育施設並びに地域生活援助事業を充実する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。

（昭29法179・昭62法98・平5法74・平7法94・平11法65・一部改正）

（国民の義務）

第3条 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者がある障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

（昭62法98・追加、平7法94・旧第2条の2の繰下・一部改正、平11法65・一部改正）

（精神障害者等の社会復帰、自立及び社会参加への配慮）

第4条 医療施設若しくは社会復帰施設の設定者又は地域生活援助事業若しくは社会適応

訓練事業を行う者は、その施設を運営し、又はその事業を行うに当たっては、精神障害者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を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るように努めなければならない。

- 2 国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業又は社会適応訓練事業を行う者は、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。

(平5法74・追加, 平7法94・旧第2条の3繰下・一部改正, 平11法65・一部改正)

(定義)

第5条 この法律で「精神障害者」とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

(平5法74・一部改正, 平7法94・旧第3条繰下, 平10法110・平11法65・一部改正)

第2章 精神保健福祉センター

(平5法74・平7法94・改称)

(精神保健福祉センター)

第6条 都道府県は、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るため、精神保健福祉センターを設置することができる。

- 2 精神保健福祉センターは、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又は困難なものを行う施設とする。

(昭40法139・全改, 昭62法98・一部改正, 平7法94・旧第7条繰上・一部改正)

(国の補助)

第7条 国は、都道府県が前条の施設を設置したときは、政令の定めるところにより、その設置に要する経費については2分の1、その運営に要する経費については3分の1を補助する。

(昭34法75・昭40法139・一部改正, 平7法94・旧第8条繰上)

(政令への委任)

第8条 この法律に定めるもののほか、精神保健福祉センターに関して必要な事項は、政令で定める。

(昭28法213・全改, 昭40法139・昭62法98・一部改正, 平7法94・旧第12条繰上・一部改正)

第3章 地方精神保健福祉審議会及び精神医療審査会

(昭40法139・昭53法55・昭62法98・平7法94・改称)

(地方精神保健福祉審議会)

第9条 精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項を調査審議させるため、都道府県に精神保健福祉に関する審議会その他の合議制の機関（以下「地方精神保健福祉審議会」という。）を置く。

- 2 地方精神保健福祉審議会は、都道府県知事の諮問に答えるほか、精神保健及び精神障

害者の福祉に関する事項に関して都道府県知事に意見を具申することができる。

- 3 地方精神保健福祉審議会は、前2項に定めるもののほか、都道府県知事の諮問に応じ、第32条第3項及び第45条第1項の申請に関する必要な事項を審議するものとする。

(昭40法139・追加、昭53法55・旧第16条の2繰上・一部改正、昭62法98・一部改正、平7法94・旧第13条繰上・一部改正、平11法87・一部改正)

(委員及び臨時委員)

第10条 地方精神保健福祉審議会の委員は、20人以内とする。

- 2 特別の事項を調査審議するため必要があるときは、地方精神保健福祉審議会に臨時委員を置くことができる。

- 3 委員及び臨時委員は、精神保健又は精神障害者の福祉に関し学識経験のある者、精神障害者の医療に関する事業に従事する者及び精神障害者の社会復帰の促進又はその自立と社会経済活動への参加の促進を図るための事業に従事する者のうちから、都道府県知事が任命する。

- 4 委員の任期は、3年とする。

(昭40法139・追加、昭53法55・旧第16条3繰上・一部改正、昭62法98・平5法74・一部改正、平7法94・旧第14条繰上・一部改正)

(条例への委任)

第11条 地方精神保健福祉審議会の運営に関し必要な事項は、条例で定める。

(昭40法139・昭53法55・昭62法98・一部改正、平7法94・旧第17条繰上・一部改正)

(精神医療審査会)

第12条 第38条の3第2項及び第38条の5第2項の規定による審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置く。

(昭62法98・追加、平7法94・旧第17条の2繰上)

(委員)

第13条 精神医療審査会の委員は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者(第18条第1項に規定する精神保健指定医である者に限る。)、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する。

- 2 委員の任期は、2年とする。

(昭62法98・追加、平7法94・旧第17条の3繰上、平11法65・一部改正)

(審査の案件の取扱い)

第14条 精神医療審査会は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員3人、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員1人及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員1人をもって構成する合議体で、審査の案件を取り扱う。

- 2 合議体を構成する委員は、精神医療審査会がこれを定める。

(昭62法98・追加、平7法94・旧第17条の4繰上)

(政令への委任)

第15条 この法律で定めるもののほか、精神医療審査会に関し必要な事項は、政令で定める。

(昭62法98・追加、平7法94・旧第17条の5繰上)

第16条及び第17条 削除

(平7法94)

第4章 精神保健指定医及び精神病院

(昭62法98・平7法94・改称)

第1節 精神保健指定医

(平7法94・節名追加)

(精神保健指定医)

第18条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第19条の4に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

- 一 5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 二 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 四 厚生労働大臣又はその指定する者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修(申請前1年以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定にかかわらず、第19条の2第1項又は第2項の規定により指定医の指定を取り消された後5年を経過していない者その他指定医として著しく不適当と認められる者については、前項の指定をしないことができる。
- 3 厚生労働大臣は、第1項第3号に規定する精神障害及びその診断又は治療に従事した経験の程度を定めようとするとき、同項の規定により指定医の指定をしようとするとき又は前項の規定により指定医の指定をしないものとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

(昭62法98・全改、平11法160・一部改正)

(指定後の研修)

第19条 指定医は、5の年度(毎年4月1日から翌年3月31日までをいう。以下この条において同じ。)ごとに厚生労働大臣が定める年度において、厚生労働大臣又はその指定する者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修を受けなければならない。

- 2 前条第1条の規定による指定は、当該指定を受けた者が前項に規定する研修を受けなかったときは、当該研修を受けるべき年度の終了の日にその効力を失う。ただし、当該研修を受けなかったことにつき厚生労働省令で定めるやむを得ない理由が存すると厚生労働大臣が認めるときは、この限りでない。

(昭62法98・全改、平7法94・平11法160・一部改正)

(指定の取消し等)

第19条の2 指定医がその医師免許を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消さなければならない。

2 指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその職務に関し著しく不当な行為を行ったときその他指定医として著しく不適当と認められるときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消し、又は期間を定めてその職務の停止を命ずることができる。

3 厚生労働大臣は、前項の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、医療審議会の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、指定医について第2項に該当すると思料するときは、その旨を厚生労働大臣に通知することができる。

(昭62法98・追加、平5法89・平11法65・平11法160・一部改正)

(手数料)

第19条の3 第18条第1項第4号又は第19条第1項の研修(厚生労働大臣が行うものに限る。)を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める金額の手数料を納付しなければならない。

(昭62法98・追加、平7法94・平11法160・一部改正)

(職務)

第19条の4 指定医は、第22条の4第3項及び第29条の5の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定、第33条第1項及び第33条の4第1項の規定による入院を必要とするかどうか及び第22条の3の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定、第36条第3項に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定、第38条の2第1項(同条第2項において準用する場合を含む。)に規定する報告事項に係る入院中の者の診察並びに第40条の規定により一時退院させて経過を見るのが適当かどうかの判定の職務を行う。

2 指定医は、前項に規定する職務のほか、公務員として、次に掲げる職務を行う。

一 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定による入院を必要とするかどうかの判定

二 第29条の2の2第3項(第34条第4項において準用する場合を含む。)に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定

三 第29条の4第2項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定

四 第34条第1項及び第3項の規定による移送を必要とするかどうかの判定

五 第38条の3第3項及び第38条の5第4項の規定による診察

六 第38条の6第1項の規定による立入検査、質問及び診察

七 第38条の7第2項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定

八 第45条の2第4項の規定による診察

(昭62法98・追加、平7法94・平11法65・一部改正)

(診療録の記載義務)

第19条の4の2 指定医は、前条第1項に規定する職務を行ったときは、遅滞なく、当該指定医の氏名その他、厚生労働省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。

(平11法65・追加, 平11法160・一部改正)

(指定医の必置)

第19条の5 第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の4第1項の規定により精神障害者を入院させている精神病院(精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。第19条の10を除き、以下同じ。)の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、その精神病院に常時勤務する指定医(第19条の2第2項の規定によりその職務を停止されている者を除く。第53条第1項を除き、以下同じ。)を置かなければならない。

(平7法94・追加, 平11法65・平11法160・一部改正)

(政令及び省令への委任)

第19条の6 この法律に規定するもののほか、指定医の指定の申請に関して必要な事項は政令で、第18条第1項第4号及び第19条第1項の規定による研修に関して必要な事項は厚生労働省令で定める。

(昭62法98・追加, 平7法94・旧第19条の5繰下・一部改正, 平11法160・一部改正)

第2節 精神病院

(平7法94・追加)

(都道府県立精神病院)

第19条の7 都道府県は、精神病院を設置しなければならない。ただし、次条の規定による指定病院がある場合においては、その設置を延期することができる。

(平7法94・追加)

(指定病院)

第19条の8 都道府県知事は、国及び都道府県以外の者が設置した精神病院であって厚生労働大臣の定める基準に適合するものの全部又は一部を、その設置者の同意を得て、都道府県が設置する精神病院に代わる施設(以下「指定病院」という。)として指定することができる。

(平7法94・追加, 平11法160・一部改正)

(指定の取消し)

第19条の9 都道府県知事は、指定病院が、前条の基準に適合しなくなったとき、又はその運営方法がその目的遂行のために不相当であると認めるときは、その指定を取り消すことができる。

- 2 都道府県知事は、前項の規定によりその指定を取り消そうとするときは、あらかじめ、地方精神保健福祉審議会の意見を聴かなければならない。
- 3 厚生労働大臣は、第1項に規定する都道府県知事の権限に属する事務について、指定病院に入院中の者の処遇を確保する緊急の必要があると認めるときは、都道府県知事に対し同項の事務を行うことを指示することができる。

(平7法94・追加, 平11法87・平11法160・一部改正)

(国の補助)

第19条の10 国は、都道府県が設置する精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営に要する経費（第30条第1項の規定により都道府県が負担する費用を除く。次項において同じ。）に対し、政令の定めるところにより、その2分の1を補助する。

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

(平7法94・追加)

第5章 医療及び保護

第1節 保護者

(平7法94・節名追加)

(保護者)

第20条 精神障害者については、その後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護者となる。ただし、次の各号のいずれかに該当する者は保護者とならない。

- 一 行方の知れない者
- 二 当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族
- 三 家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人
- 四 破産者
- 五 成年被後見人又は被保佐人
- 六 未成年者

2 保護者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、次のとおりとする。ただし、本人の保護のため特に必要があると認める場合には、後見人又は保佐人以外の者について家庭裁判所は利害関係人の申立てによりその順位を変更することができる。

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

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

(平5法74・平11法65・平11法151・一部改正)

第21条 前条第2項各号の保護者がいないとき又はこれらの保護者がその義務を行うことができないときはその精神障害者の居住地を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下

同じ。)、居住地がないか又は明らかでないときはその精神障害者の現在地を管轄する市町村長が保護者となる。

(平5法74・一部改正)

第22条 保護者は、精神障害者（第22条の4第2項に規定する任意入院者及び病院又は診療所に入院しないで行われる精神障害の医療を継続して受けている者を除く。以下この項及び第3項において同じ。）に治療を受けさせ、及び精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない。

- 2 保護者は、精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力しなければならない。
- 3 保護者は、精神障害者に医療を受けさせるに当たっては、医師の指示に従わなければならない。

(平5法74・平11法65・一部改正)

第22条の2 保護者は、第41条の規定による義務（第29条の3又は第29条の4第1項の規定により退院する者の引取りに係るものに限る。）を行うに当たり必要があるときは、当該精神病院若しくは指定病院の管理者又は当該精神病院若しくは指定病院と関連する精神障害者社会復帰施設の長に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、及び必要な援助を求めることができる。

(平5法74・追加)

第2節 任意入院

(平7法94・節名追加)

(任意入院)

第22条の3 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。

(昭62法98・追加、平5法74・旧第22条の2繰下、平7法94・一部改正)

第22条の4 精神障害者が自ら入院する場合においては、精神病院の管理者は、その入院に際し、当該精神障害者に対して第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせ、当該精神障害者から自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない。

- 2 精神病院の管理者は、自ら入院した精神障害者（以下この条において「任意入院者」という。）から退院の申出があった場合においては、その者を退院させなければならない。
- 3 前項に規定する場合において、精神病院の管理者は、指定医による診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めるときは、同項の規定にかかわらず、72時間を限り、その者を退院させないことができる。
- 4 精神病院の管理者は、前項の規定による措置を採る場合においては、当該任意入院者に対し、当該措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。

(昭62法98・追加、平5法74・旧第22条の3繰下、平11法65・平11法160・一部改正)

第3節 指定医の診察及び措置入院

(平7法94・節名追加)

(診察及び保護の申請)

第23条 精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、左の事項を記載した申請書をもよりの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

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

(昭40法139・昭62法98・一部改正)

(警察官の通報)

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

(昭40法139・全改)

(検察官の通報)

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

(昭26法55・全改、昭40法139・一部改正)

(保護観察所の長の通報)

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

(昭40法139・追加)

(矯正施設の長の通報)

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

- 一 本人の居住地、氏名、性別及び生年月日
- 二 症状の概要
- 三 釈放、退院又は退所の年月日

四 引取人の住所及び氏名

(昭27法268・昭33法17・一部改正)

(精神病院の管理者の届出)

第26条の2 精神病院の管理者は、入院中の精神障害者であつて、第29条第1項の要件に該当すると認められるものから退院の申出があつたときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

(昭40法139・追加, 昭62法98・一部改正)

(申請等に基づき行われる指定医の診察等)

第27条 都道府県知事は、第23条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。

2 都道府県知事は、入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第23条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。

3 都道府県知事は、前2項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち合わせなければならない。

4 指定医及び前項の当該職員は、前3項の職務を行うに当たって必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

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

6 第4項の立入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(昭40法139・昭62法98・一部改正)

(診察の通知)

第28条 都道府県知事は、前条第1項の規定により診察をさせるに当たって現に本人の保護の任に当たっている者がある場合には、あらかじめ、診察の日時及び場所をその者に通知しなければならない。

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

(平11法65・一部改正)

(判定の基準)

第28条の2 第27条第1項又は第2項の規定により診察をした指定医は、厚生労働大臣の定める基準に従い、当該診察をした者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかの判定を行わなければならない。

(昭62法98・追加, 平11法160・一部改正)

(都道府県知事による入院措置)

- 第29条** 都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる。
- 2 前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、その指定する2人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。
- 3 都道府県知事は、第1項の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者に対し、当該入院措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。
- 4 国又は都道府県の設置した精神病院及び指定病院の管理者は、病床（病院の一部について第19条の8の指定を受けている指定病院にあってはその指定に係る病床）に既に第1項又は次条第1項の規定により入院をさせた者がいるため余裕がない場合のほかは、第1項の精神障害者を入院させなければならない。

(昭40法139・昭62法98・平7法94・平11法160・一部改正)

- 第29条の2** 都道府県知事は、前条第1項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第27条、第28条及び前条の規定による手続を採ることができない場合において、その指定する指定医をして診察をさせた結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しいと認めるときは、その者を前条第1項に規定する精神病院又は指定病院に入院させることができる。
- 2 都道府県知事は、前条の措置をとったときは、すみやかに、その者につき、前条第1項の規定による入院措置をとるかどうかを決定しなければならない。
- 3 第1項の規定による入院の期間は、72時間を超えることができない。
- 4 第27条第4項から第6項まで及び第28条の2の規定は第1項の規定による診察について、前条第3項の規定は第1項の規定による措置を採る場合について、同条第4項の規定は第1項の規定により入院する者の入院について準用する。

(昭40法139・追加、昭62法98・平7法94・一部改正)

- 第29条の2の2** 都道府県知事は、第29条第1項又は前条第1項の規定による入院措置を採ろうとする精神障害者を、当該入院措置に係る病院に移送しなければならない。
- 2 都道府県知事は、前項の規定により移送を行う場合においては、当該精神障害者に対し、当該移送を行う旨その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。
- 3 都道府県知事は、第1項の規定による移送を行うに当たっては、当該精神障害者を診察した指定医が必要と認めるときは、その者の医療又は保護に欠くことのできない限度

において、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限を行うことができる。

(平11法65・追加, 平11法160・一部改正)

第29条の3 第29条第1項に規定する精神病院又は指定病院の管理者は、第29条の2第1項の規定により入院した者について、都道府県知事から、第29条第1項の規定による入院措置を採らない旨の通知を受けたとき、又は第29条の2第3項の期間内に第29条第1項の規定による入院措置をとる旨の通知がないときは、直ちに、その者を退院させなければならない。

(昭40法139・追加, 平11法65・一部改正)

(入院措置の解除)

第29条の4 都道府県知事は、第29条第1項の規定により入院した者（以下「措置入院者」という。）が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに、その者を退院させなければならない。この場合においては、都道府県知事は、あらかじめ、その者を入院させている精神病院又は指定病院の管理者の意見を聞くものとする。

2 前項の場合において都道府県知事がその者を退院させるには、その者が入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められることについて、その指定する指定医による診察の結果又は次条の規定による診察の結果に基づく場合でなければならない。

(昭40法139・追加, 昭62法98・平7法94・一部改正)

第29条の5 措置入院者を入院させている精神病院又は指定病院の管理者は、指定医による診察の結果、措置入院者が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに、その旨、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

(昭40法139・追加, 昭62法98・平7法94・平11法160・一部改正)

(入院措置の場合の診療方針及び医療に要する費用の額)

第29条の6 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院する者について国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院が行なう医療に関する診療方針及びその医療に要する費用の額の算定方法は、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例による。

2 前項に規定する診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例によることができないとき、及びこれによることを適当としないときの診療方針及び医療に要する費用の額の算定方法は、厚生労働大臣の定めるところによる。

(昭36法66・追加, 昭40法139・旧第29条の2繰下・一部改正, 昭53法55・平11法160・一部改正)

(社会保険診療報酬支払基金への事務の委託)

第29条の7 都道府県は、第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院する者に

ついて国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院が行なった医療が前条に規定する診療方針に適合するかどうかについての審査及びその医療に要する費用の額の算定並びに国又は指定病院の設置者に対する診療報酬の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

(昭36法66・追加, 昭40法139・旧第29条の3繰下・一部改正)

(費用の負担)

第30条 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により都道府県知事が入院させた精神障害者の入院に要する費用は、都道府県が負担する。

2 国は、都道府県が前項の規定により負担する費用を支弁したときは、政令の定めるところにより、その4分の3を負担する。

(昭36法66・昭40法139・平元法22・平7法94・一部改正)

(他の法律による医療に関する給付との調整)

第30条の2 前条第1項の規定により費用の負担を受ける精神障害者が、健康保険法(大正11年法律第70号)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、国家公務員等共済組合法(昭和33年法律第128号。他の法律において準用し、又は例による場合を含む。)、地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)、老人保健法(昭和57年法律第80号)又は介護保険法(平成9年法律第123号)の規定により医療に関する給付を受けることができる者であるときは、都道府県は、その限度において、同項の規定により負担をすることを要しない。

(平7法94・追加, 平8法82・平9法124・一部改正)

(費用の徴収)

第31条 都道府県知事は、第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院させた精神障害者又はその扶養義務者が入院に要する費用を負担することができるものと認めるときは、その費用の全部又は一部を徴収することができる。

(昭40法139・一部改正)

第4節 通院医療

(平7法94・節名追加)

(通院医療)

第32条 都道府県は、精神障害の適正な医療を普及するため、精神障害者が健康保険法第43条第3項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局その他病院若しくは診療所(これらに準ずるものを含む。)又は薬局であつて政令で定めるもの(その開設者が、診療報酬の請求及び支払に関し次条に規定する方式によらない旨を都道府県知事に申し出たものを除く。次条において「医療機関等」という。)で病院又は診療所へ入院しないで行われる精神障害の医療を受ける場合において、その医療に必要な費用の100分の95に相当する額を負担することができる。

2 前項の医療に必要な費用の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例に

よって算定する。

- 3 第1項の規定による費用の負担は、当該精神障害者又はその保護者の申請によって行うものとし、その申請は、精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に対してしなければならない。
- 4 前項の申請は、厚生労働省令で定める医師の診断書を添えて行われなければならない。ただし、当該申請に係る精神障害者が精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているときは、この限りでない。
- 5 都道府県知事は、第3項の申請に対して決定をするには、地方精神保健福祉審議会の意見を聴かななければならない。ただし、当該申請に係る精神障害者が精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているときは、この限りでない。
- 6 第3項の申請があつてから2年を経過したときは、当該申請に基づく費用の負担は、打ち切られるものとする。
- 7 戦傷病者特別援護法（昭和38年法律第168号）の規定によって医療を受けることができる者については、第1項の規定は、適用しない。
- 8 前各項に定めるもののほか、第1項の医療に関し必要な事項は、政令で定める。

（昭40法139・全改，昭62法98・平5法74・平6法56・平7法94・平11法87・平11法160・一部改正）

（費用の請求，審査及び支払）

第32条の2 前条第1項の医療機関等は、同項の規定により都道府県が負担する費用は、都道府県に請求するものとする。

- 2 都道府県は、前項の費用を当該医療機関等に支払わなければならない。
- 3 都道府県は、第1項の請求についての審査及び前項の費用の支払に関する事務を、社会保険診療報酬支払基金その他政令で定める者に委託することができる。

（昭40法139・追加，平6法56・一部改正）

（費用の支弁及び負担）

第32条の3 国は、都道府県が第32条第1項の規定により負担する費用を支弁したときは、当該都道府県に対し、政令で定めるところにより、その2分の1を補助する。

（昭40法139・追加）

第32条の4 第30条の2の規定は、第32条第1項の規定による都道府県の負担について準用する。

（平7法94・全改）

第5節 医療保護入院等

（平7法94・節名追加）

（医療保護入院）

第33条 精神病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

- 一 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状

態にないと判定されたもの

二 第34条第1項の規定により移送された者

- 2 精神病院の管理者は、前項第1号に規定する者の保護者について第20条第2項第4号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がされていない場合又は第34条第2項の規定により移送された場合において、前項第1号に規定する者又は同条第2項の規定により移送された者の扶養義務者の同意があるときは、本人の同意がなくても、当該選任がされるまでの間、4週間を限り、その者を入院させることができる。
- 3 前項の規定による入院が行われている間は、同項の同意をした扶養義務者は、第20条第2項第4号に掲げる者に該当するものとみなし、第1項の規定を適用する場合を除き、同条に規定する保護者とみなす。
- 4 精神病院の管理者は、第1項又は第2項の規定による措置を採ったときは、10日以内に、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を当該入院について同意をした者の同意書を添え、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

(昭40法139・昭62法98・平5法74・平11法65・平11法160・一部改正)

第33条の2 精神病院の管理者は、前条第1項の規定により入院した者（以下「医療保護入院者」という。）を退院させたときは、10日以内に、その旨及び厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

(昭62法98・追加、平11法160・一部改正)

第33条の3 精神病院の管理者は、第33条第1項又は第2項の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者に対し、当該入院措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。ただし、当該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、当該精神障害者の症状に照らし、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる間においては、この限りでない。この場合において、精神病院の管理者は、遅滞なく、厚生労働省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。

(昭62法98・追加、平7法94・平11法160・一部改正)

(応急入院)

第33条の4 厚生労働大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神病院の管理者は、医療及び保護の依頼があった者について、急速を要し、保護者（第33条第2項に規定する場合にあっては、その者の扶養義務者）の同意を得ることができない場合において、その者が、次に該当する者であるときは、本人の同意がなくても、72時間を限り、その者を入院させることができる。

一 指定医の診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの

二 第34条第3項の規定により移送された者

- 2 前項に規定する精神病院の管理者は、同項の規定による措置を採ったときは、直ちに、

当該措置を採った理由その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

- 3 都道府県知事は、第1項の指定を受けた精神病院が同項の基準に適合しなくなったと認めるときは、その指定を取り消すことができる。
- 4 厚生労働大臣は、前項に規定する都道府県知事の権限に属する事務について、第1項の指定を受けた精神病院に入院中の者の処遇を確保する緊急の必要があると認めるときは、都道府県知事に対し前項の事務を行うことを指示することができる。

(昭62法98・追加, 平5法74・平11法65・平11法87・平11法160・一部改正)

第33条の5 第19条の9第2項の規定は前条第3項の規定による処分をする場合について、第29条第3項の規定は精神病院の管理者が前条第1項の規定による措置を採る場合について準用する。

(昭62法98・追加, 平7法94・一部改正)

(医療保護入院等のための移送)

- 第34条** 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたものにつき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第33条第1項の規定による入院をさせるため第33条の4第1項に規定する精神病院に移送することができる。
- 2 都道府県知事は、前項に規定する者の保護者について第20条第2項第4号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がなされていない場合において、その者の扶養義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第33条第2項の規定による入院をさせるため第33条の4第1項に規定する精神病院に移送することができる。
 - 3 都道府県知事は、急速を要し、保護者（前項に規定する場合にあっては、その者の扶養義務者）の同意を得ることができない場合において、その指定する指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、本人の同意がなくてもその者を第33条の4第1項の規定による入院をさせるため同項に規定する精神病院に移送することができる。
 - 4 第29条の2の2第2項及び第3項の規定は、前3項の規定による移送を行う場合について準用する。

(平11法65・全改)

第35条 削除

(平11法151)

第6節 精神病院における処遇等

(平7法94・節名追加)

(処遇)

第36条 精神病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 精神病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

(昭62法98・全改、平11法65・平11法160・一部改正)

第37条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、精神病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

(昭62法98・全改、平11法160・一部改正)

(指定医の精神病院の管理者への報告等)

第37条の2 指定医は、その勤務する精神病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると思料するとき又は前条第1項の基準に適合していないと認めるときその他精神病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないとき認めるときは、当該精神病院の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神病院に入院中の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。

(平11法65・追加)

(相談、援助等)

第38条 精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者は、当該施設において医療を受ける精神障害者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及びその保護者等との連絡調整を行うように努めなければならない。

(昭62法98・全改、平5法74・一部改正)

(定期の報告)

第38条の2 措置入院者を入院させている精神病院又は指定病院の管理者は、措置入院者の症状その他厚生労働省令で定める事項（以下この項において「報告事項」という。）を、厚生労働省令で定めるところにより、定期的に、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に報告しなければならない。この場合においては、報告事項のうち厚生労働省令で定める事項については、指定医による診察の結果に基づくものでなければならない。

2 前項の規定は、医療保護入院者を入院させている精神病院の管理者について準用する。

この場合において、同項中「措置入院者」とあるのは、「医療保護入院者」と読み替えるものとする。

(昭62法98・追加、平7法94・平11法160・一部改正)

(定期の報告等による審査)

第38条の3 都道府県知事は、前条の規定による報告又は第33条第4項の規定による届出(同条第1項の規定による措置に係るものに限る。)があったときは、当該報告又は届出に係る入院中の者の症状その他厚生労働省令で定める事項を精神医療審査会に通知し、当該入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を求めなければならない。

2 精神医療審査会は、前項に規定により審査を求められたときは、当該審査に係る入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。

3 精神医療審査会は、前項の審査をするに当たって必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者に対して意見を求め、若しくはその者の同意を得て委員(指定医である者に限る。第38条の5第4項において同じ。)に診察させ、又はその者が入院している精神病院の管理者その他関係者に対して報告若しくは意見を求め、診療録その他帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。

4 都道府県知事は、第2項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でない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。

(昭62法98・追加、平11法65・平11法160・一部改正)

(退院等の請求)

第38条の4 精神病院に入院中の者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。

(昭62法98・追加、平5法74・平11法65・平11法160・一部改正)

(退院等の請求による審査)

第38条の5 都道府県知事は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を精神医療審査会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。

2 精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。

3 精神医療審査会は、前項の審査をするに当たっては、当該審査に係る前条の規定による請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神病院の管理者の意見を聴かなければならない。ただし、精神医療審査会がこれらの者の意見を聴く必要がな

いと特に認めるときは、この限りでない。

- 4 精神医療審査会は、前項に定めるもののほか、第2項の審査をするに当たって必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者の同意を得て委員に診察させ、又はその者が入院している精神病院の管理者その他関係者に対して報告を求め、診療録その他帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。
- 5 都道府県知事は、第2項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は当該精神病院の管理者に対しその者を退院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならない。
- 6 都道府県知事は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る精神医療審査会の審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知しなければならない。

(昭62法98・追加、平11法65・一部改正)

(報告徴収等)

- 第38条の6** 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診察させることができる。
- 2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者、精神病院に入院中の者又は第33条第1項若しくは第2項の規定による入院について同意をした者に対し、この法律による入院に必要な手続に関し、報告を求め、又は帳簿書類の提出若しくは提示を命じることができる。
 - 3 第27条第5項及び第6項の規定は、第1項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。

(昭62法98・追加、平11法65・平11法160・一部改正)

(改善命令等)

- 第38条の7** 厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると認めるとき又は第37条第1項の基準に適合していないと認めるときその他精神病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないとして認めるときは、当該精神病院の管理者に対し、措置を講ずべき事項及び期限を示して、処遇を確保するための改善計画の提出を求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又はその処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができる。
- 2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、第22条の4第3項の規定により入院している者又は第33条第1項若しくは第2項若しくは第33条の4第1項の規定により入院した者について、その指定する2人以上の指定医に診察させ、各指定

医の診察の結果がその入院を継続する必要があることに一致しない場合又はこれらの者の入院がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反して行われた場合には、これらの者が入院している精神病院の管理者に対し、その者を退院させることを命ずることができる。

- 3 厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神病院の管理者が前2項の規定による命令に従わないときは、当該精神病院の管理者に対し、期間を定めて第22条の4第1項、第33条第1項及び第2項並びに第33条の4第1項の規定による精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限することを命ずることができる。

(昭62法98・追加、平5法74・平11法65・平11法160・一部改正)

(無断退去者に対する措置)

第39条 精神病院の管理者は、入院中の方で自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのあるものが無断で退去しその行方が不明になったときは、所轄の警察署長に次の事項を通知してその探索を求めなければならない。

- 一 退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 退去の年月日及び時刻
- 三 症状の概要
- 四 退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項
- 五 入院年月日
- 六 保護者又はこれに準ずる者の住所及び氏名

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

(昭40法139・平5法74・一部改正)

(仮退院)

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

(昭40法139・昭62法98・一部改正)

第7節 雑則

(平7法94・節名追加)

(保護者の引取義務等)

第41条 保護者は、第29条の3若しくは第29条の4第1項の規定により退院する者又は前条の規定により仮退院する者を引き取り、かつ、仮退院した者に保護に当たっては当該精神病院又は指定病院の管理者の指示に従わなければならない。

(昭40法139・昭62法98・平5法74・一部改正)

(医療及び保護の費用)

第42条 保護者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する。

(昭26法55・平5法74・一部改正, 平7法94・旧第49条繰上)

(刑事事件に関する手続等との関係)

第43条 この章の規定は、精神障害者又はその疑いのある者について、刑事事件若しくは少年の保護事件の処理に関する法令の規定による手続を行ない、又は刑若しくは補導処分若しくは保護処分の執行のためこれらの者を矯正施設に収容することを妨げるものではない。

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

(昭27法268・昭40法139・一部改正, 平7法94・旧第50条繰上)

第44条 削除

(平11法65)

第6章 保健及び福祉

(平7法94・追加)

第1節 精神障害者保健福祉手帳

(平7法94・追加)

(精神障害者保健福祉手帳)

第45条 精神障害者(知的障害者を除く。以下この章及び次章において同じ。)は、厚生労働省令で定める書類を添えて、その居住地(居住地を有しないときは、その現在地)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。

2 都道府県知事は、前項の申請に基づいて審査し、申請者が政令で定める精神障害の状態にあると認めるときは、申請者に精神障害者保健福祉手帳を交付しなければならない。

3 前項の規定による審査の結果、申請者が同項の政令で定める精神障害の状態にないと認めるときは、都道府県知事は、理由を付して、その旨を申請者に通知しなければならない。

4 都道府県知事は、第1項の申請に対して決定をするには、地方精神保健福祉審議会の意見を聴かなければならない。ただし、申請者が精神障害を支給事由とする年金たる給付で厚生労働省令で定めるものを受けているときは、この限りでない。

5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、厚生労働省令で定めるところにより、2年ごとに、第2項の政令で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。

6 第3項及び第4項の規定は、前項の認定について準用する。

7 前各項に定めるもののほか、精神障害者保健福祉手帳に関し必要な事項は、政令で定める。

(平7法94・追加, 平10法110・平11法160・一部改正)

(精神障害者保健福祉手帳の返還等)

- 第45条の2** 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、前条第2項の政令で定める精神障害の状態がなくなったときは、速やかに精神障害者保健福祉手帳を都道府県に返還しなければならない。
- 2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、精神障害者保健福祉手帳を譲渡し、又は貸与してはならない。
 - 3 都道府県知事は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者について、前条第2項の政令で定める状態がなくなったと認めるときは、その者に対し精神障害者保健福祉手帳の返還を命ずることができる。
 - 4 都道府県知事は、前項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の返還を命じようとするときは、あらかじめその指定する指定医をして診察させなければならない。
 - 5 前条第3項の規定は、第3項の認定について準用する。

(平7法94・追加, 平11法65・一部改正)

第2節 相談指導等

(平7法94・追加)

(正しい知識の普及)

- 第46条** 都道府県及び市町村は、精神障害についての正しい知識の普及のための広報活動等を通じて、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ように努めなければならない。

(平7法94・追加)

(相談指導等)

- 第47条** 都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）は、必要に応じて、次条第1項に規定する精神保健福祉相談員その他の職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市若しくは特別区の長（以下「都道府県知事等」という。）が指定した医師をして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。
- 2 都道府県等は、必要に応じて、医療を必要とする精神障害者に対し、その精神障害の状態に応じた適切な医療施設を紹介しなければならない。
 - 3 精神保健福祉センター及び保健所は、精神障害者の福祉に関する相談及び指導を行うに当たっては、福祉事務所（社会福祉法（昭和26年法律第45号）に定める福祉に関する事務所をいう。第50条の2第6項において同じ。）その他関係行政機関との連携を図るように努めなければならない。
 - 4 市町村（保健所を設置する市及び特別区を除く。）は、第1項及び第2項の規定により都道府県が行う精神障害者に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するように努めなければならない。

(平7法94・追加, 平11法65・平12法111・一部改正)

(精神保健福祉相談員)

第48条 都道府県等は、精神保健福祉センター及び保健所に、精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談に応じ、並びに精神障害者及びその家族等を訪問して必要な指導を行うための職員（次項において「精神保健福祉相談員」という。）を置くことができる。

2 精神保健福祉相談員は、精神保健福祉士その他政令で定める資格を有する者のうちから、都道府県知事等が任命する。

(平7法94・追加, 平11法65・一部改正)

(施設及び事業の利用の調整等)

第49条 保健所長は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた精神障害者から求めがあったときは、当該精神障害者の希望、精神障害者の状態、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案し、当該精神障害者が最も適切な精神障害者社会復帰施設又は精神障害者地域生活援助事業若しくは精神障害者社会適応訓練事業（以下この条において「精神障害者地域生活援助事業等」という。）の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行うものとする。この場合において、保健所長は、当該事務を精神障害者地域生活支援センターに委託することができる。

2 保健所長は、前項の助言を受けた精神障害者から求めがあった場合には、必要に応じて、精神障害者社会復帰施設の利用又は精神障害者地域生活援助事業等の利用についてあつせん又は調整を行うとともに、必要に応じて、精神障害者社会復帰施設の設置者又は精神障害者地域生活援助事業等を行う者に対し、当該精神障害者の利用の要請を行うものとする。

3 精神障害者社会復帰施設の設置者又は精神障害者地域生活援助事業等を行う者は、前項のあつせん、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。

(平7法94・追加, 平11法65・一部改正)

第3節 施設及び事業

(平7法94・追加)

(精神障害者社会復帰施設の設置等)

第50条 都道府県は、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を図るため、厚生労働省令の定めるところにより、あらかじめ、厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出て、精神障害者社会復帰施設を設置することができる。

2 市町村、社会福祉法人その他の者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設を設置することができる。

3 前項の規定による届出をした者は、その届け出た事項に変更を生じたときは、変更の日から1月以内に、その旨を当該都道府県知事に届け出なければならない。

4 市町村、社会福祉法人その他の者は、精神障害者社会復帰施設を廃止し、又は休止しようとするときは、あらかじめ、厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出な

なければならない。

(平7法94・追加, 平11法65・平11法160・一部改正)

(精神障害者社会復帰施設の種類)

第50条の2 精神障害者社会復帰施設の種類の種類は、次のとおりとする。

- 一 精神障害者生活訓練施設
 - 二 精神障害者授産施設
 - 三 精神障害者福祉ホーム
 - 四 精神障害者福祉工場
 - 五 精神障害者地域生活支援センター
- 2 精神障害者生活訓練施設は、精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者が日常生活に適応することができるように、低額な料金を、居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設とする。
- 3 精神障害者授産施設は、雇用されることが困難な精神障害者が自活することができるように、低額な料金を、必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設とする。
- 4 精神障害者福祉ホームは、現に住居を求めている精神障害者に対し、低額な料金を、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とする。
- 5 精神障害者福祉工場は、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応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とする。
- 6 精神障害者地域生活支援センターは、地域の精神保健及び精神障害者の福祉に関する各般の問題につき、精神障害者からの相談に応じ、必要な指導及び助言を行うとともに、第49条第1項の規定による助言を行い、併せて保健所、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設等との連絡調整その他厚生労働省令で定める援助を総合的に行うことを目的とする施設とする。

(平7法94・追加, 平11法65・平11法160・一部改正)

(秘密保持義務)

第50条の2の2 精神障害者地域生活支援センターの職員は、その職務を遂行するに当たっては、個人の身上に関する秘密を守らなければならない。

(平11法65・追加)

(施設の基準)

第50条の2の3 厚生労働大臣は、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営について、基準を定めなければならない。

- 2 精神障害者社会復帰施設の設置者は、前項の基準を遵守しなければならない。

(平11法65・追加, 平11法160・一部改正)

(報告の徴収等)

第50条の2の4 都道府県知事は、前条第1項の基準を維持するため、精神障害者社会復帰施設の長に対して、必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、関係者に対して質問させ、若しくはその施設に立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第27条第5項及び第6項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。この場合において、同条第5項中「前項」とあるのは「第50条の2の4第1項」と、「その者の居住する場所」とあるのは「精神障害者社会復帰施設」と、「指定医及び当該職員」とあるのは「当該職員」と、同条第6項中「第4項」とあるのは「第50条の2の4第1項」と読み替えるものとする。

(平11法65・追加)

(事業の停止等)

第50条の2の5 都道府県知事は、精神障害者社会復帰施設の設置者がこの法律若しくはこれに基づく命令若しくはこれらに基づいてする処分に違反したとき、又は当該施設が第50条の2の3第1項の基準に適合しなくなったときは、その設置者に対して、その施設の設備若しくは運営の改善又はその事業の停止若しくは廃止を命ずることができる。

2 都道府県知事は、前項の規定により、精神障害者社会復帰施設につき、その事業の廃止を命じようとするときは、あらかじめ、地方精神保健福祉審議会の意見を聴かなければならない。

(平11法65・追加)

(精神障害者地域生活援助事業)

第50条の3 都道府県は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立の促進を図るため、精神障害者地域生活援助事業（地域において共同生活を営むのに支障のない精神障害者につき、これらの者が共同生活を営むべき住居において食事の提供、相談その他の日常生活上の援助を行う事業をいう。以下同じ。）を行うことができる。

2 市町村、社会福祉法人その他の者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立の促進を図るため、社会福祉法の定めるところにより、精神障害者地域生活援助事業を行うことができる。

(平7法94・追加、平12法111・一部改正)

(精神障害者社会適応訓練事業)

第50条の4 都道府県は、精神障害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ため、精神障害者社会適応訓練事業（通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を精神障害者の社会経済活動への参加の促進に熱意のある者に委託して、職業を与えるとともに、社会生活への適応のために必要な訓練を行う事業をいう。以下同じ。）を行うことができる。

(平7法94・追加)

(国又は都道府県の補助)

第51条 都道府県は、精神障害者社会復帰施設の設置者又は精神障害者地域生活援助事業を行う者に対し、次に掲げる費用の一部を補助することができる。

- 一 精神障害者社会復帰施設の設置及び運営に要する費用
- 二 精神障害者地域生活援助事業に要する費用

2 国は、予算の範囲内において、都道府県に対し、次に掲げる費用の一部を補助することができる。

- 一 都道府県が設置する精神障害者社会復帰施設の設置及び運営に要する費用
- 二 都道府県が行う精神障害者地域生活援助事業及び精神障害者社会適応訓練事業に要する費用
- 三 前項の規定による補助に要した費用

(平7法94・追加)

第7章 精神障害者社会復帰促進センター

(平5法74・追加, 平7法94・旧第5章の2繰下)

(指定等)

第51条の2 厚生労働大臣は、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発を行うこと等により精神障害者の社会復帰を促進することを目的として設立された民法(明治29年法律第89号)第34条の法人であつて、次条に規定する業務を適正かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、全国を通じて1個に限り、精神障害者社会復帰促進センター(以下「センター」という。)として指定することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による指定をしたときは、センターの名称、住所及び事務所の所在地を公示しなければならない。
- 3 センターは、その名称、住所又は事務所の所在地を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。
- 4 厚生労働大臣は、前項の規定による届出があつたときは、当該届出に係る事項を公示しなければならない。

(平5法74・追加, 平11法151・平11法160・一部改正)

(業務)

第51条の3 センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 精神障害者の社会復帰の促進に資するための啓発活動及び広報活動を行うこと。
- 二 精神障害者の社会復帰の実例に即して、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発を行うこと。
- 三 前号に掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰の促進に関する研究を行うこと。
- 四 精神障害者の社会復帰の促進を図るため、第2号の規定による研究開発の成果又は前号の規定による研究の成果を、定期的に又は時宜に応じて提供すること。
- 五 精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業の業務に関し、当該事業に従事する

者及び当該事業に従事しようとする者に対して研修を行うこと。

六 前各号に掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰を促進するために必要な業務を行うこと。

(平5法74・追加)

(センターへの協力)

第51条の4 精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の設置者、精神障害者社会復帰施設の設置者及び精神障害者地域生活援助事業又は精神障害者社会適応訓練事業を行う者は、センターの求めに応じ、センターが前条第2号及び第3号に掲げる業務を行うために必要な限度において、センターに対し、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導に関する情報又は資料その他の必要な情報又は資料で厚生労働省令で定めるものを提供することができる。

(平5法74・追加、平7法94・平11法160・一部改正)

(特定情報管理規程)

第51条の5 センターは、第51条の3第2号及び第3号に掲げる業務に係る情報及び資料(以下この条及び第51条の7において「特定情報」という。)の管理並びに使用に関する規程(以下この条及び第51条の7において「特定情報管理規程」という。)を作成し、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 厚生労働大臣は、前項の認可をした特定情報管理規程が特定情報の適正な管理又は使用を図る上で不適当となったと認めるときは、センターに対し、当該特定情報管理規程を変更すべきことを命ずることができる。

3 特定情報管理規程に記載すべき事項は、厚生労働省令で定める。

(平5法74・追加、平11法160・一部改正)

(秘密保持義務)

第51条の6 センターの役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、第51条の3第2号又は第3号に掲げる業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(平5法74・追加)

(解任命令)

第51条の7 厚生労働大臣は、センターの役員又は職員が第51条の5第1項の認可を受けた特定情報管理規程によらないで特定情報の管理若しくは使用を行ったとき、又は前条の規定に違反したときは、センターに対し、当該役員又は職員を解任すべきことを命ずることができる。

(平5法74・追加、平11法160・一部改正)

(事業計画等)

第51条の8 センターは、毎事業年度の事業計画書及び収支予算書を作成し、当該事業年度の開始前に厚生労働大臣に提出しなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

- 2 センターは、毎事業年度の事業報告書及び収支決算書を作成し、当該事業年度経過後3月以内に厚生労働大臣に提出しなければならない。

(平5法74・追加, 平11法160・一部改正)

(報告及び検査)

第51条の9 厚生労働大臣は、第51条の3に規程する業務の適正な運営を確保するために必要な限度において、センターに対し、必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、その事務所に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

- 2 第27条第5項及び第6項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。この場合において、同条第5項中「前項」とあるのは「第51条の9第1項」と、「その者の居住する場所」とあるのは「センターの事務所」と、「指定医及び当該職員」とあるのは「当該職員」と、同条第6項中「第4項」とあるのは「第51条の9第1項」と読み替えるものとする。

(平5法74・追加, 平11法160・一部改正)

(監督命令)

第51条の10 厚生労働大臣は、この章の規定を施行するため必要な限度において、センターに対し、第51条の3に規定する業務に関し、監督上必要な命令をすることができる。

(平5法74・追加, 平11法160・一部改正)

(指定の取消し等)

第51条の11 厚生労働大臣は、センターが次の各号のいずれかに該当するときは、第51条の2第1項の規定による指定を取り消すことができる。

- 一 第51条の3に規定する業務を適正かつ確実に実施することができないと認められるとき。
- 二 指定に関し不正な行為があったとき。
- 三 この章の規定又は当該規定による命令若しくは処分違反したとき。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定を取り消したときは、その旨を公示しなければならない。

(平5法74・追加, 平11法160・一部改正)

第8章 雑則

(平5法74・追加, 平7法94・旧第5章の3繰下)

(審判の請求)

第51条の11の2 市町村長は、精神障害者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法第7条、第11条、第12条第2項、第14条第1項、第16条第1項、第876条の4第1項又は第876条の9第1項に規定する審判の請求をすることができる。

(平11法151・追加)

(大都市の特例)

第51条の12 この法律の規定中都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下この条において「指定都市」という。）においては、政令の定めるところにより、指定都市が処理するものとする。この場合においては、この法律の規定中都道府県に関する規定は、指定都市に関する規定として指定都市に適用があるものとする。

2 前項の規定により指定都市の長がした処分（地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務に係るものに限る。）に係る審査請求についての都道府県知事の裁決に不服がある者は、厚生労働大臣に対し再審査請求をすることができる。

（平5法74・追加，平11法87・平11法160・一部改正）

（緊急時における厚生労働大臣の事務執行）

第51条の13 精神障害者社会復帰施設について、第50条の2の4及び第50条の2の5の規定により都道府県知事の権限に属するものとされている事務は、この施設を利用する者の利益を保護する緊急の必要があると厚生労働大臣が認める場合にあっては、厚生労働大臣又は都道府県知事が行うものとする。この場合においては、この法律の規定中都道府県知事に関する規定（当該事務に係るものに限る。）は、厚生労働大臣に関する規定として厚生労働大臣に適用があるものとする。

2 前項の場合において、厚生労働大臣又は都道府県知事が当該事務を行うときは、相互に密接な連携の下に行うものとする。

（平11法87・追加，平11法65・平11法160・一部改正）

（事務の区分）

第51条の14 この法律（第1章から第3章まで、第19条の2第4項、第19条の7、第19条の8、第19条の9第1項、同条第2項（第33条の5において準用する場合を含む。）、第29条の7、第30条第1項及び第31条、第5章第4節、第33条の4第1項及び第3項並びに第6章を除く。）の規定により都道府県が処理することとされている事務は、地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務（次項及び第3項において「第1号法定受託事務」という。）とする。

2 この法律（第32条第3項及び第6章第2節を除く。）の規定により保健所を設置する市又は特別区が処理することとされている事務（保健所長に係るものに限る。）は、第1号法定受託事務とする。

3 第21条の規定により市町村が処理することとされている事務は、第1号法定受託事務とする。

（平11法65・全改）

（権限の委任）

第51条の15 この法律に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

(平11法160・追加)

第9章 罰則

(昭62法98・追加, 平7法94・旧第6章繰下)

第52条 次の各号の1に該当する者は, 3年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処する。

- 一 第38条の3第4項の規定による命令に違反した者
- 二 第38条の5第5項の規定による退院の命令に違反した者
- 三 第38条の7第2項の規定による命令に違反した者
- 四 第38条の7第3項の規定による命令に違反した者

(昭62法98・追加, 平7法94・平11法65・一部改正)

第53条 精神病院の管理者, 指定医, 地方精神保健福祉審議会の委員若しくは臨時委員, 精神医療審査会の委員若しくは第47条第1項の規定により都道府県知事等が指定した医師又はこれらの職にあった者が, この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは, 1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

2 精神病院の職員又はその職にあった者が, この法律の規定に基づく精神病院の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも, 前項と同様とする。

(昭62法98・追加, 平6法84・平7法94・平11法65・一部改正)

第53条の2 第51条の6の規定に違反した者は, 1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

(平5法74・追加, 平11法65・一部改正)

第54条 次の各号の1に該当する者は, 6月以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

- 一 虚偽の事実を記載して第23条第1項の申請をした者
- 二 第50条の2の5第1項の規定による停止又は廃止の命令に違反した者
- 三 第51条の13第1項の規定により厚生労働大臣が行う第50条の2の5第1項に規定する停止又は廃止の命令に違反した者

(平11法65・全改, 平11法160・一部改正)

第55条 次の各号の1に該当する者は, 20万円以下の罰金に処する。

- 一 第27条第1項又は第2項の規定による診察を拒み, 妨げ, 若しくは忌避した者又は同条第4項の規定による立入りを拒み, 若しくは妨げた者
- 二 第29条の2第1項の規定による診察を拒み, 妨げ, 若しくは忌避した者又は同条第4項において準用する第27条第4項に規定による立入りを拒み, 若しくは妨げた者
- 三 第38条の3第3項の規定による報告若しくは提出をせず, 若しくは虚偽の報告をし, 同項の規定による診察を妨げ, 又は同項の規定による出頭をせず, 若しくは同項の規定による審問に対して, 正当な理由がなく答弁せず, 若しくは虚偽の答弁をした者
- 四 第38条の5第4項の規定による報告若しくは提出をせず, 若しくは虚偽の報告をし,

同項の規定による診察を妨げ、又は同項の規定による出頭をせず、若しくは同項の規定による審問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

五 第38条の6第1項の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による検査若しくは診察を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

六 第38条の6第2項の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、又は虚偽の報告をした精神病院の管理者

七 第51条の9第1項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者

(昭62法98・追加, 平5法74・平7法94・平11法65・一部改正)

第56条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して第52条、第54条第2号又は前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても各本条の罰金刑を科する。

(昭62法98・追加, 平11法65・一部改正)

第57条 次の各号の1に該当する者は、10万円以下の過料に処する。

一 第19条の4の2の規定に違反した者

二 第22条の4第4項の規定に違反した者

三 第33条第4項の規定に違反した者

四 第33条の4第2項の規定に違反した者

五 第38条の2第1項又は同条第2項において準用する同条第1項の規定に違反した者

(昭62法98・追加, 平5法74・平7法94・平11法65・一部改正)

附 則 抄

1 この法律は、公布の日から施行する。

2 精神病患者監護法（明治33年法律第38号）及び精神病院法（大正8年法律第25号）は廃止する。但し、この法律施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

3 第30条第2項の規定の昭和60年度から昭和63年度までの各年度における適用については、同項中「10分の8」とあるのは、「10分の7」とする。

(昭60法37・全改, 昭61法46・一部改正)

附 則（昭和26年3月30日法律第55号）

この法律は、公布の日から施行する。

附 則（昭和27年7月31日法律第268号）抄

1 この法律は、昭和27年8月1日から施行する。

附 則（昭和28年8月15日法律第213号）抄

1 この法律は、昭和28年9月1日から施行する。

附 則（昭和29年6月1日法律第136号）抄

(施行期日)

- 1 この法律は、公布の日から施行する。

(罰則に関する経過規定)

- 4 この法律の施行前になした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

附 則 (昭和29年6月8日法律第163号) 抄

(施行期日)

- 1 この法律中、第53条の規定は交通事件即決裁判手続法の施行の日から、その他の部分
は、警察法(昭和29年法律第162号。同法附則第1項但書に係る部分を除く。)の施行の
日から施行する。

(警察法施行の日=昭和29年7月1日)

附 則 (昭和29年6月14日法律第179号)

この法律は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和33年3月25日法律第17号) 抄

(施行期日)

- 1 この法律は、昭和33年4月1日から施行する。

附 則 (昭和34年3月31日法律第75号) 抄

- 1 この法律は、公布の日から施行する。ただし、第1条中補助金等の臨時特例等に関する
法律第2条、第3条及び第5条の改正規定は、社会教育法等の一部を改正する法律(昭
和34年法律第158号)による社会教育法(昭和24年法律第207号)第35条及び第36条、図
書館法(昭和25年法律第118号)第20条及び第22条並びに博物館法(昭和26年法律第285
号)第24条及び第25条の改正規定の施行の日から、第1条中補助金等の臨時特例等に関
する法律第10条の改正規定並びに第2条及び附則第2項の規定は、昭和34年4月1日か
ら施行する。

附 則 (昭和36年4月18日法律第66号) 抄

(施行期日)

- 1 この法律は、昭和36年10月1日から施行する。

附 則 (昭和38年6月21日法律第108号) 抄

(施行期日)

- 1 この法律は、公布の日から起算して20日を経過した日から施行する。

附 則 (昭和40年6月30日法律第139号) 抄

(施行期日)

- 1 この法律は、公布の日から施行する。ただし、第50条の次に1条を加える改正規定は
公布の日から起算して20日を経過した日から、第32条の改正規定及び同条の次に3条を
加える改正規定は昭和40年10月1日から施行する。

附 則 (昭和53年5月23日法律第55号) 抄

(施行期日等)

- 1 この法律は、公布の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に

定める日から施行する。

一 第49条中精神衛生法第16条の3第3項及び第4項の改正規定並びに第59条中森林法第70条の改正規定 公布の日から起算して6月を経過した日

附 則（昭和57年8月17日法律第80号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

（昭和57年政令第292号で昭和58年2月1日から施行）

附 則（昭和58年12月3日法律第82号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、昭和59年4月1日から施行する。

附 則（昭和59年8月14日法律第77号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から起算して3月を超えない範囲において政令で定める日から施行する。

（昭和59年9月政令第267号で昭和59年10月1日から施行）

（その他の経過措置の政令への委任）

第64条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

（昭和60年5月18日法律第37号） 抄

（施行期日等）

1 この法律は、公布の日から施行する。

2 この法律による改正後の法律の昭和60年度の特例に係る規定は、同年度の予算に係る国の負担又は補助（昭和59年度以前の年度における事務又は事業の実施により昭和60年度に支出される国の負担又は補助及び昭和59年度以前の年度の国庫債務負担行為に基づき昭和60年度に支出すべきものとされた国の負担又は補助を除く。）並びに同年度における事務又は事業の実施により昭和61年度以降の年度に支出される国の負担又は補助、昭和60年度の国庫債務負担行為に基づき昭和61年度以降の年度に支出すべきものとされる国の負担又は補助及び昭和60年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で昭和61年度以降の年度に繰り越されるものについて適用し、昭和59年度以前の年度における事務又は事業の実施により昭和60年度に支出される国の負担又は補助、昭和59年度以前の年度の国庫債務負担行為に基づき昭和60年度に支出すべきものとされた国の負担又は補助及び昭和59年度以前の年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で昭和60年度に繰り越されたものについては、なお従前の例による。

（昭和61年5月8日法律第46号） 抄

1 この法律は、公布の日から施行する。

2 この法律（第11条、第12条及び第34条の規定を除く。）による改正後の法律の昭和61

年度から昭和63年度までの各年度の特例に係る規定並びに昭和61年度及び昭和62年度の特例に係る規定は、昭和61年度から昭和63年度までの各年度（昭和61年度及び昭和62年度の特例に係るものにあつては、昭和61年度及び昭和62年度。以下この項において同じ。）の予算に係る国の負担（当該国の負担に係る都道府県又は市町村の負担を含む。以下この項において同じ。）又は補助（昭和60年度以前の年度における事務又は事業の実施により昭和61年度以降の年度に支出される国の負担又は補助及び昭和60年度以前の年度の国庫債務負担行為に基づき昭和61年度以降の年度に支出すべきものとされた国の負担又は補助を除く。）並びに昭和61年度から昭和63年度までの各年度における事務又は事業の実施により昭和64年度（昭和61年度及び昭和62年度の特例に係るものにあつては、昭和63年度。以下この項において同じ。）以降の年度に支出される国の負担又は補助、昭和61年度から昭和63年度までの各年度の国庫債務負担行為に基づき昭和64年度以降の年度に支出すべきものとされる国の負担又は補助及び昭和61年度から昭和63年度までの各年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で昭和64年度以降の年度に繰り越されるものについて適用し、昭和60年度以前の年度における事務又は事業の実施により昭和61年度以降の年度に支出される国の負担又は補助、昭和60年度以前の年度の国庫債務負担行為に基づき昭和61年度以降の年度に支出すべきものとされた国の負担又は補助及び昭和60年度以前の年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で昭和61年度以降の年度に繰り越されたものについては、なお従前の例による。

附 則（昭和62年9月26日法律第98号）

（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、次条の規定は公布の日から施行する。

（昭和63年政令第88号で昭和63年7月1日から施行）

（施行前の準備）

第2条 第1条の規定による改正後の精神保健法（以下「新法」という。）第18条第1項第3号の精神障害及びその診断又は治療に従事した経過の程度、新法第28条の2第1項（新法第51条において準用する場合を含む。）及び新法第29条の2第4項（新法第51条において準用する場合を含む。）において準用する新法第28条の2第1項の基準、新法第36条第2項及び第3項（これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。）の行動の制限並びに新法第37条第1項（新法第51条において準用する場合を含む。）の基準の設定については、厚生労働大臣は、この法律の施行前においても医道審議会の意見を聴くことができる。

（経過措置）

第3条 この法律の施行の際現に第1条の規定による改正前の精神衛生法（以下「旧法」という。）第18条第1項の規定による指定を受けている者は、この法律の施行の日「以下「施行日」という。）において、新法第18条第1項の規定により指定を受けたものとみなす。

第4条 この法律の施行の際現に、旧法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条若しくは第34条（これらの規定を旧法第51条において準用する場合を含む。）の規定により精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院し、又は旧法第40条（旧法第51条において準用する場合を含む。）の規定により仮に退院している者は、それぞれ、新法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第34条第1項（これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。）の規定により入院し、又は新法第40条（新法第51条において準用する場合を含む。）の規定により仮に退院したものとみなす。

第5条 前条の規定により新法第29条の2第1項（新法第51条において準用する場合を含む。）の規定により入院したものとみなされた者についての新法第29条の2第3項（新法第51条において準用する場合を含む。）の規定の適用については、同項中「72時間」とあるのは、「48時間」とする。

第6条 附則第4条の規定により新法第33条第1項又は第34条第1項（これらの規定により新法第51条において準用する場合を含む。）の規定により入院したものとみなされた者については、新法第33条第4項及び新法第34条の2において準用する新法第33条第4項（これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。）の規定を適用せず、旧法第36条の第1項（旧法第51条において準用する場合を含む。）の規定は、なおその効力を有する。

第7条 この法律の施行前にした行為及び前条の規定によりなおその効力を有することとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

第8条 この附則に定めるもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則（平成元年4月10日法律第22号） 抄
（施行期日等）

1 この法律は、公布の日から施行する。

3 第13条（義務教育費国庫負担法第2条の改正規定に限る。）、第14条（公立養護学校整備特別措置法第5条の改正規定に限る。）及び第16条から第28条までの規定による改正後の法律の規定は、平成元年度以降の年度の予算に係る国の負担又は補助（昭和63年度以前の年度における事務又は事業の実施により平成元年度以降の年度に支出される国の負担又は補助を除く。）について適用し、昭和63年度以前の年度における事務又は事業の実施により平成元年度以降の年度に支出される国の負担又は補助及び昭和63年度以前の年度の歳出予算に係る国の負担又は補助で平成元年度以降の年度に繰り越されたものについては、なお従前の例による。

附 則（平成5年6月18日法律第74号） 抄
（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める

日から施行する。ただし、第1条中精神保健法の目次の改正規定（「第5章 医療及び保護（第20条—第51条）」を「第8章 雑則（第51条の12）」に改める部分に限る。）及び第5章の次に2章を加える改正規定（第8章に係る部分に限る。）並びに附則第6条中地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項第11号の次に1号を加える改正規定は、平成8年4月1日から施行する。

（平成5年政令第399号で平成6年4月1日から施行）

（平7法94・一部改正）

第2条 削除

（平11法65）

（経過措置）

第3条 この法律の施行の際現に第1条の規定による改正後の精神保健法第10条の2第1項に規定する精神障害者地域生活援助事業を行っている国及び都道府県以外の者について社会福祉事業法第64条第1項の規定を適用する場合には、同項中「事業開始の日から1月」とあるのは、「精神保健法等の一部を改正する法律（平成5年法律第74号）の施行の日から起算して3月」とする。

（平11法65・一部改正）

附 則（平成5年11月12日法律第89号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、行政手続法（平成5年法律第88号）の施行の日から施行する。

（施行の日＝平成6年10月1日）

（諮問等がされた不利益処分に関する経過措置）

第2条 この法律の施行前に法令に基づき審議会その他の合議制の機関に対し行政手続法第13条に規定する聴聞又は弁明の機会の付与の手続その他の意見陳述のための手続に相当する手続を執るべきことの諮問その他の求めがされた場合においては、当該諮問その他の求めに係る不利益処分の手続に関しては、この法律による改正後の関係法律の規定にかかわらず、なお従前の例による。

（罰則に関する経過措置）

第13条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

（聴聞に関する規定の整理に伴う経過措置）

第14条 この法律の施行前に法律の規定により行われた聴聞、聴聞若しくは聴聞会（不利益処分に係るものを除く。）又はこれらのための手続は、この法律による改正後の関係法律の相当規定により行われたものとみなす。

（政令への委任）

第15条 附則第2条から前条までに定めるもののほか、この法律の施行に関して必要な経過措置は、政令で定める。

附 則（平成6年6月29日法律第56号） 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成6年10月1日から施行する。

(罰則に関する経過措置)

第65条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(その他の経過措置の政令への委任)

第67条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (平成6年7月1日法律第84号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、公布の日から施行する。

(その他の処分、申請等に係る経過措置)

第13条 この法律(附則第1条ただし書に規定する規定については、当該規定。以下この条及び次条において同じ。)の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定によりされた許可等の処分その他の行為(以下この条において「処分等の行為」という。)又はこの法律の施行の際現に改正前のそれぞれの法律の規定によりされている許可等の申請その他の行為(以下この条において「申請等の行為」という。)に対するこの法律の施行の日以後における改正後のそれぞれの法律の適用については、附則第5条から第10条までの規定又は改正後のそれぞれの法律(これに基づく命令を含む。)の経過措置に関する規定に定めるものを除き、改正後のそれぞれの法律の相当規定によりされた処分等の行為又は申請等の行為とみなす。

(罰則に関する経過措置)

第14条 この法律の施行前にした行為及びこの法律の附則において従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(その他の経過措置の政令への委任)

第15条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は政令で定める。

附 則 (平成7年5月19日法律第94号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、平成7年7月1日から施行する。ただし、第19条の改正規定及び同条に1項を加える改正規定並びに第19条の4の次に1条を加える改正規定は、平成8年4月1日から施行する。

(経過措置)

第2条 この法律の施行の際現に改正前の第5条の規定による指定を受けている精神病院(精神病院以外の病院に設けられている精神病室を含む。)についての改正後の第19条の9第1項の規定の適用については、平成7年7月1日から平成8年3月31日までの間は、

同項中「指定病院が、前条の基準に適合しなくなったとき、又はその」とあるのは、「指定病院の」とする。

第3条 前条に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

附 則（平成8年6月14日法律第82号）抄
（施行期日）

第1条 この法律は、平成9年4月1日から施行する。

附 則（平成9年12月17日法律第124号）抄
この法律は、介護保険法の施行の日から施行する。
（施行の日＝平成12年4月1日）

附 則（平成10年9月28日法律第110号）抄
この法律は、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成11年6月4日法律第65号）抄
（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から、施行する。ただし、第2条から第4条までの規定並びに附則第4条及び第11条の規定は、平成14年4月1日から施行する。

（平成12年政令第10号で平成12年4月1日から施行）

（平11法87・一部改正）

（第1条の規定による改正に伴う経過措置）

第2条 この法律の施行の際現に第1条の規定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（以下この条及び次条において「新法」という。）第50条の2に規定する精神障害者社会復帰施設（同条第6項に規定する精神障害者地域生活支援センターを除く。）を設置している市町村、社会福祉法人その他の者であつて、社会福祉事業法第64条第1項の規定による届出をしている者は、新法第50条第2項の規定による届出をしたものとみなす。

2 この法律の施行の際現に新法第50条の2第6項に規定する精神障害者地域生活支援センターを設置している市町村、社会福祉法人その他の者について、新法第50条第2項の規定を適用する場合においては、同項中「あらかじめ」とあるのは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行の日から起算して3月以内に」とする。

第3条 この法律の施行の際現に第1条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下この条において「旧法」という。）第44条において準用する旧法第19条の4、第20条から第43条まで及び第47条第1項の規定の適用を受けている者は、それぞれ新法第19条の4、第20条から第43条まで及び第47条第1項の規定の適用を受けているものとみなす。

（罰則に関する経過措置）

第5条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

(検討)

第6条 政府は、この法律の施行後5年を目途として、この法律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（以下この条において「新法」という。）の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、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。

附 則（平成11年7月16日法律第87号） 抄

第1条 この法律は、平成12年4月1日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 第1条中地方自治法第250条の次に5条、節名並びに2款及び款名を加える改正規定（同法第250条の9第1項に係る部分（両議員の同意を得ることに係る部分に限る。）に限る。）、第40条中自然公園法附則第9項及び第10項の改正規定（同法附則第10項に係る部分に限る。）、第244条の規定（農業改良助長法第14条の3の改正規定に係る部分を除く。）並びに第472条の規定（市町村の合併の特例に関する法律第6条、第8条及び第17条の改正規定に係る部分を除く。）並びに附則第7条、第10条、第12条、第59条ただし書、第60条第4項及び第5項、第73条、第77条、第157条第4項から第6項まで、第160条、第163条、第164条並びに第202条の規定 公布の日

二から五まで 略

六 附則第243条の規定 公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日

（平成12年政令第9号で平成12年3月31日から施行）

（厚生労働大臣に対する再審査請求に係る経過措置）

第74条 施行日前にされた行政庁の処分に係る第149条から第151条まで、第157条、第158条、第165条、第168条、第170条、第172条、第173条、第175条、第176条、第183条、第188条、第195条、第201条、第208条、第214条、第219条から第221条まで、第229条又は第238条の規定による改正前の児童福祉法第59条の4第2項、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第12条の4、食品衛生法第29条の4、旅館業法第9条の3、公衆浴場法第7条の3、医療法第71条の3、身体障害者福祉法第43条の2第2項、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第51条の12第2項、クリーニング業法第14条の2第2項、狂犬病予防法第25条の2、社会福祉事業法第83条の2第2項、結核予防法第69条、と畜場法第20条、歯科技工士法第27条の2、臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第20条の8の2、知的障害者福祉法第30条第2項、老人福祉法第34条第2項、母子保健法第26条第2項、柔道整復師法第23条、建築物における衛生的環境の確保に関する法律第14条第2項、廃棄物の処理及び清掃に関する法律第24条、食鳥処理の事業の規制及び食鳥検査に関する法律第41条第3項又は感染症の予防及び感染症の患者に対す

る医療に関する法律第65条の規定に基づく再審査請求については、なお従前の例による。
(国等の事務)

第159条 この法律による改正前のそれぞれの法律に規定するもののほか、この法律の施行前において、地方公共団体の機関が法律又はこれに基づく政令により管理し又は執行する国、他の地方公共団体その他公共団体の事務（附則第161条において「国等の事務」という。）は、この法律の施行後は、地方公共団体が法律又はこれに基づく政令により当該地方公共団体の事務として処理するものとする。

(処分、申請等に関する経過措置)

第160条 この法律（附則第1条各号に掲げる規定については、当該各規定。以下この条及び附則第163条において同じ。）の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定によりされた許可等の処分その他の行為（以下この条において「処分等の行為」という。）又はこの法律の施行の際現に改正前のそれぞれの法律の規定によりされている許可等の申請その他の行為（以下この条において「申請等の行為」という。）で、この法律の施行の日においてこれらの行為に係る行政事務を行うべき者が異なることとなるものは、附則第2条から前条までの規定又は改正後のそれぞれの法律（これに基づく命令を含む。）の経過措置に関する規定に定めるものを除き、この法律の施行の日以後における改正後のそれぞれの法律の適用については、改正後のそれぞれの法律の相当規定によりされた処分等の行為又は申請等の行為とみなす。

2 この法律の施行前に改正前のそれぞれの法律の規定により国又は地方公共団体の機関に対し報告、届出、提出その他の手続をしなければならない事項で、この法律の施行の日前にその手続がされていないものについては、この法律及びこれに基づく政令に別段の定めがあるもののほか、これを、改正後のそれぞれの法律の相当規定により国又は地方公共団体の相当の機関に対して報告、届出、提出その他の手続をしなければならない事項についてその手続がされていないものとみなして、この法律による改正後のそれぞれの法律の規定を適用する。

(不服申立てに関する経過措置)

第161条 施行日前にされた国等の事務に係る処分であつて、当該処分をした行政庁（以下この条において「処分庁」という。）に施行日前に行政不服審査法に規定する上級行政庁（以下この条において「上級行政庁」という。）があつたものについての同法による不服申立てについては、施行日以後においても、当該処分庁に引き続き上級行政庁があるものとみなして、行政不服審査法の規定を適用する。この場合において、当該処分庁の上級行政庁とみなされる行政庁は、施行日前に当該処分庁の上級行政庁であつた行政庁とする。

2 前項の場合において、上級行政庁とみなされる行政庁が地方公共団体の機関であるときは、当該機関が行政不服審査法の規定により処理することとされる事務は、新地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務とする。

(手数料に関する経過措置)

第162条 施行日前においてこの法律による改正前のそれぞれの法律（これに基づく命令を含む。）の規定により納付すべきであった手数料については、この法律及びこれに基づく政令に別段の定めがあるもののほか、なお従前の例による。

（罰則に関する経過措置）

第163条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

（その他の経過措置の政令への委任）

第164条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置（罰則に関する経過措置を含む。）は、政令で定める。

（検討）

第250条 新地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務については、できる限り新たに設けることのないようにするとともに、新地方自治法別表第1に掲げるもの及び新地方自治法に基づく政令に示すものについては、地方分権を推進する観点から検討を加え、適宜、適切な見直しを行うものとする。

第251条 政府は、地方公共団体が事務及び事業を自主的かつ自立的に執行できるよう、国と地方公共団体との役割分担に応じた地方税財源の充実確保の方途について、経済情勢の推移等を勘案しつつ検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

附 則（平11年12月8日法律第151号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、平成12年4月1日から施行する。

（経過措置）

第3条 民法の一部を改正する法律（平成11年法律第149号）附則第3条第3項の規定により従前の例によることとされる準禁治産者及びその保佐人に関するこの法律による改正規定の適用については、次に掲げる改正規定を除き、なお従前の例による。

一から二十五まで 略

第4条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

○中央省庁等改革関係法施行法（平成11法律160） 抄

（処分、申請等に関する経過措置）

第1301条 中央省庁等改革関係法及びこの法律（以下「改革関係法等」と総称する。）の施行前に法令の規定により従前の国の機関がした免許、許可、認可、承認、指定その他の処分又は通知その他の行為は、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の相当規定に基づいて、相当の国の機関がした免許、許可、認可、承認、指定その他の処分又は通知その他の行為とみなす。

2 改革関係法等の施行の際現に法令の規定により従前の国の機関に対してされている申請、届出その他の行為は、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の相当規定に基づいて、相当の国の機関に対してされた申請、届出その他の行為とみなす。

3 改革関係法等の施行前に法令の規定により従前の国の機関に対し報告、届出、提出その他の手続をしなければならないとされている事項で、改革関係法等の施行の日前にその手続がされていないものについては、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、これを、改革関係法等の施行後の法令の相当規定により相当の国の機関に対して報告、届出、提出その他の手続をしなければならないとされた事項についてその手続がされていないものとみなして、改革関係法等の施行後の法令の規定を適用する。

（従前の例による処分等に関する経過措置）

第1302条 なお従前の例によることとする法令の規定により、従前の国の機関がすべき免許、許可、認可、承認、指定その他の処分又は通知その他の行為又は従前の国の機関に対してすべき申請、届出その他の行為については、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の規定に基づくその任務及び所掌事務の区分に応じ、それぞれ、相当の国の機関がすべきものとし、又は相当の国の機関に対してすべきものとする。

（罰則に関する経過措置）

第1303条 改革関係法等の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

（政令への委任）

第1344条 第71条から第76条まで及び第1301条から前条まで並びに中央省庁等改革関係法に定めるもののほか、改革関係法等の施行に関し必要な経過措置（罰則に関する経過措置を含む。）は、政令で定める。

附 則（平11年12月22日法律第160号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律（第2条及び第3条を除く。）は、平成13年1月6日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

- 一 第995条（核原料物質、核燃料物質及び原子炉の規制に関する法律の一部を改正する法律附則の改正規定に係る部分に限る。）、第1305条、第1306条、第1324条第2項、第1326条第2項及び第1344条の規定 公布の日

附 則（平成12年6月7日法律第111号） 抄
（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から施行する。

[次の法律は、未施行]

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律(抄)

〔平成11年6月4日〕
法律第65号

改正 平成11年7月16日法律第87号

同 11年12月22日同 第160号

同 12年6月7日同 第111号

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部改正)

第2条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を次のように改正する。

第2条及び第4条中「地域生活援助事業」を「居宅生活支援事業」に改める。

第6条第1項中「、精神保健福祉センターを設置することができる」を「の機関（以下「精神保健福祉センター」という。）を置くものとする」に改め、同条第2項を次のように改める。

2 精神保健福祉センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

一 精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、及び調査研究を行うこと。

二 精神保健及び精神障害者の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こと。

三 精神医療審査会の事務を行うこと。

四 第32条第3項及び第45条第1項の申請に対する決定に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行うこと。

第8条（見出しを含む。）中「政令」を「条例」に改める。

第9条第3項を削る。

第32条第3項中「保健所長」を「市町村長」に改め、同条中第5項を削り、第6項を第5項とし、第7項を第6項とし、第8項を第7項とする。

第45条中第4項を削り、第5項を第4項とし、同条第6項中「及び第4項」を削り、同項を同条第5項とし、同条第7項を同条第6項とする。

第49条第1項中「保健所長」を「市町村長」に、「又は精神障害者地域生活援助事業」を「又は精神障害者居宅生活支援事業」に、「精神障害者地域生活援助事業等」を「精神障害者居宅生活支援事業等」に改め、同条第2項中「保健所長」を「市町村長」に、「精神障害者地域生活援助事業等」を「精神障害者居宅生活支援事業等」に改め、同条第3項中「精神障害者地域生活援助事業等」を「精神障害者居宅生活支援事業等」に、「前項」を「第2項」に改め、同項を同条第4項とし、同条第2項の次に次の一項を加える。

3 都道府県は、前項の規定により市町村が行うあつせん、調整及び要請に関し、その設置する保健所による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助及び市町村相互間の連絡調整を行う。

第50条の3を次のように改める。

(精神障害者居宅生活支援事業の実施)

第50条の3 国及び都道府県以外の者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立の促進を図るため、厚生労働省令の定めるところにより、あらかじめ厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出て、精神障害者居宅生活支援事業を行うことができる。

- 2 前項の規定による届出をした者は、その届け出た事項に変更を生じたときは、変更の日から1月以内に、その旨を当該都道府県知事に届け出なければならない。
- 3 国及び都道府県以外の者は、精神障害者居宅生活支援事業を廃止し、又は休止しようとするときは、あらかじめ厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

(平11法160・一部改正)

第50条の3の次に次の3条を加える。

(精神障害者居宅生活支援事業の種類)

第50条の3の2 精神障害者居宅生活支援事業の種類は、次のとおりとする。

- 一 精神障害者居宅介護等事業
 - 二 精神障害者短期入所事業
 - 三 精神障害者地域生活援助事業
- 2 精神障害者居宅介護等事業は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、精神障害のために日常生活を営むのに支障のある精神障害者につき、その者の居宅において食事、身体の清潔の保持等の介助その他の日常生活を営むのに必要な便宜であって厚生労働省令で定めるもの(次項において「介護等」という。)を供与する事業とする。
 - 3 精神障害者短期入所事業は、精神障害者であって、その介護等を行う者の疾病その他の理由により、居宅において介護等を受けることが一時的に困難となったものにつき、精神障害者生活訓練施設その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、介護等を行う事業とする。
 - 4 精神障害者地域生活援助事業は、地域において共同生活を営むのに支障のない精神障害者につき、これらの者が共同生活を営むべき住居において食事の提供、相談その他の日常生活上の援助を行う事業とする。

(平11法160・一部改正)

(報告の徴収等)

第50条の3の3 都道府県知事は、精神障害者の福祉のために必要があると認めるときは、精神障害者居宅生活支援事業を行う者に対して、必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、関係者に対して質問させ、若しくはその事務所若しくは施設に立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

- 2 第27条第5項及び第6項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。この場合において、同条第5項中「前項」とあるのは「第50条の3の3第1項」と、「その者の居住する場所」とあるのは「その事務所又は施設」と、「指定医及び当該職員」

とあるのは「当該職員」と、同条第6項中「第4項」とあるのは「第50条の3の3第1項」と読み替えるものとする。

(事業の停止等)

第50条の3の4 都道府県知事は、精神障害者居宅生活支援事業を行う者が、この法律若しくはこれに基づく命令若しくはこれらに基づいてする処分に違反したとき、又はその事業に関し不当に営利を図り、若しくはその事業に係る精神障害者の処遇につき不当な行為をしたときは、当該事業を行う者に対して、その事業の制限又は停止を命ずることができる。

2 都道府県知事は、前項の規定により、精神障害者居宅生活支援事業の制限又は停止を命ずる場合には、あらかじめ、地方精神保健福祉審議会の意見を聴かなければならない。

第51条の見出し中「又は都道府県」を「及び地方公共団体」に改め、同条第2項第2号中「精神障害者地域生活援助事業及び」を削り、同項第3号中「前項」を「前2項」に改め、同項を同条第4項とし、同条第1項中「又は精神障害者地域生活援助事業を行う者に対し、次に掲げる」を「に対し、当該施設の設置及び運営に要する」に改め、各号を削り、同項を同条第3項とし、同条に第1項及び第2項として次の2項を加える。

市町村は、精神障害者居宅生活支援事業を行う者に対し、当該事業に要する費用の一部を補助することができる。

2 都道府県は、市町村に対し、次に掲げる費用の一部を補助することができる。

一 市町村が行う精神障害者居宅生活支援事業に要する費用

二 前項の規定による補助に要した費用

第51条の4中「精神障害者地域生活援助事業」を「精神障害者居宅生活支援事業」に改める。

第51条の14第2項中「第32条第3項及び」を削る。

第54条第3号を同条第4号とし、同条第2号の次に次の1号を加える。

三 第50条の3の4第1項の規定による制限又は停止の命令に違反した者

第56条中「第54条第2号」の下に「若しくは第3号」を加える。

附 則 (平11年6月4日法律第65号) 抄

(施行期日)

第1条 この法律は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から、施行する。ただし、第2条から第4条までの規定並びに附則第4条及び第11条の規定は、平成14年4月1日から施行する。

(平成12年政令第10号で平成12年4月1日から施行)

(平11法87・一部改正)

(第2条の規定による改正に伴う経過措置)

第4条 この法律の施行の際現に第2条の規定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(以下この条において「新法」という。)第50条の3の2第4項に規定する精神障害者地域生活援助事業を行っている国及び都道府県以外の者であつて、社会

福祉法第69条第1項の規定による届出をしている者は、新法第50条の3第1項の規定による届出をしたものとみなす。

- 2 この法律の施行の際現に新法第50条の3の2に規定する精神障害者居宅生活支援事業（同条第4項に規定する精神障害者地域生活援助事業を除く。）を行っている国及び都道府県以外の者について新法第50条の3第1項の規定を適用する場合には、同項中「あらかじめ」とあるのは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）附則第1条ただし書に規定する規定の施行の日から起算して3月以内に」とする。

（平12法111・一部改正）

附 則（平成11年7月16日法律第87号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、平成12年4月1日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一から五まで 略

六 附則第243条の規定 公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日

（平成12年政令第9号で平成12年3月31日から施行）

附 則（平成11年12月22日法律第160号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律（第2条及び第3条を除く。）は、平成13年1月6日から施行する。

附 則（平成12年6月7日法律第111号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から施行する。

○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5月23日〕
政令第155号

改正	昭和35年6月30日政令第185号	昭和36年8月7日同	第288号
	同 40年6月30日同 第230号	同 40年9月25日同	第310号
	同 41年1月27日同 第8号	同 49年9月30日同	第342号
	同 51年8月2日同 第215号	同 59年3月17日同	第35号
	同 59年9月7日同 第268号	同 60年5月18日同	第127号
	同 62年3月20日同 第54号	同 63年4月8日同	第89号
	平成6年9月2日同 第282号	平成7年6月30日同	第278号
	同 8年1月4日同 第1号	同 9年3月28日同	第84号
	同 9年12月10日同 第355号	同 10年1月8日同	第5号
	同 10年4月9日同 第146号	同 11年9月3日同	第262号
	同 11年12月8日同 第393号	同 12年1月21日同	第11号
	同 12年6月7日同 第309号		

精神衛生法施行令をここに公布する。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令

(昭63政89・平7政278・改称)

内閣は、精神衛生法(昭和25年法律第123号)第6条、第8条及び第30条の規定に基づき、この政令を制定する。

第1条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)第7条の規定による国庫の補助は、各年度において都道府県が精神保健福祉センターの設置のために支出した費用の額及び運営のために支出した費用のうち次に掲げる事業に係るもの(職員の給与費を除く。)の額から、その年度における事業に伴う収入その他の収入の額を控除した精算額につき、厚生労働大臣が総務大臣及び財務大臣と協議して定める算定基準に従って行うものとする。

一 児童及び精神作用物質(アルコールに限る。)の依存症を有する者の精神保健の向上に関する事業

二 精神障害者の社会復帰の促進に関する事業

2 前項の規定により控除しなければならない金額がその年度において都道府県が支出した費用の額を超過したときは、その超過額は、後年度における支出額から同項の規定による控除額と併せて控除する。

(昭35政185・昭40政230・昭60政127・昭63政89・一部改正、平7政278・旧第2条繰上・一部改正、平10政146・平12政11・平12政309・一部改正)

第2条 精神医療審査会(以下「審査会」という。)に会長を置き、委員の互選によってこれを定める。

- 2 会長は、会務を総理する。
- 3 会長に事故があるときは、あらかじめ委員のうちから互選された者が、その職務を行う。
- 4 審査会は、会長が招集する。
- 5 審査会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決することができない。
- 6 審査会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。
- 7 審査の案件を取り扱う合議体に長を置き、合議体を構成する委員の互選によってこれを定める。
- 8 合議体は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員がそれぞれ一人出席しなければ、議事を開き、議決することができない。
- 9 合議体の議事は、出席した委員の過半数で決する。
- 10 前各項に定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、審査会が定める。

(昭63政89・追加, 平7政278・旧第2条の2繰上)

第2条の2 精神保健指定医の指定を受けようとする者は、申請書に厚生労働省令で定める書類を添え、住所地の都道府県知事を経由して、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

(昭63政89・追加, 平7政278・旧第2条の3繰上, 平12政309・一部改正)

第2条の3 法第19条の10第1項の規定による国庫の補助は、各年度において都道府県が精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営のために支出した費用(法第30条第1項の規定により都道府県が負担する費用を除く。)の額から、その年度における事業に伴う収入その他の収入の額を控除した精算額につき、厚生労働大臣が総務大臣及び財務大臣と協議して定める算定基準に従って行うものとする。

- 2 第1条第2項の規定は、前項の場合に準用する。

(平7政278・追加, 平12政309・一部改正)

第3条 法第30条第2項の規定による国庫の負担は、各年度において都道府県が同条第1項の規定により負担した費用の額から、その年度における法第31条の規定により徴収する費用の額の予定額(徴収した費用の額が予定額を超えたときは、徴収した額)及びその費用のための寄附金その他の収入の額を控除した額について行うものとする。

- 2 前項に規定する予定額は、厚生労働大臣があらかじめ総務大臣及び財務大臣と協議して定める基準に従って算定する。
- 3 第1条第2項の規定は、第1項の場合に準用する。

(昭36政288・旧第4条繰上・一部改正, 平7政278・平12政309・一部改正)

第4条 法第32条第1項に規定する病院若しくは診療所(これらに準ずるものを含む。)又は薬局であつて政令で定めるものは、次の各号に掲げるものとする。

- 一 健康保険法（大正11年法律第70号）第44条第1項第1号に規定する特定承認保険医療機関又は同法第44条の4第1項に規定する指定訪問看護事業者（次条第3項において「指定訪問看護事業者」という。）
- 二 船員保険法（昭和14年法律第73号）第28条第5項第2号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局
- 三 介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第7条第8項に規定する訪問看護を行う者に限る。次条第3項において「介護訪問看護事業者」という。）
- 四 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第13条第1項の規定による療養の給付を行う病院若しくは診療所又は薬局
- 五 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）第55条第1項第1号及び第2号（私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）第25条において準用する場合を含む。）に掲げる医療機関又は薬局
- 六 地方公務員共済組合法（昭和37年法律第152号）第57条第1項第1号及び第2号に掲げる医療機関又は薬局
- 七 生活保護法（昭和25年法律第144号）第49条の規定により指定された病院若しくは診療所又は薬局

（昭40政310・追加，昭41政8・昭59政35・昭59政268・昭62政54・平6政282・平9政84・平9政355・平11政262・平11政393・一部改正）

第4条の2 都道府県知事は、法第32条第3項による申請を受けたときは、保健所長が申請書を受理した日から1月以内に同条第1項の規定によって費用を負担するかどうかを決定し、負担すべき旨を決定したときは速やかに患者票を申請者に交付し、負担しない旨を決定したときは速やかにその旨を申請者に通知しなければならない。

2 前項の規定による患者票の交付は、その申請を受理した保健所長を経由して行わなければならない。

3 法第32条第1項の規定によって費用の負担を受けている者又はその保護者は、その医療を受ける病院若しくは診療所若しくは薬局又は指定訪問看護事業者若しくは介護訪問看護事業者を変更しようとするときは、あらかじめ、精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経由して、都道府県知事に届け出なければならない。

4 第1項の患者票の交付を受けた者は、その精神障害者について医療を受ける必要がなくなったときは、速やかに、患者票を精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経由して、都道府県知事に返納しなければならない。

（平11政393・追加）

第4条の3 法第32条の2第3項に規定する政令で定める者は、国民健康保険団体連合会又は国民健康保険法第45条第6項に規定する厚生労働大臣が指定する法人とする。

（昭49政342・追加，昭51政215・昭59政35・昭59政268・昭62政54・平9政84・一部改正，平11政393・旧第4条の2繰下，平12政309・一部改正）

第5条 法第32条の3の規定による国庫の補助は、各年度において都道府県が支弁した費用の額から、その年度におけるその費用のための寄附金その他の収入の額を控除した額につき、厚生労働大臣が総務大臣及び財務大臣と協議して定める算定基準に従って行うものとする。

2 第1条第2項の規定は、前項の場合に準用する。

(昭40政310・追加, 平12政309・一部改正)

第5条の2 第4条から前条までに定めるもののほか、法第32条第1項の医療について必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(平11政393・追加, 平12政309・一部改正)

第5条の3 法第45条第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付の申請は、精神障害者の居住地（居住地を有しないときは、その現在地。以下同じ。）を管轄する保健所長を経由して行わなければならない。

(平11政393・追加)

第6条 法第45条第2項に規定する政令で定める精神障害の状態は、第3項に規定する障害等級に該当する程度のものとする。

2 精神障害者保健福祉手帳には、次項に規定する障害等級を記載するものとする。

3 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、それぞれ次の表の右欄に定めるとおりとする。

障害等級	精神障害の状態
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

(平7政278・追加)

第6条の2 法第45条第2項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付は、その申請を受理した保健所長を経由して行わなければならない。

(平11政393・追加)

第7条 都道府県知事は、当該都道府県の区域に居住地を有する精神障害者に係る精神障害者保健福祉手帳交付台帳を備え、厚生労働省令で定めるところにより、精神障害者保健福祉手帳の交付に関する事項を記載しなければならない。

2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は同一の都道府県の区域内において居住地を移したときは、30日以内に、精神障害者保健福祉手帳を

添えて、その居住地を管轄する保健所長を経由して、都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

- 3 前項の規定による届出があったときは、その保健所長は、その精神障害者保健福祉手帳にその旨を記載するとともに、その者に返還しなければならない。
- 4 精神障害者保健福祉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由して、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。
- 5 都道府県知事は、前項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するとともに、新居住地を管轄する保健所長を経由して、旧居住地の都道府県知事が交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに、新たな精神障害者保健福祉手帳をその者に交付しなければならない。
- 6 都道府県知事は、次に掲げる場合には、精神障害者保健福祉手帳交付台帳から、その精神障害者保健福祉手帳に関する記載事項を削除しなければならない。
 - 一 法第45条の2第1項若しくは第10条の2第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の返還を受けたとき、又は同項の規定による精神障害者保健福祉手帳の返還がなく、かつ、精神障害者本人が死亡した事実が判明したとき。
 - 二 法第45条の2第3項の規定により精神障害者保健福祉手帳の返還を命じたとき。
 - 三 前項の規定による通知を受けたとき。

(平11政393・全改、平12政11・平12政309・一部改正)

第8条 法第45条第5項の規定による認定の申請は、その居住地を管轄する保健所長を経由して行わなければならない。

- 2 都道府県知事は、前項の規定による申請を行った者が第6条第3項で定める精神障害の状態であると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、その申請を受理した保健所長においてその者の精神障害者保健福祉手帳に必要な事項を記載した後当該精神障害者保健福祉手帳をその者に返還し、又は先に交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たな精神障害者保健福祉手帳をその者に交付しなければならない。
- 3 前項の規定による新たな精神障害者保健福祉手帳の交付は、その申請を受理した保健所長を経由して行わなければならない。

(平11政393・全改、平12政309・一部改正)

第9条 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、その精神障害の状態が精神障害者保健福祉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きは、障害等級の変更の申請を行うことができる。

- 2 都道府県知事は、前項の申請を行った者の精神障害の状態が精神障害者保健福祉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認めるときは、先に交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに、新たな精神障害者保健福祉手帳をその者に交付しなければならない。
- 3 第1項に規定による申請及び前項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付は、そ

の居住地を管轄する保健所長を経由して行わなければならない。

(平7政278・追加, 平11政393・一部改正)

第10条 都道府県知事は、精神障害者保健福祉手帳を破り、汚し、又は失った者から精神障害者保健福祉手帳の再交付の申請があったときは、精神障害者保健福祉手帳を交付しなければならない。

2 精神障害者保健福祉手帳を失った者が、前項の規定により精神障害者保健福祉手帳の再交付を受けた後、失った精神障害者保健福祉手帳を発見したときは、速やかにこれを居住地の都道府県知事に返還しなければならない。

3 第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の申請及び交付並びに前項の規定による精神障害者保健福祉手帳の返還は、その居住地を管轄する保健所長を経由して行わなければならない。

(平7政278・追加, 平11政393・一部改正)

第10条の2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者が死亡したときは、戸籍法(昭和22年法律第224号)の規定による届出義務者は、速やかに当該精神障害者保健福祉手帳を都道府県知事に返還しなければならない。

2 法第45条の2第1項又は前項の規定による精神障害者保健福祉手帳の返還は、当該精神障害者保健福祉手帳に記載された居住地を管轄する保健所長を経由して行わなければならない。

(平11政393・追加)

第11条 第6条から前条までに定めるもののほか、精神障害者保健福祉手帳について必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(平7政278・追加, 平12政309・一部改正)

第12条 法第48条第2項に規定する政令で定める資格を有する者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

一 学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において社会福祉に関する科目又は心理学の課程を修めて卒業した者であって、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識及び経験を有するもの

二 医師

三 厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した保健婦であって、精神保健及び精神障害者の福祉に関する経験を有するもの

四 前各号に準ずる者であって、精神保健福祉相談員として必要な知識及び経験を有するもの

(昭40政230・追加, 昭40政310・旧第4条繰下, 昭63政89・一部改正, 平7政278・旧第6条繰下・一部改正, 平10政5・平12政11・平12政309・一部改正)

第13条 地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下「指定都市」という。)において、法第51条の12第1項の規定により、指定都市が処理する事務については、地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第174条の36の2に定めると

ころによる。

(平8政1・追加, 平11政393・一部改正)

第14条 第2条の2の規定により都道府県が処理することとされている事務は、地方自治法第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務とする。

2 第4条の2第2項から第4項まで、第5条の3、第6条の2、第7条第2項から第5項まで、第8条、第9条第3項、第10条第3項及び第10条の2第2項の規定により保健所を設置する市又は特別区が処理することとされている事務は、地方自治法第2条第9項第2号に規定する第2号法定受託事務とする。

(平11政393・追加)

第15条 この政令に指定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

(平12政309・追加)

附 則

1 この政令は、公布の日から施行し、法施行の日から適用する。

(施行の日=昭和25年5月1日)

2 左の勅令は、廃止する。

精神病者監護法第6条及び第8条第3項に依る監護に関する件（明治33年勅令第282号）

精神病院法施行令（大正12年勅令第325号）

附 則（昭和35年6月30日政令第185号）

この政令は、自治庁設置法の一部を改正する法律の施行の日（昭和35年7月1日）から施行する。

附 則（昭和36年8月7日政令第288号）

この政令は、昭和36年10月1日から施行する。

附 則（昭和40年6月30日政令第230号） 抄

(施行期日)

1 この政令は、公布の日から施行する。

附 則（昭和40年9月25日政令第310号）

この政令は、昭和40年10月1日から施行する。

附 則（昭和41年1月27日政令第8号） 抄

(施行期日)

1 この政令は、昭和41年2月1日から施行する。

附 則（昭和49年9月30日政令第342号）

この政令は、公布の日から施行する。

附 則（昭和51年8月2日政令第215号）

この政令は、公布の日から施行する。

附 則（昭和59年3月17日政令第35号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、国家公務員及び公共企業体職員に係る共済組合制度の統合等を図るための国家公務員共済組合法等の一部を改正する法律の施行の日（昭和59年4月1日）から施行する。

附 則（昭和59年9月7日政令第268号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、健康保険法等の一部を改正する法律の施行の日（昭和59年10月1日）から施行する。

附 則（昭和60年5月18日政令第127号） 抄

1 この政令は、公布の日から施行する。

2 第3条の規定による改正後の精神衛生法施行令第2条及び第4条の規定による改正後の婦人相談所等に関する政令第4条の規定は、昭和60年度以降の年度の予算に係る国の補助又は負担（昭和59年度以前の年度における事務の実施により昭和60年度以降の年度に支出される国の補助又は負担を除く。）について適用し、昭和59年度以前の年度における事務の実施により昭和60年度以降の年度に支出される国の補助又は負担については、なお従前の例による。

附 則（昭和62年3月20日政令第54号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、昭和62年4月1日から施行する。

附 則（昭和63年4月8日政令第89号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、精神衛生法等の一部を改正する法律の施行の日（昭和63年7月1日）から施行する。

附 則（平成6年9月2日政令第282号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成6年10月1日から施行する。

附 則（平成7年6月30日政令第278号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成7年7月1日から施行する。

附 則（平成8年1月4日政令第1号）
（施行期日）

1 この政令は、平成8年4月1日（次項において「施行日」という。）から施行する。
（経過措置）

2 この政令の施行の際精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により都道府県若しくは都道府県知事その他の都道府県の機関がした処分その他の行為で現にその効力

を有するもの又は施行日前に同法の規定により都道府県知事に対してなされた申請、届出その他の行為（以下「申請等」という。）で、施行日以後において地方自治法第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）又は指定都市の市長その他の機関が処理し又は管理し及び執行することとなる事務に係るものは、施行日以後においては、指定都市若しくは指定都市の市長その他の機関のした処分その他の行為又は指定都市の市長に対してなされた申請等とみなす。ただし、施行日前に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき行われ、又は行われるべきであった措置に関する費用の支弁、負担及び徴収については、なお従前の例による。

附 則（平成9年3月28日政令第84号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成9年4月1日から施行する。

附 則（平成9年12月10日政令第355号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成10年1月1日から施行する。

附 則（平成10年1月8日政令第5号） 抄
（施行期日）

1 この政令は、平成10年4月1日から施行する。

附 則（平成10年4月9日政令第146号）

この政令は、公布の日から施行し、改正後の第1条の規定は、平成10年度分の国の補助金から適用する。

附 則（平成11年9月3日政令第262号）

この政令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則（平成11年12月8日政令第393号） 抄
（施行期日）

第1条 この政令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則（平成12年1月21日政令第11号）

この政令は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の施行の日（平成12年4月1日）から施行する。

附 則（平成12年6月7日政令第309号） 抄
（施行期日）

1 この政令は、内閣法の一部を改正する法律（平成11年法律第88号）の施行の日（平成13年1月6日）から施行する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則

〔昭和25年6月24日〕
厚生省令第31号

改正	昭和28年10月2日厚生省令第51号	昭和29年7月17日厚生省令第42号
同	40年6月30日同第36号	同40年9月30日同第44号
同	51年7月1日同第28号	同51年8月2日同第36号
同	53年5月23日同第29号	同58年1月31日同第3号
同	58年2月1日同第5号	同59年3月31日同第18号
同	59年9月22日同第49号	同63年4月8日同第29号
同	平成元年3月24日同第10号	平成6年2月28日同第6号
同	6年3月14日同第9号	同6年9月9日同第56号
同	6年10月14日同第67号	同7年6月30日同第47号
同	7年9月26日同第52号	同8年3月21日同第10号
同	9年3月28日同第31号	同10年1月13日同第1号
同	11年11月1日同第91号	同12年3月7日同第20号
同	12年3月28日同第49号	同12年10月20日同第127号

精神衛生法（昭和25年法律第123号）に基づき、精神衛生法施行規則を次のように制定する。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則

（昭63厚令29・平7厚令47・改称）

第1条 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。以下「令」という。）第2条の2の厚生労働省令で定める書類は、次のとおりとする。

- 一 履歴書
- 二 医師免許証の写し
- 三 5年以上診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 四 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 五 精神保健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18条第1項第3号に規定する厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 六 法第18条第1項第4号に規定する研修の課程を修了したことを証する書面

（昭63厚令29・全改，平7厚令47・平12厚令127・一部改正）

第2条 法第18条第1項第4号及び第19条第1項に規定する研修（次条において「研修」という。）の課程は、別表のとおりとする。

（昭63厚令29・全改，平8厚令10・一部改正）

第3条 研修の実施者は、その研修の課程を修了した者に対して、研修の課程を修了したことを証する書面を交付するものとする。

(昭63厚令29・全改)

第4条 法第19条第2項の厚生労働省令で定めるやむを得ない理由は、同条第1項の研修を受けるべき年度において実施されるいずれの研修をも受けることができないことについて、災害、傷病、長期の海外渡航その他の事由があることとする。

(平8厚令10・全改、平12厚令127・一部改正)

第4条の2 法第19条の4の2の厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる記載の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

- 一 法第22条の4第3項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定に係る記載
 - イ 法第22条の4第3項の規定による措置を採った年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻
 - ロ 当該措置を採ったときの症状
- 二 法第29条の5の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定に係る記載
 - イ 入院後の症状又は状態像の経過の概要
 - ロ 今後の治療方針
- 三 法第33条第1項の規定による入院を必要とするかどうか及び法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定に係る記載
 - イ 法第33条第1項の規定による措置を採ったときの症状
 - ロ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
- 四 法第33条の4第1項の規定による入院を必要とするかどうか及び法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定に係る記載
 - イ 法第33条の4第1項の規定による措置を採った年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻
 - ロ 当該措置を採ったときの症状
 - ハ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
- 五 法第36条第3項に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定に係る記載
 - イ 法第36条第3項の規定による指定医が必要と認めて行った行動の制限の内容
 - ロ 当該行動の制限を開始した年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻
 - ハ 当該行動の制限を行ったときの症状
- 六 法第38条の2第1項に規定する報告事項に係る入院中の者の診察に係る記載
 - イ 症状
 - ロ 過去6月間の病状又は状態像の経過の概要
 - ハ 生活歴及び現病歴
 - ニ 今後の治療方針
- 七 法第38条の2第2項において準用する同条第1項に規定する報告事項に係る入院中の者の診察に係る記載
 - イ 過去12月間の病状又は状態像の経過の概要

ロ 前号イ、ハ及びニに掲げる事項

八 法第40条の規定により一時退院させて経過を見ることが適当かどうかの判定に係る記載 第2号に掲げる事項

(平12厚令49・追加, 平12厚令127・一部改正)

第4条の3 法第19条の5に規定する精神病院に常時勤務する指定医は、1日に8時間以上、かつ、1週間に4日以上当該精神病院において精神障害の診断又は治療に従事する者でなければならない。

(平8厚令10・追加, 平12厚令49・旧第4条の2繰下)

第5条 法第22条の4第1項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 患者の同意に基づく入院である旨
- 二 法第36条に規定する行動の制限に関する事項
- 三 処遇に関する事項
- 四 法第22条の4第2項に規定する退院の申出により退院できる旨及び同条第3項前段の規定による措置に関する事項

(昭63厚令29・追加, 平6厚令9・平12厚令49・平12厚令127・一部改正)

第6条 法第22条の4第4項、第29条第3項（法第29条の2第4項及び第33条の5において準用する場合を含む。）及び第33条の3本文の厚生労働省令で定める事項は、第5条第2号に掲げる事項とする。

(平12厚令49・全改, 平12厚令127・一部改正)

第7条 法第27条第5項（法第38条の6第3項で準用する場合を含む。）に規定する指定医及び当該職員の身分を示す証票は、それぞれ別記様式第1号及び第2号によらなければならない。

(昭28厚令51・旧第11条繰上, 昭40厚令36・旧第9条繰上・一部改正, 昭63厚令29・旧第4条繰下・一部改正, 平12厚令49・旧第8条繰上)

第8条 法第29条の2の2第2項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 移送先の精神病院の名称及び所在地
- 二 移送の方法
- 三 法第29条の2の2第3項に規定する行動の制限に関する事項

(平12厚令49・追加, 平12厚令127・一部改正)

第9条 法第29条の5の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院（精神病院以外の病院であって精神病室を有するものを含む。以下同じ。）の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 入院年月日
- 四 病名及び入院後の病状又は状態像の経過の概要
- 五 退院後の処置に関する事項
- 六 退院後の帰住先及びその住所

七 診察した指定医の氏名

八 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄

(昭63厚令29・追加, 平6厚令9・平12厚令127・一部改正)

第10条 精神障害者又はその保護者が法第32条第3項の規定によって申請しようとするときは、次に掲げる事項を記載した申請書を提出しなければならない。

一 申請者の住所、氏名及び精神障害者との関係

二 精神障害者の住所、氏名、生年月日及び性別

三 精神障害者が健康保険法（大正11年法律第70号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、船員保険法（昭和14年法律第73号）、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号。他の法律において準用し、又は例による場合を含む。）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）、老人保健法（昭和57年法律第80号）、介護保険法（平成9年法律第123号）又は生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定により医療に関する給付を受けることができる者であるときは、その旨

2 法第32条第4項の厚生労働省令で定める医師の診断書は、指定医その他精神障害者の診断又は治療に従事する医師の診断書とする。

(昭40厚令44・追加, 昭58厚令5・昭59厚令18・昭59厚令49・一部改正, 昭63厚令29・旧第5条繰下, 平6厚令9・平6厚令56・平7厚令47・平7厚令52・平9厚令31・平11厚令91・平12厚令49・平12厚令127・一部改正)

第11条 令第4条の2第1項の患者票の交付を受けた者は、医療を受け、又は受けさせるに当たっては、患者票を法第32条第1項の病院若しくは診療所、薬局又は令第4条第1号に規定する指定訪問看護事業者若しくは同条3号に規定する介護訪問看護事業者（以下「指定訪問看護事業者等」という。）に提示しなければならない。

(平12厚令49・追加)

第12条 国若しくは都道府県の設置した精神病院若しくは指定病院又は法第32条第1項の病院若しくは診療所、薬局若しくは指定訪問看護事業者等（以下この条において「医療機関等」という。）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）、老人訪問看護療養費、訪問看護療養費の請求に関する省令（平成4年厚生省令第5号）又は介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成12年厚生省令第20号）の定めるところにより、当該医療機関等が行った医療に係る診療報酬を請求するものとする。

(昭51厚令36・追加, 昭58厚令3・昭59厚令49・一部改正, 昭63厚令29・旧第6条繰下・一部改正, 平6厚令67・平12厚令20・一部改正, 平12厚令49・旧第11条繰下)

第13条 法第33条第4項の厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる届出の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

一 法第33条第1項の規定による措置に係る届出

イ 精神病院の名称及び所在地

- ロ 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- ハ 入院年月日
- ニ 病名
- ホ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
- ヘ 生活歴及び現病歴
- ト 診察した指定医の氏名
- チ 法第34条第1項の規定による移送の有無
- リ 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
- ヌ 保護者が法第20条第2項第4号に掲げる者（以下「選任保護者」という。）であるときは、その選任年月日
- 二 法第33条第2項の規定による措置に係る届出
 - イ 入院について同意した扶養義務者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
 - ロ 法第20条第2項第4号の規定による家庭裁判所の選任の申立年月日
 - ハ 法第34条第2項の規定による移送の有無
 - ニ 前号イからホまで及びトに掲げる事項

（昭63厚令29・追加，平6厚令9・平12厚令49・平12厚令127・一部改正）

第14条 法第33条の2の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 退院年月日
- 四 病名
- 五 退院後の処置に関する事項
- 六 退院後の帰住先及びその住所
- 七 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄

（昭63厚令29・追加，平6厚令9・平12厚令127・一部改正）

第15条 法第33条の3の規定により診療録に記載しなければならない事項は、次のとおりとする。

- 一 法第33条の3本文に規定する事項（以下「医療保護入院に係る告知事項」という。）のうち知らせなかったもの
- 二 症状その他医療保護入院に係る告知事項を知らせることがその者の医療及び保護を図る上で支障があると認められた理由
- 三 医療保護入院に係る告知事項を知らせた年月日

（昭63厚令29・追加）

第16条 法第33条の4第2項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日

- 三 入院年月日及び時刻
- 四 病名及び症状
- 五 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定した理由
- 六 診察した指定医の氏名
- 七 法第34条第3項の規定による移送の有無
- 八 医療及び保護を依頼した者の患者との関係

(昭63厚令29・追加, 平12厚令49・平12厚令127・一部改正)

第17条 第8条の規定は、法第34条第4項において準用する法第29条の2の2第2項の厚生労働省令で定める事項について準用する。この場合において、第8条第3号中「法第29条の2の2第3項」とあるのは、「法第34条第4項において準用する法第29条の2の2第3項」と読み替えるものとする。

(平12厚令49・全改, 平12厚令127・一部改正)

第18条 削除

(平12厚令49)

第19条 法第38条の2第1項前段の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 入院年月日及び前回の法第38条の2第1項前段の規定による報告の年月日
- 四 病名及び過去6月間の病状又は状態像の経過の概要
- 五 処遇に関する事項
- 六 生活歴及び現病歴
- 七 過去6月間の法第40条の規定による措置の状況
- 八 今後の治療方針
- 九 診察年月日及び診察した指定医の氏名
- 十 保護者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
- 十一 保護者が選任保護者であるときは、その選任年月日

2 法第38条の2第1項後段の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 症状
 - 二 前項第4号、第6号及び第8号に掲げる事項
- 3 法第38条の2第1項前段の規定による報告は、法第29条第1項の規定による措置が採られた日の属する月の翌月を初月とする同月以後の6月ごとの各月に行わなければならない。

(昭63厚令29・追加, 平6厚令9・平12厚令49・平12厚令127・一部改正)

第20条 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 入院年月日及び前回の法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告の年月日

- 二 病名及び過去12月間の病状又は状態像の経過の概要
 - 三 過去12月間の外泊の状況
 - 四 前条第1項第1号、第2号、第6号及び第8号から第10号までに掲げる事項
- 2 法第38条の2第2項において準用する同条第1項後段の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。
- 一 症状
 - 二 前項第2号並びに前条第1項第6号及び第8号に掲げる事項
- 3 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告は、法第33条第1項の規定による措置が採られた日の属する月の翌月を初月とする同月以後の12月ごとの各月に行わなければならない。

(昭63厚令29・追加、平12厚令49・平12厚令127・一部改正)

第21条 法第38条の3第1項の厚生労働省令で定める事項は、次の各号に掲げる報告又は届出の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

- 一 法第38条の2第1項前段の規定による報告 第19条第1項各号に掲げる事項
- 二 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告 第20条第1項各号に掲げる事項
- 三 法第33条第4項の規定による届出 第13条第1号イからヌまでに掲げる事項

(昭63厚令29・追加、平12厚令49・平12厚令127・一部改正)

第22条 法第38条の4の規定による請求は、次に掲げる事項に関し申し立てることにより行うものとする。

- 一 患者の住所、氏名及び生年月日
- 二 請求人が患者本人でない場合にあっては、その者の住所、氏名及び患者との続柄
- 三 患者が入院している精神病院の名称
- 四 請求の趣旨及び理由
- 五 請求年月日

(昭63厚令29・追加)

第23条 法第45条第1項の厚生労働省令で定める書類は、次の各号のいずれかに該当する書類とする。

- 一 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（初めて医師の診療を受けた日から起算して6月を経過した日以後における診断書に限る。）
- 二 第27条に定める精神障害を支給事由とする年金たる給付を現に受けていることを証する書類の写し

(平7厚令52・追加、平12厚令49・平12厚令127・一部改正)

第24条 削除

(平12厚令49)

第25条 精神障害者保健福祉手帳の様式は、別記様式第3号のとおりとする。

(平7厚令52・追加)

第26条 令第7条第1項の規定により精神障害者保健福祉手帳交付台帳に記載すべき事項は、次のとおりとする。

- 一 精神障害者の氏名，性別，住所及び生年月日
- 二 障害等級
- 三 精神障害者保健福祉手帳の交付番号，交付年月日及び有効期限
- 四 通院医療費受給者番号
- 五 精神障害者保健福祉手帳の再交付をしたときは，その年月日及び理由

(平7厚令52・追加，平12厚令49・一部改正)

第27条 法第45条第4項ただし書に規定する精神障害を支給事由とする年金たる給付で厚生労働省令で定めるものは，次のとおりとする。

- 一 国民年金法（昭和34年法律第141号）による障害基礎年金及び国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「昭和60年改正法」という。）第1条の規定による改正前の国民年金法による障害年金
- 二 厚生年金保険法（昭和29年法律第115号）による障害厚生年金及び昭和60年改正法第3条の規定による改正前の厚生年金保険法による障害年金
- 三 国家公務員共済組合法による障害共済年金及び国家公務員等共済組合法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第105号）第1条の規定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
- 四 地方公務員等共済組合法による障害共済年金及び地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第108号）第1条の規定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
- 五 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）による障害共済年金及び私立学校教職員共済組合法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第106号）第1条の規定による改正前の私立学校教職員共済組合法等による障害年金
- 六 農林漁業団体職員共済組合法（昭和33年法律第99号）による障害共済年金及び農林漁業団体職員共済組合法の一部を改正する法律（昭和60年法律第107号）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

(平7厚令52・追加，平9厚令31・平10厚令1・平12厚令127・一部改正)

第28条 法第45条第5項の規定による政令で定める精神障害の状態にあることについての認定の申請は，第23条第1項各号のいずれかに該当する書類を添えて行うものとする。

- 2 前項の申請は，精神障害者保健福祉手帳に記載された有効期限の到来する日の3月前から行うことができる。

(平7厚令52・追加，平12厚令49・一部改正)

第29条 令第9条第1項の規定による障害等級の変更の申請については，第28条第1項の規定を準用する。

(平7厚令52・追加，平12厚令49・旧第31条繰上・一部改正)

第30条 都道府県知事（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都

市（以下この条において「指定都市」という。）においては、指定都市の長は、精神障害者保健福祉手帳を破り、又は汚した者に対する令第10条第1項の規定による精神障害者保健福祉手帳の再交付については、先に交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに行わなければならない。

（平7厚令52・追加，平12厚令49・旧第32条繰上・一部改正）

第31条 法第50条第2項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 施設の名称，種類及び所在地
 - 二 設置者の氏名，住所及び経歴（法人であるときは，その名称及び主たる事務所の所在地）
 - 三 条例，定款その他の基本約款
 - 四 建物その他の設備の規模及び構造
 - 五 運営の方針
 - 六 利用定員
 - 七 職員の定数及び職務の内容
 - 八 施設の長その他主な職員の氏名及び経歴
 - 九 事業開始の予定年月日
- 2 法律第50条第2項の規定による届出は，収支予算書及び事業計画書を提出することにより行うものとする。

（平12厚令49・追加，平12厚令127・一部改正）

第32条 法第50条第4項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 廃止し，又は休止しようとする年月日
- 二 廃止又は休止の理由
- 三 現に利用している者に対する措置
- 四 休止しようとする場合にあっては，休止の予定期間

（平12厚令49・追加，平12厚令127・一部改正）

第33条 法第50条の2第6項の厚生労働省令で定める援助は、次のとおりとする。

- 一 調理，掃除その他の自立した生活を営むための日常生活上の世話
- 二 自立的な活動，地域及び家族との交流等の機会の提供
- 三 住居，就業その他の日常生活に必要な情報の提供

（平12厚令49・全改，平12厚令127・一部改正）

第34条 第7条の規定は，法第50条の2の4第2項において読み替えて準用する法第27条第5項に規定する当該職員の身分を示す証票について準用する。この場合において，第7条中「それぞれ別記様式第1号及び第2号」とあるのは，「別記様式第2号」と読み替えるものとする。

（平12厚令49・全改）

第35条 法第51条の2第1項の規定により指定を受けようとする法人は，次の事項を記載した申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 名称、住所及び事務所の所在地
 - 二 代表者の氏名
- 2 前項の申請書には、次に掲げる書面を添付しなければならない。
- 一 定款又は寄附行為
 - 二 登記簿の謄本
 - 三 役員の氏名、住所及び略歴を記載した書面
 - 四 法第51条の3各号に掲げる業務の実施に関する基本的な計画
 - 五 資産の総額並びにその種類及びこれを証する書類
- (平6厚令9・追加、平7厚令52・旧第23条繰下、平12厚令127・一部改正)

第36条 法第51条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰促進センター（以下「センター」という。）は、同条第3項の規定により届出をしようとするときは、次の事項を記載した書面を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 変更後の名称、住所又は事務所の所在地
- 二 変更しようとする年月日
- 三 変更の理由

(平6厚令9・追加、平7厚令52・旧第24条繰下、平12厚令127・一部改正)

第37条 法第51条の4の厚生労働省令で定める情報又は資料は、次のとおりとする。

- 一 精神障害者の社会復帰の促進を図るための相談並びに訓練及び指導に関する情報又は資料
- 二 前号に掲げる相談並びに訓練及び指導を受けた精神障害者の性別、生年月日及び家族構成並びに状態像の経過に関する情報又は資料（当該精神障害者を識別できるものを除く。）

(平6厚令9・追加、平7厚令52・旧第25条繰下、平12厚令127・一部改正)

第38条 センターは、法第51条の5第1項前段の規定により特定情報管理規程の認可を受けようとするときは、その旨を記載した申請書に当該特定情報管理規程を添えて、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 2 センターは、法第51条の5後段の規定により特定情報管理規程の変更の認可を受けようとするときは、次に掲げる事項を記載した申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。
- 一 変更しようとする事項
 - 二 変更の理由

(平6厚令9・追加、平7厚令52・旧第26条繰下、平12厚令127・一部改正)

第39条 法第51条の5第3項の規定により特定情報管理規程に記載すべき事項は、次のとおりとする。

- 一 特定情報（法第51条の5第1項に規定する特定情報をいう。以下この条において同じ。）の適正な管理及び使用に関する職員の意識の啓発及び教育に関する事項
- 二 特定情報の適正な管理及び使用に係る事務を統括管理する者に関する事項

- 三 特定情報の記録された物の紛失、盗難及びき損を防止するための措置に関する事項
- 四 特定情報の使用及びその制限に関する事項
- 五 特定情報の処理に関し電子計算機を用いる場合には、当該電子計算機及び端末装置を設置する場所の入出場の管理その他これらの施設への不正なアクセスを予防するための措置に関する事項
- 六 その他特定情報の適正な管理又は使用を図るための必要な措置に関する事項

(平6厚令9・追加, 平7厚令52・旧第27条線下)

第40条 法第51条の9第2項の規定において準用する法第27条第5項の規定による当該職員の身分を示す証票は、別記様式第4号によらなければならない。

(平6厚令9・追加, 平7厚令52・旧第28条線下)

(権限の委任)

第41条 法第51条の15第1項及び令第15条第1項の規定により、次に掲げる厚生労働大臣の権限は、地方厚生局長に委任する。ただし、厚生労働大臣が第1号に掲げる権限を自ら行うことを妨げない。

- 一 法第51条の13第1項に規定する権限
- 二 令第2条の2に規定する権限

(平12厚令127・追加)

附 則

- 1 この省令は、公布の日から施行し、法施行の日から適用する。
- 2 精神病患者監護法施行規則（明治33年内務省令第35号）及び精神病院法施行規則（大正12年内務省令第17号）は廃止する。

附 則（昭和28年10月2日厚生省令第51号）

この省令は、公布の日から施行し、昭和28年9月1日から適用する。

附 則（昭和29年7月17日厚生省令第42号）

この省令は、公布の日から施行する。

附 則（昭和40年6月30日厚生省令第36号）

この省令は、公布の日から施行する。

附 則（昭和40年9月30日厚生省令第44号） 抄

- 1 この省令は、昭和40年10月1日から施行する。

附 則（昭和51年7月1日厚生省令第28号）

この省令は、公布の日から施行する。

附 則（昭和51年8月2日厚生省令第36号） 抄

(施行期日)

第1条 この省令は、昭和51年11月1日から施行する。

附 則（昭和53年5月23日厚生省令第29号）

この省令は、公布の日から施行する。

附 則（昭和58年1月31日厚生省令第3号） 抄

(施行期日)

- 1 この省令は、昭和58年3月1日から施行する。

附 則 (昭和58年2月1日厚生省令第5号) 抄

(施行期日)

- 第1条 この省令は、公布の日から施行する。

附 則 (昭和59年3月31日厚生省令第18号)

この省令は、昭和59年4月1日から施行する。

附 則 (昭和59年9月22日厚生省令第49号) 抄

(施行期日)

- 第1条 この省令は、昭和59年10月1日から施行する。

附 則 (昭和63年4月8日厚生省令第29号)

- 1 この省令は、精神衛生法等の一部を改正する法律の施行の日(昭和63年7月1日)から施行する。
- 2 この省令の施行の際現に交付されているこの省令による改正前の様式による精神衛生鑑定医の身分を示す証票は、この省令による改正後の様式による精神保健指定医の身分を示す証票とみなす。

附 則 (平成元年3月24日厚生省令第10号) 抄

- 1 この省令は、公布の日から施行する。
- 2 この省令の施行の際この省令による改正前の様式(以下「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙及び板については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 4 この省令による改正後の省令の規定にかかわらず、この省令により改正された規定であつて改正後の様式により記載することが適当でないものについては、当分の間、なお従前の例による。

附 則 (平成6年2月28日厚生省令第6号)

- 1 この省令は、平成6年4月1日から施行する。
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを使用することができる。

附 則 (平成6年3月14日厚生省令第9号)

この省令は、精神保健法等の一部を改正する法律の施行の日(平成6年4月1日)から施行する。

附 則 (平成6年9月9日厚生省令第56号) 抄

(施行期日)

- 第1条 この省令は、平成6年10月1日から施行する。

附 則 (平成6年10月14日厚生省令第67号) 抄

(施行期日)

第1条 この省令は、公布の日から施行する。

(経過措置)

第2条 平成6年10月1日前に行われた療養の給付、老人医療及び公費負担医療、指定老人訪問看護並びに施設療養に関する費用の請求については、なお従前の例による。

附 則 (平成7年6月30日厚生省令第47号)

- 1 この省令は、平成7年7月1日から施行する。
- 2 この省令の施行の際この省令による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則別記様式第1号、別記様式第2号又は別記様式第4号により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則別記様式第3号による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (平成7年9月26日厚生省令第52号)

この省令は、公布の日から施行する。

附 則 (平成8年3月21日厚生省令第10号)

- 1 この省令は、平成8年4月1日から施行する。
- 2 この省令の施行の際改正前の様式により使用されている書類は、改正後の様式によるものとみなす。

附 則 (平成9年3月28日厚生省令第31号) 抄
(施行期日)

第1条 この省令は、平成9年4月1日から施行する。

附 則 (平成10年1月13日厚生省令第1号) 抄

- 1 この省令は、公布の日から施行する。

附 則 (平成11年11月1日厚生省令第91号) 抄
(施行期日)

第1条 この省令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則 (平成12年3月7日厚生省令第20号) 抄
(施行期日)

第1条 この省令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則 (平成12年3月28日厚生省令第49号)

この省令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則 (平成12年10月20日厚生省令第127号) 抄
(施行期日)

- 1 この省令は、内閣法の一部を改正する法律(平成11年法律第88号)の施行の日(平成13年1月6日)から施行する。
- 3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみ

なす。

- 4 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

別表（第2条関係）（平8厚令10・全改，平12厚令49・一部改正）

科 目	法第18条第 1項に規定 する研修 （指定前の 研修）の課 程の時間数	法第19条第 1項に規定 する研修 （指定後の 研修）の課 程の時間数	備 考
精神保健福祉関係法規及 び精神保健福祉行政 精神保健及び精神障害者 福祉に関する法律及び精 神保健福祉行政概論 医療と法 人権と法	8	3	関係行政法規を含む。
精神医学	4		憲法，人身保護法，行政 不服審査法等を含む。 入退院に関する診断技術 その他の最近の精神医学 の動向及び地域精神保健 を含む。
精神障害者の社会復帰及 び精神障害者福祉	2	1	精神障害者の社会復帰及 び精神障害者福祉の事例 を含む。
事例研究	4	3	
合 計	18	7	

（表 面）

<p style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">精神保健指定医の証</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 生</p> <p>住 所</p> <p>勤務先</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">厚生労働省 印</p>	<p style="text-align: center;">写 真 ち ょ う 付 面</p> <p>交付日</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>有効期限</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>
--	--

（日本工業規格A列6番）

（裏 面）

<p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律抜粋</p> <p>（申請等に基づき行われる指定医の診察等）</p> <p>第二十七条 都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあった者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。</p> <p>2 都道府県知事は、入院させなければ精神的障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察させることができる。</p> <p>3 都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち合わせなければならない。</p> <p>4 指定医及び前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たって必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。</p> <p>5 前項の規定によってその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係人の請求があるときはこれを提示しなければならない。</p> <p>6 第四項の立ち入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p>	<p>（報告徴収等）</p> <p>第三十八条の六 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診察させることができる。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 第二十七条第五項及び第六項の規定は、第一項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。</p> <p>（注意）</p> <p>一 この証票の取扱いに注意し、破り、汚し、又は失ったときは直ちに厚生労働大臣に届け出ること。</p> <p>二 精神保健医でなくなったときは、厚生労働大臣に返還すること。</p> <p>三 この証票の記載事項に変更が生じたときは、直ちに厚生労働大臣に届け出ること。</p>
--	---

写真ちよう付面

(表 面)

<p>第 号</p> <p>(職) 氏 名</p> <p>年 月 日 生</p> <p>精神保健福祉職員の証</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>厚生労働省 (都道府県又は指定都市) (印)</p>	
--	--

(日本工業規格 A 列 6 番)

(裏 面)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律抜粋

(申請等に著すべき行われる指定医の診察等)

第二十七条 都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあった者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。

2 都道府県知事は、入院させなければ精神病者のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。

3 都道府県知事は、前項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。

4 指定医及び前項の当該職員は、前三項の職責を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

5 前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、その身分を示す証書を携帯し、関係人の請求があるときはこれを提示しなければならない。

6 第四項の立入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(報告徴収等)

第三十八条の六 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状者しくは経過に關し報告を求め、若しくは当該精神病院に入院中の者の経過を報告せしめ、又は当該職員若しくはその指定する指定医に、精神病院の管理者の提出する報告事項に關し診察録その他の記録書類を検査させ、若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診察させることができる。

2 (略)

3 (略)

4 (略)

5 (報告の徴収等)

第五十条の二の四 都道府県知事は、前条第一項の基準を維持するため、精神障害者社会復帰施設長の長に対して、必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、関係者に対して質問させ、若しくはその施設に立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第二十七条第五項及び第六項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。この場合において、同条第五項中「前項」とあるのは「第五十条の二の四第四項」に読み替え及び当該職員若しくはその指定する指定医は、「精神障害者社会復帰施設」とあるのは「第五十条の二の四第四項」に読み替へるものとする。

(緊急時における厚生労働大臣の事務執行)

第五十一条の十二 精神障害者社会復帰施設について、第五十条の二の四及び第五十条の二の五の規定により都道府県知事の権限に属するものとして行われる事務は、この施設を利用する者の利益を保護する必要があると厚生労働大臣が認める場合にあつては、厚生労働大臣又は都道府県知事が行うものとする。この場合においては、この法律の規定中「都道府県知事」に関する規定中当該事務に係るものに限る。）は、厚生労働大臣に関する規定として厚生労働大臣に適用があるものとする。

2 (略)

(注)

一 証書の取扱いに注意し、破り、汚し、又は失つたときは直ちに厚生労働大臣（都道府県知事又は指定都府市長）に届け出る。

二 精神保健福祉職員でなくなったときは、厚生労働大臣（都道府県知事又は指定都府市長）に返還すること。

<p style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">(職) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 生</p> <p style="text-align: center;">精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五十一条の九第一項の規定による 立入検査を行う職員</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省 印</p>	<p style="text-align: center;">写真ちよう付面</p>
--	--

(日本工業規格A列6番)

<p style="text-align: center;">(裏)</p> <p>必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、その事務所に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。</p> <p>2 第二十七条第五項及び第六項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。この場合において、同条第五項中「前項」とあるのは「第五十一条の九第一項」と「その者の居住する場所」とあるのは「センターの事務所」と、「指定医及び当該職員」とあるのは「当該職員」と、同条第六項中「第四項」とあるのは「第五十一条の九第一項」と読み替えるものとする。</p> <p>(注意)</p> <p>一 この証票の取扱いに注意し、破り、汚し、又は失ったときは直ちに厚生労働大臣に届け出ること。</p> <p>二 精神保健福祉職員でなくなったときは、厚生労働大臣に返還すること。</p>	<p style="text-align: center;">(面)</p> <p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律抜すい</p> <p>(申請等に基づき行われる指定医の診察等)</p> <p>第二十七条 (略)</p> <p>2~4 (略)</p> <p>5 前項の規定によってその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、その身分を示す証票を携帯し、関係人の請求があるときはこれを提示しなければならない。</p> <p>6 第四項の立入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p> <p>(報告及び検査)</p> <p>第五十一条の九 厚生労働大臣は、第五十一条の三に規定する業務の適正な運営を確保するために必要な限度において、センターに対し</p>
---	--

○精神保健福祉士法

〔平成9年12月19日〕
法律第131号

改正 平成9年5月9日法律第45号 平成9年12月19日法律第131号
同 11年12月8日同 第151号 同 11年12月22日同 第160号

精神保健福祉士法をここに公布する。

精神保健福祉士法

目次

- 第1章 総則（第1条—第3条）
- 第2章 試験（第4条—第27条）
- 第3章 登録（第28条—第38条）
- 第4章 義務等（第39条—第43条）
- 第5章 罰則（第44条—第48条）

附則

第1章 総則

（目的）

第1条 この法律は、精神保健福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

（定義）

第2条 この法律において「精神保健福祉士」とは、第28条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと（以下「相談援助」という。）を業とする者をいう。

（欠格事由）

第3条 次の各号のいずれかに該当する者は、精神保健福祉士となることができない。

- 一 成年被後見人又は被保佐人
- 二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者
- 三 この法律の規定その他精神障害者の保健又は福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者

四 第32条第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者

(平11法151・一部改正)

第2章 試験

(資格)

第4条 精神保健福祉士試験（以下「試験」という。）に合格した者は、精神保健福祉士となる資格を有する。

(試験)

第5条 試験は、精神保健福祉士として必要な知識及び技能について行う。

(試験の実施)

第6条 試験は、毎年1回以上、厚生労働大臣が行う。

(平11法160・一部改正)

(受験資格)

第7条 試験は次の各号のいずれかに該当する者でなければ、受けることができない。

- 一 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学（短期大学を除く。以下この条において同じ。）において厚生労働大臣の指定する精神障害者の保健及び福祉に関する科目（以下この条において「指定科目」という。）を修めて卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者
- 二 学校教育法に基づく大学において厚生労働大臣の指定する精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目（以下この条において「基礎科目」という。）を修めて卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校、厚生労働大臣の指定した職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号）第15条の6第1項各号に掲げる施設若しくは同法第27条第1項に規定する職業能力開発総合高等学校（以下「職業能力開発校等」という。）又は厚生労働大臣の指定した養成施設（以下「精神保健福祉士短期養成施設等」という。）において6月以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 三 学校教育法に基づく大学を卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校、厚生労働大臣の指定した職業能力開発校等又は厚生労働大臣の指定した養成施設（以下「精神保健福祉士一般養成施設等」という。）において1年以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 四 学校教育法に基づく短期大学（修業年限が3年であるものに限る。）において指定科目を修めて卒業した者（夜間において授業を行う学科又は通信による教育を行う学科を卒業した者を除く。）その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であって、厚生労働省令で定める施設（以下この条において「指定施設」という。）において1年以上相談援助の業務に従事したもの

- 五 学校教育法に基づく短期大学（修業年限が3年であるものに限る。）において基礎科目を修めて卒業した者（夜間において授業を行う学科又は通信による教育を行う学科を卒業した者を除く。）その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であつて、指定施設において1年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士短期養成施設等において6月以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 六 学校教育法に基づく短期大学（修業年限が3年であるものに限る。）を卒業した者（夜間において授業を行う学科又は通信による教育を行う学科を卒業した者を除く。）その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であつて、指定施設において1年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士一般養成施設等において1年以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 七 学校教育法に基づく短期大学において指定科目を修めて卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であつて、指定施設において2年以上相談援助の業務に従事したのもの
- 八 学校教育法に基づく短期大学において基礎科目を修めて卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であつて、指定施設において2年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士短期養成施設等において6月以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 九 学校教育法に基づく短期大学又は高等専門学校を卒業した者その他その者に準ずるものとして厚生労働省令で定める者であつて、指定施設において2年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士一般養成施設等において1年以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 十 指定施設において4年以上相談援助の業務に従事した後、精神保健福祉士一般養成施設等において1年以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの
- 十一 社会福祉士であつて、精神保健福祉士短期養成施設等において6月以上精神保健福祉士として必要な知識及び技能を修得したもの

（平9法45・平11法160・一部改正）

（試験の無効等）

- 第8条** 厚生労働大臣は、試験に関して不正の行為があつた場合には、その不正行為に関係のある者に対しては、その受験を停止させ、又はその試験を無効とすることができる。
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による処分を受けた者に対し、期間を定めて試験を受けることができないものとすることができる。

（平11法160・一部改正）

（受験手数料）

- 第9条** 試験を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の受験手数料を国に納付しなければならない。
- 2 前項の受験手数料は、これを納付した者が試験を受けない場合においても、返還しな

い。

(平11法160・一部改正)

(指定試験機関の指定)

第10条 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定する者（以下「指定試験機関」という。）に、試験の実施に関する事務（以下「試験事務」という。）を行わせることができる。

2 指定試験機関の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、試験業務を行おうとする者の申請により行う。

3 厚生労働大臣は、他に指定を受けた者がなく、かつ、前項の申請が次の要件を満たしていると認めるときでなければ、指定試験機関の指定をしてはならない。

一 職員、設備、試験事務の実施の方法その他の事項についての試験事務の実施に関する計画が、試験事務の適正かつ確実な実施のために適切なものであること。

二 前号の試験事務の実施に関する計画の適正かつ確実な実施に必要な経理的及び技術的な基礎を有するものであること。

4 厚生労働大臣は、第2項の申請が次のいずれかに該当するときは、指定試験機関の指定をしてはならない。

一 申請者が、民法（明治29年法律第89号）第34条の規定により設立された法人以外の者であること。

二 申請者がその行う試験事務以外の業務により試験事務を公正に実施することができないおそれがあること。

三 申請者が、第22条の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して2年を経過しない者であること。

四 申請者の役員のうち、次のいずれかに該当する者があること。

イ この法律に違反して、刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者

ロ 次条第2項の規定による命令により解任され、その解任の日から起算して2年を経過しない者

(平11法160・一部改正)

(指定試験機関の役員の選任及び解任)

第11条 指定試験機関の役員の選任及び解任は、厚生労働大臣の認可を受けなければ、その効力を生じない。

2 厚生労働大臣は、指定試験機関の役員が、この法律（この法律に基づく命令又は処分を含む。）若しくは第13条第1項に規定する試験事務規程に違反する行為をしたとき、又は試験事務に関し著しく不適当な行為をしたときは、指定試験機関に対し、当該役員の解任を命ずることができる。

(平11法160・一部改正)

(事業計画の認可等)

第12条 指定試験機関は、毎事業年度、事業計画及び収支予算を作成し、当該事業年度の開始前に（指定を受けた日の属する事業年度にあつては、その指定を受けた後遅滞なく）、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 指定試験機関は、毎事業年度の経過後3月以内に、その事業年度の事業報告書及び収支決算書を作成し、厚生労働大臣に提出しなければならない。

（平11法160・一部改正）

（試験事務規程）

第13条 指定試験機関は、試験事務の開始前に、試験事務の実施に関する規程（以下この章において「試験事務規程」という。）を定め、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 試験事務規程で定めるべき事項は、厚生労働省令で定める。

3 厚生労働大臣は、第1項の認可をした試験事務規程が試験事務の適正かつ確実な実施上不適当となつたと認めるときは、指定試験機関に対し、これを変更すべきことを命ずることができる。

（平11法160・一部改正）

（精神保健福祉士試験委員）

第14条 指定試験機関は、試験事務を行う場合において、精神保健福祉士として必要な知識及び技能を有するかどうかの判定に関する事務については、精神保健福祉士試験委員（以下この章において「試験委員」という。）に行わせなければならない。

2 指定試験機関は、試験委員を選任しようとするときは、厚生労働省令で定める要件を備える者のうちから選任しなければならない。

3 指定試験機関は、試験委員を選任したときは、厚生労働省令で定めるところにより、厚生労働大臣にその旨を届け出なければならない。試験委員に変更があつたときも、同様とする。

4 第11条第2項の規定は、試験委員の解任について準用する。

（平11法160・一部改正）

（規定の適用等）

第15条 指定試験機関が試験事務を行う場合における第8条第1項及び第9条第1項の規定の適用については、第8条第1項中「厚生労働大臣」とあり、及び第9条第1項中「国」とあるのは、「指定試験機関」とする。

2 前項の規定により読み替えて適用する第9条第1項の規定により指定試験機関に納められた受験手数料は、指定試験機関の収入とする。

（平11法160・一部改正）

（秘密保持義務等）

第16条 指定試験機関の役員若しくは職員（試験委員を含む。次項において同じ。）又はこれらの職にあつた者は、試験事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

2 試験事務に従事する指定試験機関の役員又は職員は、刑法（明治40年法律第45号）その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

（帳簿の備付け等）

第17条 指定試験機関は、厚生労働省令で定めるところにより、試験事務に関する事項で厚生労働省令で定めるものを記載した帳簿を備え、これを保存しなければならない。

（平11法160・一部改正）

（監督命令）

第18条 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、指定試験機関に対し、試験事務に関し監督上必要な命令をすることができる。

（平11法160・一部改正）

（報告）

第19条 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、その必要な限度で、厚生労働省令で定めるところにより、指定試験機関に対し、報告をさせることができる。

（平11法160・一部改正）

（立入検査）

第20条 厚生労働大臣は、この法律を施行するため必要があると認めるときは、その必要な限度で、その職員に、指定試験機関の事務所に立ち入り、指定試験機関の帳簿、書類その他必要な物件を検査させ、又は関係者に質問させることができる。

2 前項の規定により立入検査を行う職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第1項に規定する権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

（平11法160・一部改正）

（試験事務の休廃止）

第21条 指定試験機関は、厚生労働大臣の許可を受けなければ、試験事務の全部又は一部を休止し、又は廃止してはならない。

（平11法160一部改正）

（指定の取消し等）

第22条 厚生労働大臣は、指定試験機関が第10条第4項各号（第3号を除く。）のいずれかに該当するに至ったときは、その指定を取り消さなければならない。

2 厚生労働大臣は、指定試験機関が次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、その指定を取り消し、又は期間を定めて試験事務の全部若しくは一部の停止を命ずることができる。

一 第10条第3項各号の要件を満たさなくなったと認められるとき。

二 第11条第2項（第14条第4項において準用する場合を含む。）、第13条第3項又は第18条の規定による命令に違反したとき。

三 第12条、第14条第1項から第3項まで又は前条の規定に違反したとき。

四 第13条第1項の認可を受けた試験事務規程によらないで試験事務を行ったとき。

五 次条第1項の条件に違反したとき。

(平11法160・一部改正)

(指定等の条件)

第23条 第10条第1項、第11条第1項、第12条第1項、第13条第1項又は第21条の規定による規定、認可又は許可には、条件を付し、及びこれを変更することができる。

2 前項の条件は、当該指定、認可又は許可に係る事項の確実な実施を図るため必要な最小限度のものに限り、かつ、当該指定、認可又は許可を受ける者に不当な義務を課すこととなるものであってはならない。

(指定試験機関がした処分等に係る不服申立て)

第24条 指定試験機関が行う試験事務に係る処分又はその不作為について不服がある者は、厚生労働大臣に対し、行政不服審査法(昭和37年法律第160号)による審査請求をすることができる。

(平11法160一部改正)

(厚生労働大臣による試験事務の実施等)

第25条 厚生労働大臣は、指定試験機関の指定をしたときは、試験事務を行わないものとする。

2 厚生労働大臣は、指定試験機関が第21条の規定による許可を受けて試験事務の全部若しくは一部を休止したとき、第22条第2項の規定により指定試験機関に対し試験事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき、又は指定試験機関が天災その他の事由により試験事務の全部若しくは一部を実施することが困難となった場合において必要があると認めるときは、試験事務の全部又は一部を自ら行うものとする。

(平11法160一部改正)

(公示)

第26条 厚生労働大臣は、次の場合には、その旨を官報に公示しなければならない。

一 第10条第1項の規定による指定をしたとき。

二 第21条の規定による許可をしたとき。

三 第22条の規定により指定を取り消し、又は試験事務の全部若しくは一部の停止を命じたとき。

四 前条第2項に規定により試験事務の全部若しくは一部を自ら行うこととするとき、又は自ら行っていた試験事務の全部若しくは一部を行わないこととするとき。

(平11法160一部改正)

(試験の細目等)

第27条 この章に規定するもののほか、試験、精神保健福祉士短期養成施設等、精神保健福祉士一般養成施設等、指定試験機関その他この章の規定の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(平11法160・一部改正)

第3章 登録

(登録)

第28条 精神保健福祉士となる資格を有する者が精神保健福祉士となるには、精神保健福祉士登録簿に、氏名、生年月日その他厚生労働省令で定める事項の登録を受けなければならない。

(精神保健福祉士登録簿)

第29条 精神保健福祉士登録簿は、厚生労働省に備える。

(平11法160・一部改正)

(精神保健福祉士登録証)

第30条 厚生労働大臣は、精神保健福祉士の登録をしたときは、申請者に第28条に規定する事項を記載した精神保健福祉士登録証（以下この章において「登録証」という。）を交付する。

(平11法160・一部改正)

(登録事項の変更の届出等)

第31条 精神保健福祉士は、登録を受けた事項に変更があったときは、遅滞なく、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

2 精神保健福祉士は、前項の規定による届出をするときは、当該届出に登録証を添えて提出し、その訂正を受けなければならない。

(平11法160・一部改正)

(登録の取消し等)

第32条 厚生労働大臣は、精神保健福祉士が次の各号のいずれかに該当する場合には、その登録を取り消さなければならない。

- 一 第3条各号（第4号を除く。）のいずれかに該当するに至った場合
- 二 虚偽又は不正の事実に基づいて登録を受けた場合

2 厚生労働大臣は、精神保健福祉士が第39条、第40条又は第41条第2項の規定に違反したときは、その登録を取り消し、又は期間を定めて精神保健福祉士の名称の使用の停止を命ずることができる。

(平11法160・一部改正)

(登録の消除)

第33条 厚生労働大臣は、精神保健福祉士の登録がその効力を失ったときは、その登録を消除しなければならない。

(平11法160・一部改正)

(変更登録等の手数料)

第34条 登録証の記載事項の変更を受けようとする者及び登録証の再交付を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国に納付しなければならない。

(指定登録機関の指定等)

第35条 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定する者（以下「指定登録機関」という。）に、精神保健福祉士の登録の実施に関する事務（以下「登録事務」という。）を行わせることができる。

2 指定登録機関の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、登録事務を行おうとする者の申請により行う。

（平11法160・一部改正）

第36条 指定登録機関が登録事務を行う場合における第29条、第30条、第31条第1項、第33条及び第34条の規定の適用については、これらの規定中「厚生労働省」とあり、「厚生労働大臣」とあり、及び「国」とあるのは、「指定登録機関」とする。

2 指定登録機関が登録を行う場合において、精神保健福祉士の登録を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を指定登録機関に納付しなければならない。

3 第1項の規定により読み替えて適用する第34条及び前項の規定により指定登録機関に納められた手数料は、指定登録機関の収入とする。

（平11法160・一部改正）

（準用）

第37条 第10条第3項及び第4項、第11条から第13条まで並びに第16条から第26条までの規定は、指定登録機関について準用する。この場合において、これらの規定中「試験事務」とあるのは「登録事務」と、「試験事務規程」とあるのは「登録事務規程」と、第10条第3項中「前項の申請」とあり、及び同条第4項中「第2項の申請」とあるのは「第35条第2項の申請」と、第16条第1項中「職員（試験委員を含む。次項において同じ。）」とあるのは「職員」と、第22条第2項第2号中「第11条第2項（第14条第4項において準用する場合を含む。）」とあるのは「第11条第2項」と、同項第3号中「第14条第1項から第3項まで又は前条」とあるのは「又は前条」と、第23条第1項及び第26条第1号中「第10条第1項」とあるのは「第35条第1項」と読み替えるものとする。

（厚生労働省令への委任）

第38条 この章に規定するもののほか、精神保健福祉士の登録、指定登録機関その他この章の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

（平11法160・一部改正）

第4章 義務等

（信用失墜行為の禁止）

第39条 精神保健福祉士は、精神保健福祉士の信用を傷つけるような行為をしてはならない。

（秘密保持義務）

第40条 精神保健福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。精神保健福祉士でなくなった後においても、同様とする。

（連携等）

第41条 精神保健福祉士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との連携を保たなければならない。

2 精神保健福祉士は、その業務を行うに当たって精神障害者に主治の医師があるときは、その指導を受けなければならない。

(名称の使用制限)

第42条 精神保健福祉士でない者は、精神保健福祉士という名称を使用してはならない。

(権限の委任)

第42条の2 この法律に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任するこきができる。

(平11法160・追加)

(経過措置)

第43条 この法律の規定に基づき命令を制定し、又は改廃する場合においては、その命令で、その制定又は改廃に伴い合理的に必要と判断される範囲内において、所要の経過措置(罰則に関する経過措置を含む。)を定めることができる。

第5章 罰則

第44条 第40条の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

第45条 第16条第1項(第37条において準用する場合を含む。)の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

第46条 第22条第2項(第37条において準用する場合を含む。)の規定による試験事務又は登録事務の停止の命令に違反したときは、その違反行為をした指定試験機関又は指定登録機関の役員又は職員は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

第47条 次の各号のいずれかに該当する者は、30万円以下の罰金に処する。

一 第32条第2項の規定により精神保健福祉士の名称の使用の停止を命ぜられた者で、当該停止を命ぜられた期間中に、精神保健福祉士の名称を使用したもの

二 第42条の規定に違反した者

第48条 次の各号のいずれかに該当するときは、その違反行為をした指定試験機関又は指定登録機関の役員又は職員は、20万円以下の罰金に処する。

一 第17条(第37条において準用する場合を含む。)の規定に違反して帳簿を備えず、帳簿に記載せず、若しくは帳簿の虚偽の記載をし、又は帳簿を保存しなかったとき。

二 第19条(第37条において準用する場合を含む。)の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。

三 第20条第1項(第37条において準用する場合を含む。)の規定による立入り若しくは検査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽

を陳述をしたとき。

四 第21条（第37条において準用する場合を含む。）の許可を受けないで試験事務又は登録事務の全部を廃止したとき。

附 則 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、平成10年4月1日から施行する。ただし、第7条第2号及び第3号の規定（学校、職業能力開発校等又は養成施設の指定に係る部分に限る。）、第27条の規定（精神保健福祉士短期養成施設等及び精神保健福祉士一般養成施設等に係る部分に限る。）並びに附則第7条の規定は、公布の日から起算して9月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

（平成10年政令第4号で平成10年2月1日から施行）

（受験資格の特例）

第2条 この法律の施行の際現に病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設において相談援助を業として行っている者であつて、次の各号のいずれにも該当するに至つたものは、平成15年3月31日までは、第7条の規定にかかわらず、試験を受けることができる。

- 一 厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した者
- 二 病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設において、相談援助を5年以上業として行つた者

（平11法160・一部改正）

（名称の使用制限に関する経過措置）

第3条 この法律の施行の際現に精神保健福祉士という名称を使用している者については、第42条の規定は、この法律の施行後6月間は、適用しない。

（検討）

第4条 政府は、この法律の施行後5年を経過した場合において、この法律の規定の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

附 則（平成9年5月9日法律第45号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律は、公布の日から起算して3月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、第1条中職業能力開発促進法（以下「能開法」という。）の目次、第15条の6第1項、第16条第1項及び第2項、第17条、第25条、第5節の節名並びに第27条の改正規定、能開法第27条の次に節名を付する改正規定並びに能開法第27条の2第2項、第97条の2及び第99条の2の改正規定、第2条の規定（雇用促進事業団法第19条第1項第1号及び第2号の改正規定に限る。）並びに次条から附則第4条まで、附則第6条から第8条まで及び第10条から第16条までの規定、附則第17条の規定（雇用保険法（昭和49年法律第116号）第63条第1項第4号中「第10条第2項」を「第10条の2第2項」に改める部分を除く。）並びに附則第18条から第23条までの規定は、平成11

年4月1日から施行する。

(平9法131・一部改正)

附 則 (平成9年12月19日法律第131号) 抄
(施行期日)

第1条 この法律は、平成10年4月1日から施行する。

附 則 (平成11年12月8日法律第151号) 抄
(施行期日)

第1条 この法律は、平成12年4月1日から施行する。
(経過措置)

第3条 民法の一部を改正する法律(平成11年法律第149号)附則第3条第3項の規定により従前の例によることとされる準禁治産者及びその保佐人に関するこの法律による改正規定の適用については、次に掲げる改正規定を除き、なお従前の例による。

一から二十五まで 略

第4条 この法律の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

○中央省庁等改革関係法施行法（平成11法律160） 抄

（処分、申請等に関する経過措置）

第1301条 中央省庁等改革関係法及びこの法律（以下「改革関係法等」と総称する。）の施行前に法令の規定により従前の国の機関がした免許、許可、認可、承認、指定その他の処分又は通知その他の行為は、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の相当規定に基づいて、相当の国の機関がした免許、許可、認可、承認、指定その他の処分又は通知その他の行為とみなす。

2 改革関係法等の施行の際現に法令の規定により従前の国の機関に対してされている申請、届出その他の行為は、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の相当規定に基づいて、相当の国の機関に対してされた申請、届出その他の行為とみなす。

3 改革関係法等の施行前に法令の規定により従前の国の機関に対し報告、届出、提出その他の手続をしなければならないとされている事項で、改革関係法等の施行の日前にその手続がされていないものについては、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、これを、改革関係法等の施行後の法令の相当規定により相当の国の機関に対して報告、届出、提出その他の手続をしなければならないとされた事項についてその手続がされていないものとみなして、改革関係法等の施行後の法令の規定を適用する。

（従前の例による処分等に関する経過措置）

第1302条 なお従前の例によることとする法令の規定により、従前の国の機関がすべき免許、許可、認可、承認、指定その他の処分若しくは通知その他の行為又は従前の国の機関に対してすべき申請、届出その他の行為については、法令に別段の定めがあるもののほか、改革関係法等の施行後は、改革関係法等の施行後の法令の規定に基づくその任務及び所掌事務の区分に応じ、それぞれ、相当の国の機関がすべきものとし、又は相当の国の機関に対してすべきものとする。

（罰則に関する経過措置）

第1303条 改革関係法等の施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

（政令への委任）

第1344条 第71条から第76条まで及び第1301条から前条まで並びに中央省庁等改革関係法に定めるもののほか、改革関係法等の施行に関し必要な経過措置（罰則に関する経過措置を含む。）は、政令で定める。

附 則（平成11根員12月22日法律第160号） 抄

（施行期日）

第1条 この法律（第2条及び第3条を除く。）は、平成13年1月6日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

- 1 第995条（核原料物質，核燃料物質及び原子炉の規制に関する法律の一部を改正する法律附則の改正規定に係る部分に限る。），第1305条，第1306条，第1324条第2項，第1326条第2項及び第1344条の規定 公布の日

○精神保健福祉士法施行規則

〔平成10年1月30日〕
〔厚生省令第11号〕

改正 平成11年3月26日厚生省令第26号 平成11年9月14日厚生省令第81号
同 12年3月28日同 第49号 同 12年3月31日同 第72号
同 12年10月20日同 第127号

精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第7条第3号から第9号まで、第28条、第38条及び同法附則第2条の規定に基づき、精神保健福祉士法施行規則を次のように定める。

精神保健福祉士法施行規則

（厚生労働省令で定める者の範囲）

第1条 精神保健福祉士法（平成9年法律第131号。以下「法」という。）第7条第3号の厚生労働省令で定める者は、次のとおりとする。

- 一 旧大学令（大正7年勅令第388号）による大学を卒業した者
 - 二 旧高等師範学校規程（明治27年文部省令第11号）による高等師範学校専攻科を卒業した者
 - 三 旧師範教育令（昭和18年勅令第109号）による高等師範学校又は女子高等師範学校の修業年限1年以上の研究科を修了した者
 - 四 旧中等学校令（昭和18年勅令第36号）による中学校若しくは高等女学校を卒業した者又は旧専門学校入学者検定規程（大正13年文部省令第22号）により、これと同等以上の学力を有するものと検定された者を入学資格とする旧専門学校令（明治36年勅令第61号）による専門学校（以下「専門学校」という。）で修業年限（予科の修業年限を含む。以下この号において同じ。）5年以上の専門学校を卒業した者又は修業年限4年以上の専門学校を卒業し修業年限4年以上の専門学校に置かれる修業年限1年以上の研究科を修了した者
 - 五 防衛庁設置法（昭和29年法律第164号）による防衛大学校又は防衛医科大学校を卒業した者
 - 六 職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号）による職業能力開発大学校の長期課程を修了した者（旧職業訓練法（昭和33年法律第133号）による中央職業訓練所又は職業能力開発大学校の長期指導員訓練課程を修了した者、職業訓練法の一部を改正する法律（昭和60年法律第56号）による改正前の職業訓練法（昭和44年法律第64号。以下「新職業訓練法」という。）による職業訓練大学校の長期指導員訓練課程を修了した者及び職業能力開発促進法の一部を改正する法律（平成4年法律第67号）による改正前の職業能力開発促進法（以下「旧職業能力開発促進法」という。）による職業訓練大学校の長期課程を修了した者を含む。）
- 2 法第7条第4号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法（昭和22年法律第26号）による専修学校の専門課程（修業年限3年以上のものに限る。次項及び第4項において同

じ。)又は各種学校(学校教育法第56条第1項に規定する者を入学資格とするものであって、修業年限3年以上のものに限る。次項及び第4項において同じ。)において法第7条第1号に規定する指定科目(第5項において「指定科目」という。)を修めて卒業した者(夜間において授業を行う学科若しくは課程又は通信による教育を行う課程を卒業した者を除く。)とする。

3 法第7条第5号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法による専修学校の専門課程又は各種学校において法第7条第2号に規定する基礎科目(第6項において「基礎科目」という。)を修めて卒業した者(夜間において授業を行う学科若しくは課程又は通信による教育を行う課程を卒業した者を除く。)とする。

4 法第7条第6号の厚生労働省令で定める者は、次のとおりとする。

一 学校教育法による高等学校若しくは中等教育学校の専攻科(修業年限3年以上のものに限る。)盲学校、聾学校若しくは養護学校の専攻科(修業年限3年以上のものに限る。)、専修学校の専門課程又は各種学校を卒業した者(夜間において授業を行う専攻科、学科若しくは課程又は通信による教育を行う課程を卒業した者を除く。)

二 保健婦助産婦看護婦法(昭和23年法律第203号)第21条第2号に規定する厚生労働大臣が指定する看護婦養成所(修業年限3年以上のものに限る。)を卒業した者

三 理学療法士及び作業療法士法(昭和40年法律第137号)第12条第1号に規定する厚生労働大臣が指定する作業療法士養成施設(修業年限3年以上のものに限る。)を卒業した者

四 職業能力開発促進法による職業能力開発短期大学校の専門課程(訓練期間3年以上のものに限る。)を修了した者(旧職業能力開発促進法による職業訓練短期大学校の専門課程(訓練期間3年以上のものに限る。)を修了した者を含む。)

5 法第7条第7号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法による専修学校の専門課程(修業年限2年以上のものに限る。次項及び第7項において同じ。)又は各種学校(学校教育法第56条第1項に規定する者を入学資格とするものであって、修業年限2年以上のものに限る。次項及び第7項において同じ。)において指定科目を修めて卒業した者とする。

6 法第7条第8号の厚生労働省令で定める者は、学校教育法による専修学校の専門課程又は各種学校において基礎科目を修めて卒業した者とする。

7 法第7条第9号の厚生労働省令で定める者は、次のとおりとする。

一 学校教育法による高等学校若しくは中等教育学校の専攻科(修業年限2年以上のものに限る。)、盲学校、聾学校若しくは養護学校の専攻科(修業年限2年以上のものに限る。)、専修学校の専門課程又は各種学校を卒業した者

二 保健婦助産婦看護婦法第22条第2号に規定する都道府県知事が指定する准看護婦養成所(修業年限2年以上のものに限る。)を卒業した者(学校教育法第56条に該当する者に限る。)

三 職業能力開発促進法による職業能力開発短期大学校の専門課程を修了した者(新職

業訓練法による職業訓練短期大学の専門訓練課程又は特別高等訓練課程を修了した者及び旧職業能力開発促進法による職業訓練短期大学の専門課程を修了した者を含む。）

(平11厚令26・平12厚令127・一部改正)

(指定施設の範囲)

第2条 法第7条第4号の厚生労働省令で定める施設は、次のとおりとする。

- 一 精神病院
- 二 病院又は診療所（精神病床を有するもの又は精神科若しくは心療内科を広告しているものに限る。）
- 三 保健所
- 四 地域保健法（昭和22年法律第101号）に規定する市町村保健センター
- 五 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）に規定する精神保健福祉センター、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、精神障害者福祉工場、精神障害地域生活支援センター及び精神障害者地域生活援助事業を行う施設
- 六 前5号に掲げる施設に準ずる施設として厚生労働大臣が認める施設

(平12厚令49・平12厚令127・一部改正)

(試験施行期日等の公告)

第3条 精神保健福祉士試験を施行する期日、場所その他精神保健福祉士試験の実施に必要な事項は、厚生労働大臣があらかじめ、官報で公告する。

(平12厚令127・一部改正)

(精神保健福祉士試験の方法)

第4条 精神保健福祉士試験は、筆記の方法により行う。

(精神保健福祉士試験の科目)

第5条 精神保健福祉士試験の科目は、次のとおりとする。

- 一 精神医学
- 二 精神保健学
- 三 精神科リハビリテーション学
- 四 精神保健福祉論
- 五 社会福祉原論
- 六 社会保障論
- 七 公的扶助論
- 八 地域福祉論
- 九 精神保健福祉援助技術
- 十 医学一般
- 十一 心理学
- 十二 社会学

十三 法学

(試験科目の免除)

第6条 社会福祉士であつて、精神保健福祉士試験を受けようとする者に対しては、その申請により、第5条に規定する精神保健福祉士試験の科目のうち、社会福祉原論、社会保障論、公的扶助論、地域福祉論、医学一般、心理学、社会学及び法学を免除する。

(精神保健福祉士試験の受験手続き)

第7条 精神保健福祉士試験を受けようとする者は、様式第1による精神保健福祉士試験受験申込書を厚生労働大臣（法第10条第1項に規定する指定試験機関が精神保健福祉士試験の実施に関する事務を行う場合にあっては、指定試験機関、第9条において同じ。）に提出しなければならない。

2 前項の精神保健福祉士試験受験申込書には、法第7条各号のいずれかに該当する者であることを証する書面を添付しなければならない。

(平12厚令127・一部改正)

(受験手数料の納付)

第8条 法第9条第1項に規定する受験手数料は、国に納付する場合にあっては前条第1項に規定する精神保健福祉士試験受験申込書に当該受験手数料の額に相当する額の収入印紙をはるることにより、法第10条第1項に規定する指定試験機関に納付する場合にあっては法第13条第1項に規定する試験事務規程で定めるところにより納付しなければならない。

(合格証書の公布及び合格者の公告)

第9条 厚生労働大臣は、精神保健福祉士試験に合格した者には、合格証書を交付するほか、その氏名を官報で公告するものとする。

(平12厚令127・一部改正)

(登録事項)

第10条 法第28条の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 登録番号及び登録年月日
- 二 本籍地都道府県名（日本国籍を有しない者については、その国籍）
- 三 精神保健福祉士試験に合格した年月

(平12厚令127・一部改正)

(登録の申請)

第11条 精神保健福祉士の登録を受けようとする者は、様式第2による精神保健福祉士登録申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

(平12厚令72・平12厚令127・一部改正)

(登録)

第12条 厚生労働大臣は、前条の申請があつたときは、精神保健福祉士登録申請書の記載事項を審査し、当該申請者が精神保健福祉士となる資格を有すると認めるときは、精神保健福祉士登録簿に登録し、かつ、当該申請者に精神保健福祉士登録証を交付する。

2 厚生労働大臣は、前項の審査の結果、当該申請者が精神保健福祉士となる資格を有しないと認めるときは、その理由を付し、精神保健福祉士登録申請書を当該申請者に返却する。

(平12厚令127・一部改正)

(登録事項の変更の届出)

第13条 精神保健福祉士は、登録を受けた事項に変更があったときは、様式第3による登録事項変更届出書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

(平12厚令127・一部改正)

(精神保健福祉士登録証再交付の申請等)

第14条 精神保健福祉士は、精神保健福祉士登録証を汚損し、又は失ったときは、遅滞なく、様式第4による登録証再交付申請書を、汚損した場合にあっては、当該精神保健福祉士登録証を添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

2 精神保健福祉士は、前項の申請をした後、失った精神保健福祉士登録証を発見したときは、速やかにこれを厚生労働大臣に返納しなければならない。

(平12厚令127・一部改正)

(変更登録等の手数料の納付)

第15条 国に納付する法第34条に規定する手数料については、第13条に規定する登録事項変更届出書又は前条第1項に規定する登録証再交付申請書に、それぞれ当該手数料の額に相当する額の収入印紙をはるることにより、法第35条第1項に規定する指定登録機関に納付する法第34条及び法第36条第2項に規定する手数料については、法第37条の規定により読み替えられた法第13条第1項に規定する登録事項規程で定めるところにより納付しなければならない。

2 前項の規定により納付された手数料は、これを返還しない。

(死亡等の届出)

第16条 精神保健福祉士が次のいずれかに該当するに至った場合には、当該精神保健福祉士又は戸籍法(昭和22年法律第224号)に規定する届出義務者若しくは法定代理人は、遅滞なく、精神保健福祉士登録証を添え、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

一 死亡し、又は失踪の宣告を受けた場合

二 法第3条各号(第4号を除く。)のいずれかに該当するに至った場合

(平12厚令127・一部改正)

(登録の取消しの通知等)

第17条 厚生労働大臣は、法第32条第1項又は第2項の規定により精神保健福祉士の登録を取り消し、又は精神保健福祉士の名称の使用の停止を命じたときは、理由を付し、その旨を登録の取消し又は名称の使用の停止の処分を受けた者に通知しなければならない。

2 法第32条第1項又は第2項の規定により精神保健福祉士の登録を取り消された者は、前項の通知を受けた日から起算して10日以内に、精神保健福祉士登録証を厚生労働大臣

に返納しなければならない。

(平12厚令127・一部改正)

(登録簿の登録の訂正等)

第18条 厚生労働大臣は、第13条の届出があったとき、第16条の届出があったとき、又は法第32条第1項若しくは第2項の規定により精神保健福祉士の登録を取り消し、若しくは精神保健福祉士の名称の使用の停止を命じたときは、精神保健福祉士登録簿の当該精神保健福祉士に関する登録を訂正し、若しくは消除し、又は当該精神保健福祉士の名称の使用の停止をした旨を精神保健福祉士登録簿に記載するとともに、それぞれ登録の訂正若しくは消除又は名称の使用の停止の理由及びその年月日を記載するものとする。

(平12厚令127・一部改正)

(規定の適用)

第19条 法第35条第1項に規定する指定登録機関が精神保健福祉士の登録の実施に関する事務を行う場合における第11条から第14条まで、第16条(同条第2号に該当する場合を除く。)、第17条第2項及び前条の規定の適用については、これらの規定中「厚生労働大臣」とあるのは「法第35条第1項に規定する指定登録機関」と、前条中「法第32条第1項若しくは第2項の規定により」とあるのは「法第32条第1項若しくは第2項の規定により厚生労働大臣が」と、「停止をした」とあるのは「停止があった」とする。

(平12厚令127・一部改正)

附 則

(施行期日)

- 1 この省令は、平成10年4月1日から施行する。
(受験資格の特例)
- 2 法附則第2条の厚生労働省令で定める施設は、次のとおりとする。
 - 一 精神病院
 - 二 病院又は診療所(精神病床を有するもの又は精神科若しくは心療内科を広告しているものに限る。)
 - 三 保健所
 - 四 地域保健法に規定する市町村保健センター
 - 五 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神保健福祉センター、精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場及び精神障害者地域生活援助事業を行う施設
 - 六 前5号に掲げる施設に準ずる施設として厚生労働大臣が認める施設

(平12厚令127・一部改正)

- 3 平成15年3月31日までは、第7条第2項中「法第7条各号のいずれか」とあるのは、「法第7条各号のいずれか又は法附則第2条」とする。

附 則 (平成11年3月26日厚生省令第26号)

- 1 この省令は、平成11年4月1日から施行する。

2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成11年9月14日厚生省令第81号）

この省令は、公布の日から施行する。

附 則（平成12年3月28日厚生省令第49号）

この省令は、平成12年4月1日から施行する。

附 則（平成12年3月31日厚生省令第72号）

（施行期日）

1 この省令は、平成12年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成12年10月20日厚生省令第127号） 抄

（施行期日）

1 この省令は、内閣法の一部を改正する法律（平成11年法律第88号）の施行の日（平成13年1月6日）から施行する。

（様式に関する経過措置）

3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

4 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

○精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準

平成12年3月31日

厚生省令87号

改正 平成12月8日11日厚生省令第112号

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条の2の3第1項の規定に基づき、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準を次のように定める。

精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準

目次

- 第1章 総則（第1条—第12条）
 - 第2章 精神障害者生活訓練施設（第13条—第22条）
 - 第3章 精神障害者授産施設（第23条—第29条）
 - 第4章 精神障害者福祉ホーム（第30条—第34条）
 - 第5章 精神障害者福祉工場（第35条—第38条）
 - 第6章 精神障害者地域生活支援センター（第39条—第43条）
- 附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 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条の2の3第1項の規定による精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準は、この省令の定めるところによる。

（基本方針）

第2条 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対し、健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切な処遇を行うよう努めなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って処遇を行うよう努めなければならない。

（構造設備の一般原則）

第3条 精神障害者社会復帰施設の配置、構造及び設備は、日照、採光、換気等の利用者の保健衛生に関する事項及び防災について十分考慮されたものでなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設の建物（利用者の日常生活のために使用しない附属の建物を除く。）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でなければならない。

（設備の専用）

第4条 精神障害者社会復帰施設の設備は、専ら当該精神障害者社会復帰施設の用に供す

るものでなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

(職員の専従)

第5条 精神障害者社会復帰施設の職員は、専ら当該精神障害者社会復帰施設の職務に従事する者でなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

(勤務体制の確保等)

第6条 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対し、適切な処遇を行うことができるよう、職員の勤務の体制を定めておかななければならない。

- 2 精神障害者社会復帰施設は、当該精神障害者社会復帰施設の職員によって処遇を行わなければならない。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、職員に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければならない。

(運営規程)

第7条 精神障害者社会復帰施設は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。

- 一 施設の目的及び運営の方針
- 二 職員の職種、数及び職務の内容
- 三 利用定員
- 四 利用者の処遇の内容及び利用料その他の費用の額
- 五 施設の利用に当たっての留意事項
- 六 非常災害対策
- 七 その他施設の運営に関する重要事項

(医療機関等との連携)

第8条 精神障害者社会復帰施設は、利用者の意向を尊重しつつ、必要に応じ、医療機関、保健所、精神障害者地域生活支援センターその他の関係機関との連絡体制を整備しなければならない。

(地域との連携等)

第9条 精神障害者社会復帰施設は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との積極的な交流に努めなければならない。

(苦情への対応)

第10条 精神障害者社会復帰施設は、その行った処遇に関する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

- 2 精神障害者社会復帰施設は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）第83条に規定する運営適正化委員会が行う同法第85条第1項の規定による調査にできる限り協力しなければならない。

ならない。

(平12厚令112・全改)

(非常災害対策)

第11条 精神障害者社会復帰施設は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立てておかなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

(記録の整備)

第12条 精神障害者社会復帰施設は、設備、職員及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇の状況に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

第2章 精神障害者生活訓練施設

(規模)

第13条 精神障害者生活訓練施設は、20人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

(建築面積)

第14条 精神障害者生活訓練施設は、利用者1人当たり14.9平方メートル以上の建築面積を有するものでなければならない。

(設備の基準)

第15条 精神障害者生活訓練施設には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 一 居室
- 二 相談室
- 三 静養室
- 四 食堂
- 五 調理場
- 六 集会室兼娯楽室
- 七 浴室
- 八 洗面所
- 九 便所
- 十 事務室

2 前項第1号の居室は、次の基準を満たさなければならない。

- 一 一の居室の定員は、2人以下とすること。
- 二 地階に設けてはならないこと。
- 三 利用者1人当たりの床面積は、収納設備等を除き、4.4平方メートル以上とすること。

四 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

3 第1項各号に掲げる設備のうち、同項第6号の集会室兼娯楽室にあつては、同項第4号の食堂と兼ねることができる。

(職員の配置の基準)

第16条 精神障害者生活訓練施設には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

一 施設長 1

二 精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が39までは4以上、それ以上10又はその端数を増すごとに2を加えた数以上

三 医師 1以上

2 前項第1号の施設長及び同項第2号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員は、常勤でなければならない。

3 第1項第2号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員のうち1人以上は、精神保健福祉士でなければならない。

4 第1項第3号の医師は、精神科の診療に相当の経験を有する者でなければならない。

(職員の資格要件)

第17条 施設長は、精神保健及び精神障害者の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つて、施設を運営する能力を有すると認められるものでなければならない。

2 精神障害者社会復帰指導員は、次の各号のいずれかに該当する者でなければならない。

一 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において、心理学若しくは教育学の課程又は社会福祉に関する科目を修めて卒業した者

二 学校教育法の規定による高等学校若しくは中等教育学校を卒業した者若しくは通常の課程による12年の学校教育を修了した者（通常の課程以外の課程によりこれに相当する学校教育を修了した者を含む。）又は文部科学大臣がこれと同等以上の資格を有すると認定した者であつて、2年以上精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務に従事したもの

三 前2号に掲げる者のほか、精神保健及び精神障害者の福祉に関し相当の学識経験を有すると認められる者

(利用者の処遇に関する計画)

第18条 精神障害者社会復帰施設は、利用者について、その心身の状況及び病歴、その置かれている環境、その者及びその家族の希望等を勘案し、その者の同意を得て、その者の処遇に関する計画を作成しなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇に関する計画について、利用者の処遇の状況等を勘案し、必要な見直しを行わなければならない。

(処遇の方針)

第19条 精神障害者社会復帰施設は、利用者について、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に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を

妥当適切に行わなければならない。

- 2 利用者の処遇は、利用者の処遇に関する計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して、行わなければならない。
- 3 精神障害者社会復帰施設の職員は、利用者の処遇に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- 4 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命若しくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。

(生活指導等)

第20条 精神障害者社会復帰施設は、利用者が生活習慣を確立するとともに、社会生活への適応性を高めるようあらゆる機会を通じて生活指導を行わなければならない。

- 2 精神障害者社会復帰施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

(健康管理)

第21条 精神障害者生活訓練施設の医師は、利用者の主治医と相互に密接な連絡を取り合い、常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

(衛生管理)

第22条 精神障害者社会復帰施設は、利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

第3章 精神障害者授産施設

(規模)

第23条 精神障害者授産施設は、次の各号の区分に従い、それぞれ当該各号に規定する規模を有するものでなければならない。

- 一 通所施設（精神障害者授産施設のうち通所による利用者のみを対象とする施設であって、次号に規定する精神障害者小規模通所授産施設以外のものをいう。以下同じ。）
20人以上
- 二 精神障害者小規模通所授産施設（精神障害者授産施設のうち通所による利用者のみを対象とするものであって、常時利用する者が20人未満のものをいう。以下同じ。）
10人以上
- 三 その他の施設 20人以上30人以下

(建築面積)

第24条 精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものは、次の各

号の区分に従い、それぞれ当該各号に規定する建築面積を有するものでなければならない。

- 一 通所施設 利用者1人当たり15.8平方メートル以上
- 二 その他の施設 利用者1人当たり23.5平方メートル以上
(設備の基準)

第25条 精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものには、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。ただし、通所施設にあっては、第2号、第3号、第6号及び第8号に掲げる設備を設けないことができる。

- 一 作業室又は作業場
 - 二 居室
 - 三 相談室
 - 四 静養室
 - 五 食堂
 - 六 調理場
 - 七 集会室兼娛樂室
 - 八 浴室
 - 九 洗面所
 - 十 便所
 - 十一 事務室
- 2 前項各号に掲げる設備の基準は、次のとおりとする。
- 一 作業室又は作業場
作業に従事する者の安全を確保するための設備を設けること。
 - 二 居室
 - イ 一の居室の定員は、2人以下とすること。
 - ロ 地階に設けてはならないこと。
 - ハ 利用者1人当たりの床面積は、収納設備等を除き、4.4平方メートル以上とすること。
 - ニ 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。
- 3 第1項各号に掲げる設備のうち、同項第7号の集会室兼娛樂室にあっては、同項第5号の食堂と兼ねることができる。
- 4 精神障害者小規模通所授産施設には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。ただし、他の社会福祉施設等設備を利用することにより当該精神障害者小規模通所授産施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、次の各号に掲げる設備の一部を設けないことができる。
- 一 作業室又は作業場
 - 二 静養室
 - 三 食堂

四 洗面所

五 便所

5 第2項第1号の規定は、前項第1号に掲げる設備の基準について準用する。

6 第4項各号に掲げる設備のうち、同項第3号の食堂にあっては、同項第1号の作業室若しくは作業場又は同項第2号の静養室と兼ねることができる。

(職員の配置の基準)

第26条 精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものには、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

一 施設長 1

二 精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が39までは4以上、それ以上10又はその端数を増すごとに2を加えた数(通所施設にあっては、1を加えた数)以上

三 医師 1以上

2 前項第1号の施設長及び同項第2号の精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員は、常勤でなければならない。ただし、作業療法士及び精神障害者社会復帰指導員のうち1人は、非常勤とすることができる。

3 第1項第2号の精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員のうち、1人以上は精神保健福祉士、1人以上は作業療法士でなければならない。

4 精神障害者小規模通所授産施設には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

一 施設長 1

二 精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員 2以上

5 前項第1号の施設長は、精神障害者の社会復帰に理解と熱意を有し、施設を運営する能力を有すると認められる者でなければならない。

6 第4項各号に掲げる職員のうち、1人以上は常勤でなければならない。

7 第4項各号に掲げる職員のうち、同項第1号の施設長にあっては、同項第2号の精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員と兼ねることができる。

8 第16条第4項の規定は、精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものについて準用する。

(授産種目等)

第27条 精神障害者授産施設が与える職業(以下「職業」という。)の種目は、地域の実情、製品の需給状況等を考慮して選定するとともに、できるだけ多様な工程を用意し、利用者の作業能力及び適性に配慮しなければならない。

2 精神障害者授産施設は、職業に従事する者の作業時間、作業量等がその者に過重な負担とならないよう配慮しなければならない。

(工賃の支払)

第28条 精神障害者授産施設は、職業に従事している者に、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支払わなければならない。

(準用)

第29条 第17条から第22条までの規定は、精神障害者授産施設のうち精神障害者小規模通所授産施設以外のものについて準用する。

2 第18条、第19条、第20条第1項及び第3項並びに第22条の規定は、精神障害者小規模通所授産施設について準用する。

第4章 精神障害者福祉ホーム

(規模)

第30条 精神障害者福祉ホームは、10人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

(建築面積)

第31条 精神障害者福祉ホームは、利用者1人当たり23.3平方メートル以上の建築面積を有するものでなければならない。

(設備の基準)

第32条 精神障害者福祉ホームは、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

一 居室

二 集会室兼娛樂室

三 調理室

四 浴室

五 洗面所

六 便所

七 管理人室

2 前項第1号の居室は、次の基準を満たさなければならない。

一 一の居室の定員は、原則1人とすること。

二 地階に設けてはならないこと。

三 利用者一人当たりの床面積は、収納設備及び調理設備等を除き、6.6平方メートル以上とすること。

四 一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

(職員の配置の基準)

第33条 精神障害者福祉ホームには、次の各号に掲げる職員を置かななければならない。

一 管理人 1

二 医師 1以上

2 前項第1号の管理人は、施設を運営する能力を有すると認められる者で、かつ、常勤でなければならない。

3 第16条第4項の規定は、精神障害者福祉ホームについて準用する。

(準用)

第34条 第18条から第22条までの規定は、精神障害者福祉ホームについて準用する。

第5章 精神障害者福祉工場

(規模)

第35条 精神障害者福祉工場は、20人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

(設備の基準)

第36条 精神障害者福祉工場には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 一 作業所
- 二 更衣室
- 三 シャワー室
- 四 休憩室
- 五 食堂
- 六 相談室
- 七 静養室
- 八 医務室

(職員の配置の基準)

第37条 精神障害者福祉工場には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。ただし、食事の提供を行わない場合は、第4号の栄養士を置かないことができる。

- 一 施設長 1
 - 二 精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が29までは3以上、それ以上10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上
 - 三 看護婦 1以上
 - 四 栄養士 1以上
 - 五 医師 1以上
 - 六 事務員 1以上
- 2 前項第1号の施設長は、精神障害者の社会復帰に理解と熱意を有し、施設を運営する能力を有すると認められる者でなければならない。
- 3 第1項第2号の精神障害者社会復帰指導員は、その指導する業務について相当の知識及び技能を有する者でなければならない。
- 4 第1項第1号の施設長、同項第2号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員及び同項第4号の栄養士は、常勤でなければならない。ただし、精神障害者社会復帰指導員のうち1人は、非常勤とすることができる。
- 5 第16条第3項及び第4項の規定は、精神障害者福祉工場について準用する。

(準用)

第38条 第17条第2項及び第18条から第22条までの規定は、精神障害者福祉工場について準用する。

第6章 精神障害者地域生活支援センター

(設備の基準)

第39条 精神障害者地域生活支援センターには、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 一 相談室
- 二 静養室
- 三 談話室
- 四 食堂
- 五 調理場
- 六 地域交流活動室兼訓練室
- 七 便所
- 八 洗面所
- 九 事務室

2 前項各号に掲げる設備のうち、同項第2号の静養室にあつては同項第1号の相談室と、同項第4号の食堂にあつては同項第3号の談話室とそれぞれ兼ねることができる。

(職員の配置の基準)

第40条 精神障害者地域生活支援センターには、次の各号に掲げる職員を置かななければならない。

- 一 施設長 1
- 二 精神保健福祉士 1以上
- 三 精神障害者社会復帰指導員 3以上

二 前項各号に掲げる職員は、常勤でなければならない。ただし、精神障害者社会復帰指導員のうち2人は、非常勤とすることができる。

(事業計画等)

第41条 精神障害者地域生活支援センターは、年間及び月間の事業計画を定めなければならない。

2 精神障害者地域生活支援センターは、職員の勤務時間を調整すること等により、適切な処遇を行うことができるように努めなければならない。

(利用者の登録)

第42条 精神障害者地域生活支援センターは、利用者に対し、当該施設の利用に当たって、あらかじめ利用の登録をさせなければならない。ただし、利用者の意思に反して登録を強制してはならない。

(準用)

第43条 第17条から第20条まで及び第22条の規定は、精神障害者地域生活支援センターについて準用する。

附 則

(施行期日)

- 1 この省令は、平成12年12月1日から施行する。ただし、第1条中知的障害者援護施設の設備及び運営に関する基準第7条の5第2号の改正規定及び第3条中精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準第17条第2項第2号の改正規定は、内閣法の一部を改正する法律（平成11年法律第88号）の施行の日（平成13年1月6日）から施行する。
(精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の一部改正に伴う経過措置)
- 2 第3条の規定による改正後の精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準第23条第2号に規定する精神障害者小規模通所授産施設については、同基準第3条第2項の規定は、当分の間、適用しない。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

昭和63年4月8日

厚生省告示第127号

改正 平成6年10月19日厚生省告示第349号 平成7年6月28日厚生省告示第134号
同 8年3月21日厚生省告示第91号 同 12年3月30日厚生省告示第106号
同 12年12月28日厚生省告示第535号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第33条の4第1項の規定に基づき、厚生労働大臣の定める基準を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

1 精神保健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18条第1項の規定により指定された精神保健指定医1名以上及び看護婦、看護士その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第33条の4第1項第1号に掲げる者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送される者（以下「応急入院者等」という。）に対して診療応需できる態勢を整えていること。

（平12厚告106・全改）

2 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割以上であること。ただし、地域における応急入院者等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。

（平12厚告106・一部改正）

3 応急入院者等のための病床として、第1号に規定する日に、1床以上確保していること。

4 応急入院者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる体制にあること。

改正文（平成7年6月28日厚生省告示第134号）抄
平成7年7月1日から適用する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日

厚生省告示第128号

改正 平成6年3月14日厚生省告示第52号 平成12年12月28日厚生省告示第536号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第36条第2項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 信書の発受の制限（刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。）
- 2 都道府県及び地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限
- 3 都道府県及び地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者又は保護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

改正文（平成6年3月14日厚生省告示第52号）抄

平成6年4月1日から適用する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定 に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日

厚生省告示第129号

改正 平成12年12月28日厚生省告示第537号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第36条第3項の規定に基づき、厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 患者の隔離（内側から患者本人の意思によ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。）

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

昭和63年4月8日

厚生省告示第130号

改正 平成12年3月28日厚生省告示第97号 平成12年12月28日厚生省告示第538号

第1 基本理念

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

第2 通信・面会について

1 基本的な考え方

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

2 信書に関する事項

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

3 電話に関する事項

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

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

4 面会に関する事項

- (1) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護義務者に知らせるものとする。
- (2) 入院後は患者の症状に応じてできる限り早期に患者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は採らないものとする。
- (3) 面会する場合、患者が立会いなく面会できるようにするものとする。ただし、患者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする。

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離（以下「隔離」という。）は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあって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、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合

ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合

エ 急性精神運動興奮等のため、不隠、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

3 遵守事項

- (1) 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- (2) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせ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開始した日時及び解除し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開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診療を行うものとする。

第5 任意入院者の開放処遇の制限について

1 基本的な考え方

- (1) 任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇（本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。）を受けるものとする。
- (2) 任意入院者は開放処遇を受けることを、文書により、当該任意入院者に伝えるものとする。
- (3) 任意入院者の開放処遇の制限は、当該任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われるものであって、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。
- (4) 任意入院者の開放処遇の制限は、医師の判断によって始められるが、その後おおむね72時間以内に、精神保健指定医は、当該任意入院者の診察を行うものとする。また、精神保健指定医は、必要に応じて、積極的に診察を行うよう努めるものとする。
- (5) なお、任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させることもあり得るが、この場合には開放処遇の制限に当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる任意入院者に関する事項

開放処遇の制限の対象となる任意入院者は、主として次のような場合に該当すると認められる任意入院者とする。

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悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合

ウ ア又はイのほか、当該任意入院者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合

3 遵守事項

- (1) 任意入院者の開放処遇の制限を行うに当たっては、当該任意入院者に対して開放処遇の制限を行う理由を文書で知らせるよう努めるとともに、開放処遇の制限を行った旨及びその理由並びに開放処遇の制限を始めた日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 任意入院者の開放処遇の制限が漫然と行われることがないように、任意入院者の処遇状況及び処遇方針について、病院内における周知に努めるものとする。

○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労働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

改正 平成12年2月28日厚生省告示第532号

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、厚生労働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

厚生労働大臣 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をもって除した数との和が52までは3とし、それ以上16又はその端数を増すごとに1を加えた数以上であること。
 - 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。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の2第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限を定める件

平成12年3月28日

厚生省告示第96号

改正 平成12年12月28日厚生省告示第534号

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29条の2の2第3項（同法第34条第4項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の2第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限を次のように定め、平成12年4月1日から適用する。

平成12年3月28日

厚生労働大臣 丹羽 雄哉

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の2の2第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限

身体的拘束（衣類又は綿入れ帯等を使用して、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。）

II 通知・審議会意見等

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

2. 覚せい剤中毒者に対する入院医療の充実

(1) 医療及び保護の対象者の明確化

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

(2) 診断基準について

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

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

(3) 入院治療の充実

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

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

3. 適切なアフターケアの実施

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

しかしながら、現段階では入院治療で精神症状の除去はできても依存性の除去を完全に行うことは困難であり、このため、覚せい剤の再使用、覚せい剤中毒の再発を招き、治療が中断してしまう場合が多い。また、覚せい剤使用が犯罪であると同時に、覚せい剤中毒者の多くは何らかの形で暴力団等と関係していることから、精神衛生センター、

保健所において現在行われている精神障害者のアフターケア体制の中で覚せい剤中毒者の社会復帰及び地域ケアを行うことは極めて困難であり、観察指導の方法及びその確保について検討する必要がある。

4. 総合施策の充実

(1) 総合対策等

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

(2) 調査研究の充実強化

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

(3) 啓発、普及の実施

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

覚せい剤中毒者の診断基準

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

1) 覚せい剤中毒者の精神症状

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

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

覚せい剤中毒症状は多彩であるが、中核は刺激性不安気分と能動性の減退である。抑制力は低下して爆発性となり、一方では情性が鈍麻して無気力、無精で社会的行動は無責任、無反省・自己中心的なものとなる。こういった傾向は、元来の性格の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、麻薬中毒のような廃薬による禁断症状はおこらず、注射痕・硬結のほか全身倦怠・食欲不振・るいそう・肝機能障害などが取り上げられる。

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

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

また、診断にあたっては、覚せい剤の使用状況も重要な手掛りとなる。しかしながら、

不正に流通している覚せい剤を使用して中毒になる例が殆どであることから、使用の事実を否定する者も少なく、受診者の覚せい剤使用に確証が持てない場合が多い。

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

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良好に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。

2. 精神衛生法改正の基本的な方向について（中間メモ）

昭和61年12月23日

公衆衛生審議会

精神衛生部会

第1 はじめに

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

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

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

第2 基本的な考え方

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

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

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

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

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

第3 当面改正すべき事項

以上のような基本的な考え方に基づいて、当面、以下に掲げる方向で精神衛生法改正が行われるべきである。

I 地域精神保健対策の推進

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

II 入院制度等

1 入院形態の見直し

1) 自由入院の法定化

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

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

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

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

2) 同意入院の見直し

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

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

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

3) 措置入院の適正化

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

4) 精神科救急への対応

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

2 入院手続の整備

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

3 入院患者の人権の確保

1) 定期的な病状報告の実施

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

2) 入院患者にかかる調査請求規定の整備

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

3) 入院患者にかかる審査機関の設置

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

4) 行動制限規定の明確化

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

4 精神衛生鑑定医制度の見直し

1) 指定要件の見直し

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

2) 指定医の業務

1)の精神衛生法に規定する指定医は、従来の精神衛生鑑定医の業務を行うほか、

一定の行動制限、退院制限や同意入院患者の入院等についての判断を行うものとする必要があると考えられる。

5 精神病院に対する指導・監督規定の整備

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

III 精神障害者の社会復帰・社会参加の促進

1 精神障害者の社会復帰・社会参加の促進については、本年7月の本審議会の「社会復帰に関する意見」を踏まえ、社会復帰のための施設の設置等に関する規定や、社会復帰・社会参加の促進について、それぞれの役割分担を十分に検討した上で、国・地方公共団体並びに民間レベルの積極的な取組みに関し規定を設ける必要があると考えられる。

2 精神障害者の社会復帰の促進という観点から、精神病院において患者に対する相談・援助や家族等との調整・連絡等を行う職員を置く旨をうたうことが適当であると考えられる。

IV その他

1 法律の名称について

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

2 いわゆる大都市特例について

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

3 精神障害者の定義規定について

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

4 保護義務者について

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

3. 精神障害者の社会復帰に関する意見

昭和61年 7月25日

厚生大臣斎藤十朗殿

公衆衛生審議会

会長 山口 正義

意見書

精神障害者の社会復帰に関する意見を別紙のとおり具申する。

精神障害者の社会復帰に関する意見

序 文

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

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

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

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

基本的な考え方

- 1 精神障害者の社会復帰、社会参加を推進するに当たっては、国、地方公共団体並びにその他の関連団体は、まず第1に、社会に流布する精神疾患や精神障害者等に対するさまざまな誤解や偏見等をなくすことに努めなければならない。精神障害に対する適正な理解を広げることによってはじめて精神障害者の社会復帰や社会参加が進展するといっても過言ではない。このことは、精神障害者の人権を保障する観点からも極めて重要な課題である。
- 2 第二に、精神障害者の社会復帰、社会参加のための具体的施策の充実が必要である。現在、我が国においてはごく少数のみ存在する精神科デイケア施設や小規模保護作業所等、精神障害者のために行われる昼間治療及び作業訓練並びに活動の場としての施設の十分な数の配置を行うことが是非とも必要である。さらに、我が国においてはこれら昼間の治療並びに作業訓練等の施設に比べて一層未整備な現状にある居住施設、すなわち精神障害者が社会で共同して生活し、かつ、必要な訓練な指導を受けることができる施

設の必要数の設置を行わなければならない。

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

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

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

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

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

本文

- 1 精神科医療施設（精神病院、精神科診療所等）におけるマンパワーの充実

精神科医療施設においては精神科デイケア、あるいは、昭和53年中央精神衛生審議会（当時）の中間報告における社会復帰訓練部門の整備充実を図るため、医師、看護職員、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等を適切に配置する必要がある。特に一定規模を超える施設には精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者を置くことが強く望まれる。また、適切な社会復帰活動を促進する観点からも、これら関係職員の養成・研修について、今後、積極的に推進していく必要がある。

- 2 精神科デイケア関連施設の充実

精神科デイケアは、精神科医療施設における地域ケア機能の基本形態である。精神科デイケア関連施設を普及させるためには、従来の精神障害回復者社会復帰施設（通所部門ないし通所型）等に加えて、より小規模なものを検討するなど、精神科デイケア事業の大幅な拡充、整備を図るとともに、実効のあがるものとなるよう対策を講ずることが

必要である。

3 昼間の作業活動のための施設の整備充実

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

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

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

4 居住のための施設の整備充実

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

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

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

5 通院患者リハビリテーション事業（いわゆる職親制度）の充実等

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

また、就労状況を改善するために有効な各種の優遇措置が精神障害者に適用されるように諸対策を講ずることが是非とも必要である。

- (2) 医学的リハビリテーションの一過程において、精神障害者が訓練等の目的で事業所

等において活動することは、社会復帰活動の過程としても極めて有効であるので、一定の訓練期間を限って試行的形態の作業活動をすすめることも重要である。

- (3) 現行の通院患者リハビリテーション事業については、今後、上記(1)(2)の意義を踏まえて精神障害者の社会復帰、社会参加の流れに伴う需要の増大に対応できるよう、その質的及び量的充実を図ることが必要である。
- (4) その他、精神障害者を雇用する事業所に対して積極的な協力体制を保持できるように、保健医療機関においては、これら企業及び職業安定機関等関係行政機関との間の相互理解を図る必要がある。

6 関連民間援護団体の育成、充実

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

7 保健所精神衛生相談員の専任化・増員、その他保健所体制の整備等

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

8 社会復帰に関する精神衛生センターの役割の明確化

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

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

9 社会復帰に関する市区町村の役割の明確化

精神障害者の社会復帰、社会参加を円滑に進めるためには、地域の実情に応じた適切かつ、きめ細かな対応が特に求められるものであり、この意味で、市区町村の果たす役割が重要なものとなるものと考えられる。特に、上記3及び4の施設のうち精神障害者小規模保護作業所（仮称）及び居住のための施設等については市区町村が主体的かつ積

極的にその整備を図ることが期待される。さらに、市区町村が精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見等を是正するため地域社会に対して積極的に教育活動を行うことは、精神障害者の円滑な社会復帰，社会参加を図る上で是非とも必要である。

4. 今後における精神保健対策について

平成5年3月17日
公衆衛生審議会

1 はじめに

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

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

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

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

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

2 今後における精神保健対策の基本的な方向について

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

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

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

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

療に対するイメージを一新することが必要である。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

とが求められる。

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

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

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

3 当面講ずるべき改善措置等について

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

(1) 医療対策

- ア 精神病院において、開放処遇を適当とする者については、開放処遇とすること。
この場合、「開放処遇」の概念を明確化すること。
 - イ 精神障害者が自らの意思により精神病院に入院する場合には、法定の入院形態である任意入院とすること。
 - ウ 長期にわたって入院している患者に対しては、精神保健指定医による実地審査を一層入念に実施すること。
 - エ 仮入院制度を厳密に運用するとともに、精神医療における診断技術の向上等を踏まえ、仮入院の期間を短縮すること。
 - オ 重症な精神障害者に係る精神医療については、平成3年7月15日付けの本審議会の意見（「処遇困難患者対策に関する中間意見」）において指摘したところであるが、重症な精神障害者に対しては精神病院における専門の病棟において高度で適切な医療を提供できる体制を確保すること。
 - カ 精神病院においては、必要に応じ、入院時等の告知文書の写しを保護義務者等にも提示すること。また、外国語による告知文書を作成し、外国人の入院患者に対する告知を円滑に行うこと。
 - キ 精神医療審査会に対する再度の請求に係る審査に関し、別途、中央に精神医療審査会を設けるべきであるとする意見があるが、精神医療審査会の審査は、地域においてきめ細かく実施することが効果的であり、中央における審査にはなじまないことから、現在の各合議体の独立性等を踏まえ、第2又は第3の合議体において実施するよう徹底すること。
- また、精神医療審査会の定数を拡充するべきであるとする意見があるが、当面は、迅速、かつ、適切な審査体制を確保するため、合議体の開催回数の調整を行う等事務処理の効率化等を図ること。

さらに、精神医療審査会の審査機能の向上等を図るため、各都道府県の精神医療審査会の相互連携を図ること。

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

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

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

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

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

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

サ 応急入院に係る指定病院の指定の促進を徹底すること。

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

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

セ 精神病院における作業療法の収益の取扱いを適正なものとする。

(2) 社会復帰対策

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

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

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

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

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

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

オ 精神障害者の社会復帰・社会参加を促進するため、精神障害者に関する各種資格

制限及び利用制限について、必要な見直しを行うこと。

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

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

(3) 地域精神保健対策

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

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

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

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

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

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

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

(4) 検討事項

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

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

4 3つの課題について

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

(1) いわゆる大都市特例について

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

このため、大都市においては、地域の実情に応じて、きめ細かな精神保健対策を推

進する必要がある。

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

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

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

(2) 精神障害者の定義について

精神保健法においては、同法の施策の対象とする精神障害者を「精神病患者（中毒性精神病患者を含む。）、精神薄弱者及び精神病質者」と規定している。

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

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

(3) 保護義務者制度について

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

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

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

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

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

さらに、保護義務者制度については、制度の改善を必要とする事項について所要の改善を行うべく、今後とも、保護義務者制度の在り方について検討を行っていくことが必要であると考え。

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

5. 今後におけるアルコール関連問題予防対策について

平成5年10月1日

公衆衛生審議会精神保健部会

アルコール関連問題専門委員会

1. 本提言の性格

近年、我が国においては、大量飲酒、アルコール関連疾患、未成年者の飲酒等の問題の深刻化が指摘され、これらのアルコール関連問題が、国民の健康の保持・向上を図る上で重大な課題となってきた。今後とも、あらゆる関係者の努力と協力によりこの課題に取り組んでいくことが必要となってきた。

本専門委員会は、昭和60年の公衆衛生審議会による「アルコール関連問題対策に関する意見」を基礎として、保健・医療の専門的立場から、その後における研究成果等を踏まえつつ、対策推進の基本的考え方、当面実施・検討すべき事項等について審議を進めてきたが、この度、その成果を中間的に取りまとめ、国民各位への問題提起を行うべく、提言として公にするものである。言うまでもなく、アルコール関連問題は保健・医療上の問題であると同時に、わが国の飲酒文化、商習慣等とも密接に係る問題であり、これらの見地からもあわせ多角的な検討も必要とされる。本提言を契機として、今後、様々な立場の国民の間で幅広い議論を行っていく必要があると考えられる。

2. 提言の基となる科学的知見と背景状況

我が国において、酒は百薬の長とも言われ、適度な飲酒は疲労感を和らげ、食欲を増進させるなどの効果を持つことから、古来より人々の日常生活に密着し、生活文化の中で重要な部分を占めるにいたっている。また、複雑化した現代社会においても、適正な飲酒習慣は増大するストレスを緩和し、人間関係を円滑にする役割を果たす一面を持っており、我が国の文化の構成要素となっている。

しかし、一方でアルコール飲料は国民の健康の保持・向上という観点からの考慮を必要とする、他の一般物品にはない次のような特性を有している。

- ① 到酔性：飲酒は、意識状態の変容を引き起こす。このために交通事故をはじめ種々の事件・事故の原因の一つとなるほか、短時間内の大量飲酒による急性アルコール中毒は、死亡の原因となることもある。
- ② 慢性影響による臓器障害：過度の飲酒は、肝障害等多くの疾患の原因となるほか、糖尿病等の慢性疾患の治療を困難にする。
- ③ 依存性：長期にわたる大量飲酒は、アルコールへの依存を形成し、本人の精神的・身体的健康を損なうとともに、社会への適応力を低下させ、家族等周囲の人々にも深刻な影響を与える。
- ④ 未成年者への影響：アルコールの心身に与える影響は、特に、精神的・身体的な発達の途上にある未成年者においては大きいとされており、このため、未成年者飲酒禁止法によって未成年者の飲酒が禁止されている。

我が国の国民一人当たり純アルコール消費量は、女性の社会進出による飲酒機会の増加等の背景のもと、昭和60年の5.7リットルから昭和63年の6.7リットルへと増加したが、以後ほぼ横ばいの状態にある。一方、いくつかの先進諸国においてはアルコール消費量が漸減ないしは頭打ちの状態にある。

我が国におけるアルコール関連問題の状況については、近年、多くの研究成果が発表されており、この問題の重大性を指摘するものがある。

- ① 我が国におけるアルコール関連問題の生物学的背景として、日本人の約半数がアルコール代謝能力の一部を欠くという人種的特徴のあることが分かっている。(注1)
- ② 1日平均純アルコール摂取量150ミリリットル以上の大量飲酒者は、我が国において推計200万人を超える。(注2)
- ③ 一般病院における全入院患者のうち、適正を欠いた飲酒によって病状が悪化したと考えられるものが推計で14.7%に及ぶとの調査結果が報告されている。(注3)
- ④ アルコール症スクリーニングテストによる問題飲酒者が、職場における40歳以上の男性の14%に及ぶという調査結果が報告されている。(注4)
- ⑤ 高校生の15%が週に1回以上飲酒するとの研究結果があり、未成年者の飲酒と、酒類の自動販売機設置や宣伝・広告を関連づける研究結果が報告されている。(注5)

また、高齢者の飲酒問題の中には重篤な身体疾患や痴呆を合併し、介護を行う家族に多大な負担を課す例があることから、人口の高齢化に伴って大きな問題となることが危惧されている。

一方、適正な飲酒習慣は動脈硬化を防止する等、飲酒の身体に及ぼす効用を報告する知見もある。(注6)

平成3年4月、世界保健機関(WHO)は、我が国においてアルコール関連問題国際専門家会議を開催し、アルコールが健康上・社会上の多くの問題の原因となっているとの認識に立って、アルコール飲料の入手に関する規制の検討、健康教育の推進等を含む、アルコール関連問題対策に関する勧告を行った。

諸外国の中には、酒類の販売に加え、料飲店等における提供をも免許制としたり、酒類の宣伝・広告を規制するところもある。

小売酒販売業者の中には、平成4年以降、酒類自動販売機を撤廃する方向で検討していかうとする動きが見られ、消費者団体等の中にもこれを支持するものが見られる。

3. 基本的な考え方

アルコール飲料は、食品としての性格に加え、上記2のとおり、国民の健康に大きな影響を与える蓋然性を有することから、アルコール飲料の販売・料飲店等における提供等にあたっては、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が、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、・健康教育・健康相談の充実、・未成年者飲酒禁止法の趣旨の徹底、・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、広報活動等を通して、普及・啓発を行うこと。
- ② 肝機能の異常等、アルコールと関連した異常を早期発見できる検査を、健康診断の一環として実施している事業所が多いが、有所見者に対する事後指導として、適正飲酒教育を充実すること。特に、退職後に飲酒が問題化する例があることから、退職を控えた勤労者に対し、飲酒についての生活指導を実施すること。
- ③ 未成年者の飲酒が増加しているとの指摘を考慮し、健康教育の一層の充実を図ること。

また未成年者の飲酒増加の背景には、親等の未成年者飲酒についての認識の低さがあることが推測されるため、親等に対する知識の普及を図ること。

- ④ 飲酒問題を持つ者は、初期には身体疾患の治療のため、アルコールの専門治療体制を備えていない内科等の医療機関を受診することが一般的であり、これらの者に対し早期から効果的な治療を行うためには、一般の医師のアルコール関連問題についての理解を高める必要がある。このため、医学教育の中でも所要の配慮を行い、医師全体のこの問題に対する意識の向上を図ること。
- ##### (2) 酒類の宣伝・広告について

近年、ビールを中心として、大規模メーカー間の競争の激化を反映し、テレビコマーシャル等の酒類の宣伝・広告が目立っている。アルコール飲料の特性や未成年者の飲酒問題に配慮しつつ、今後、以下の点に留意した、検討を引き続き行っていく必要

がある。

① テレビコマーシャルの放映時間

② 主として未成年者に人気のあるタレントを起用する等、未成年者の関心を強く引き付ける内容、大量飲酒を推奨する内容

③ 未成年者の飲酒に関する警告表示等

なお、直近では、平成5年4月、業界は国税庁の指導により、「未成年者飲酒禁止の注意表示等の自主基準」を改正したところである。また、現在いくつかの酒類関連業者が、適正飲酒や未成年者飲酒防止についての広告、キャンペーン等を自主的に実施しており、今後においても推奨されるべきものである。

(3) 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つ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

6. 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、・初期対応、・専門的な医療の提供、・保健・医療・福祉の連携、・在宅対策、・施設対策、・研究・調査、・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・Rの痴呆の診断基準を準用する（厚生省研究班の痴呆の診断基準（1989）を準用しても差し支えない。）こととした。

(2) 臨床

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

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

イ 現在では予防、治療が難しい痴呆→一次性脳変性痴呆（アルツハイマー病、ピック病、ハンチントン病など）、プリオン病（クロイツフェルト・ヤコブ病など）、ミトコンドリア脳筋症などしかし、対症療法、心身のリハビリ、上手なケアなどにより、治療が困難とされている痴呆に対しても、ある程度の症状軽減の可能性はある。

(3) 疫学

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

(4) 患者及び家族の状況

初老期は、一般に社会的に重要な地位を占め、責任も大きい時期であり、家庭においては子供の教育などで最も経済的負担の多い時期である。また子供の進学・就職・結婚、親の病気や死など家庭内変動の起こりやすい時期でもあるため、家庭の中心的存在である夫や妻が痴呆疾患に罹患した時の混乱は大きい。さらに、収入の減少、結

婚・就職等の際の家族が受ける不利益、介護が長期間にわたることによる心身の疲労などが生じる。

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

3 初老期における痴呆対策の現状と課題

(1) 初期対応について

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

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

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

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

(2) 診断、専門医療について

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

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

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

(3) 在宅、施設対策について

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

老人ホームヘルプサービス事業、老人ショートステイ事業、老人デイサービス事業などについては、老人福祉事業として、基本的に65歳以上の者を対象としているが、平成4年1月より、65歳未満であっても初老期痴呆に該当する者を利用対象者に加え、

實際上、脳血管性痴呆等を含むすべての初老期痴呆に対応している。また、市町村における痴呆性老人に対する訪問指導事業（精神症状を呈する者又は行動異常を呈する者を除く。）が平成4年4月から実施されている。

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

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

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

(4) 研究・調査

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

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

(5) 啓発普及、研修等

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

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

4 当面、講ずべき対策について

(1) 初期対応について

(相談体制の強化)

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

イ 相談窓口での初老期における痴呆に対する適切な相談体制の確保を図るため、担当者等に対する情報提供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。

(予防)

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

(研修)

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

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

ア 痴呆の早期発見と適切な処遇のために、プライマリーケアを担う医師等に対する研修を一層充実させる。

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

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

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

オ 家庭での介護者のための研修を保健所等で実施する。

5 引き続き、検討を要する課題について

(1) 初老期における痴呆患者の処遇等について

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

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

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

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

7. 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のりには、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等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、このような従来の国、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、去年の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。

8. 精神保健福祉法に関する専門委員会報告書

平成10年9月7日

公衆衛生審議会精神保健福祉部会

精神保健福祉法に関する専門委員会

第1 はじめに

- 我が国の精神保健福祉行政については、精神障害者の人権に配慮した適正な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るという観点から、昭和62年に精神衛生法の一部改正を、平成5年に精神保健法の一部改正を行ったところである。
- また、平成5年12月には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になり、平成7年には、精神障害者の福祉施策の一層の推進を図る観点から精神保健法の一部改正を行い、法律名も精神保健法から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。）と変更したほか、同年には、精神障害者社会復帰施設（以下「社会復帰施設」という。）の計画的な整備を含む「障害者プラン」が策定されるなど、精神障害者施策の推進が図られている。
- また、平成8年7月には、障害者の保健福祉施策を総合的に実施する観点から、大臣官房に障害保健福祉部を設置したところであり、また、障害者保健福祉施策のあり方を検討するため同年10月に、身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会にそれぞれ企画分科会を設け、合同で審議を行っており、平成9年12月に中間報告を出したところである。
- 平成5年の「精神保健法等の一部を改正する法律」の附則第2条において、改正法の施行後5年を目途として、改正後の精神保健法の規定の施行の状況及び精神保健を取りまく状況を勘案して見直しを行うこととされており、また障害者関係審議会合同企画分科会の中間報告でも、精神障害者の保健医療については別途検討することとされている。これらを踏まえた見直しを行うために本年3月に公衆衛生審議会精神保健福祉部会に「精神保健福祉法に関する専門委員会」を設置した。
- 当専門委員会においては、3月以来10回にわたり審議を重ね、精神保健福祉制度の見直しに当たっての基本的な考え方及び具体的な施策の方向について次のとおり取りまとめを行った。

第2 精神保健福祉を取りまく現状について

- 平成8年患者調査によれば、精神病院等に入院・通院する精神障害者数が217万人（推計）で、平成5年の同調査による推計値157万人と比べ急激に増加している。また、病院報告によると新規の入院患者数についても平成5年の約26万7千人と比べ、平成8年には約28万1千人と増加傾向にある。近年の社会の複雑化等に伴い、精神障害者の医療及び福祉の問題は、限られた人々や地域の問題ではなく、誰にとっても身近な問題となっている。

- 入院患者数については、平成8年患者調査によれば32万2千人と平成5年の同調査の結果（32万人）と比較してほぼ横ばいである。また、平成8年患者調査によれば5年以上の入院患者が約46.5%（平成5年同調査では45.7%）を占めている。入院の長期化の傾向に変化がないのは疾患の特殊性もあるが、精神障害者の社会復帰が進んでいないことを示している。
 - 精神障害者の福祉施策については、基本的には自立可能な精神障害者に対する社会復帰対策を中心に行っている。社会復帰施設等については、平成9年度までに整備に着手したもので、約900ヶ所、約10,000人分（社会復帰施設＋グループホームの合計ヶ所数、人数）となっているが、障害者プランに基づき引き続き計画的な整備を図る必要がある。（平成14年のプラン終了時の目標は、約2,000カ所、約25,000人分）
 - 在宅精神障害者に対する生活支援は実質上家族に依存しているが、家族の在り方の変化、家族の高齢化、単身で生活する精神障害者の増加等により、これらの精神障害者に対する生活支援を家族に依存することが難しくなってきている。
- 病状が安定していても、日常生活能力が著しく低下しているために生活面での支援が無くても地域生活が困難な精神障害者に対しては、現行制度は十分に対応することができず、これらの者に対する支援策が求められている。
- 一方、昭和59年の宇都宮病院事件をきっかけに精神病院における人権擁護の在り方について検討がなされ、昭和62年改正において、精神病院に対する指導監督の創設、精神医療審査会の設置、精神保健指定医制度の措置が講じられた。
- しかしながら、同改正後も平成元年の越川記念病院事件、平成9年の大和川病院事件、栗田病院事件、山本病院事件等にみられるように、一部の精神病院において人権侵害事案が発生している。

第3 基本的な考え方

I 総論

- 精神保健福祉施策の基本は、精神障害者に対し、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供することにより、精神障害者の社会復帰を促進し、その自立と社会経済活動への参加を促進することである。このため、施策の推進に当たっては、精神障害者の人権に十分に配慮することを前提に、身近な地域において総合的な保健医療福祉サービスを受けることができる体制を整備していくことが必要である。

II 基本的な施策の方向

(1) 地域に密着した精神保健福祉施策の充実

- 精神保健福祉施策は、国民全体で取り組まなければならない重要かつ身近な問題であるが、未だに精神障害者に対する社会的偏見は根強く、そのような偏見を除去する施策が求められるなど依然として地域における精神保健福祉施策は遅れている。都道府県中心の現行施策を転換し、地域における保健・医療・福祉施策を推進していくためには、従来の都道府県単位での医療保健福祉制度ではなく、より生活に密着した単位で施策を進めることが必要である。

- 医療施策については、地域での即応体制の整備を図るため、精神科救急医療体制の確保について検討する必要がある。また、現在、一般病床について、病床を急性期と慢性期に区分すること等の検討が進められており、精神病床についても地域に密着した精神医療の提供を確保する観点からそのあり方について検討を行う必要がある。
 - 福祉施策についても、在宅の精神障害者に対する生活支援を積極的に行うとともに、障害者福祉施策の総合化の観点からも、障害者に対する総合的な相談窓口を市町村に設けるなど、従来の都道府県中心の体制から市町村を中心として精神障害者の福祉施策を推進する体制を整備する必要がある。
- (2) 精神障害者の社会復帰政策の推進
- 精神障害者の社会復帰については、社会復帰施設等の整備を引き続き図るとともに、特に在宅の精神障害者に対する福祉施策について質・量の充実を図ることにより、他の障害者の福祉施策と遜色のないものとしていく必要がある。また、授産施設、地域生活援助事業等については、障害種別間の相互利用を推進することにより、社会福祉資源の効率的な活用を図って行くべきである。
- (3) 精神障害者の人権の確保
- 近年の精神病院における人権問題の頻発にかんがみ、精神障害者の人権を確保する観点から、問題のある精神病院に対する指導監督を強化することが必要である。また、社会復帰施設についても指導監督のための規定を設けることが必要である。
 - 近年の精神病院における不祥事件においては、医療保護入院の運用について本人の同意能力がある場合にも強制的に入院させられたり、また、逆に判断能力が不十分でも任意入院となっている事例が見られる。このため、任意入院の対象との区別化を図るため、医療保護入院の要件を明確化する必要がある。
 - 精神障害者の自己決定権を尊重するとともに、保護者が高齢化している実状や成年後見制度の見直しの動きを踏まえ、保護者制度の在り方について見直しを行うべきである。

第4 具体的な施策の方向

I 精神医療の在り方について

1) 精神科救急事業の法定化について

- 精神障害者の社会復帰を進め、地域医療を推進していくためには、緊急時に対応した医療体制を整備することが重要である。このため、現在の精神科救急事業を法定化し、「精神科救急医療のための指定病院制度」を設けることによって、精神科救急医療体制の確保を図る必要がある。
- また、救急時の対応については、入院先の病院の確保だけでなく、その病院までの移送の手段を確保することが重要であることから、併せて緊急に治療を必要とする精神障害者の移送に関する制度を設ける必要がある。

2) 医療保護入院について

- 医療保護入院は、本人の同意に基づかない強制入院の一種であることにかんがみれば、その運用は限定的になされるべきである。しかしながら、現行の制度においては、本人に判断能力が十分あるにもかかわらず、医療保護入院になるような運用がなされている事例が生じている。
 - 従って、医療保護入院の対象を精神障害により入院の要否を判定できない者に限定し、医療保護入院と任意入院の対象を明確に区分する必要がある。また、医療保護入院の対象者について、入院の判定基準を作成することについて検討するべきである。
 - なお、自傷他害のおそれはないが、治療の必要性が明らかであるにもかかわらず、入院についての判断能力が不足している精神障害者に対する強制入院のあり方については引き続き検討する必要がある。
- 3) 仮入院について
- 仮入院については、精神障害であるという診断が確定していない段階で、強制的に入院させることができる制度であり、患者の人権尊重の観点からできる限りこの規定を適用させないことが望ましいものと考えられる。また、精神医学の進歩による診断能力の向上の結果、現在では年間20件あまり（平成8年の厚生省報告例）と事例がほとんどないことから、これを廃止すべきである。
- 4) 措置入院について
- 措置入院にかかる現行の指定病院の指定基準については、必ずしも十分な医療サービスが提供できる人員・構造設備の基準とはなっていない。このため、指定病院の基準を見直し、国公立病院等の措置入院にかかる適切な医療を行う体制が十分に整備されている病院で措置入院患者を受け入れていくこととするとともに、指定病院の指定については、地域における措置入院患者の受け入れに必要な病床数を考慮して指定を行う必要がある。
- 5) 精神病床の在り方について
- 現在、一般病床について急性期と慢性期に区分すること等の検討が進められている。精神病院については、医療法関係規定において、医師、看護職員の特例的な人員配置が認められているが、この特例については、精神障害は慢性疾患であるという前提に立ったものであるとする指摘がある。このため、医療法関係規定を見直し、精神障害者の病状に応じた適切な医療を確保するため精神病床を病棟単位で急性期病床と慢性期病床に区分し、当該区分にふさわしい人員配置基準及び構造設備及び構造設備基準を設けることについて検討していく必要がある。
 - また、急性期病床については、医療計画上の取扱いを現在の都道府県単位からより身近な地域で医療が受けられるよう2次医療圏単位とすることについて検討する必要がある。その際、急性期病床と慢性期病床の総数が現行の各都道府県圏域毎の医療計画上の必要病床数を上回らないように留意するべきである。
 - なお、医療法施行規則第10条3号に規定する精神病床外の収容禁止規定や、同規

則第16条第1項第6号に規定する精神病室にかかる危害防止のための構造設備基準については、合理的な理由に乏しいと考えられることから、見直すべきである。また、保護室の適正な使用を確保するために、保護室に収容される患者の病床が同一病院内で確保されることを条件として、保護室について医療計画上の病床数に算定しないこととするべきである（医療法施行規則第30条の33第1項第2号関係）。

II 福祉施策の充実について

1) 在宅の精神障害者に対する福祉施策の充実

① 精神障害者の訪問介護事業の法定化

- 病状が安定していて入院は不要であっても、日常生活能力が著しく低下している精神障害者について、当該精神障害者が地域で生活することを支援するとともに、精神障害者を在宅で介護している家族の負担を軽減するために、市町村を実施主体として訪問介護事業を法定化する必要がある。
- 市町村は、現在、精神障害者に対する福祉サービスに関する事務をほとんど取り扱っておらず、精神保健福祉行政に関する専門的な知識や技術を十分に有していないため、訪問介護事業の運営に支障をきたすおそれがある。このため、保健所による市町村に対する技術的支援を規定し、市町村との連携を図る等市町村への支援策を講じる必要がある。

② 短期入所事業の法定化

- 在宅福祉施策の重要な施策の一つである短期入所事業が精神保健福祉法に規定されていない。短期入所事業の質を確保するためにも法定化するとともに、法令に基づく最低基準や指導監督規定の対象として位置づける必要がある。

2) 利用者本位のサービス提供の仕組みについて

- 現行の精神障害者福祉施策はすべて本人とサービス提供者との利用契約に基づくものとなっているが、・精神障害者自身に提供されるべきサービスの内容に関する情報提供が十分になされていないこと、・精神障害者の一部には判断能力が不十分であるために自ら必要な福祉サービスを選択することが困難な者があること等の問題があり、結果として希望するサービスの適切な提供がなされていない可能性があるとともに、サービス提供者側においても、精神障害者のニーズの把握が十分できていないおそれがある。
- また、上述したように在宅の福祉施策の充実に伴い、適切なサービスを紹介するサービスが重要になると考えられるため、精神障害者が本人の希望や個々の障害の程度に応じた適切なサービスを受けられるようケアマネジメント等を実施し、障害者に対する様々なサービスを組み合わせ、総合的に調和のとれたサービスを提供する体制づくりを検討する必要がある。

III 精神障害者の人権の確保について

1) 精神障害者の閉鎖処遇について

- 精神科医療については、できるだけ開放的な処遇を行うのが望ましいが、実際に

は、任意入院患者についても約50%が閉鎖的な処遇がなされている。このため、閉鎖処遇のあり方・定義について検討するとともに、法第37条に基づく処遇の基準等において閉鎖処遇を行動制限として位置づけ、閉鎖処遇を医療上必要な場合に限定することを検討する必要がある。

2) 精神病院に対する指導監督について

- 近年の不祥事件により明らかになった問題病院の中には、行政に対し虚偽の届出・申告を行ったり、繰り返し行政指導等を行っても、全く改善を行わない悪質な病院があり、このような病院に対しては処遇改善命令等の現行制度は有効に機能しなかった。
- 従って、入院患者の処遇等で著しい問題がある病院や改善命令に従わない病院等に対し、厚生大臣又は都道府県知事が業務停止命令等の処分を行えることとする必要がある。

3) 社会復帰施設の指導監督について

- 社会復帰施設におけるサービスの質及び施設内における処遇の確保を図るため、社会福祉事業法の改正の方向をみすえつつ、社会復帰施設についても構造設備や処遇の方法について法令に基づく明確な最低基準を定め、適正な運営を図る必要がある。
- また、社会復帰施設に対する指導監督を図るために、都道府県知事が社会復帰施設に対して、報告徴収や問題がある施設等に対する改善命令、事業停止命令等を行うことができるよう、指導監督規定を設ける必要がある。
- 更に、地方分権推進計画を踏まえ、国民の生命、健康、安全のため緊急の必要がある場合には、厚生大臣も、社会復帰施設に対して都道府県知事と同様の指導監督を行うことができるようにする必要がある。

4) 精神医療審査会の役割について

- 精神病院等における人権問題に関し、精神医療審査会が、その役割を十分に果たすことができるよう、以下のような機能の強化・見直しを行う必要がある。
 - ①精神医療審査会の独立性を高めるために、都道府県における監督部局とは別の事務局を設けること。
 - ②精神医療審査会の審査にかかる調査機能を強化するため、精神医療審査会の委員に精神病院等に対する報告徴収等を行う権限を付与すること。
 - ③精神医療審査会の委員の構成について検討するとともに、委員数についても要件を緩和し、必要最低限の人数（5人以上）のみを規定し、上限を撤廃すること。
- また、今後社会復帰施設等を利用する精神障害者が増大することにかんがみ、社会復帰施設等における処遇についても精神医療審査会の審査の対象とすることについて検討する必要がある。

5) 精神保健指定医制度について

- 精神保健指定医は、人権に配慮した医療を行う中心的存在であり、その職務は極

めて重要であるにも係わらず、その責務については不明確である。このため、精神保健指定医の責務の在り方について検討する必要がある。

- また、指定医の業務の適正を確保するために、指定医としての業務の停止処分等を設けることを検討する必要がある。

IV 保護者について

1) 保護者の保護の対象について

- 現行制度においては、全ての精神障害者に保護者が付されることとなっているが、精神障害者の自己決定を尊重する観点からも、任意入院患者や通院患者など本人の同意能力がある場合にも保護者の保護の対象とされるのは望ましくないと考えられる。
- 従って、保護者の保護の対象を措置入院患者や医療保護入院患者等判断能力が不十分な者に限定し、入院患者の同意能力が回復した場合には、本人の意思を尊重することとする必要がある。

2) 保護者の義務について

- 精神障害者の自己決定を尊重していく中で、保護者の義務について検討する必要がある。その中でも、自傷他害防止監督義務については、保護者としては、病状が悪化した場合に医療を受けさせることしかできず、実質上は医療を受けさせる義務と同一である。この条項を維持することによりかえって保護者に過度の負担をかけるおそれがあるため廃止するべきである。

3) 成年後見制度について

- 現行精神保健福祉法上は、後見人が最優先で保護者となることとなっているが、「成年後見制度」の見直しの動向を踏まえ、必要に応じ保護者となることができる成年後見人の範囲について見直す必要がある。
- 具体的には、現在提案されている成年後見人が精神障害者の生活の支援を図る上で最適かつ最も責任を有していることにかんがみれば、成年後見人が広く保護者となれることとすべきである。従って、新しい成年後見制度においては、保佐人についても保護者とすることについて検討する必要がある。
- また、地域で暮らす精神障害者についても、判断能力が不十分で生活面に着目した支援を必要としているにもかかわらず、家族の高齢化等により、成年後見人となるべき適切な人材がない場合が予想される。従って、民法改正の動向も踏まえつつ必要に応じ、市町村長等による成年後見人の申し立て制度について規定することを検討すべきである。

V 市町村、都道府県関係機関の役割について

1) 福祉施策における市町村の役割について

- 精神障害者保健福祉施策のうち、より市民に身近な行政主体である市町村が行うことが望ましい業務については、市町村が行うこととし、さらに、障害者の福祉施策の窓口を市町村レベルで一本化していくことについて検討すべきである。これに

より、地域ケアの推進や他の種別の障害者施策との整合性の確保が期待できると考えられる。

- 市町村が行うことが適当な事務としては、以下のものが考えられるのではないかと
 - ① 介護支援サービス（ケアマネジメント）
精神障害者に対し適正な福祉サービスを紹介するケアマネジメントについては、身近な行政機関である市町村において体制を調整する必要がある。
 - ② 社会復帰施設及び在宅福祉サービスの利用に係るあっせん・調整
現行法第49条に規定する社会復帰施設等の利用にかかる保健所長のあっせん・調整に代え、市町村がケアマネジメントの結果を受け、施設の利用のあっせん・調整を行うこととする。
 - ③ 精神障害者に関する一般的な事務
精神障害者保健福祉手帳の交付の申請について、他の種別の障害者施策との整合性等を勘案し、市町村を窓口として行うこととするべきである。また、通院医療費の公費負担の申請についても、保健所を経由して都道府県に送付されることになっているが、事務処理の効率性や利用者の利便性を勘案し市町村を窓口として行うべきである。
 - 社会復帰施設の利用のあっせん・調整を市町村で実施することとした場合、都道府県の精神保健福祉センター等において管内（若しくは近隣の都道府県）に所在する社会復帰施設の利用等について広域的な調整を行うこととするべきである。
 - また、精神障害者社会復帰施設等に対する運営費の補助は、施設に対して行っているが、他の障害者施策等と整合性等を勘案し、利用者に着目した補助制度とすることも含め検討するべきである。
 - なお、現在、精神保健福祉施策に関する権限は中核市にも委譲されていないが、全ての市町村ごとに実施させることは可能かという問題があり、小規模な市町村においては広域的な対応が行えるようにする等の支援策を検討する必要がある。
- 2) 精神保健福祉センターの役割について
- 社会の複雑化にともない、精神障害や心の健康等に関する問題が増加しており、精神保健福祉センターが果たすべき役割は大きくなっているが、精神保健福祉センターが必置とされていないため、特にこのような機関が必要な大都市（指定都市）において、精神保健福祉センターが設置されていないという結果を生んでいる。また、精神保健福祉センターの専門性を有効に活用するために、通院医療費の公費負担の判定等の恒常的な業務については精神保健福祉センターが行うことが望ましい。
 - このため、「精神保健福祉に関する専門的な相談・判定・調整」を行う機関が必要となるが、地方分権を推進する観点からも新たな機関を必置とするよりも、精神保健福祉センターの名称の弾力化等を行った上で、当該機能を持った機関を置くこととするべきである。
 - そのうえで、現行の業務に加えて、現在都道府県の地方精神保健福祉審議会で行

っている通院医療費の公費負担の判定業務や市町村の行う社会復帰施設の利用の幹旋等にかかる市町村間の調整業務等を精神保健福祉センターが行うことするべきである。

3) 地方精神保健福祉審議会について

- 地方分権推進計画を踏まえ、また地方における他の障害者施策にかかる審議会との連携を図ることを可能にするために、地方精神保健福祉審議会の組織・名称に関する規制を弾力化すべきである。

VI その他

1) 精神障害者の定義について

- 現行法においては、精神障害者は精神疾患を有する者と定義されており、その例示として精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質が挙げられている。このような例示の方法について見直しが求められており、検討すべきである。

2) 覚せい剤慢性中毒者の扱いについて

- 覚せい剤依存者について、精神症状の程度に係わらず、強制的に入院させることができるという現行法第44条を廃止すべきである。
- 覚せい剤依存者においては覚せい剤による中毒性精神病患者にみられるような顕著な精神症状がないことから、強制的な入院措置を行う必要はなく、あくまで、覚せい剤依存の入院治療は、患者本人に断薬の意思があることを前提とするべきである。
- また、薬物依存については、国立療養所等が政策医療の対象として積極的に取り組むこととしているが、医療以外の関係機関の取り組みも重要であることから、薬物依存脱却のための対策について検討を行い、・精神保健福祉センターにおける薬物依存に対する相談事業の実施、・覚せい剤を含む薬物全体の依存についての医療制度やアフターケア等の在り方について検討を行う必要がある。

3) 重大な犯罪を繰り返す精神障害者について

- 精神障害者の中には、重大な犯罪を繰り返す者が稀にあり、そのような精神障害者に対して精神障害者の医療施策だけでは対応できないとする指摘がある。しかしながら、このような精神障害者に対する対策については、現行制度の問題点や対応策について意見が統一されておらず、関係者との議論が引き続き必要であると考えられる。

9. 今後の精神保健福祉施策について（意見）

平成11年1月14日
公衆衛生審議会
精神保健福祉部会

1 はじめに

- 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。）については、精神障害者の人権に配慮した適正な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るという観点から、昭和62年、平成5年、平成7年と改正が行われた。
- また、平成5年の障害者基本法の改正、平成7年の「障害者プラン」の策定、平成8年の障害保健福祉部の創設など、精神障害者を含む障害者全体の保健福祉施策をめぐる体制も充実してきている。
- 平成5年の「精神保健法等の一部を改正する法律」の附則第2条において、改正法の施行後5年を目途として、改正後の精神保健法の規定の施行の状況及び精神保健を取り巻く状況を勘案して見直しを行うこととされており、当該見直しを実施するために昨年3月に公衆衛生審議会精神保健福祉部会に「精神保健福祉法に関する専門委員会」を設置し、同年9月に当審議会に「精神保健福祉法に関する専門委員会報告書」（以下「専門委員会報告書」という。）が報告された。
- 本審議会においては、10月以降、専門委員会報告書を検討材料に、今後の精神保健福祉対策について審議を重ねた結果、専門委員会報告書の基本的な方向については了解が得られたものの、具体的な施策については、一部修正を要した事項や引き続き議論を必要とすると考えられる事項があった。
- 本審議会においては、精神保健福祉施策について、当面講ずるべき改善措置等を明らかにした。政府においては、本意見書の趣旨に沿って、今後、所要の措置を講ずることが必要である。

2 基本的な施策の方向

- 精神障害者問題は、国民全体で取り組まなければならない重要かつ身近な問題であるが、未だに精神障害者に対する社会的偏見は根強く、そのような偏見を除去する施策が求められるなど、地域における精神保健福祉施策は一層の充実が求められている。
- また、新規入院患者の平均在院日数は、短期化しつつあるが、長期入院患者を中心として、その社会復帰を推進していく必要がある。

さらに、精神病院（精神病床を有する病院を含む。以下同じ。）や社会復帰施設は地域偏在が著しくなっており、各地域での取り組みを推進する必要がある。

- このため、施策の推進に当たっては、精神障害者の人権に十分に配慮することを前提に、精神障害者のノーマライゼーションを推進するために、身近な地域において総合的な保健医療福祉サービスを受けることができる体制を整備していくことが必要で

あり、特に以下の事項に留意すべきである。

- 第1に、精神障害者の人権に配慮した医療及び福祉の充実を図るため、入院患者や施設入所者の適切な処遇の確保や、強制入院等の手続きにおける客観性の確保、人権擁護のための規定に違反した際の対応の在り方などについて見直しを行うこと。
- 第2に、緊急時における精神科医療の体制を確保するため、精神科医療機関の体制整備を図るとともに、治療の必要性が判断できない精神障害者への医療を保障するための措置を講じること。

併せて、精神障害者に治療を受けさせる義務を負っている保護者が高齢化している実情や、成年後見制度の見直しの動きなどの社会情勢の変化を踏まえ、保護者制度の在り方について見直しを行うこと。

- 第3に、福祉施策の一層の推進を図るため、精神障害者社会復帰施設の整備を引き続き進めるほか、在宅の精神障害者に対する生活支援のための制度を創設すること。この在宅福祉施策については、身近なところで取り込まれるべきであり、市町村を中心とする体制を整備する必要がある。

3 当面講ずるべき具体的措置等について

(1) 精神障害者の人権に配慮した医療及び福祉サービスの提供について

ア 医療保護入院の要件について明確化し、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院の必要があり、精神障害により入院の必要性が、ほとんど理解できないと精神保健指定医が判定したものとすること。

イ 精神病院の任意入院患者の約半数近くが閉鎖処遇の実情にあるが、入院制度の趣旨を踏まえ、任意入院患者は解放処遇とすることとする。しかし、任意入院患者の病状が悪化した時など、その治療上やむを得ない場合に限り、閉鎖処遇を行えることとする。

このような場合を含め、閉鎖処遇の手続き及び概念を明確にするため、精神保健福祉法第37条第1項に定める処遇の基準として位置付けること。

ウ 改善命令等に従わない精神病院に対する業務停止処分を設けること。

エ 精神障害者社会復帰施設については、その他の社会福祉施設と同様に、運営や入所者の処遇に関する基準や、基準に違反した場合の規定を設けること。

オ 精神医療審査会については、その事務局についてもできる限り独立性を確保することが望ましいが、当面は精神保健福祉士等の専門職種が配置され、体制が整っている精神保健福祉センターに精神医療審査会の事務を行わせることとする。

その際、精神医療審査会の適正な審査を確保するため、精神医療審査会の合議体において病院調査が必要と判断される場合には、審査会が精神病院への報告徴収を行えることとする。

カ 地域の特性に応じた精神医療審査会の審査体制を確保するため、委員数の上限を撤廃すること。

キ 任意入院患者の退院制限や、隔離・拘束時の指示等を行った際の精神保健指定医

の診療録記載義務と同じく、医療保護入院等における精神保健指定医の判定等その他の指定医の職務についても、医師法による診療録記載義務の対象とならない事項（当該判定を行った理由等）について診療録記載義務を課すこと。

なお、その際には精神保健指定医の職務遂行上、過度の負担が生じないように配慮すること。

ク 精神保健指定医は、その勤務する病院において精神保健福祉法上不適切な処遇がある場合に、処遇の改善が図られるよう管理者に報告することとする。

ケ 精神保健指定医が、精神保健福祉法違反等を行った場合の処分として、指定の取消し処分に加え、精神保健指定医の職務停止処分を新設すること。

(2) 医療の確保対策について

ア 緊急時に対応した医療体制を確保するために、医療計画に規定する緊急医療体制の中で、精神科救急医療体制の確保についても明記するなど、その体制整備を行うこと。また、同時に国公立病院等については、救急医療機関としての役割を民間病院とともに担うほか、これらの民間病院等を支援する病院としての役割を果たすこと。

イ 保護者に治療を受けさせる義務を担保するため、治療の必要性が判断できない精神障害者の診察・移送に関する仕組みを設けることについて検討すること。

ウ 仮入院制度については、診断能力の向上により制度創設当時の課題は解消されたと考えられること。また、現状においては、患者の人権を侵害するおそれもあることから、これを廃止すること。

エ 措置入院患者の受け入れを行う指定病院について、その機能にふさわしい基準に見直すこと。この際、地域的なバランスに配慮すること。

また、国公立病院については、措置入院の積極的な受け入れを行うこと。

オ 国立病院・療養所については、再編成・合理化の基本指針に基づき精神科救急への対応、薬物依存や合併症を有する患者への対応に重点を置いていくこと。

カ なお、精神病床をその機能に着目して病棟単位で区分することについては、医療提供体制の見直しに関係する事項であり、別途当審議会で検討を行うこと。

(3) 社会復帰対策について

ア 地域で生活する精神障害者のうち、知的障害者や高齢者と同様に、生活能力が不十分な精神障害者を支援するため、精神障害者訪問介護事業（ホームヘルプサービス）を創設すること。

イ 精神障害者短期入所事業（ショートステイサービス）を法定化するとともに、地域で生活する精神障害者が必要な場合に社会復帰施設を利用できる体制を整備していくこと。

ウ また、精神障害者訪問介護事業、精神障害者短期入所事業及び既存の精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）などの在宅福祉サービスについては、市町村を実施主体として位置付けること。

エ 社会復帰施設については、施設数が少ないことやサービスに求められる専門性が高いことなどの問題があることから、当面は都道府県を実施主体とし、各障害者保健福祉圏域ごとのバランスのとれた整備を行うこと。

オ 精神障害者のニーズを尊重しつつ、適切なサービスの利用につなげるため、精神障害者介護等支援事業（ケアマネジメント）に取り組むこと。

カ 地域で生活する精神障害者の相談援助を行う拠点である精神障害者地域生活支援センターを、精神障害者社会復帰施設として位置付けること。

キ 小規模作業所については、社会福祉事業法の見直しの中で、通所授産施設の規模要件等の引き下げが検討されていることから、その検討結果を踏まえ、小規模作業所の社会復帰施設への移行を推進すること。

ク 障害者の活動・福祉的就労については、授産施設等の果たす役割が大きいが、一般企業での雇用へ円滑に移行するために、雇用施策との連携を強化する必要がある。このため、授産施設等から一般企業への円滑な移行の支援や、就労している精神障害者に対する生活面での支援と職場定着のための支援との連携等の措置を講じること。

(4) 保護者について

ア 精神障害者の自己決定を尊重するため、任意入院患者及び通院患者等自らの意思によって医療を受けている期間は、保護者の保護義務を軽減すること。

イ 保護者の義務のうち、自傷他害防止のための監督義務を廃止すること。

ウ 成年後見制度の見直しに併せ、後見人のほか、保佐人（仮称）についても保護者となることとするほか、市町村による成年後見人の申立ての制度を設けること。

(5) 関係機関の役割分担について

精神保健福祉施策にかかる都道府県関係機関においては、今後以下のような役割分担の下に施策を推進すること。

ア 都道府県・政令指定都市（本庁）においては、精神障害者の保健福祉施策の企画立案や都道府県障害者計画の策定、指定病院の指定等の業務を引き続き行うこと。

また、引き続き措置入院の決定・解除や精神病院の指導監督等、精神障害者に対する保健医療施策の責任主体としての役割を果たすこと。

なお、精神障害者の福祉施策については、市町村の役割を強化する必要があるが、社会復帰施設については障害者保健福祉圏域ごとの整備目標が策定されているため、当面は都道府県・政令指定市が実施主体としての役割を実施すること。

イ 精神保健福祉センターは、各地域における精神障害者保健福祉に関する技術的な中核であり、極めて重要な機関であるが、その役割を強化するために、精神保健福祉センターの名称を弾力化し、当該機能を有する機関を置くこととする。

また、都道府県の行うべき事務のうち、通院医療費の公費負担の判定や精神障害者保健福祉手帳の交付に際しての、技術的判定等の技術的業務及び精神医療審査会の事務については、新たに精神保健福祉センターが行うこととする。

さらに、引き続き専門性の高い分野に係わる相談援助（児童精神保健、薬物依存

等)や、保健所・市町村に対する技術支援を行うこと。

ウ 保健所は、精神保健相談や訪問指導といった精神保健サービスの実施機関として、引き続きその専門性に着目した事業を行うこと。

また、国民の心の健康（メンタルヘルス）に対し、適切な相談援助を行うことが求められており、各保健所で心の健康に関する相談や、心の健康づくりを推進すること。

さらに、新たに市町村レベルで行う福祉サービス等に対する精神保健面からの技術的支援を行うことを明確にするとともに、市町村が行う福祉サービスの利用に係るあっせん・調整に関する広域的調整を行うこととし、市町村及び福祉関係機関と一体になって、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を促進すること。

エ 精神障害者の福祉的な支援については、地域に密着して取り組まれるべきであることから、市町村は新たに以下の業務を行うこととすること。

①在宅福祉サービスの提供体制を整備すること。

②精神障害者に対する福祉サービスの、利用の援助を実施する体制を整備すること。

③精神障害者に対する通院医療費の公費負担や、精神障害者保健福祉手帳の申請の窓口業務を行うこと。

また、一つの市町村では対応が困難な各種のサービスが、面的・計画的に整備されるよう、都道府県の支援の下、障害保健福祉圏域による広域的なサービス提供体制の整備を推進すること。

上記の業務を市町村等に新たに行わせるに当たって、十分な準備期間を置くとともに、特に市町村職員の研修等必要な技術的支援を行うこと。

(6) その他

ア 近年大きな社会問題となっている薬物依存者について、その福祉施策の充実を図るため、覚せい剤慢性中毒者についても他の薬物依存と同様に、精神疾患と同じ取扱いをすることが必要である。このため、覚せい剤慢性中毒者を精神保健福祉法の対象外とするものではないことに留意しつつ、精神保健福祉法第44条を削除する。

4 今後早急に検討すべき事項について

ア 精神障害者の定義については、個別の疾患名を例示する方法の是非を含め、種々検討を行ったが、関係学会等の動向を踏まえながら、その在り方について引き続き検討を行うこと。

イ 現行「長期入院患者の療養の在り方に関する検討会」の中で、長期入院患者のうち、集中的な入院治療よりも、リハビリテーション、介護サービスのニーズが高い者の処遇について検討しているが、その結果を踏まえ当審議会で検討を行うこと。

ウ 精神医療にかかる情報公開の推進方策について検討していくこと。

10. 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と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くため、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 → 2万人分
- (2) 授産施設・福祉工場 4万人分 → 6.8万人分
- (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 → 1.3千か所
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（援護寮） 1.5千人分 → 6千人分
精神障害者社会適応訓練事業 3.5千人分 → 5千人分
精神科デイケア施設 370か所 → 1千か所
- (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 4.5万人上乗せ
ショートステイ 1千人分 → 4.5千人分
デイサービス 5百か所 → 1千か所
- (2) 施設サービス
身体障害者療護施設 1.7万人分 → 2.5万人分
精神薄弱者更生施設 8.5万人分 → 9.5万人分

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。

11. 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的復権を目指すリハビリテーションの理念と、障害者が障害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) 福祉的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、障害の種別にとらわれない利用を図る。
- 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（援護寮）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・福利厚生充実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に対する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に鑑み、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

- 障害者の避難誘導體制、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。

12. 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
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に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っては別記第2契約書例及び覚書例に準じて、連合会の理事長との間にあっては別途局長通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結する。

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）があった場合、都道府県知事は患者票の該当欄を訂正して患者に返送する。

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）

13. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第12条に規定する精神医療審査会について

平成12年3月28日 障第209号
各都道府県知事指定都市市長あて
厚生労働省大臣官房障害保健福祉部長通知

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成11年法律第65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（昭和25年法律第123号）第12条に規定する精神医療審査会については、同法及び同法施行令（昭和25年政令第155号）第2条に規定する事項のほか、その運営に関し必要な事項「以下、「その他事項」という。）について精神医療審査会が定めることとされているところであるが（同令第2条第10項）、今般、精神医療審査会がその他事項を定めるに当たって参考となる事項及び審査会の事務手続き上参考となる事項を、「精神医療審査会運営マニュアル」として、別添のとおり定め、平成12年4月1日より適用することとしたのでその適正な運営を期されたい。

なお、精神医療審査会においては、適正な医療及び保護を確保するためには患者本人の意思によらない入院や行動の制限等を行わなければならない場合があるという精神医療の特殊性を踏まえ、医療の提供及び人権の擁護の観点から入院継続の適否等の審査を行うことが必要である。

よって、当該審査会委員のうち、「法律に関し学識経験を有する者」の任命に当たっては、公平な判断を期待しえる立場にある者を充てるとの観点に立って、司法関係者の意見を十分調整した上、裁判官の職にある者、検察官の職にある者、弁護士、5年以上大学（学校教育法による大学であって大学院の付置されているものに限る。）の法律学の教授又は助教授である者のうちから行うこととされたい。

おって、「精神保健法第17条の2に規定する精神医療審査会について（昭和63年5月13日健医発第574号厚生省保健医療局長通知）」は平成12年3月31日をもって廃止する。

別添

精神医療審査会運営マニュアル

I 基本理念

精神医療審査会（以下「審査会」という。）は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するために、精神病院に入院している精神障害者の処遇等について専門的かつ独立的な機関として審査を行うために設置されたものである。したがって、審査会の運営に当たって、都道府県知事、審査会委員、その他関係者は、審査会の設置の主旨を踏まえ、公平かつ迅速な審査を行う等、精神障害者の人権擁護のために最大限の努力を払わなければならない。

なお、精神障害者の保健医療福祉業務に従事する関係者は、わが国の精神病院において、深刻な人権侵害の事例が依然として発生している事を真摯に受け止め、日頃から精神障害者の人権擁護に配慮しつつ業務を行うことが求められるが、特に審査会は、精神障害者の人権擁護の礎として、委員の学識経験に基づき独立して、かつ積極的にその職務を行うとともに、ここに示す運営マニュアルの考え方に沿って審査会運営規則を定め、適切な運営を確保しなければならないものとする。

II 審査会について

審査会の所掌

- (1) 合議体を構成する委員を定めること。

合議体を構成する委員を定めるに当たっては、委員の事故等の場合に臨時に合議体を構成する予備的な委員を、あらかじめ他の合議体の委員（合議体を構成しない委員を含む。）のうちから定めておくものとする。この場合、各合議体ごとに具体的な委員を定めておくこと、また審査会全体としてあらかじめ予備的な委員を定め、対応する順番を決めておくこと等、委員の事故のあった場合の対応方法を講じておくものとする。

- (2) 審査会に設置すべき合議体の数については、退院等の請求等の審査が迅速（請求等があつてから概ね1ヶ月以内）かつ適切に行われるよう設置しなければならない。
- (3) 審査会の運営に関する事項のうち、精神保健法施行令（昭和25年政令第155号）に規定されているもの以外の事項であつて審査に必要な事項をあらかじめ定めること（例えば、複数の合議体が設けられている場合、それぞれの案件を取り扱うシステムを事前に定めておくこと等）。

III 合議体について

1 合議体の所掌等

- (1) 個別の審査の案件に関してはすべて合議体において取り扱うものとする。
- (2) 審査を取り扱った合議体において決定された審査結果をもって、審査会の審査結果とする。
- (3) 複数の合議体を設けて審査会を運営する場合においては、あらかじめ定められた方法により選定された合議体により審査の案件を取り扱うものとする。なお、個別の案件の審査に関して、原則として単一の合議体により審査を行うものとする。
- (4) 都道府県知事が審査会の審査結果を通知した後、通知を受けた患者等から退院等に関して同様の内容と判断される請求がなされ、かつ都道府県知事が審査会で審査を行う必要があると判断した場合、当該請求の直近の審査を行った合議体を除いた単一又は直近の審査を行った合議体を含めた複数の合議体による合同審査を行うことができるものとする。

2 定足数

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

3 議決

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

4 関係者の排除

(1) 合議体を構成する委員（以下「委員」という。）が、次に掲げるもののいずれかに該当するときは、当該審査に係る議事に加わることができない。

① 委員が、当該審査に係る入院中の者（以下「当該患者」という。）が入院している精神病院の管理者又は当該精神病院に勤務（非常勤を含む。）している者であるとき。

② 委員が、当該患者に係る直近の定期の報告に関して診察を行った精神保健指定医（入院後、定期の報告を行うべき期間が経過していない場合においては、当該入院に係る診察を行った精神保健指定医）であるとき。

③ 委員が、当該患者の保護者等であるとき。

「保護者等」とは、次の者をいう。

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

④ 委員が、当該患者の配偶者又は3親等内の親族であるとき。

⑤ 委員が、当該患者の決定代理人、後見監督人又は保佐人であるとき。

⑥ 委員が、当該患者又はその保護者等の代理人であるとき。

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

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

② (1)③～⑥については、個別の患者の審査ごとに、委員からの申し出等により

確認するものとする。

- (3) 委員は、前記①～⑥に掲げるもののほか、当該患者と特別の関係がある場合には、それを理由に議事に加わらないことができる。
- (4) 審査会は、当該審査に当たって関係者である委員の属する合議体での審査を事前に可能な限り避けることに留意して、当該審査を行う合議体を定める等の配慮を行うこととする。
- 5 合議体の審査は非公開とする。ただし、審査結果が報告された後は、精神障害者の個人情報以外の情報については公開することを原則とする。

IV 退院等の請求の処理について

1 退院等の請求受理について

(1) 請求者

法第38条の4に定める者及びその代理人とする。ただし、代理人は弁護士とするが、精神病院に入院中の者が請求する場合で、弁護士を代理人に選任することが困難な場合は、弁護士でない者を代理人とすることができる。

(2) 請求方法

書面を原則とする。ただし、精神病院に入院中の患者が請求する場合で、当該患者が口頭（電話を含む。）による請求の受理を求めるときはそれを認めるものとする。

(3) 請求者に対する確認等

都道府県知事は、当該患者が当該病院に入院していること及び請求を行った者の意思を確認するものとする。ただし、その確認により請求者の請求の意思が制限を受けないよう配慮するものとする。また、代理人による請求の場合には、代理権を有することを証する書面を確認するものとする。

2 都道府県知事の行う事前手続きについて

(1) 当該請求を受理したことの関係者への通知

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

(2) 都道府県知事の行う事前資料の準備

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

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

⑤ 当該患者の入院する精神病院に対してなされた実地指導に関する資料（実地指導結果及び当該患者に関して診断がなされたときは当該診断結果を示す資料など）

イ 都道府県知事は、法第22条の3の規定による入院（任意入院）が行われる状態にないとの判定が適正に行われているか、法第33条第1項の同意が適正に行われているか、同条第4項に基づく届出が適正に行われているかなど手続的事項については、事前にチェックし、整理表を作成するなどにより、審査の便宜を図るものとする。

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

3 合議体での審査等について

(1) 合議体が行う審査のための事前手続

ア 意見聴取

① 基本的な考え方

審査会は、審査をするに当たって、請求の内容を適切に把握するため法第38条の5第3項に基づき、退院等の請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神病院の管理者の意見（代理人を含む。）を聴かなければならないこととする。ただし、当該請求受理以前6カ月以内に意見聴取を行っている場合において、重ねて意見聴取を行う必要が乏しいと認められるときは、この限りでない。

② 実施時期

意見聴取は、審査を迅速に実施する観点から合議体での審査に先だって行うことが望ましい。

③ 意見聴取を行う委員

意見聴取を行う委員は2名以上、少なくとも1名は精神医療に関して学識経験を有する委員とする。

なお、意見聴取を行う委員については、あらかじめ定めておくことができる。

④ 意見聴取の方法

面接の上、当該請求に関する意見聴取を行うことが望ましい。

⑤ その他の対象

合議体は、必要があると認めるときは、同項ア①に規定する者以外の者であっても以下の関係者の意見を聴くことができる。

(ア) 当該患者

(イ) 当該患者の保護者等

⑥ 意見陳述の機会等についての告知

面接の際に審査を行う委員は意見聴取を受ける者に対して、合議体が実際

の審査を行うときに意見陳述の機会のあることを知らせなければならない。
なお、精神病院に入院中の患者が退院等を請求した場合は、当該患者に弁護士による権利擁護をうける権利のあることを知らせなければならない。

⑦ 保護者等の場合の取扱

請求者が当該患者の保護者等の場合であって、遠隔地に居住しているなどやむを得ない事情にある場合には、書面の提出をもって面接に代えることができる。

代理人から意見聴取を行う場合には、当該意見聴取に関して代理権を有することを確認するものとする。また、当該患者に代理人がいる場合で、代理人が当該患者の面接に立ち会うことを申し出たときは、その立ち会いを認めなければならないものとする。

⑧ 事前の準備

意見聴取を行うに当たって、あらかじめ用紙を面接による意見聴取を受ける者に送付し、記載を求めることができるものとする。

イ 委員による診察について

審査会は、審査をするに当たって、必要に応じて、請求の対象となった入院中の患者の同意を得たうえで、指定医である委員により診察を行うことができる。

ウ 診療録その他の帳簿書類の提出

審査会は、審査をするに当たって、必要に応じて、精神病院の管理者その他関係者に対して調査対象となった入院中の患者の診療録その他の帳簿書類の提出を命じることができる。

(2) 合議体の審査時における関係者からの意見聴取等

ア 関係者からの意見聴取等について

合議体は、審査をするに当たって、必要に応じて以下の関係者に対して意見を求めることができる。

- ① 当該患者
- ② 請求者
- ③ 病院管理者又はその代理人
- ④ 当該患者の主治医等
- ⑤ 当該患者の保護者等

また、上記③及び④の者に対しては報告を求めることができる。

イ 審問

合議体は審査をするに当たって、必要に応じて以下の者に対して出頭を命じて審問することができる。

- ① 病院管理者又はその代理人
- ② 当該患者の主治医等
- ③ その他の関係者

ウ 関係者の意見陳述について

請求者、病院管理者若しくはその代理人及び合議体が認めたその他の者は、合議体の審査の場で意見を陳述することができる。なお、請求者が当該患者である場合には、(1)による意見聴取により十分意見が把握できており、合議体が意見聴取をする必要がないと認めた場合にはこの限りでないが、当該患者に弁護士である代理人があり、当該患者が当該代理人による意見陳述を求めた場合には、合議体は当該代理人に審査の場で意見を述べる機会を与えなければならない。

(3) 合議体での審査に関するその他の事項

ア 都道府県知事に対する報告徴収等の要請について

合議体は、審査をするに当たって、特に必要と認める場合には都道府県知事に対して、法第38条の6に基づく報告徴収等を行うことを要請すること、及び指定医である合議体委員の同行を求めることができる。また、その結果については、報告を求めることができる。なお、合議体が当該審査の後の一定期間経過後の当該患者の状態確認が必要と判断したときも同じこととする。

イ 合議体における資料の扱いについて

合議体における資料については、これを開示しないものとする。ただし、請求者が当該患者であって弁護士である代理人がいる場合に、その代理人が意見を述べるうえで必要とするときは資料を開示するものとする。

(4) 都道府県知事への審査結果の通知

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

ア 退院の請求の場合

- ① 引き続き現在の入院形態での入院が適当と認められること
- ② 他の入院形態への移行が適当と認められること
- ③ 合議体が定める期間内に、他の入院形態へ移行することが適当と認められること
- ④ 入院の継続は適当でないこと
- ⑤ 合議体が退院の請求を認めない場合であっても、当該請求の処遇に関し適当でない事項があるときは、その処遇内容が適当でないこと前記通知には理由の要旨を付すものとする。

なお、別途、審査会は審査結果について、都道府県知事、当該患者が入院する精神病院の管理者、及び当該患者の治療を担当する指定医に対する参考意見を述べることができる。

イ 処遇の改善の請求の場合

- ① 処遇は適当と認めること
 - ② 処遇は適当でないこと、及び合議体が求める処遇を行うべきこと
- なお、別途、審査結果に付して、都道府県知事に対して参考意見を述べる

ことができる。

4 都道府県知事の行う事後処理について

(1) 請求者等に対する結果通知

都道府県知事は、3(1)ア①及び⑤に規定する者に対して、速やかに審査の結果(請求者に対しては理由の要旨を付す。)及びこれに基づき採った措置を通知するものとする。

(2) 資料及び記録の保存

審査の資料及び議事内容の記録については、少なくとも5年間は保存するものとする。

(3) その他の事項

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

5 その他退院等の請求の審査に関して必要な事項

(1) 退院等の請求の審査中に、請求者から請求を取り下げたいとの申し出が書面又は口頭により都道府県知事になされた場合、又は当該患者が病院から退院した場合は、審査会はそれにより審査を終了する。ただし、特に審査会が取り下げ前または当該患者の退院前の入院等の適否の審査を行う必要があると認めた場合はこの限りではない。

(2) 退院等の請求が都道府県知事になされた場合、当該患者の入院形態が他の入院形態に変更された場合であっても、その請求は入院形態にかかわらず有効とみなして審査手続きを進めるものとする。また、退院の請求には現在受けている処遇の改善の請求を含むものとして取り扱うことができる。

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

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

(5) 退院の請求がなされた場合においても、合議体における審査の結果、当該患者の処遇、社会復帰への指導方法、その他当該患者への適切な医療の提供のために合議体が必要と認める措置がある場合には、その旨を都道府県知事に通知するものとする。また、必要に応じて、当該患者が入院する精神病院の管理者、当該患者の治療を担当する指定医、及び当該患者の保護者と協議することができる。

6 電話相談の取扱について

都道府県知事は、精神病院に入院中の患者から電話相談を受けたときは、その内容

及び対応を次の回の審査会に報告するものとする。合議体は、当該電話相談のうち口頭による退院等の請求として認めることが適当と判断される事例については、都道府県知事に対して当該電話相談を退院等の請求として受理するよう求めることができる。その場合、次の合議体の審査において当該請求を審査することとする。

V 定期の報告等の審査について

1 合議体での審査等について

(1) 合議体が行う審査のための事前手続

ア 資料の送付

審査会は、当該審査を行う合議体の委員に対して事前に当該審査資料を送付し、検討を依頼することができる。

イ 委員による診察

IV退院の請求の場合の2(1)イに準じる。

ウ 診療録その他の帳簿書類の提出

IV退院の請求の場合の2(1)ウに準じる。

(2) 合議体の審査時における関係者からの意見聴取等

ア 関係者からの意見聴取等について

合議体は、審査をするに当たって、必要に応じて以下の関係者に対して意見を求めることができる。

- ① 当該患者
- ② 病院管理者又は代理人
- ③ 当該患者の主治医等

イ 審問

IV退院の請求の場合の2(2)アに準じる。

(3) 合議体での審査に関するその他の事項

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

イ 都道府県知事に対する報告徴収等の要請について

審査会は、合議体の審査に当たって必要な場合、及び合議体の審査の結果から必要と認める場合には、都道府県知事に対し、法第38条の6の規定に基づく実地審査を行うよう要請すること、及びその実地審査について指定医である合議体委員の同行を求めることができる。また、当該精神病院に対して都道府県知事が行う実地指導に指定医である合議体委員の同行を求めることができる。

(4) 審査結果の都道府県知事への通知

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

- ① 現在の入院形態での入院が適当と認められること

- ② 他の入院形態への移行が適当と認められること
- ③ 合議体が定める期間内に、他の入院形態へ移行することが適当と認められること
- ④ 合議体の定める期間経過後に、当該患者の病状、処遇等について報告を求めることが適当であること
- ⑤ 入院の継続は適当でないこと
- ⑥ 当該患者の入院中の処遇について適当でない事項が認められるときはその処遇内容が適当でないこと

前記通知には理由の要旨を付すものとする。

なお、別途、合議体は、審査結果について、都道府県知事に対する参考意見、及び当該患者が入院する精神病院の管理者又は当該患者の治療を担当する指定医に対する参考意見を述べるができる。

(5) 資料及び記録の保存

審査の資料及び議事内容の記録については、少なくとも5年間は保存するものとする。

2 都道府県知事からの病院管理者等への通知

- (1) 審査会の判断が前項(4)①である場合は、病院管理者等に対して、その旨を通知するに及ばない。
- (2) 審査会の判断が前項(4)②から⑥の場合は、都道府県知事は、審査結果に基づき必要な措置を行うとともに、当該患者、保護者等及び病院管理者に対し、審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知するものとする。

この場合、都道府県知事は、審査会に対し、審査結果に基づいて採った措置の内容及び結果を報告する。

VI その他

1 実地指導との連携について

審査会は、精神病院に入院中の患者の人権擁護を確保し、その適正な医療及び保護を実現するために、退院等の請求及び定期的報告を審査する責務を負うものであり、審査会は、その責務を全うするために都道府県の実施する精神病院の実地指導と適切な連携をとるものとする。

- ① 審査会が都道府県の実施する実地指導に同行を求める指定医である委員は、1精神病院につき3名以内とする。
- ② 都道府県職員は、実施指導を行った際に入院患者から入院の継続又は処遇に関して不適切な実態があることを聴取したとき、当該患者に対して審査会への退院等の請求手続をとることを助言するとともに、その場で請求の意思を明確に述べる者については口頭による請求として受理するものとする。

2 指定医の適正な職務執行の確保について

都道府県知事は審査会の審査の過程において、当該患者の入院する精神病院に勤務（非常勤を含む。）する指定医がその職務に関し不適切な行為を行ったことが明らかとなったときは、その内容等について精査をし、必要に応じて、法第19条の2第4項に基づき厚生労働大臣に通知しなければならないこととする。

14. 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長が行う入院同意について

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つた場合においては、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)

15. 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、適切な運用を図られたい。

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)

16. 精神障害者の移送に関する事務処理基準について

平成12年3月31日 障第243号
都道府県知事・指定都市市長あて
厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65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（昭和25年法律第123号）に基づき創設された精神障害者の移送制度について、別紙の通り「精神障害者の移送に関する事務処理基準」を定め、平成12年4月1日から実施することとしたので通知する。移送制度の実施に当たっては、別紙の事項に十分留意の上、円滑な実施につき遺憾なきを期されたい。

また、貴職におかれては、貴管下市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

別紙

精神障害者の移送に関する事務処理基準

第一 措置入院のための移送について

1 移送制度の基本的考え方

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行に伴う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。）の改正により、医療保護入院等のために緊急を要する患者の移送が法定化されるとともに、措置入院（緊急措置入院を含む。以下同じ。）に付随して従来から行われていた措置入院のための移送についても法文上明確にされた。この制度において、措置入院のための移送に際して告知を義務づけ、移送に際しての行動の制限が不可避な場合の手續を明確にしたところであるので、こうした患者の人權に配慮した主旨を踏まえて移送を行うことが重要である。

2 指定医の診察に係る事前調査

(1) 職員の派遣

都道府県知事（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市においては、その長。以下同じ。）は、法第27条又は第29条の2に規定する精神保健指定医（以下「指定医」という。）の診察を受けさせる必要があると判断した場合、当該職員を速やかに事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に派遣することとする。

(2) 保護者等への連絡

(1)により都道府県職員を派遣する場合には、事前に保護者等に対してあらかじめその旨を連絡するものとする。

(3) 事前調査の実施

派遣された都道府県職員は、速やかに以下のいずれの場合においても指定医の診察の必要性を判断するための事前調査を行い、状況を把握するとともに、できる限り保護者若しくは扶養義務者並びに事前調査の対象者に主治医がいる場合には当該主治医と連絡をとり、それまでの治療状況等について把握に努めるものとする。

- ① 都道府県職員が事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に向かったとき
- ② 事前調査の対象者が指定医の診察を行おうとする場所に既に搬送されたとき

(4) 緊急の場合における事前調査の実施

法第29条の2第1項に規定する措置について、急速を要し、法第27条、第28条及び第29条の規定による手続を採ることができない場合においても、都道府県知事は、できる限り事前調査を行うように努めるものとする。

(5) 事前調査票の記載

都道府県職員は、事前調査を行ったときは、次に掲げる事項について、様式1による「措置入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の事前調査票に記載するものとする。

- ① 措置入院のための診察が必要と考えられる者の氏名等
- ② 調査対象者の所在地
- ③ 調査時の状況
- ④ 主治医との連絡状況
- ⑤ 指定医の診察が必要であるか否かの判定結果
- ⑥ 保護者の氏名及び住所等
- ⑦ 調査年月日、担当者氏名及び所属

3 移送の実施

(1) 移送の手続の開始時期

都道府県知事が、上記2(3)の事前調査の上、指定医の診察及び移送が必要であると判断した時点から移送（指定医の診察等を含む一連の手続をいう。以下同じ。）の手続が始まるものとする。

(2) 移送に関する告知

派遣された都道府県職員は、移送の対象者を実際に搬送（車両等を用いて移動させることをいう。以下同じ。）する前に、書面により、移送の対象者に対して、法第29条の2の2第2項に規定する事項を知らせなければならないものとする。

(3) 移送の記録

都道府県職員は、移送を行ったときは、次に掲げる事項について、様式1による「措置入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の移送記録票に記載するものとする。

- ① 移送の対象者の氏名
- ② 指定医の第1回目の診察のための移送の有無

- ③ 移送の手續の開始年月日及び時刻
- ④ 補助者の氏名、職種及び所属
- ⑤ 移送を行う旨等に関する告知の確認
- ⑥ 搬送の概要（方法、経路、時刻等）
- ⑦ 移送先である国若しくは都道府県の設置した精神病院又は法第19条の8に規定する指定病院等（以下「指定病院等」という。）の名称及び所在地
- ⑧ 移送の手續の終了年月日及び時刻
- ⑨ 同行者の氏名
- ⑩ 行動の制限の有無
- ⑪ その他特記事項
- ⑫ 記録者の氏名及び所属

(4) 移送に用いる車両等の用意

都道府県知事は、以下のいずれの場合においても、速やかに移送の対象者を本人の現在場所から必要な場所に搬送できるよう、車両等を用意するものとする。

- ① 事前調査の結果、指定医の診察のための搬送が必要と判断されたとき
- ② 指定医の診察の結果、次の指定医の診察が必要と判断されたとき
- ③ 2人以上の指定医診察の結果、措置入院が必要と判断されたとき

(5) 都道府県職員の同行

移送は、都道府県知事の責務として行われることから、移送に当たっては、都道府県職員が移送の対象者に同行するものとする。

(6) 搬送のための補助者

都道府県知事は、車両等を用いて移送の対象者を搬送する場合、必要に応じて補助者を同行させることができるものとする。

(7) 移送の体制の整備

具体的な移送の体制については、都道府県知事の責務として整備するものである。ただし、移送の対象者を車両等を用いて搬送する部分については委託することができる。

(8) 移送の手續の終了

措置入院のための移送の手續は、移送先の指定病院等に入院した時点又は措置入院が不要と判定された時点で終了する。

ただし、措置入院が不要と判定され、かつ、入院が不要と判断された場合、都道府県知事は、移送の対象者であった者の求めがあったときに、移送を開始した場所まで搬送するよう努めるものとする。

(9) 他の入院形態による入院のための手續

措置入院のための指定医による診察の結果、措置入院は不要と判断されたが、医療保護入院又は応急入院のための移送が必要と判断される場合には、本通知第二の医療保護入院及び応急入院のための移送の手續を行うこととする。

(10) 移送できなかった場合の取扱い

移送の途中であって、第29条第1項又は第29条の2第1項に規定する措置の決定前において移送の対象者の所在が不明となった場合、移送の手続は一旦終了とするが、都道府県は当該移送の対象者の所在を確かめるよう努めなければならないこととする。当該入院措置の決定以後に移送の対象者の所在が不明となった場合には、当該入院措置は継続するものとする。

4 指定医の診察

(1) 指定医の診察の補助者の派遣

都道府県知事は、指定医の求めがあったときに、診察に必要な補助者を派遣するものとする。

(2) 診察記録票に記載する項目

指定医は、行動の制限その他の移送の手続に必要な診察を行ったときは、次に掲げる事項について、様式2による「措置入院のための移送に関する診察記録票」に記載するものとする。

① 指定医の診察を必要とする者の氏名

② 行動の制限を行った場合は、以下の項目

ア 行動の制限を行ったときの症状

イ 行動の制限を開始した年月日及び時刻

ウ 行動の制限を行う旨及びその理由に関する告知の確認

エ 指定医の氏名

③ その他の特記事項

(3) 行動の制限を行った場合の診察記録票への記載等

移送の手続において、指定医が法第29条の2の2第3項に規定する行動の制限を行うことが必要であると判断したときは、様式2による「措置入院のための移送に関する診察記録票」に記載しなければならない。

また、行動の制限を行うに当たっては、指定医は行動の制限を受ける者に対して行動の制限を行う旨及びその理由を知らせるよう努めなければならない。

5 記録の保管

都道府県知事は、移送に関する事前調査票、移送記録票及び診察記録票を5年間保管しなければならないものとする。

第二 医療保護入院及び応急入院のための移送について

1 移送制度の基本的考え方

医療保護入院及び応急入院のための移送は、緊急に入院を必要とする状態にあるにも関わらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説得の努力を尽くしても本人が病院に行くことを同意しないような場合に限り、本人に必要な医療を確保するため、都道府県知事が、公的責任において適切な医療機

関まで移送するものである。したがって、この移送制度の対象とならない者に本制度が適用されることのないよう、事前調査その他の移送のための手続を適切に行うことが重要である。

2 移送に係る相談の受付

都道府県知事は、移送に係る相談を受け付ける体制を整備しなければならないものとする。また、移送制度及び相談の受付窓口について周知に努めるとともに、受付窓口は利用者が利用しやすい体制となるよう配慮するものとする。

3 指定医の診察に係る事前調査

(1) 職員の派遣

都道府県知事は、相談があった事例について法第34条に規定する移送に係る事前調査を行う必要があると判断した場合、職員を速やかに事前調査の対象者の居宅等本人の現在場所に派遣するものとする。

(2) 保護者等への連絡

措置入院の場合に準じるものとする。

(3) 事前調査の実施

措置入院の場合に準じるものとする。

(4) 事前調査票の記載

都道府県職員は、事前調査を行ったときは、次に掲げる事項について様式3による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の事前調査票に記録するものとする。

- ① 医療保護入院及び応急入院のための移送が必要と考えられる者の氏名等
- ② 調査対象者の所在地
- ③ 調査時の状況（調査対象者への対応の内容を含む。）
- ④ 主治医との連絡状況
- ⑤ 法第22条の3の規定による入院が行われる状態にあるか否かの判断
- ⑥ 保護者の氏名及び住所等
- ⑦ 医療保護入院のための移送に係る保護者の同意の確認
- ⑧ 指定医の診察が必要であるか否かの判定結果
- ⑨ 診察が不要の場合の対応方針
- ⑩ 調査年月日、担当者の氏名及び所属
- ⑪ 指定医への報告の確認

4 移送の実施

(1) 移送の手続の開始時期

措置入院の場合に準じるものとする。

(2) 移送に関する告知

派遣された都道府県職員は、移送の対象となる者を実際に車両等を用いて搬送する以前に、書面により、移送の対象者に対して法第34条第4項に規定する事項を知

らせなければならないこととする。また、保護者等に対しても移送を行う旨等を知らせるよう努めるものとする。

(3) 移送の記録

都道府県職員は、移送を行ったときは、次に掲げる事項について、様式3による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の移送記録票に記録するものとする。

- ① 移送の対象者の氏名
- ② 移送の手続の開始年月日及び時刻
- ③ 指定医の氏名及び所属
- ④ 指定医の診察の開始及び終了の年月日及び時刻
- ⑤ 診察場所
- ⑥ 診察の立会い者の氏名及び移送の対象者との続柄
- ⑦ 診察の補助者の氏名、職種及び所属
- ⑧ 指定医の診察結果
- ⑨ 移送を行う旨等に関する告知の確認
- ⑩ 搬送の概要（方法、発着の住所、時刻等）
- ⑪ 移送先の応急入院指定病院の名称及び所在地
- ⑫ 移送の手続の終了年月日及び時刻
- ⑬ 移送の補助者の氏名
- ⑭ 同行者の氏名
- ⑮ 行動の制限の有無
- ⑯ その他特記事項
- ⑰ 記録者の氏名及び所属

(4) 移送に用いる車両等の用意

都道府県知事は、指定医の診察の結果、医療保護入院又は応急入院が必要と判断したときには、速やかに移送の対象者を本人の現在場所から応急入院指定病院に搬送できるよう、車両等を用意するものとする。

(5) 都道府県職員の同行

措置入院の場合に準じるものとする。

(6) 搬送のための補助者

措置入院の場合に準じるものとする。

(7) 移送体制の整備

措置入院の場合に準じるものとする。

(8) 移送の手続の終了

医療保護入院及び応急入院のための移送の手続は、移送先の応急入院指定病院に入院した時点又は医療保護入院等のための移送が不要と判定された時点で終了する。

(9) 移送ができなかった場合の取扱い

移送手続中において、移送の対象者の所在が不明となった場合、移送の手続は一旦終了するが、都道府県知事は移送の対象者の所在を確かめるよう努めなければならないものとする。

5 指定医の診察

(1) 指定医の選定

都道府県知事は、法第34条に規定する診察が必要であると判断した時、速やかに指定医の診察を行うために必要な手続を開始すること。なお、この診察は、移送の対象者が入院する応急入院指定病院の指定医以外によって行われることを原則とする。

(2) 事前調査結果の指定医への報告

事前調査を行った都道府県職員は、指定医の診察に当たって、指定医に事前調査結果の報告をするとともに、報告を行ったことについて指定医の確認を得るものとする。なお、指定医の確認は、様式3による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の事前調査票にある「指定医への報告の確認」の欄に指定医が署名することによるものとする。

(3) 診察への立会い

医療保護入院及び応急入院のための移送に係る指定医の診察に当たっては、都道府県職員が立ち会うものとする。

また、後見人、保佐人、親権を行う者、配偶者その他の現に本人の保護の任に当たっている者は指定医の診察に立ち会うことができるものとする。

(4) 指定医の診察の補助

措置入院の場合に準じるものとする。

(5) 診察記録票への記載

指定医は、行動の制限その他の移送の手続に必要な診察を行ったときは、次に掲げる事項について、様式4による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票」に記載するものとする。

- ① 指定医の診察を必要とする者の氏名
- ② 病名
- ③ 生活歴及び現病歴
- ④ 現在の病状又は状態像の概要
- ⑤ 緊急性の判定
- ⑥ 判定理由（法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判断した理由等）
- ⑦ 判定結果
- ⑧ 行動の制限を行った場合は、以下の項目
 - ア 行動の制限を行ったときの症状
 - イ 行動の制限を開始した年月日及び時刻

ウ 行動の制限を行う旨及びその理由に関する告知の確認

⑨ その他の特記事項

⑩ 診察年月日及び指定医の氏名

(6) 行動の制限を行った場合の診察記録票への記載等

移送の手続において、指定医が法第34条第4項に規定する行動の制限を行うことが必要であると判断したときは、様式4による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票」に記載しなければならない。

また、行動の制限を行うに当たっては、指定医は行動の制限を受ける者に対して行動の制限を行う旨及びその理由を知らせよう努めなければならない。

(7) 居宅への立ち入り

医療保護入院及び応急入院のための移送に係る診察を居宅において行うことについて、保護者、扶養義務者又は同居の親族がいる場合には、保護者等の協力を得て居宅で診察を行うことができるものとする。

保護者等が存在しない場合には、措置入院の手続をとる必要があると認められない限りは本人の了解を得ないで居宅で診察することはできないものとする。

6 入院

(1) 応急入院指定病院への事前連絡

指定医による診察の結果、医療保護入院又は応急入院させるため、移送の対象者を応急入院指定病院に実際に搬送するに当たって、都道府県知事は、入院をさせる応急入院指定病院にあらかじめ指定医の診察結果の概要等について連絡するよう努めるものとする。

(2) 入院手続

医療保護入院及び応急入院のための移送が行われた場合、応急入院指定病院が、都道府県職員から、移送に関する診察記録票の写しを受け取ることにより、医療保護入院及び応急入院を行うものとする。

また、移送の対象者の入院後72時間以内に、応急入院指定病院において、医療保護入院及び応急入院の病状にないと判断し退院手続を採る場合は、指定医の診察によるものとする。

(3) 入院届

医療保護入院者の入院届及び応急入院届の記載項目のうち、病名等指定医が記載する項目については、別途、記載する必要はない。ただし、これらの届出書の「第34条による移送の有無」の欄に移送があったことを記載しておくものとする。なお、これらの入院届の届出に当たっては、移送に関する事前調査票、移送記録票及び診察記録票を当該入院届に添付するものとする。

7 記録の保管

措置入院の場合に準じるものとする。

第三 その他の留意事項について

1 入院後に留意すべき事項

指定病院等及び応急入院指定病院において患者の治療方針を立てるに当たっては、入院以前の医療機関の主治医と十分な連絡をとるよう努めるものとする。

2 消防機関への協力要請

法に規定する移送を行おうとする場合、移送を要する者の状況及び地域における移送体制の実状から消防機関により移送することが適切と判断され、かつ、当該移送が救急業務と判断される場合については、この搬送を消防機関に協力を要請することができる。このため、都道府県知事は、事前に移送制度全般について、市町村の消防機関とあらかじめ協議しておく必要がある。

3 警察業務との関係

都道府県知事が法第27条又は第29条の2の規定による診察が必要であると認めたとに対し、法第27条の規定による1回目の診察又は第29条の2の規定による診察のために行う当該診察の場所までの移送は、都道府県知事の責務として行われるものである。

都道府県知事は、当該移送を適切に行うとともに、移送の安全を確保しなければならないものであるが、移送の対象者により現に犯罪が行われた場合又は犯罪がまさに行われようとしており、その行為により移送に係る事務に従事する者の生命又は身体に危険が及ぶおそれがある、急を要する事態に陥った場合には、警察官に臨場要請を行うなどの措置に配慮すること。

なお、臨場した警察官は移送用の車両の運転、対象者の乗降の補助その他の移送に係る事務に従事するものではないことに留意されたい。

4 書面による告知の様式

法第27条又は第29条の2に規定する指定医の診察のために搬送する場合に書面により告知する内容は様式5、措置入院のために指定病院等まで搬送する場合に書面により告知する内容は様式6、医療保護入院又は応急入院のために応急入院指定病院まで搬送する場合に書面により告知する内容は様式7によるものとする。

5 関係機関との連絡調整

都道府県知事は、法第29条の2の2及び法第34条に規定する移送を行う体制の整備に当たって、精神科救急医療システム連絡調整委員会の中で関係機関と連絡調整を行う等、円滑な移送が行われる体制を整備すること。また、実際に移送を行うに当たっても、精神科救急情報センター（仮称）等を整備することによって、都道府県職員の派遣から入院まで、移送に係る情報を収集し、円滑な移送が行われるための連絡調整機能を整備すること。

6 その他

(1) 診察を行った指定医による医療

移送に係る診察を行った指定医が、移送の対象者の病状から緊急に医療を提供した場合、様式2又は様式4による診察記録票の特記事項の欄にその内容を記載する

こと。

この場合にあつては、記載する項目を以下のとおりとする。

ア 医療を提供した時の症状

イ 提供した医療の内容

ウ 医療を提供した年月日及び時刻

(2) 医療を提供した場合の指定医の同行

移送の手續において指定医が医療を提供した場合には、指定医が当該移送に同行しなければならないこと。

(3) 移送の手續上行つた診療の医療費

医療保護入院及び応急入院のための移送の場合、移送の手續上行つた医療に係る費用については、原則本人負担とする。

(様式 1) 措置入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票

措置入院のための診察が必要と考えられる者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(男・女)		(満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
	職業			

◆事前調査票

調査対象者の所在地				
調査時の状況				
主治医との連絡	氏名		連絡先等	
	主治医意見			
事前調査の総合判定	1. 措置入院に関する診察が必要 2. 不必要			
調査年月日等	調査年月日	年 月 日	時 分 ~	時 分
	職員氏名		所属	

◆移送記録票

措置診察のための移送の有無	1. 措置診察のための移送を行った 2. 措置診察の後に移送を行った			
移送開始及び終了	年 月 日	時 分 ~	月 日	時 分
移送に関する告知	1 告知を行った			
搬送の概要 (方法, 経路, 時刻等)				
移送先の指定病院等	名称		所在地	
補助者	氏名		職種	所属
同行者の氏名				
行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行動制限を行わなかった			
その他特記事項				
記録者の氏名等			所属	

保 護 者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区	
	選任	年 月 日			

(様式 2)

措置入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
移送の手續における 行動の制限	行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行わなかった	
	症状		
	開始日時	年 月 日 時 分	
	告知	1 告知を行った	
	指定医の氏名	署名	
その他の特記事項			
	指定医の氏名	署名	

(様式3) 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票

医療保護入院及び応急入院のための移送が必要と考えられる者	フリガナ 氏名	生年月日		年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	都市区	町村区
	職業			
相 談 者	1 保護者 2 扶養義務者 3 行政機関 () 4 その他 ()			

◆事前調査票

調査対象者の所在地				
調査時の状況				
主治医との連絡	氏名	連絡先等		
	主治医意見			
本人の同意	1 可能 2 不可能			
保護者の同意の有無	1 有 2 無			
事前調査の総合判定	1. 移送を行うための診察が必要 2. 不必要			
診察が不要の場合の対応方針				
調査年月日等	調査年月日	年 月 日	時 分	～ 時 分
	職員氏名	所属	指定医の確認	

◆移送記録票

移送開始及び終了	年 月 日 時 分 ～ 月 日 時 分			
指定医の氏名所属	氏名	所 属		
診察開始及び終了	年 月 日 時 分 ～ 月 日 時 分			
診 察 場 所				
診察の立会い者の氏名及び本人との続柄				
診 察 の 補 助 者	氏名	職 種	所 属	
指定医の診察結果				
移送に関する告知	1 告知を行った			
搬送の概要 (方法, 経路, 時刻等)				
移送先の応急入院指定病院	名 称	所 在 地		
移送の補助者				
搬送の同行者				
行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行動制限を行わなかった			
その他特記事項				
記 録 者	氏 名	所 在 地		
保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	生 年 月 日 年 月 日 (満 歳)
	住 所	都道府県	都市区	町村区
	選 任	年 月 日		

(様式4) 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ 氏名			生年 月日	年 月 日 (満 歳)
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
現在の病状又は状態像	医療保護入院者の入院届の「現在の病状又は状態像」の欄に準じる			
緊急性の判定	1 直ちに入院が必要	2 緊急を要しない		
本人の同意	1 可能	2 不可能		
判定理由				
判定結果	1 医療保護入院又は応急入院が必要		2 不必要	
移送の手続における行動の制限	行動制限の有無	1. 行動制限を行った 2. 行わなかった		
	症状			
	開始日時	年 月 日 時 分		
	告知	1 告知を行った		
その他の特記事項				
以上のおり診断する。			年 月 日	署名
精神保健指定医氏名				

(様式5)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、措置入院が必要であるかどうかを判定するために〇〇〇に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇（例：車）で行います。
- 3 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生大臣に対し、審査請求をすることができます。

〇〇県知事 〇〇〇〇

(様式6)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、措置入院のために〇〇〇病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇（例：車）で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生大臣に対し、審査請求をすることができます。

〇〇県知事 〇〇〇〇

(様式7)

移送に際してのお知らせ

〇〇〇〇 殿

平成 年 月 日

- 1 あなたをこれから、医療保護入院（応急入院）のために〇〇〇病院に移送します。
- 2 あなたの移送は、〇〇〇（例：車）で行います。
- 3 あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 4 この移送に不服のあるときは、この移送の日の翌日から起算して、60日以内に厚生大臣に対し、審査請求をすることができます。

〇〇県知事 〇〇〇〇

17. 精神病院に対する指導監督等の徹底について

平成10年3月3日 障第113号・健政発第232号・医薬発第176号・社援第491号

各都道府県知事・指定都市市長あて

厚生省大臣官房障害保健福祉部長・健康政策・医薬安全・社会・援護局長連名通知

改正 平成12年3月29日 障第218号・健政発第363号・医薬発第338号・社援第764号

精神病院に対する指導監督等については、平成10年3月3日障第113号・健政発第232号・医薬発第176号・社援第491号厚生省官房障害保健福祉部長・健康政策局長・医薬安全局長・社会・援護局長連名通知により、適正な実施をお願いしているところであるが、今般、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行に伴い、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一層の促進を図るため、別添新旧対照表のとおり一部改正し、平成12年4月1日から適用することとしたので通知する。

今後の指導監督等の実施に当たっては遺漏なきよう留意されたい。

記

1. 適正な精神医療の確保等について

精神保健福祉施策の推進については、人権に配慮した適正な精神医療の確保、精神障害者の社会復帰・社会参加を促進するという観点から、地域において社会復帰施設等との連携を図りつつ、より良い精神医療を目指していくことが必要である。

特に、入院患者の処遇については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）等に基づき、行動制限、面会、信書、電話、金銭管理等にかかる処遇が適切に行われ、社会復帰に向けた様々な環境整備を積極的に推進していく必要があることから、管下精神医療機関に対して指導の徹底を図られたい。

2. 入院制度等の適正な運用について

都道府県及び指定都市においては、以下の点に留意し、適正な運用を図られるようお願いする。

(1) 措置入院制度について

ア 入院手続について

入院に当たっては、精神保健指定医2名以上の診察により適切に行い、その診察を行う際には、保護者等の立ち会いが必要となるので、保護者等の所在を確認し、診察の通知を行うとともに、入院措置を採る場合には、法第29条第3項に基づく書面告知を患者に対して行うこと。

なお、精神保健指定医の選定に当たっては、原則として同一の医療機関に所属する者を選定しないこととするとともに、措置決定後の入院先については当該精神保健指定医の所属病院を避けるよう配慮すること。

また、都道府県立精神病院については、法律の趣旨に照らし、進んで措置入院患者を受け入れること。

イ 通報申請等の取扱いについて

法第23条から第26条の2までの規定による通報申請等がなされた場合においては、速やかに法第27条の規定による所定の措置を講ずること。

ウ 病状報告について

各都道府県及び指定都市においては、精神病院の管理者（以下「病院管理者」という。）に対し、常時措置入院患者の病状把握に努めるとともに、当該措置入院患者が自傷他害のおそれがないと認められるに至った場合には、直ちにその旨を最寄りの保健所長を經由して都道府県知事又は指定都市市長に届け出るよう指導するとともに、都道府県及び指定都市については、速やかに退院の手続をとること。

また、病状報告は、6カ月の範囲内で定期的に求めるとともに、それ以外にも必要に応じ随時これを求めること。

なお、患者台帳等を作成するなどにより措置入院患者についての現状把握に努め、病状報告が確実に提出されているかどうかについても確認すること。

エ 仮退院について

仮退院は、精神保健指定医による診察の結果、入院患者の症状に照らし、その者を一時退院させて経過を見ることが適当であると認める場合に限り行えるものであり、決して目的外に仮退院させることのないようにすること。

オ 緊急措置入院について

緊急措置入院は、急速を要し、通常の場合の措置入院の手続によることができない場合において、その指定する精神保健指定医をして診察をさせた結果、直ちに入院させなければならないと認めたとときに行うものであり、72時間を超えて入院させることのないようにすること。

カ 措置入院患者の診察について

措置入院患者については、入院後概ね3カ月を経過した時に精神保健指定医による診察を行うこととする。

また、これ以外の場合にも必要に応じ積極的にこれを行うよう努めること。

キ 退院手続について

都道府県知事及び指定都市市長においては、措置入院患者が措置入院を継続しなくてもよいと認められたときには、直ちにその者を退院させること。

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

(2) 医療保護入院制度について

ア 入院手続について

病院管理者は、入院の要否について法第22条の3の規定による入院が行われる状

態にないことを必ず精神保健指定医に判断させるとともに、入院に際しての同意者が配偶者又は親権者以外の扶養義務者である場合には、家庭裁判所の選任を受けた者であることを確認するよう指導すること。また、扶養義務者の同意による入院については、4週間以内に家庭裁判所の選任を受け選任書を速やかに送付するよう指導すること。なお、家庭裁判所の選任がやむを得ず遅れる場合には、選任が行われるまでの間は市町村長が保護者となるので、市町村長の同意を得るよう病院管理者に指導するとともに、かかる場合において迅速な対応がなされるよう日頃から市町村長との連携を密にしておくこと。

なお、保護者となった市町村長においては、患者の病状を常に把握するとともに、退院後のフォローアップについても十分に配慮するよう指導すること。

イ 届出について

法第33条第4項の規定に基づく届出については、必ず法定の10日以内に行われるよう指導するとともに、入院に際しての同意者が家庭裁判所により選任された者であるときは届出書に選任書の写しを添付させること。

また、届出内容から判断して入院手続、入院の要否等に疑問があると認められるときは、法第38条の6に基づく報告徴収等を行うなど必要な措置を講ずること。

ウ 病状報告について

病状報告については、入院が行われてから1年ごとに報告するよう病院管理者に対し指導するとともに、患者台帳等を作成するなどにより医療保護入院患者の現状把握に努め、病状報告が確実に提出されて

いるかどうかについても確認すること。

エ 退院手続について

病院管理者に対し、医療保護入院患者を退院させたときは、10日以内に最寄りの保健所長を経て都道府県知事又は指定都市市長に届け出るよう指導すること。

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

(3) 任意入院制度について

ア 入院手続きについて

人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するため、本人の同意に基づいた入院が行われるよう努めることは極めて重要なことであり、その旨を病院管理者に対して徹底させるとともに、その入院手続については、法に基づき適正に実施されているかどうかを確認すること。

イ 精神障害者が自ら入院する任意入院の場合においては、基本的に開放的な環境で処遇されるものである。これを制限する場合には、法第37条第1項の規定に基づく基準により適正に実施されているかどうかについても確認すること。

(4) 指定病院及び応急入院指定病院について

- ア 厚生省告示に定める基準を満たす病院を3年の期限を付して指定することとし、3年ごとに見直しを行い更新すること。
- イ 病床に余裕があるにもかかわらず、理由なく措置入院患者又は応急入院患者の受入の拒否を行っているような事実があった場合には、病院に対する指導を強化すること。
- ウ 作業療法士、精神保健福祉士等の職種を配置し、入院患者の社会復帰に向けた努力を行うよう指導すること。

(5) 地方精神保健福祉審議会について

地方精神保健福祉審議会は、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ため、定期的に開催するのみならず、精神病院の不祥事があった場合には、積極的にこれを審議する

こととし、審議内容については、可能な限り公開するようにすること。

また、精神病院に対する効果的な指導監督等のあり方を検討するに当たっては、地方精神保健福祉審議会を積極的に活用すること。

(6) 精神医療審議会について

ア 精神医療審議会は、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ため、病状報告等については、必要と認める場合においては、病院管理者等に対し意見を聴くことに加え、委員による診察、関係者に対して報告や意見を求めること、診療録その他の帳簿書類の提出、出頭を命じて審問するなど、慎重かつ速やかに審査を行うこと。

イ 都道府県知事及び指定都市市長は、病状報告の審査の過程、入院の必要性等につき問題があるという報告を受けた場合、法第38条の6による報告徴収等を行い、必要な調査・診察を行うこと。

ウ 精神病院に入院中の者又は保護者から退院請求又は処遇改善請求があったときは、速やかに請求に関する審査を行い、都道府県知事及び指定都市市長においては、請求者に対し、遅滞なく審査結果を通知するようにすること。

エ 精神病床数、審査案件の数等地域の実情に応じて委員の増員等を行い、審査が迅速かつ適切に行われるよう所要の合議体数を整備すること。

オ 審査会の運営については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第12条に規定する精神医療審査会について（平成12年3月28日障第209号本職通知）の別添「精神医療審査会マニュアル」の考え方に沿って適切な運営を図ること。

3. 実地指導等の実施方法について

(1) 実地指導の実施時期について

原則として1施設につき年1回行うこととするが、法律上適正を欠く等の疑いのある精神病院については、数度にわたる実地指導を行うこと。

(2) 実地指導の方法について

ア 実地指導は、原則として都道府県及び指定都市精神保健福祉担当部局職員及び保健所の精神保健福祉担当職員とともに、精神保健指定医を同行させ実施することとし、病院間で指摘内容に格差が生じないように、都道府県及び指定都市において実地指導要領等を作成して実施するよう努めること。

また、法律上極めて適正を欠く等の疑いのある精神病院に対しては、国が直接実地指導を実施することもあり得ること。

イ 法律上適正を欠く等の疑いのある精神病院に対して実地指導を行う場合には、最長でも1週間から10日間の予告期間をもって行うこととするが、場合によっては予告期間なしに実施できること。

ウ 実地指導の際、措置入院患者については、原則として各患者に対して診察を行うものとする。また、医療保護入院患者については、病状報告や医療監視の結果等を踏まえるとともに、患者の入院期間、病名等に十分配慮して計画的、重点的に診察を行うようにすること。

エ 人権の保護に関する聞き取り調査については、病院職員に対するものだけでなく、入院患者に対しても適宜行うようにすること。

また、診療録を提出させ、内容を確認するとともに、定期病状報告と関係書類等の突合を行い、未提出の書類等がないかについても確認すること。

オ 医療監視を実施する際に併せて実地指導を行うなど医療監視との連携を十分に図ること。

また、生活保護法による指導等の実施との連携も図ること。

(3) 実地指導後の措置について

ア 実地指導の結果、入院中の者の処遇等の状況について次に掲げる度合いに応じて、法第38条の7に基づき病院管理者等に対して必要な措置を講じること。

(イ) 著しく適当でないと認められる場合

措置を講ずべき事項及び期限を示して、適切な処遇等を確保するための改善計画書の提出を求め、必要に応じて提出された改善計画書の変更を命じ、又は、その処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じ、その改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。

また、命令に従わない時は、精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限することを命じること。

さらに法第19条の8に規定する指定病院である場合には「指定の取消し」、精神保健指定医に関して法第19条の2第2項に該当すると思慮される場合には「その旨を厚生大臣あて速やかに通知」する等厳正なる措置をとること。

(ロ) 適当でないと認められる場合

措置を講ずべき事項及び期限を示して、その改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。

イ 当該精神病院の構造設備・人員配置が医療法に定める基準に著しく違反し、又はその運営が著しく不相当であると認められる場合は、改善指導を行うとともに医療監視の実施機関や保険・福祉等関係部局に必ず連絡をとること。

ウ 公費負担医療費が不当に超過して支払われている事実を発見したときは、速やかに返還を命ずること。

エ 実地指導で指摘事項が多いか重大な問題があるような精神病院については、確認のため再度実地指導を行うこと。

オ 実地指導を行った際には、その都度別記様式1による報告書を作成すること。また、別記様式2及び3により4月1日から翌年3月31日までを一括して取りまとめ、同年4月末日までに厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長あてに報告すること。

ただし、法律上適正を欠く等の疑いが発見された場合には、速やかに連絡するとともに、別記様式1による報告書についても早急に提出すること。

4. 実地指導の指導項目について

実地指導を行う際には、下記の項目について十分留意し実施すること。

- (1) 過去の行政指導等に対する改善状況について
- (2) 精神病院内の設備等について
- (3) 医療環境について
- (4) 精神保健指定医について
- (5) 指定病院について
- (6) 措置入院について
- (7) 医療保護入院について
- (8) 応急入院について
- (9) 任意入院について
- (10) 入院患者の通信面会について
- (11) 入院患者の隔離について
- (12) 入院患者の身体拘束について
- (13) 入院患者等のその他の処遇について
- (14) 通院公費負担について
- (15) その他

5. 医療法第25条の規定に基づく立入検査の実施に当たっての技術的助言について

医療監視については、従来から厳正な実施をお願いしているところであるが、特に医療法上適正を欠く等の疑いのある医療機関については、平成9年6月27日指第72号厚生省健康政策局指導課長通知「医療監視の実施方法等の見直しについて」により厳正な対処が必要である旨通知しているところであるが、精神病院についても同様とすることが適切であること。また、実施に関しては、①医療従事者の充足、②超過収容の解消、③無資格者の医療行為の防止といった事項について、特に留意すること。

6. 生活保護指定医療機関に対する指導の強化徹底等について

(1) 一般指導等の活用について

生活保護の指定医療機関に対する指導は、昭和36年9月30日付社発第727号社会局長通知に基づき行われているところであるが、一般指導、個別指導の機会を活用し、特に精神病院に対しては、被保護者の適切な処遇の確保及び向上、自立助長並びに適正な医療の給付が行われるよう、生活保護制度の趣旨、医療扶助の事務取扱方法、適切な入院日用品費等の管理などについて周知徹底を図ること。

(2) 患者委託に当たっての留意事項について

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

7. 精神医療に関する苦情等の適正な処理について

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

別記様式1

精神病院実地指導結果報告書

都道府県・指定都市名					
施設名（管理者氏名）					
所在地					
病床数					
実地指導日時	平成 年 月 日（ ） : ~ :				
実地指導担当者					
精神保健指定医の同行	有 無				
入院患者数（実地指導日現在）	名				
任意入院患者数	名				
医療保護入院患者数	名				
措置入院患者数	名				
その他	名				
従業員数	名				
医師	名（うち常勤 名, 非常勤 名）		常勤換算数	名	
（うち精神保健指定医）	名（うち常勤 名, 非常勤 名）		常勤換算数	名	
看護婦（士）	名（うち常勤 名, 非常勤 名）		常勤換算数	名	
准看護婦（士）	名（うち常勤 名, 非常勤 名）		常勤換算数	名	
看護補助者	名（うち常勤 名, 非常勤 名）		常勤換算数	名	
作業療法士	名（うち常勤 名, 非常勤 名）		常勤換算数	名	
精神保健福祉士	名（うち常勤 名, 非常勤 名）		常勤換算数	名	
精神科ソーシャルワーカー	名（うち常勤 名, 非常勤 名）		常勤換算数	名	
その他	名（うち常勤 名, 非常勤 名）				
実地指導結果の概要					
区分	項目 内訳	概 要		改善 計画	改善 命令
過去の行政指導等に対する改善状況について					
精神病院内の設備等について					
医療環境について					

精神保健指定医について	
指定病院について	
措置入院について	
医療保護入院について	
応急入院について	
任意入院について	
入院患者の通信面会について	
入院患者の隔離について	
入院患者の身体拘束について	
入院患者等のその他の処遇について	
通院公費負担について	
そ の 他	

実施指導の結果に基づき採った措置

その他特記すべき事項

注) 別途、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知により定める実地指導の指導項目に係る留意事項毎に、実地指導の状況について具体的かつ詳細に記載すること。
また、改善計画書の提出を求めた場合及び改善命令を行った場合には、該当する欄に○印を付すこと。

精神病院実地指導結果総括表

都道府県・指定都市名

病 院 名	実地指導日数	実地指導人員	指 摘 事 項	改 善 事 項	備 考
〇〇病院-①		全体 名 うち本庁職員 名 うち保健所職員 名 うち精神指定医 名			
〇〇病院-②					
△△△病院					
××病院					

注) 法律上適正を欠く等の疑い等により、同一病院に複数回の実地指導を行った場合には、その実施毎に結果を記載することとし、病院名欄には回数表示(〇〇病院-①)をすること。

実地指導人員欄には、その内訳を記載すること。

法律第19条の8に基づく指定病院である場合は、「備考」欄にその旨記載すること。

精神病院実地指導結果集計表

都道府県等名 _____

病院名	項 目															総 合 計		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	指摘 なし	改善 計画	改善 命令
〇〇病院																		
△△病院																		
××病院																		

注) 項目欄については、通知中 4 に示す指導項目毎に「指導なしの場合は 1」、「改善計画書の提出を求めた場合は 2」、「改善命令を行った場合は 3」を記載するとともに、総合計欄にそれぞれの件数を記載すること。
また、3 の場合については、その文書も添付すること。

18. 精神病院に対する指導監督等の徹底について

平成10年3月3日 障精第16号

厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知
各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部(局)長あて
一部改正 平成12年3月29日 障精第20号

標記については、平成10年3月3日障精第16号本職通知により、適正な実施をお願いしているところであるが、今般、「精神病院に対する指導監督等の徹底について（平成10年3月3日障精第113号・健政発第232号・医薬発第176号・社援第491号厚生省大臣官房障害保健福祉部長・健康政策局長・医薬安全局長・社会・援護局長通知）が本日付けをもって一部改正されたことに伴い、精神病院に対する実地指導を行うに当たっての留意項目について別添新旧対照表のとおり一部改正し、平成12年4月1日から適用することとしたので通知する。

今後の精神病院に対する実地指導を行うに当たっては、十分留意の上実施するようお願いする。

記

1. 実地指導の指導項目について

(1) 過去の行政指導等に対する改善状況について

過去に関係法に基づき行政処分や行政指導等が行われた精神病院については、その後、改善され適正に運営がなされているか。

(2) 精神病院内の設備等について

ア 精神病院の構造設備、従業員の配置等は、医療法等に沿った適切なものか。

また、入院患者に対する療養環境の改善に努めているか。

イ 夜間の管理体制については、病棟ごとに夜間勤務者を置くなど、十分に整備されているか。

ウ 緊急時の連絡体制の整備は適正に講じられているか。

(3) 医療環境について

ア 入院患者の具合が悪い際には要求に応じて医師の診察がなされる等の体制になっているか。

イ 作業療法等の社会復帰に向けた努力を行っているか。

ウ 病院内において苦情・相談等の処理は行われているか。

エ 病室、寝具、衣服等は清潔に保たれているか。

オ 暖房設備を設置し、適切に使用されているか。

カ 入浴の回数、方法等は適切か。

キ 給食について、入院患者の栄養所要量を充たすだけの食事が提供されているか。

(4) 精神保健指定医について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律「以下「法」という。）第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2号、第33条の4第1項又は第34条の規定により精神障害者を入院させている精神病院の管理者（以下「病院管理者」という。）は、その精神病院に常時勤務する精神保健指定医を置いているか。

(5) 指定病院及び応急入院指定病院について

ア 指定病院及び応急入院指定病院について、厚生省告示に定める基準を満たしているか。

イ 最近3年間に、新規又は継続の措置入院患者又は応急入院患者の受入を行っているか。特に、病床に余裕があるにもかかわらず、理由なく措置入院患者又は応急入院患者の受入の拒否を行っているようなことはないか。

ウ 作業療法士、精神保健福祉士等の職種を配置し、患者の社会復帰に向けた努力を行っているか。

(6) 措置入院について

ア 自傷他害といった措置症状が消失しているにもかかわらず、措置入院を継続しているようなことはないか。

イ 患者本人の病状とは全く無関係に、盆・年末年始時期等に定期的に仮退院の申請を行っているようなことはないか。

ウ 措置入院費の診療報酬の請求が、診療録の記載に基づいて適正になされているか。

エ 措置入院者の定期病状報告は精神保健指定医の診察をもとに報告がなされているか。

(7) 医療保護入院について

ア 入院時の診察は精神保健指定医が行っているか。

また、その診察結果は、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であって、当該精神障害のために法第22条の3の規定による入院が行われる状態にないとされているか。

イ 保護者は、法第20条に定める保護者であるか。また、病院管理者は、保護者であることが入院の事情等から疑わしいと思われるとき又は保護者たり得る者が数人あるときは、法第20条に定める順位に沿った者であるか確認しているか。

ウ 扶養義務者の同意のみによって、4週間以上の入院をさせていないか。

エ 市町村長同意の場合には、市町村長が保護すべき患者の状況を把握しているか確認しているか。

オ 法第33条の規定による入院があった場合、病院管理者は同条第4項の規定による報告書を10日以内に都道府県知事又は指定都市市長あて届け出をしているか。

カ 医療保護入院患者の定期病状報告は、精神保健指定医の診察をもとに報告がなされているか。

キ 医療保護入院患者が退院した場合に、10日以内にその旨を都道府県知事又は指定

都都市長あて届け出ているか。

ク 保護者の同意書がなく、医療保護入院させているようなことはないか。

(8) 応急入院について

ア 応急入院をさせるにあたっては、精神保健指定医の判定により行っているか。

イ 応急入院患者について、72時間以上の入院をさせていないか。

(9) 任意入院について

ア 任意入院患者は入院の同意を行っているか。

イ 病院管理者は、入院に際し、任意入院患者に対して基本的に開放的な環境で処遇（以下「開放処遇」という。）されること及び退院の請求に関する事等について書面で知らせ、自ら入院する旨を記載した書面を受けているか。

ウ 任意入院患者を患者の医療及び保護の必要性なしに入院直後から、保護室に隔離しているようなことはないか。

エ 任意入院患者が退院請求をした場合に、医師による診察に基づき適切に対処しているか。また、72時間以内の退院制限を行った場合、精神保健指定医の診察に基づき、診療録の記載を行っているか。

オ 医療保護入院に切り替えを行った場合は、切り替えの診察は適切か。病状の悪化がないにもかかわらず家族の要望等によって医療保護入院に切り替えを行っているようなことはないか。

カ 任意入院患者の開放処遇を制限する場合には、患者本人の医療及び保護を図る観点から、患者の症状からみて開放処遇を制限しなければ治療が確保できないと判断される場合に限り行われているか。

キ 開放処遇の制限を制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われていないか。

ク 開放処遇の制限が漫然と継続されることがないように処遇状況及び処遇方針について病院内での周知に努めているか。

ケ 開放処遇の制限を行うに当たっては、医師は当該患者に対してその制限を行う理由を文書で知らせ理解を得るとともに、その制限を行った旨及びその理由並びにその制限を行った日時を診療録に記載しているか。

コ 開放処遇の制限を行う場合には、医師の判断に基づくものか。

また、おおむね72時間以内に精神保健指定医による診察を行っているか。

さらに、精神保健指定医は、必要に応じて積極的に診察を行うように努めているか。

サ 本人の意思によって開放処遇が制限される環境に入院する場合においても、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得ているか。

また、書面を得た後でも、本人の求めに応じていつでも開放処遇にしているか。

シ 病院管理者は、当該患者がその制限について不服がある場合には、精神医療審査会等に処遇改善請求を行うことができる旨を院内の適切な場所に提示しているか。

(10) 入院患者の通信面会について

- ア 病院管理者が、信書の発受の制限を行っていないか。(刃物・薬物等の異物が同封されていると判断される場合を除く。)
- イ 病院管理者が、都道府県、指定都市及び地方務局等の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話制限及び面会制限を行っていないか。
- ウ 入院患者に対して、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伝えているか。
- エ 患者の医療又は保護の上で必要性を慎重に判断することなく、通信・面会の制限を行っていないか。
- オ 電話・面会制限を行った場合、その事実及び理由を診療録に記載するとともに、患者及び保護者に知らせているか。
- カ 電話機は患者が自由に使える場所に設置されているか。閉鎖病棟内にも設置されているか。
- キ 都道府県及び指定都市精神保健福祉担当部局、地方務局人権擁護主管部局の電話番号を入院患者の見やすいところに掲示してあるか。
- ク 入院後、患者の病状に応じてできる限り早期に患者に面会の機会を与えているか。
- ケ 面会について、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を除き、病院の職員の立ち会いを条件として行っているようなことはないか。

(11) 入院患者の隔離について

- ア 入院患者の隔離は、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り、次の場合以外に行っていないか。
 - (ア) 他の患者との人間関係を著しく損なう場合。
 - (イ) 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合。
 - (ウ) 他害行為や迷惑行為、器物破損行為の危険性が著しい場合。
 - (エ) 不穏・多動・爆発性等が目立ち、一般病室では治療できない場合。
 - (オ) 身体合併症治療の検査及び処置等のために隔離が必要な場合。
 - (カ) 患者本人の意思による入室である旨の書面を得て、閉鎖的環境の部屋に入室させている場合。
- イ 入院患者の12時間以上の隔離を行う場合には、精神保健指定医の診察に基づいているものか。
- ウ 12時間を超えない隔離については、医師の判断に基づくものか。
- エ 隔離を行った場合には、患者にその理由を告知するとともに、告知した旨を、診療録などに記載することにより確認することができるようにされているか。
- オ 隔離を行った事実及びその理由並びに開始・終了日時を診療録に記載しているか。
- カ 隔離が複数日に及ぶ場合、1日1回は医師による診察が行われているか。
- キ 保護室に2名以上の患者を入院させていないか。

- ク 隔離を行っている間も、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生が確保されているか。
- ケ 保護室を医療及び保護の目的外に使用していないか。
- コ 機械的に期間を設定する等、必要以上に患者を保護室に隔離させているようなことはないか。
- (12) 入院患者の身体拘束について
- ア 入院患者の身体拘束は、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、次の場合以外に行っていないか。
- (ア) 自殺又は自傷の危険性が高い場合。
- (イ) 多動・不穏が顕著である場合。
- (ウ) 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。
- イ 患者の身体拘束は精神保健指定医の診察に基づいているか。
- ウ 身体拘束を行った場合、患者にその理由を告知するとともに、告知した旨を、診察録などに記載することにより確認することができるようにされているか。
- エ 身体拘束を行った事実及びその理由並びに開始・終了日時を診療録に記載しているか。
- オ 身体拘束を行った患者について、頻回に医師による診察が行われているか。
- (13) 入院患者等のその他の処遇について
- ア 入院患者に対し、暴行を加えて人権を侵害している等の事実はないか。
- イ 精神病院が行う患者の搬送について、適切に行われているか。
- ウ 病院管理者が入院患者の金銭を管理する際に約定書を取り交わしているか。
- エ 病院管理者が入院患者の金銭を管理するにあたって、管理費を徴収する場合には、適正な価格となっているか。
- オ 入院患者全員に対して、病院が一括して金銭管理を行っていないか。
- カ 預り金は、原則として個人毎に口座を設けて管理し、収支状況についても個人毎に整理、把握され、患者本人、保護者等から要請があった場合には、速やかに提示できるようにしてあるか。
- キ 生活保護法による入院患者については、収支状況について福祉事務所からの要請があった場合には、速やかに提示できるようにしてあるか。
- ク 身のまわり品等については、市場価格と比べ高額な金銭を受領していないか。
- ケ 作業療法の限界を超え、又は作業療法という名目の下に患者を使役するようなことはしていないか。
- コ 作業療法の結果として生じた果実により得た副次的な収益について、患者の福利厚生又は当該患者自身のため以外に充たされていないか。
- サ 退院患者について、病院職員としての雇用を行わないで、病院の業務に従事させていないか。

(14) 通院公費負担について

- ア 通院公費の診療報酬の請求が、診療録の記載に基づいて適正に行われているか。
- イ 水増し、架空請求の事実、例えば診察しないにもかかわらず診察したように請求をしていないか。
- ウ 合併症の患者について、当該通院医療担当医では診療不可能な疾病にまで通院公費の請求を行っていないか。

(15) その他

- ア 精神病院の職員の資質の向上のため各種の講習等を実施しているか。
- イ 精神病院の職員は法律に基づく入院患者の処遇等について、十分に理解しているか。
- ウ 結核等の伝染性の合併症を有する患者は、他の患者と区別して入院させているか。
- エ 都道府県知事又は指定都市市長に届出義務のあるものについては、確実に届出がなされているか。

19. 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の施行について

平成12年3月31日 障第247号

各都道府県知事・指定都市市長あて

厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

一部改正平成12年12月1日 障第889号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律65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に基づき創設することとなった精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号）については、本日付けで公布され、平成12年4月1日から施行されるところであるが、その施行に当たっては、下記に掲げる事項に十分留意の上、関係制度の円滑な実施につき遺憾なきを期されたい。

なお、精神障害者社会復帰施設における設備及び運営については、この基準によるほか、別紙のとおり「精神障害者社会復帰施設運営要綱」を定め、平成12年4月1日から実施することとしたので、施設の適正かつ円滑な運営を図られたい。

これらについて、貴職におかれては、貴管下市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

おって、これに伴い、昭和63年2月17日健医発第143号「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について」、平成8年5月10日健医発第573号「精神障害者地域生活支援事業実施要綱」及び昭和63年5月13日健医精発第17号「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」は廃止する。

別紙

精神障害者社会復帰施設運営要綱

第1 精神障害者社会復帰施設の処遇について

精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号。以下「設備運営基準」という。）に規定する処遇とは、利用者の依頼や相談に応じて、助言、指導、訓練その他の利用者に必要な援助を提供することである。本要綱における「援助の提供」の用語は、精神障害者社会復帰施設の在り方に鑑みて、設備運営基準における「処遇」の用語に代えて使用するものである。

第2 「医師」について

設備運営基準第16条第1項第3号、第26条第1項第3号、第33条第1項第2号及び第37条第1項第5号に規定する医師（以下「医師」という。）は、昭和63年2月17日健医発第143号「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について」において規定されていた「顧問医」に当たるものである。

従前、「顧問医」は、利用者の医学上の相談に応じるため、利用者の心身の状況を把握

し、必要に応じて精神障害者社会復帰施設の長に助言を行う、精神科の診療に相当の経験を有する非常勤の医師とされていたが、今後においても、医師に期待される役割は、「顧問医」に期待される役割と同様である。

なお、常時利用する者が10人以上20人未満の通所の精神障害者授産施設（以下「精神障害者小規模通所授産施設」という。）を始め、医師を必置としない施設においては、必要に応じ、医療機関、保健所、精神障害者地域生活支援センター等との連絡体制を整備するとともに、利用者の主治医と相互に連絡を取り、常に利用者の健康の状況に注意し、健康保持のための適切な措置を採るよう努められたい。

第3 精神障害者社会復帰施設の設置

医療法人等が精神障害者社会復帰施設を病院の敷地内に設置する場合にあっては、施設の独立性を保つため、病院と施設の境界及び施設専用の出入り口を設けるものとする。

第4 精神障害者社会復帰施設の職員

- 1 精神障害者社会復帰施設の職員のうち利用者に対する援助の提供に係る業務に従事する者は、精神障害者の福祉に熱意のある者であって、できる限り精神障害者の福祉の理論及び実際について訓練を受けたものとする。
- 2 精神障害者社会復帰施設の長は、職員の管理並びに業務の実施状況の把握及び管理を一元的に行うものとする。
- 3 精神障害者社会復帰施設の長は、設備運営基準において職員に係る事項を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。
- 4 精神障害者小規模通所授産施設は、利用者に対する援助の提供に関する責任体制を確立するため、職員のうち1名は常勤の職員でなければならない。

第5 秘密の保持、利益供与等の禁止

- 1 精神障害者社会復帰施設の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならないものとする。
- 2 精神障害者社会復帰施設は、職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならないものとする。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、利用者の援助の提供に係る事業者又はその職員が利用者に当該社会復帰施設を紹介することの対償として、これらの者に対し金品その他財産上の利益を供与してはならないものとする。
- 4 精神障害者社会復帰施設は、当該社会復帰施設の利用者を紹介することの対償として、利用者の援助の提供に係る事業者又はその職員から金品その他財産上の利益を收受してはならないものとする。

第6 利用の方法

- 1 精神障害者社会復帰施設は、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、職員の勤務の体制その他利用者の援助の提供に係る重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該援助の提供の開始について利用申込者の同意を得、書面に

よって契約を締結するものとする。

- 2 精神障害者社会復帰施設（精神障害者小規模通所授産施設は除く。）は、利用の申込みに当たって、利用者に対し、主治医により当該施設利用時の留意事項等が記載された別記様式1による意見書の提出を求めるものとする。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、利用の開始に際し、利用者の意向、心身の状況、環境及び病歴等の把握に努め、適切な援助の提供を行うこととし、正当な理由がなく、援助の提供を行うことを拒んではならないものとする。
- 4 精神障害者社会復帰施設は、利用の終了に際し、利用者からの求めがある場合には、精神障害者地域生活支援センター等関係機関に対して利用者に関する情報を提供し、密接に連携するよう努めるものとする。
- 5 精神障害者社会復帰施設は、利用の開始に際し、2の意見書の写しを添えて、速やかに当該施設の所在地を管轄する保健所長にその開始を別記様式2により報告するものとする。ただし、精神障害者小規模通所授産施設においては、2の意見書の写しの添付は不要である。
- 6 精神障害者社会復帰施設は、利用の終了に際し、速やかに当該施設の所在地を管轄する保健所長にその終了を別記様式3により報告するものとする。
- 7 精神障害者社会復帰施設を利用している利用者の状況について、当該施設の所在地を管轄する保健所長に年に1回、別記様式4により報告するものとする。

第7 利用者の負担

- 1 精神障害者社会復帰施設は、当該施設の維持管理等に必要な経費として当該施設が定めた利用料を利用者から徴収することができる。
- 2 精神障害者社会復帰施設は、飲食物費、日用品費、光熱水料その他個人に係る費用を実費として利用者から徴収することができる。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、利用料を徴収する場合、利用者個人の負担能力に配慮するよう努めるものとする。

第8 利用期間

- 1 精神障害者生活訓練施設の利用期間は、原則として2年以内とする。ただし、設備運営基準に規定する医師等の意見を聞いた結果、利用期間の延長が真に止むを得ないものと認められる場合は、1年を超えない範囲内で、1回に限り利用期間を延長できるものとする。
- 2 精神障害者授産施設の利用期間は、利用者各人の作業能力、医師等の意見等を勘案して、当該施設において決定するものとする。
- 3 精神障害者福祉ホームの利用期間は、原則として2年以内とする。ただし、医師等の意見を聞いた結果、利用期間の延長が必要と認められる場合は、利用期間を延長できるものとする。

第9 その他運営に関する事項

- 1 精神障害者社会復帰施設は、施設及び居室の定員を超えて、利用者には利用させては

ならないものとする。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

- 2 精神障害者社会復帰施設は、当該施設の見やすい場所に、運営規程の概要、職員の勤務の体制、利用料その他の援助の提供に関する重要事項を掲示するものとする。
- 3 精神障害者社会復帰施設は、当該施設について広告をする場合は、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならないものとする。
- 4 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対する援助の提供の内容その他の施設の運営に関する情報を開示し、運営の透明性を確保するよう努めるものとする。
- 5 精神障害者社会復帰施設は、受付者を明確にすること、施設内に窓口を設置すること等、利用者の苦情に対応する態勢を整えるものとする。
- 6 精神障害者社会復帰施設は、利用者に援助を提供するに当たって事故が発生した場合は、速やかに保健所等関係機関及び利用者の家族等に連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、利用者及びその家族に対して誠実に対応するものとする。
- 7 精神障害者社会復帰施設は、当該施設が本来の業務として行う事業の会計をその他の事業の会計と区分するものとする。
- 8 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対する援助の提供に当たって、常に利用者の心身の状況、環境等の的確な把握に努め、利用者及びその家族に対して相談に応じるとともに、必要な助言、指導等を行うよう努めるものとする。また、利用者に対して、生活技術の習得、対人関係、通院等に関して必要な助言、指導等を行うとともに、利用者相互間の交流に配慮するよう努めるものとする。
- 9 精神障害者社会復帰施設は、施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるよう努めるものとする。
- 10 精神障害者社会復帰施設は、食事の提供を行う場合にあっては、利用者の心身の状況及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行うものとする。

第10 精神障害者ショートステイ施設の運営

精神障害者生活訓練施設においては、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。）の運営を行うことができるものとする。

- 1 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、在宅における援助の提供が一時的に困難となったものとする。
- 2 ショートステイ施設の利用に当たっては、施設の特性に鑑み、簡便な方法で利用希望者が利用対象者として適当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精神障害者生活訓練施設の長は、当該精神障害者生活訓練施設の医師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は、利用者の意向を尊重しつつ、必要に応じ、利用者の居住地

を管轄する保健所，利用者の主治医等との連絡調整を行うものとする。

第11 経費の補助

国は，地方公共団体又は非営利法人が設置する精神障害者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であること。

(別記様式1)

医師の意見書

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

(注) 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

(別記様式2)

番 号
平成 年 月 日

保健所長 殿

施 設 名
施設長名 印

精神障害者社会復帰施設入所報告について

標記について、下記のとおり当施設へ入所しましたので、報告致します。

入 所 者	氏 名				
	住 所				
	性 別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	
利用契約年月日	平成 年 月 日				
利用開始年月日	平成 年 月 日				
援 助 計 画					

注1 援助計画欄には、生活訓練施設・福祉ホームへの入所については、施設での指導・訓練内容、通所事業（通所授産施設・通院患者リハビリテーション事業等）の利用予定、就労（アルバイト的なものを含む。）の予定等を記載し、授産施設、福祉工場においては、訓練予定期間等を記載すること。

2 ショートステイ施設については当様式の提出は不要である。

(別記様式3)

番 号
平成 年 月 日

保健所長 殿

施設名
施設長名 印

精神障害者社会復帰施設退所報告について

標記について、下記のとおり当施設を退所しましたので、報告致します。

退 所 者	氏 名					
	住 所					
	性 別	男・女	生年月日	大・昭・平	年	月 日
入 所 年 月 日	平成	年	月	日		
退 所 年 月 日	平成	年	月	日		
退所理由及び退所後の援助（退所後の援助は予定を含む。）						
留 意 事 項						

注 ショートステイ施設については当様式の提出は不要である。

精神障害者社会復帰施設利用報告：（施設の種別）（設置主体及び75施設名）

(別記様式4)

20. 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)の実施について

平成12年3月31日 障第24号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

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条の3に規定する障害者地域生活援助事業については、平成4年7月27日健医発第902号保健医療局長通知「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）の実施について」の別紙「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」（以下「実施要綱」という。）により行われているところであるが、今般、実施要綱の一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、平成12年4月1日から適用することとされたので通知する。

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）に必要な事項を記入の上、これを添えて都道府県知事に提出するものとする。
- (3) 都道府県知事は、申請者の精神障害者の社会復帰促進に関する実績及び事業実施能力並びに運営しようとするグループホームの内容を十分審査して、指定するものとする。
- (4) 運営主体は、既に承認を受けたグループホームについて、入居定員又は所在地の変更をしようとするときは、あらかじめ精神障害者グループホーム変更承認申請書（第3号様式）により都道府県知事の承認を受けなければならない。また、入居定員又は所在地以外の事項について変更又はグループホームを廃止しようとするときは、あら

かじめ精神障害者グループホーム変更（廃止）届（第4号様式）を都道府県知事に提出するものとする。

- (5) 前項に規定する変更承認申請書又は変更（廃止）届の提出については、(2)の規定を準用する。この場合、調査票は変更承認申請書については第2号様式に準じて作成し、変更（廃止）届については必要ないものとする。

4 入居対象者

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

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

(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賃借権を有すること。

(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人用居室にあつては、おおむね7.4m²（4.5畳）以上、2人用居室にあつては、9.9m²（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) 運営主体の長は、あらかじめ入居申込者又はその家族に対し、運営規定の概要、世話人の勤務の体制、その他入居者の援助の提供に係る重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該援助の提供の開始について入居申込者の同意を得、書面によって契約を締結するものとする。
- (2) 運営主体の長は、入居の申込みに当たって、入居申込者に対し、医師により入居時の留意事項等が記載された意見書（第7号様式）の提出を求めるものとする。
- (3) 運営主体の長は、入居の開始に際し、(2)の意見書の写しを添えて、速やかに当該グループホームの所在地を管轄する保健所長に開始の報告書（第5号様式）を提出するものとする。
- (4) 運営主体の長は、入居の終了に際し、速やかに当該グループホームの所在地を管轄する保健所長にその終了の報告書（第6号様式）を提出するものとする。

8 入居者及び世話人の費用負担

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

9 費用の支弁

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

10 経費の補助

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

(第5号様式)

番 号
平成 年 月 日

保健所長 殿

法人又は団体名
代表者名 印

精神障害者グループホーム入所報告について

票記について、下記のとおり当グループホームへ入所しましたので、報告致します。

入 所 者	氏 名				
	住 所				
	性 別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日	
利用契約年月日	平成 年 月 日				
利用開始年月日	平成 年 月 日				

(第6号様式)

番 号
平成 年 月 日

保健所長 殿

法人又は団体名
代表者名 印

精神障害者グループホーム退所報告について

票記について、下記のとおり当グループホームを退所しましたので、報告致します。

退 所 者	氏 名				
	住 所				
	性 別	男・女	生年月日	大・昭・平	年 月 日
入 所 年 月 日	平成 年 月 日				
退 所 年 月 日	平成 年 月 日				
退所理由及び退所後の援助（退所後の援助は予定を含む。）					
留 意 事 項					

(第7号様式)

医 師 の 意 見 書

精神障害者グループホームの利用を希望する者	医師				
	氏名		性別	男女	生年月日
病名	①主たる精神障害 ②従たる精神障害 ③身体合併症				
病歴	入院	過去	回数	程度	通算
	入院	前回入院期間	年	月	～ 年 月
	通院	1月当たり	日位通院 (直近について記載)		
最近の病状又は状態像					
精神障害者グループホーム利用時の留意事項	必要通院日数 共同生活について	①可能 ②条件がととのえば可能 ()			
	生活指導の必要性について	①なし ②ほとんど不要 ③時々必要 ()			
	昼間作業の適性について	①職業訓練 () ②作業訓練 ()			
(その他参考となる意見)					
平成 年 月 日		医療機関所在地 _____			
		名 称 _____			
		電 話 _____			
		医師の氏名 _____ 印			

(注) 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

21. 精神障害者社会適応訓練事業の実施について

平成12年3月31日 障第250号

各都道府県知事・指定都市市長あて

厚生大臣官房障害保健福祉部長通知

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条の4に規定する精神障害者社会適応訓練事業については、昭和57年4月16日衛発第360号公衆衛生局長通知「通院患者リハビリテーション事業の実施について」の別添「通院患者リハビリテーション事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）により行われているところであるが、今般、実施要綱の一部が別紙新旧対照表のとおり改正され、平成12年4月1日から適用することとされたので通知する。

1 目的

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

2 定義

(1) 協力事業所

「協力事業所」は、精神障害者に対する理解が深く、精神障害者に仕事を提供し、社会適応訓練を行うことを通じて、その社会的自立を促進することに熱意を有する事業所であって、都道府県知事又は指定都市市長（以下「知事等」という。）が適当と認めたものをいう。

(2) 対象者

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

3 実施主体

この事業の実施主体は、都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

4 社会適応訓練事業運営協議会の設置

知事等は、協力事業所の選定、対象者の決定、委託期間終了後の指導本事業の運用等について意見を聞くため、精神保健福祉センター長、保健所長、福祉事務所長、精神科医師等からなる協議会を設置する。

5 協力事業所登録の手続等

(1) 協力事業所の申込

協力事業所になろうとする事業所の代表者は、協力事業所申込書（別添第1号様式）を事業所所在地を管轄する保健所長を経て、知事等に提出するものとする。

(2) 調査及び登録

知事等は、協力事業所申込書を受理した時は、その記載事項、その他必要な事項について調査し、その適否を保健所長を通じ事業所の代表者に通知する。

また、知事等は適当と認めた事業所については、協力事業所登録簿（別添第2号様式）に登録する。

(3) 協力事業所選定の基準

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

ア 事業所の環境等の適否

(7) 作業場の人的、物的環境の良否

(4) 対象者を酷使するおそれの有無

(7) 経営の安定性

イ 精神障害者に対する理解とその社会適応促進に対する熱意の程度

ウ 作業の適否

(7) 作業の難易性及び適応性

(4) 危険性の有無

エ その他必要な事項

6 対象者登録の手続等

(1) 社会適応訓練の申込

社会適応訓練を希望する者は、社会適応訓練申込書（別添第3号様式）に主治医の意見書（別添第4号様式）を添えて居住地を管轄する保健所長を経て知事等に提出するものとする。

(2) 調査及び登録

知事等は、社会適応訓練申込書を受理した時は、その記載事項その他必要な事項について調査し、その適否を保健所長を通じ申込者に通知する。

また、知事は適当と認めた者については、対象者登録簿（別添第5号様式）に登録する。

7 委託の手続等

(1) 協力事業所に対する委託

知事等は、対象者についてその能力等を勘案し、社会適応訓練事業運営協議会の意見を聞いたうえで適切な協力事業所を選定し、対象者の同意を得たうえで、協力事業所との間で委託契約を結ぶものとする。

(2) 期間の決定

委託期間は、原則として6か月とし、3年を限度として更新することができる。

ただし、対象者の症状等により本事業の継続が不能又は不要になったときは委託契約を解除するものとし、合わせてその結果を社会適応訓練事業運営協議会に報告するとともに、必要に応じその意見を聞くものとする。

(3) 協力事業所と対象者の相互理解

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

(4) 登録簿の記載等

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

8 訓練期間中の指導等

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

9 委託期間終了後の取扱

知事等は、委託期間が終了したときは協力事業所から訓練の結果、報告書を提出させるとともに、主治医の意見を合わせて聞き、これらを社会適応訓練事業運営協議会に提出し、対象者の指導方法等につき同運営協議会の意見を聞いた上で適切に対処するものとする。

10 費用の支弁及び国の補助

(1) 費用の支弁

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

(2) 国の補助

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

22. 精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業の実施について

〔 障 第 468 号 〕
平成11年7月22日

在宅の精神障害者が、地域で安定した生活を送っていくためには、日常生活の支援が必要であることから、先般、精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）が改正され、平成14年度より精神障害者に対する居宅介護等事業が実施されることとなったところである。

今般、平成14年度からの円滑な施行に資するため、別紙のとおり「精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業実施要綱」を定め、平成11年度から実施することとしたので、その適正かつ円滑な運営を図られたく通知する。

精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業実施要綱

1. 目的

精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）は、精神障害のため日常生活を営むのに支障のある精神障害者に対し、その者の居宅に訪問介護員（ホームヘルパー）を派遣し、食事、身体の清潔の保持等の介助その他の日常生活を営むのに必要な便宜を供与することにより、もって精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とし、平成14年度より市町村を中心として本格施行されたこととなったところである。

本事業は、精神障害者に対するホームヘルプサービスを試行的に実施することにより、平成14年度からの円滑な実施を目的とするものである。

2. 実施主体

事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。ただし、ホームヘルパーの派遣については、管内の市町村に委託して実施するものとする。

3. 実施内容

(1) 精神障害者訪問介護評価検討委員会

ア. 都道府県等は、市町村、保健所、精神保健福祉センター等の福祉・保健・医療関係者で構成する精神障害者訪問介護評価検討委員会（以下「評価検討委員会」という。）を置くものとする。

また、地域の実情に応じ、ホームヘルパーの派遣について委託を受けた市町村（以下「事業実施市町村」という。）に置くことができるものとする。

イ. 評価検討委員会は、精神障害者のホームヘルプに関する次の事項について、評価・検討を行う。

- ① ホームヘルプによって得られたケースの集約、効果の評価、検討
- ② ホームヘルプの対象となる精神障害者の状態像の検討

- ③ 精神障害者の状態に応じたサービス内容、サービス量
- ④ ホームヘルパーの必要量、派遣の在り方
- ⑤ ホームヘルパーに対する研修の在り方
- ⑥ その他評価検討委員会で検討が必要と判断された事項

ウ. 評価検討委員会は、事業実施市町村への助言・指導を行うこととする。

エ. 評価検討委員会で検討された内容及び事業の報告等については、平成12年4月30日までに別途通知する様式により、事業報告書を提出すること。

(2) ホームヘルパーに対する講習の実施

ア. 都道府県等はホームヘルパーに対して、精神障害に関する知識や、精神障害者との関係づくりの方法等を修得させるため、精神保健福祉センター等において精神障害についての講習会を実施するものとする。

イ. 講習会は、地域の実情に応じ、事業実施市町村において実施することができるものとする。

ウ. 講習会の開催に当たっては、平成14年度の本格施行に備え、事業を実施するホームヘルパーに限らず多数のホームヘルパーに参加させるよう努めるものとする。

エ. 講習内容については、別途通知する内容を基本とし、地域の実情に応じて実施するものとする。

オ. 事業を実施するホームヘルパーに対する講習受講期間中の手当等については、別に定めるところによる国庫補助の対象経費とする。

(3) ホームヘルパーの派遣

事業実施市町村は、上記(2)の講習を受けたホームヘルパーを事業対象者に対して派遣する。

ただし、人口規模の小さな市町村等において実施する場合には、複数の市町村で共同で行うことができるものとする。

ア. 事業実施市町村は、対象者及びホームヘルパーにより提供されるサービスの内容の決定を除き、この事業の一部を適切な事事業運営が確保できると認められる市町村社会福祉協議会、社会福祉法人、福祉公社及び医療法人等並びに昭和63年9月16日老福第27号・社更第187号老人保健福祉部長・社会局長連名通知による「在宅介護サービスガイドライン」の内容を満たす民間事業者等並びに別に定める要件に該当する介護福祉士に委託することができるものとする。

イ. 事業対象者

本事業の対象者は、精神障害者保健福祉手帳を所持する精神障害者であって、精神障害のために日常生活を営むのに支障があり、身体の清潔の保持等の介助等の便宜を必要とする場合とし、以下の各号に留意の上、事業実施市町村が保健所、医師等と連携の上選定するものとする。

ただし、手帳の申請とホームヘルプの利用申込みとを同時に行っても差し支えないものとする。

- ① 一定期間以上の入院歴がある等、長期間の療養により生活能力が低下しているものであること。
- ② 障害が重いか又は相当程度の介護を必要とし、かつ、精神障害者保健福祉手帳の認定基準の能力障害のうち、少なくとも「1 適切な食事摂取」又は「2 身辺の清潔保持」のいずれかに能力障害を有するものであること。
- ③ 単身者であるか、又はその家族の高齢等により、生活能力が低下していること。
- ④ ホームヘルパーを派遣して差し支えない程度に病状が安定していること。
- ⑤ 事業対象者は、精神分裂病やうつ病等の疾患の種別、生活能力障害の程度（精神障害者保健福祉手帳の等級の1～3級の状態にそれぞれ該当する者）、単身者等の家庭環境を勘案して選定する等、できるだけ様々な状態の者が含まれることが望ましいこと。

ウ. サービスの内容

事業対象者に対して提供されるサービスについては、特に精神障害による日常生活能力の障害に対応するため、バランスのとれた食事の摂取、掃除、洗濯、洗身等などの清潔の保持、更衣等の便宜を図ることが重要であり、以下のようなサービスを提供すること。

なお、これらのサービスが、単なる家事援助でなく、援助を通じて精神障害者である事業対象者の回復を促すリハビリ的な側面も期待されることに留意すること。

- ① 食事の準備
- ② 身体の清潔の援助
- ③ 住居等の掃除、整理整頓
- ④ 買物の同行・助言（お金の使い方の助言、家計簿を一緒につける等。金銭を預かる等の財産管理は行わない。）
- ⑤ 通院等の援助、定期的な服薬の助言（内服薬の確認、日付をつけて整理する等の服薬しやすい工夫、自分で勝手に中断している場合は本人に確認し医師、保健婦等に連絡する等であり、いわゆる医学的管理ではない。）
- ⑥ 心配事の相談、話相手、隣近所とのつきあいの相談、関係づくり、また、必要に応じ身体介護に係るサービスも提供するものとする。

エ. 利用手続き

- ① 市町村は、対象者に事業の趣旨を十分に説明し、ホームヘルパーの派遣希望の意志を確認すること。
- ② 当該精神障害者又はその者が属する世帯の生計中心者は、市町村長に対して利用の申込みをすること。
- ③ 市町村長は、利用申込みがあった場合、すみやかに状況把握を行いホームヘルパーの派遣の可否を決定すること。
- ④ 市町村長は、当該精神障害者の状況及びその置かれている環境を十分に勘案して、対象者に対するホームヘルパーの派遣回数、時間数（訪問から辞去までの実

質サービス時間数とする。)及び提供されるサービスの内容を決定すること。

⑤ 市町村長は、利用申込み者に対し、ホームヘルパー利用の応諾をする。

オ. 保健婦等の同行訪問

事業対象者に対するホームヘルプサービスを行う際の利用者との円滑な関係づくりや、突然の病状の変化等の対応のために、訪問開始時及び適宜保健婦等を同行訪問させること。

カ. 費用負担

事業の趣旨に鑑み費用の負担は求めないこととするが、平成14年度の本格実施施行以後は費用の負担が生じることとなるので、事業対象者にはその旨十分に説明すること。

キ. ホームヘルパーの選考

本事業のホームヘルパーは、次の要件で備えている者のうちから選考するものとする。

① 心身ともに健全であること。

② 精神障害者福祉に理解と熱意を有すること。

③ 精神障害者の介護、家事及び相談助言を適切に実施する能力を有すること。

4. 事業実施上の留意事項

(1) 事業を円滑に行うため、精神保健福祉センター、保健所等は市町村に対する技術的支援を行うこと。

(2) 事業対象者に対しては、事業の趣旨を十分に説明し、円滑に協力が得られるようにしなければならない。

(3) 事業の実施に参画した関係者等は、本事業において知り得た個人に関する秘密を他に漏らしてはならない。

5. 経費の負担

この実施要綱により行う事業に要する経費については、別に定めるところにより国庫補助を行うこととする。

23. 知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度について

障 第 619 号
平成11年9月22日

今般、身近な施設の利用を可能にし、障害者のニーズに応え、授産施設の相互利用を推進するため、別紙のとおり「知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度実施要綱」を定め、平成11年4月1日から適用することとしたので、了知のうえ円滑かつ適正な実施につき配慮するとともに、管下各福祉事務所、保健所及び市町村等に周知願いたい。

知的障害者及び精神障害者に係る通所授産施設の相互利用制度実施要綱

1. 目 的

知的障害者が精神障害者通所授産施設を、精神障害者が知的障害者授産施設（通所）を相互に利用する制度（以下「相互利用制度」という。）は、これらの施設において、一定割合の知的障害者、精神障害者が相互に通所利用することによって、障害者の身近な地域での自活の訓練や働く場を確保するとともに、授産施設の効果的運営を図ることを目的とする。

2. 実施主体

- (1) 知的障害者の精神障害者通所授産施設利用については、知的障害者福祉法第9条に定める援護の実施者とする。
- (2) 精神障害者の知的障害者授産施設（通所）利用については、都道府県及び指定都市とする。

3. 対象施設

- (1) 相互利用制度を実施することができる授産施設は、次の施設種別（以下「対象施設」という。）とする。
 - ア. 知的障害者授産施設（分場を含む。）
 - イ. 精神障害者通所授産施設
- (2) 相互利用制度を実施しようとする対象施設の長は、制度を実施する定員についてあらかじめ都道府県知事に協議し、承認を得るものとする。

4. 利用形態

通所による利用とする。

5. 利用の決定

(1) 申請

精神障害者通所授産施設の利用を希望する知的障害者は、授産施設等利用申請書（別紙様式1）に、療育手帳又は知的障害者更生相談所の判定書の写を添えて、実施主体に申請する。

知的障害者授産施設（通書）の利用を希望する精神障害者は、授産施設等利用申請書に、医師の意見書を添えて、居住地を所管する保健所長に申請する。

(2) 審査及び調整

実施主体又は保健所長は、申請を受理したときは、速やかに当該利用申請者の稼働能力、健康状態等を審査するものとする。その結果を踏まえ、当該地域における施設の状況を勘案し、本制度の利用の適否を判断したうえで、対象施設との間において利用の調整を行う。

(3) 利用の決定

実施主体又は保健所長が、利用を適当と認める場合は、当該利用申請者に対し利用決定通知書（別紙様式2）を交付するとともに、施設の長に対し利用依頼書（別紙様式3）を送付するものとする。

なお、利用が不適当と認める場合は、当該利用申請者に対し、別紙様式4によりその理由を通知する。

6. 利用料の負担

利用者、保護者及び主たる扶養義務者は、次に定める額を施設に対し納付するものとする。

(1) 知的障害者が精神障害者通書授産施設を利用する場合

施設利用に係る飲食物費、日用品費、光熱水料等の実費相当額。

(2) 精神障害者が知的障害者授産施設（通所）を利用する場合

施設利用に係る飲食物費、日用品費、光熱水料等の実費相当額。

7. 利用にかかる経費の支弁

実施主体は、知的障害者が精神障害者通所授産施設を、精神障害者が知的障害者授産施設（通所）を利用した場合は別表に定める額を支弁する。

8. 国の補助

国は、実施主体に対し、7により支弁した額の一部を次により補助するものとする。

(1) 知的障害者が精神障害者通所授産施設を利用する場合は、「障害児施設措置費及び知的障害者施設措置費国庫負担金交付要綱」（平成9年10月17日厚生省障第263号厚生事務次官通知の別紙。以下「知的障害者交付要綱」という。）に準じて算定した額。

(2) 精神障害者が知的障害者授産施設（通所）を利用する場合は、「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」（平成10年6月15日厚生省障第194号厚生事務次官通知の別紙。以下「精神障害者交付要綱」という。）により算定した額。

9. 国の補助の調整

精神障害者通所授産施設が対象施設となった場合の当該精神障害者通所授産施設運営費の補助金の算定額については、精神障害者交付要綱に定める相互利用の基準額に受け入れた知的障害者数を乗じた額を控除して行うものとする。

(別表)

利用者	利用施設	支弁基準額
知的障害者	精神障害者通所授産施設	知的障害者交付要綱に定める知的障害者施設事務費の通所施設の一般保護単価及び授産施設加算分保護単価の場合と同様とする。
精神障害者	知的障害者授産施設（通所） （分場を含む）	精神障害者交付要綱に定める相互利用の額とする。

24. 地域生活援助事業の相互利用制度について

平成11年9月22日 障第618号

各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長あて

厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

今般、就労先により近いグループホームの利用を可能とするため、別紙のとおり「地域生活援助事業の相互利用制度実施要綱」を定め、知的障害者が精神障害者グループホームを、精神障害者が知的障害者グループホームを利用できる相互利用制度を実施することとしたので、了知のうえ、円滑かつ適正な実施につき知的障害者福祉主管課と精神保健福祉主管課の連携を図るとともに、管下各福祉事務所及び保健所等関係機関に周知願いたい。

(別紙)

地域生活援助事業の相互利用制度実施要綱

第1 目的

知的障害者の精神障害者グループホーム及び精神障害者の知的障害者グループホームの相互利用（以下「相互利用制度」という。）は、これらのグループホームにおいて、それぞれのグループホームの本来の目的を損なわない範囲内で、一定割合の知的障害者及び精神障害者が相互に利用することによって、障害者の地域での生活の場を確保し、自立を促進するとともにグループホームの効率的運営を図ることを目的とする。

第2 実施主体

知的障害者の精神障害者グループホーム利用については、知的障害者地域生活援助事業実施要綱（平成元年5月29日児発第397号厚生省児童家庭局長通知の別紙）（以下「知的障害者グループホーム実施要綱」という。）の第7に規定する援護の実施者、精神障害者の知的障害者グループホーム利用については、都道府県、指定都市とする。

第3 制度の準用

- (1) 知的障害者の精神障害者グループホームの利用については、知的障害者グループホーム実施要綱の第4、第8及び第9の規定を準用する。
- (2) 精神障害者の知的障害者グループホームの利用については、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年7月27日健医発第902号厚生省保健医療局長通知の別紙）の4、7及び8の規定を準用する。

第4 費用の支弁

実施主体は、知的障害者が精神障害者グループホームを利用した場合及び精神障害者が知的障害者グループホームを利用した場合、それぞれのグループホームの運営主体に対し、当該グループホームの運営に係る必要な費用を支弁するものとする。

第5 経費の補助

国は、実施主体が第4により支弁した費用について、別に定めるところにより補助するものとする。

第6 国の補助の調整

精神障害者グループホームが対象施設となった場合の当該精神障害者グループホームの精神障害者地域生活援助事業費の算定については、「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」（平成10年6月15日厚生省障第194号厚生事務次官通知の別紙）に定める相互利用の基準額に受け入れた知的障害者数を乗じて得た額を控除して行うものとする。

第7 留意事項

相互利用制度の実施は、当該グループホームの運営主体、世話人及び利用者相互の合意ができる場合において実施すること。

25. 長期在院患者の療養体制整備事業の実施について

〔 障 第 514 号 〕
平成11年8月10日

精神障害者の社会復帰・福祉施策の推進については、かねてから特段の御配慮を賜っているところであるが、精神障害者の社会復帰と自立の一層の促進を図るため、今般、別紙のとおり「長期在院患者の療養体制整備事業実施要綱」を定め平成11年度から実施することとしたので、その適正かつ円滑な実施を図られたく通知する。

長期在院患者の療養体制整備事業実施要綱

1. 目的

長期在院患者の療養体制整備事業は、症状が相当程度改善している精神障害者の社会復帰、家庭復帰の援助をするために、生活の場を与えるとともに、社会復帰のための必要な指導等を行う施設（精神障害者福祉ホームB型。以下「福祉ホームB型」という。）を整備し、社会復帰と自立の促進を図る事業を試行的に実施するものである。

2. 実施主体

実施主体は、都道府県、市町村、社会福祉法人、医療法人若しくはその他の者とする。
なお、地方公共団体が実施する場合は、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。

3. 実施場所

この事業は、医療的なケアを十分確保するため医療機関と密接な連携を図ることのできる場所において実施するものとする。

4. 利用対象者

福祉ホームB型の利用対象者は、病状は安定していて必ずしも入院治療を必要としないが、意欲面の障害若しくは逸脱行動の症状を有する、又は、高齢化による一定程度の介助を必要とする状態にある精神障害者で、一定程度の介助があれば、日常生活を営むことができる者とする。

5. 利用の方法

- (1) 福祉ホームB型の利用は、利用者と実施主体の長との契約によるものとする。
- (2) 福祉ホームB型の利用を希望する精神障害者（以下「利用希望者」という。）は、実施主体の長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1以下「意見書」という。）を添付して、利用の申込みをするものとする。
- (3) 実施主体の長は、利用希望者から利用の申込みがあった場合は、意見書を確認の上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ものとする。
- (4) 保健所長は、精神障害者から求めがあったときは、福祉ホームB型の利用について、相談に応じ、斡旋及び調整を行うとともに、実施主体の長に対し、利用の要請を行う。

この場合、実施主体の長は、できる限り協力しなければならない。

6. 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実施主体が定めた利用料（以下「利用料」という。）を負担するものとする。

なお、利用料を定めるに当たっては、社会通念上の低額な料金の範囲を逸脱しないよう留意しなければならない。

(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。

7. 定員

福祉ホームB型の定員は、おおむね20人とする。

8. 利用期間

福祉ホームB型の利用期間は、5年以内を原則とする。ただし、実施主体の長は、連携する医療機関の医師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。

9. 職員

(1) 福祉ホームB型には、管理人1名及び指導員3名を置くものとする。

(2) 指導員のうち1名は精神保健福祉士とする。

(3) 管理人は、福祉ホームB型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。

10. 職員の専従

福祉ホームB型の職員は、専ら当該施設の職務に従事することができる者をもって充てなければならない。

11. 職員の業務

(1) 管理人は、施設の管理業務のほか、必要に応じ指導員の業務を補助するものとする。

(2) 指導員は、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、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とともに、入居者に対し介助及び以下の指導等を行うものとする。

ア. 生活技術（掃除、洗濯等）の習得のために必要な助言、指導及び介助

イ. 対人関係についての助言、指導

ウ. 通院等に対する助言、支援

エ. 金銭の使途の指導

オ. 余暇の活用の指導

カ. 就労についての助言、指導

キ. その他独立自活を行うために必要な助言、指導及び介助

(3) 管理人又は指導員の中から施設の総括責任者を置くものとする。

12. 給食等

福祉ホームB型においては、原則として自炊によるものとするが、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。

13. 構造・設備

(1) 福祉ホームB型の構造及び設備は、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) 福祉ホームB型は、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) 福祉ホームB型の建物は、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。

(4) 福祉ホームB型の建物面積は、原則として入居者1人につき23.3m²以上とすること。

(5) 福祉ホームB型に必要な設備は、次のとおりとする。

ア. 居室

イ. 相談・指導室

ウ. 調理室

エ. 浴室

オ. 洗面所

カ. 便所

キ. 管理人室

ク. 事務室

(6) 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8.0m²以上とすること。

ただし、長期療養の環境に配慮されていれば複数人の居室を設置することができる。

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。

14. 管理規程等の整備

(1) 総括責任者は、利用料及び利用者が守るべき規則等を明示した管理規程を定め、利用者に周知しておかななければならない。

(2) 総括責任者は、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なければならない。

(3) 総括責任者は、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なければならない。

(4) 総括責任者は、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。

15. 事業開始の届出等

(1) 実施主体の長は、この事業を開始したときは、事業開始の日から1月以内に、実施場所の都道府県知事に次に掲げる事項を届け出なければならない。

ア. 実施主体の沿革及び資産状況

イ. 施設の名称及び所在地

ウ. 施設の管理者及び指導員の氏名並びに経歴

エ. 事業開始年月日

オ. 利用定員

カ. 業務の内容

キ. 施設規模及び構造

ク. 職種別の職員数

ケ. 協力医療機関及びその医療協力体制（協力医療機関の同意書を添付すること。）

コ. その他参考となる事項

(2) 実施主体の長は、前項の規定により届け出た事項に変更を生じたときは、変更の日から1月以内にその旨を当該都道府県知事に届け出なければならない。その事業を廃止したときも、同様とする。

16. 業務報告

(1) 実施主体の長は、福祉ホームB型の利用について、毎年6月30日現在の状況を、別記様式2により、当該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) 実施主体の長は、利用者の入所又は退所があった場合は、速やかに別記様式3又は4に定める様式により、当該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。

17. 協力医療機関

(1) この事業の実施主体は、治療を必要とする入居者のために、あらかじめ、協力医療機関を定めておかななければならない。

(2) 協力医療機関は、緊急時の医療体制を整えておかななければならない。

18. 経費の補助

国は、地方公共団体又は非営利法人が実施する長期在院患者の療養体制整備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。

26. 精神病院療養環境整備事業の実施について

〔 障 第 710 号 〕
平成10年12月11日

精神障害者に対する適切な保健及び福祉の確保については、かねてより特段の御配慮を賜っているところであるが、精神病院における入院患者の療養環境の改善を図るため、今般、別紙のとおり「精神病院療養環境改善整備事業要綱」を定め、平成10年12月11日から適用することとしたので、その適正かつ円滑な実施を図られたく通知する。

精神病院療養環境整備事業実施要綱

1. 目 的

この事業は、精神病院における鉄格子の撤去又は保護室の改修等を行い、入院患者の人権確保及び療養環境の改善を図ることを目的とする。

2. 事業の実施主体

この事業の実施主体は、精神保健福祉法第19条の10第1項に規定する精神病院を設置する都道府県及び同法第19条の8に規定する精神病院を設置する市町村、公的医療機関又は営利を目的としない法人とする。

3. 整備基準

次に掲げるいずれか又は全てを行う整備であること。

- (1) 鉄格子を撤去し、強化ガラスへの更新等を行う整備（鉄格子撤去と併せて行う、病棟の療養環境改善を図るための改修を含む。）であること。
- (2) 保護室を改修し、療養環境の改善（水洗便所、冷暖房設備の設置、床壁等内装の改修等）を図るとともに、改修後は個室で1室当たりの面積が内法で10m²以上（保護室専用の前室又は通路を含む。）となる整備であること。

27. 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について

平成12年3月31日 障第245号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段のご配慮をいただいているところであるが、今般、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）により、精神障害者保健福祉手帳に関する事項を定めた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65号。以下「法」という。）第45条の一部が改正され、手帳の返還命令等に関する規定が新たに追加されるとともに、法施行令（昭和25年政令第155号）及び法施行規則（昭和25年厚生省令第31号）の関連規定も整備されたところである。

このため、平成7年9月12日健医第1132号保健医療局長通知の別紙「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」の一部を別添の新旧対照表のとおり改正し、平成12年4月1日から適用することとしたので了解願いたい。

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。（令5の3）

- 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。(令6の2)

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) 手帳の申請を受領する際に、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などの方法により、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7①、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7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。(令8②, ③)

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7④)

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。(令7⑤)

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。

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。(令7②)

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。(令7③)

また、都道府県知事は、台帳に必要な事項を記載する。

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9①）

(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29）

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。（令9②）

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10①）

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。（令10③）

(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。（令10②）

6 手帳の返還等

(1) 手帳の交付を受けた者は、政令で定める精神障害の状態がなくなったときは、速やかに都道府県に返還しなければならない。（法45の2①）

手帳の返還は、当該精神障害者保健福祉手帳に記載された居住地を管轄する保健所長を経て行わなければならない。（令10の2②）

(2) 都道府県知事は、手帳の交付を受けた者について、政令で定める精神障害の状態がなくなったと認めるときは、その者に対し手帳の返還を命ずることができる。（法45の2③）

(3) 都道府県知事が手帳の返還を命じようとするときは、あらかじめ精神保健指定医による診察を行わなければならない。(法45の2④)

なお、この場合における取り扱いは以下によること。

ア 都道府県知事が、精神病院への立ち入りを行い、指定医の診察の結果、入院中の者が政令で定める精神障害の状態でないことが判明し、手帳を所持していた場合には、6の(4)の手続きにより手帳の返還を命ずること。

イ 精神障害の状態でないことが著しく疑われる者、又は偽りその他不正の行為によって手帳を取得したことが著しく疑われる者であつては、あらかじめ別紙様式5により診察を行う日時等を本人に通知したうえで、指定医による診察を実施すること。なお、診断書の様式は別紙様式2とする。

ウ イにより診察を行う旨を通知したにもかかわらず、これに応じない場合には、期限を定めて再度診察を受けるように督促すること。

(4) 都道府県知事は、指定医の診察の結果、その者が政令で定める精神障害の状態でないことと診断された場合には、あらかじめ地方精神保健福祉審議会の意見を聴き、理由を付して手帳の返還を命ずる旨を通知しなければならない。(法45の2⑤)

なお、通知の様式は別紙様式6とする。

7. 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。(令10の2①)

(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。(令7⑥)

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

⑤ 法第45条の2第3項の規定により、都道府県知事が手帳の返還を命じたとき。

(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。

(別紙様式1～4) 略

(別紙様式7) 略

(別記様式5)

第 年 月 日 号

診 察 通 知 書

殿

都道府県知事



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の2第4項の規定に基づく精神保健指定医による診察を、下記のとおり実施することとなりましたので通知します。

なお、診察を受けられない理由がある場合は、あらかじめ下記の連絡先へ申し出て下さい。また、当日は本書を持参し提示して下さい。

記

- 1 診察を行う理由
- 2 診察予定日時
- 3 場 所
(備考) 案内図等を表記

- 4 連 絡 先

(別記様式6)

第 号
年 月 日

障 害 者 手 帳 返 還 通 知 書

殿

都道府県知事



平成 年 月 日に実施された、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の2第4項の規定に基づく診察の結果、施行令第6条の規定による精神障害者保健福祉手帳の障害等級に定める精神障害の状態に該当しなかったため、同法第45条の2第3項の規定により速やかに〇〇〇保健所長に返還することを命ずる。

28. 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 (精神障害であつて、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。 <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
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）	<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 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 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、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、痴呆は著しくはないが、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、痴呆は著しくはないが、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自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。 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。 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。 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。 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ず不安定である。 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。 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。 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、なお十分とはいえず援助を必要とする。 <p>（上記1～8のうちいくつかに該当するもの）</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、滅裂思考、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、病相期がひんぱんに繰り返し、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

非定型精神病的発病は急激で、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烈な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途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・行動パターンへの障害、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

他人の話の聞き取り、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 社会的手続きや公共施設の利用

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しやすい。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しやすい。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。

29. 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。
(相統税法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。(相統税法第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。

30. 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、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)のあからうまでに掲げる時までに、(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)

31. 痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設の施設整備基準について

昭和63年7月5日 健医発第785号

各都道府県知事あて厚生省保健医療局長通知

改正 平成2年6月18日健医発第800号

同 3年6月26日同 第819号

痴呆性老人対策の推進については、かねてから特段の御配慮を煩わしているところであるが、今般、痴呆性老人対策の一環に資するため、別添のとおり「老人性痴呆疾患専門治療病棟施設整備基準」及び「老人性痴呆疾患デイ・ケア施設施設整備基準」を定め、昭和63年度から実施することとしたので、その適正かつ円滑な整備を図られたく通知する。

なお、貴管下市町村、医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

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

デイ・ケア利用者のための休憩室を設けること。

4 構造設備の基準

- (1) 老人性痴呆疾患デイ・ケア施設は，原則として1階に設置することとし，2階以上の場合は，エレベーターを設置するほか，直接屋外へ通ずる避難路を備えること。
- (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり，消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。
- (3) 空気調和設備等により，施設内の適温の確保に努めるとともに，換気による臭気対策に配慮すること。
- (4) 床材は滑りにくく，衝撃吸収性が高いものを使用すること。
- (5) 車椅子等の設備を必要数確保すること。

老人性痴呆疾患治療病棟施設整備基準

第1 老人性痴呆疾患治療病棟の基本的な考え方

- 1 老人性痴呆疾患治療病棟の目的は、精神症状や問題行動が特に著しいにもかかわらず、寝たきり等の状態にない痴呆性老人であって、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、これを入院させることにより、精神科的医療と手厚いケアを短期集中的に提供するものであること。
- 2 老人性痴呆疾患治療病棟を有する医療機関は、痴呆性老人に関する相談、家族に対する在宅療養の指導、痴呆性老人に対するデイ・ケアなどを実施し、地域に開かれた施設として機能するよう努めるとともに、痴呆性老人に対する高度専門医療機関として、地域の医療機関、保健所及び社会福祉施設等と十分に連携を保つものであること。

第2 施設及び設備に関する事項

1 一般原則

- (1) 老人性痴呆疾患治療病棟の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法、老人精神病棟に関する公衆衛生審議会の意見、精神病院建築基準（昭和44年衛発第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、老人性痴呆疾患治療病棟がその目的の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) 患者一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1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 保育病床数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 構造整備の基準

- (1) 老人性痴呆疾患治療病棟は，原則として一階に設置することとし，二階以上の場合は，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利用すること。
- (6) 窓には，いわゆる鉄格子を設置しないこと。
- (7) 高さが簡単に調節できる寝台（ギャッジベッド），車椅子，ストレッチャー等の

設備を必要数確保すること。

老人性痴呆疾患デイ・ケア施設設備基準

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、精神症状や問題行動が激しい痴呆性老人を対象とするデイ・ケアを実施し、生活機能を回復させるための訓練及び指導、家族に対する介護指導等を実施するものであること。

第2 施設及び整備に関する事項

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
 - デイ・ケア利用者のための休憩室を設けること。

4 構造整備の基準

- (1) 老人性痴呆疾患デイ・ケア施設は、原則として一階に設置することとし、二階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。
- (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。
- (3) 空気調和設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気

- 対策に配慮すること。
- (4) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを使用すること。
 - (5) 車椅子等の設備を必要数確保すること。

32. 老人性痴呆疾患センター事業実施要綱について

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

33. 老人性痴呆疾患療養病棟施設整備基準について

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ものとすること。

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。

34. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について

平成12年3月31日 障第251号
各都道府県知事・指定都市市長あて
厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

保健所及び市町村における精神保健福祉業務については、これまで、平成8年1月19日健医発第58号保健医療局長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」の別紙「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要綱」に基づき行われているところであるが、近年の精神病院における人権侵害事案の頻発、在宅の精神障害者の増加、精神障害者を支える家族の高齢化や単身の精神障害者の増加などの精神医療及び精神障害者の福祉をめぐる状況等を踏まえ、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）の一部が改正されたところである。

今般の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律（平成11年法律第65号）の施行により緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項、精神障害者の居宅生活支援に関する事項等、保健所及び市町村が関わることとなる事業が創設された。改正法の施行は平成12年4月1日であるが、居宅生活支援に関する事項については平成14年4月1日の施行となっている。

また、保健所のあり方については、地域保健法（昭和22年法律第101号）により、保健所と市町村による地域保健の基盤整備が進められ、さらに、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部を変更する件」（平成12年厚生省告示第143号）により、地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年厚生省告示第374号）の一部が変更され、地域保健対策を推進するための中核としての保健所等の今後の取組の基本的方向が示されたところである。

さらに、うつ病患者の増加、自殺者の増加等にみられるような、最近の社会の複雑化に伴う心の健康づくり対策の重要性が再認識されているところであり、また、大規模災害や犯罪被害者に対する心の健康づくり対策が社会問題化している。

このような施策の進展に鑑み、今般、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領を別紙のように定め、平成12年4月1日より適用することとしたので、これに留意の上、精神保健福祉業務の運営の充実を図り、精神保健福祉施策の推進に万全を期されたい。

なお、平成8年1月19日健医発第58号各都道府県知事、指定都市市長あて厚生省保健医療局長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」は廃止する。

おって、管下市町村及び関係機関に対する周知及び指導についてご配慮願いたい。

保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領

第1部 保健所

第1 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域精神保健福祉業務（精神保健及び精神障害者福祉の業務をいう。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、最近、自殺の増加や他者に危害を加えるという事例が社会問題化しており、こうした精神的、心理的な問題を背景に持つ者に適切に対応する心の健康づくり対策等保健所を行う地域精神保健福祉業務の役割はより高まっている。

なお、今般の法改正においては、緊急に入院を必要とするにもかかわらず、精神障害のため同意に基づいた入院を行う状態にないと判定された精神障害者を都道府県知事の責任により適切な病院に移送する移送制度の創設、精神病院に対する指導監督の強化、精神障害者社会復帰施設の指導監督の強化等の改正が行われ、保健所の積極的な関わりが期待されている。

また、従来、保健所を行う精神障害者社会復帰施設又は精神障害者地域生活援助事業若しくは精神障害者社会適応訓練事業の利用についての相談、助言を精神障害者地域生活支援センターに委託することができることとなったので、これを活用するとともに、保健所においても利用者の状況を把握すること。

さらに、地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、平成14年4月1日より市町村において、在宅の精神障害者に対する支援施策を実施することとしており、保健所においては、市町村がこれらの事務を円滑に実施できるよう、専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要である。

第2 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。）、精神保健福祉士、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、精神保健福祉士に加え、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3 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、小規模作業所など、

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

精神分裂病、アルコール、薬物、思春期、青年期、痴呆等について、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、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、痴呆等の相談など、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、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、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、家庭内暴力やいわゆるひきこもりの相談その他の家族がかかえる問題等についての相談指導を行う。

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) 精神障害者社会復帰施設の届出等

精神障害者社会復帰施設については、ともすれば障害特性等から人権侵害を受けやすい精神障害者を対象とするものであること等に鑑み、施設の設置に先立って都道府県知事に届出をさせるとともに、施設の休止又は廃止についても同様の手続によることとした。

保健所は管内の精神障害者社会復帰施設の状況の把握に当たり、当該届出を活用すること。

(3) 精神障害者社会復帰施設の利用

従来、精神障害者社会復帰施設の利用に当たっては、保健所長が利用希望者に対し、利用の推薦状の交付を行っていたが、利用者の負担を軽減する観点から、精神障害者社会復帰施設の長が医師の意見書の写しを添えて当該施設の所在地を管轄する保健所長に報告するものとされた。また、利用の終了に際しても同様の報告が求められ、さらに、施設を利用している者の状況について、年1回報告することとされた。

保健所長は、これらの報告を受けたときは必要に応じ技術的な助言等を行うとともにそれらの情報を適切に管理し、当該利用者の状況把握に役立てること。

(4) 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

助の内容等を勘案し、当該精神障害者が最も適切な精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助事業、社会適応訓練事業等の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行う。この場合においては、できるだけ民間の専門家の能力を活用していくことが効率的であることから、保健所長は、当該事務を精神障害者地域生活支援センターに委託することができることとされたので、これを活用するとともに、保健所においても利用者の状況を把握すること。

また、保健所長は、助言を受けた精神障害者から求めがあった場合には、必要に応じて精神障害者社会復帰施設の利用又は精神障害者地域生活援助事業等の利用についてあつせん又は調整を行うとともに、必要に応じて、精神障害者社会復帰施設の設置者又は精神障害者地域生活援助事業等を行う者に対し、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精神障害者地域生活援助事業等を行う者は、あつせん、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るよう、公共職業安定所等における雇用施策との連携を図る。

(5) 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。

(6) 社会復帰施設等の指導監督

今般の法改正に伴い、精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準(平成12年厚生省令第87号)を創設し、精神障害者社会復帰施設の運営を図ることとした。また、この基準とともに、平成12年3月31日障第247号当職通知「精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の施行について」の別紙「精神障害者社会復帰施設運営要綱」が定められたところであり、都道府県知事又は指定都市市長(以下「都道府県知事等」という。)は、これらに基づき精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する指導監督を実施することとされたため、保健所においても、都道府県知事等の行う指導監査に必要なに応じて参画すること。

また、精神障害者地域生活援助事業、精神障害者小規模作業所についても同様に、必要に応じて指導監査を行い、保健所においても参画することが望ましい。

さらに、指導監査のみならず、あらゆる機会を通じて、管内の精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助事業、精神障害者小規模作業所に対して指導を行うこと。

(7) 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) 移送に関する手続きへの参画

都道府県知事等は、今回の改正により創設された移送を適切に行うため、事前調査、移送の立ち会い等の事務を行うが、これらの事務の実施に当たっては対象者の人権に十分配慮することが必要である。

特に、事前調査における対象者の状況の把握に当たっては、保健所の積極的な関与が求められることから、相談、訪問指導等日常の地域精神保健福祉活動の成果を活用し、迅速かつ確に行う必要があること。

また、精神障害者、保護者等からの相談窓口や精神保健指定医、応急入院指定病院等との連絡調整機能等を担う「精神科救急情報センター」を保健所に置く場合には、当該機能を的確に実施するための体制を整備する必要がある。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 精神病院に対する指導監督

今般、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一層の

促進を図るため、精神病院に対する指導監督の徹底を図ることとしたところである。都道府県知事、指定都市市長が精神病院に対する指導監督を行う際には、保健所においても、都道府県知事、指定都市市長の行う指導監査に必要に応じて参画すること。

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、関係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る。

さらに、今回の法改正において、平成14年度より精神障害者居宅生活支援事業（精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）、精神障害者短期入所事業（ショートステイ）、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム））の実施等、在宅の精神障害者の支援施策が市町村を中心に行われることから、これらの事務を円滑に実施できるよう市町村に対する研修に協力する等、市町村の体制整備を支援する必要がある。

第2部 市町村

第1 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福祉行政は、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。

さらに今回の法改正においては、在宅の精神障害者に対する支援を図る観点から、平成14年度より、市町村が、精神障害者社会復帰施設又は精神障害者居宅生活支援事業若しくは精神障害者社会適応訓練事業の利用の調整、精神保健福祉手帳及び通院医療費公費負担に関する手続きの受理の事務等を行うこととされた。また、精神障害者居宅生活支援事業については市町村を中心として行うこととされていることから、当該事務を円滑に行えるよう、保健所等の協力を得ながら早急に体制整備を進める必要がある。

第2 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1部の第2及び第3に準じてその義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1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、社会福祉及び保健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。

35. 精神保健福祉センター運営要領について

健医発第57号
平成8年1月19日
一部改正 障第754号
平成10年12月25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。

職員の構成については、所長のほか、次の職員を擁することとするが、業務に支障がないときは、職務の共通するものについて他の相談機関等と兼務することも差し支えないこと。

なお、ここで示す職員の構成は、標準的な考え方を示すものである。

医師（精神科の診療に十分な経験を有する者であこと。）

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

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とともに、所長には、精神保健福祉の造詣の深い医師を充てることが望ましい。

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。

III 参 考 資 料

表1 傷病(大分類)・年次別受療率(人口10万対)

国際基本分類番号	傷病大分類	昭和30年	35	40	45	50	55
	総数	3,301	4,805	5,910	6,987	7,049	6,847
290~319	V 精神障害	67	113	207	247	269	290
295	精神分裂症(再掲)	…	…	130	151	165	172
300	神経症(再掲)	16	20	40	26	30	32
320~389	VI 神経系及び感覚器の疾患	319	560	733	762	825	619
360~379	視器の疾患(再掲)	133	250	309	342	417	293
380~389	聴器の疾患(再掲)	102	161	193	160	202	205

59	62	平成2	平成5	国際基本分類番号	疾病大分類	平成8
6,403	6,600	6,768	6,735	総数		7,000
				F0~F9	V 精神及び行動の障害	383
315	339	367	341	F2	精神分裂病, 分裂病型障害 及び妄想性障害(再掲)	210
184	185	193	181			
37	46	51	46	F4	神経症性障害, ストレス関連 障害及び身体表現性障害(再掲)	40
542	528	506	492	G00~G99	VI 神経系の疾患	148
283	258	247	253	H00~H59	VII 眼と付属器官の疾患	283
146	150	139	128	H60~H95	VIII 耳及び乳様突起の疾患	113

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)

(平成2年)

(単位:千人)

	総数	入院			外来			
		総数	新入院	繰入 越院	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	6.5	2.7	0.1	2.6	-
その他の非精神病	14.7	5.6	0.1	5.5	9.1	1.6	7.5	0.0
性精神障害	16.1	14.5	0.0	14.4	1.6	0.1	1.5	0.1
精神薄弱	625.0	74.1	2.2	71.9	550.9	83.1	467.8	2.2
VI 神経系及び感覚器	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	繰入 越院	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	15.7	13.3	0.0	13.3	2.4	0.1	2.3	0.0
精神薄弱	614.0	72.8	2.6	70.2	541.1	86.6	454.6	2.0
VI 神経系及び感覚器	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

(平成8年)

(単位:千人)

	総数	入院			外来			
		総数	新入院	繰入 越院	総数	初診	再来	往診 (再掲)
総数	8,810.3	1,480.5	45.0	1,435.5	7,329.8	1,128.3	6,201.5	31.6
V 精神及び行動の障害	481.5	325.9	1.5	324.4	155.6	5.8	149.8	1.3
血管性及び詳細不明の痴呆	45.4	36.5	0.2	36.4	8.8	0.3	8.5	0.8
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	25.5	17.2	0.2	17.0	8.3	0.3	8.0	0.0
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1.7	1.2	0.0	1.2	0.5	0.0	0.5	0.0
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	264.3	216.6	0.6	216.0	47.7	1.0	46.7	0.3
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	60.3	22.3	0.2	22.1	38.0	1.3	36.7	0.0
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	50.5	7.2	0.1	7.1	43.3	2.5	40.8	0.1
精神遅滞	15.2	12.3	0.1	12.2	2.9	0.1	2.8	0.0
その他の精神及び行動の障害	18.6	12.5	0.1	12.4	6.1	0.3	5.8	0.0
VI 神経系の疾患	186.7	66.5	0.8	65.7	120.2	9.8	110.3	1.4
てんかん	30.9	8.1	0.1	8.0	22.8	0.6	22.2	0.1

※ 疾病分類は、平成5年までは第9回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-9)、平成8年は第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-10)に基づく。

資料: 患者調査

表3 入院・外来別受療者の疾病別割合 (%)

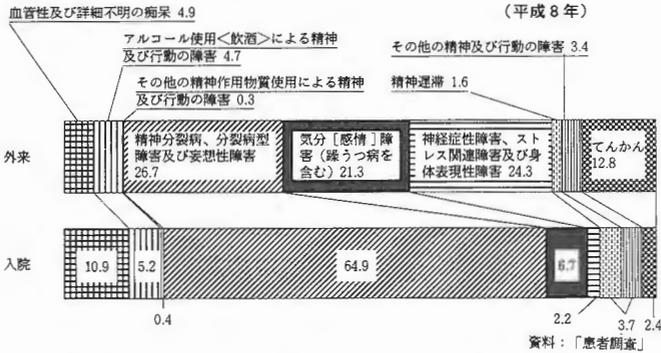


表4 年齢階級別精神及び行動の障害受療率 (人口10万人当たり)

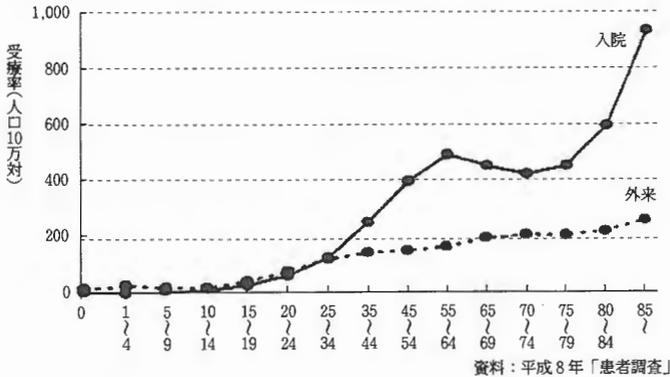
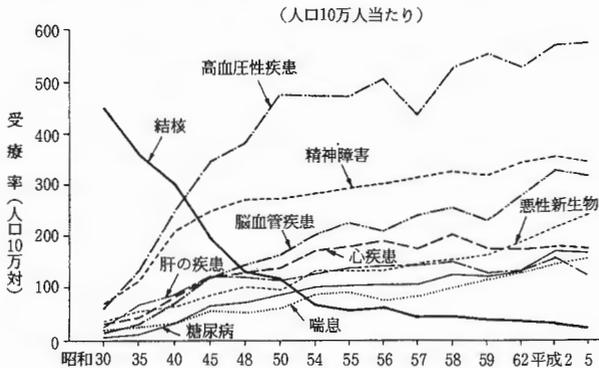


表5 主要傷病別受療率の年次推移



注:調査月は、30~58年は各7月、59年以降は各10月である。

資料:「患者調査」

表 6 都道府県別精神病院数・病床数及び在院患者数等の状況

(平成11年6月30日現在)

	人口 千人 (10.10.1)	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	病床 利用率 (%)	措置率 B/A (%)
1 北海道	3,897	90	14,748	37.8	13,690	35.1	97	0.25	92.8	0.7
2 青森	1,478	26	4,748	32.1	4,301	29.1	18	0.12	90.6	0.4
3 岩手	1,416	22	4,915	34.7	4,564	32.2	52	0.37	92.9	1.1
4 宮城	1,390	20	3,559	25.6	3,357	24.2	15	0.11	94.3	0.4
5 秋田	1,201	27	4,599	38.3	4,361	36.3	27	0.22	94.8	0.6
6 山形	1,253	18	3,297	26.3	3,155	25.2	18	0.14	95.7	0.6
7 福島	2,137	39	8,502	39.8	7,758	36.3	69	0.32	91.2	0.9
8 茨城	2,996	39	8,149	27.2	7,419	24.8	71	0.24	91.0	1.0
9 栃木	2,008	29	5,714	28.5	5,114	25.5	90	0.45	89.5	1.8
10 群馬	2,025	20	5,485	27.1	5,179	25.6	110	0.54	94.4	2.1
11 埼玉	6,894	53	12,657	18.4	11,883	17.2	233	0.34	93.9	2.0
12 千葉	5,015	45	10,835	21.6	10,147	20.2	43	0.09	93.7	0.4
13 東京	11,830	118	25,949	21.9	23,685	20.0	201	0.17	91.2	0.8
14 神奈川	3,793	33	7,104	18.7	6,482	17.1	40	0.11	91.2	0.6
15 新潟	2,494	31	7,421	29.8	7,051	28.3	35	0.14	95.0	0.5
16 富山	1,126	30	3,479	30.9	3,297	29.3	32	0.28	94.8	1.0
17 石川	1,185	21	4,032	34.0	3,777	31.9	25	0.21	93.7	0.7
18 福井	830	15	2,439	29.4	2,216	26.7	22	0.27	90.9	1.0
19 山梨	892	11	2,607	29.2	2,390	26.8	24	0.27	91.6	1.0
20 長野	2,220	31	5,634	25.4	5,094	22.9	88	0.40	90.4	1.7
21 岐阜	2,115	20	4,408	20.8	4,124	19.5	109	0.52	93.6	2.6
22 静岡	3,770	37	7,335	19.5	6,691	17.7	71	0.19	91.2	1.1
23 愛知	4,812	40	9,196	19.1	8,664	18.0	112	0.23	94.2	1.3
24 三重	1,861	19	5,234	28.1	4,998	26.9	64	0.34	95.5	1.3
25 滋賀	1,323	12	2,397	18.1	2,173	16.4	70	0.53	90.7	3.2
26 京都	1,173	10	2,871	24.5	2,686	22.9	15	0.13	93.6	0.6
27 大阪	6,209	59	20,424	32.9	18,827	30.3	58	0.09	92.2	0.3
28 兵庫	3,986	29	8,205	20.6	7,860	19.7	115	0.29	95.9	1.5
29 奈良	1,447	10	2,979	20.6	2,572	17.8	11	0.08	86.3	0.4
30 和歌山	1,076	13	2,879	26.8	2,514	23.4	24	0.22	87.3	1.0
31 鳥取	615	11	1,900	30.9	1,785	29.0	21	0.34	93.9	1.2
32 島根	766	18	2,686	35.1	2,550	33.3	24	0.31	94.9	0.9
33 岡山	1,958	26	5,985	30.6	5,348	27.3	25	0.13	89.4	0.5
34 広島	1,760	29	6,592	37.5	6,250	35.5	60	0.34	94.8	1.0
35 山口	1,543	33	6,399	41.5	6,128	39.7	113	0.73	95.8	1.8
36 徳島	831	21	4,474	53.8	4,183	50.3	41	0.49	93.5	1.0
37 香川	1,029	21	4,146	40.3	3,858	37.5	8	0.08	93.1	0.2
38 愛媛	1,502	23	5,098	33.9	4,666	31.1	81	0.54	91.5	1.7
39 高知	812	25	4,090	50.4	3,539	43.6	21	0.26	86.5	0.6
40 福岡	2,653	65	13,864	52.3	13,182	49.7	174	0.66	95.1	1.3
41 佐賀	884	19	4,498	50.9	4,232	47.9	83	0.94	94.1	2.0
42 長崎	1,530	40	8,563	56.0	7,975	52.1	67	0.44	93.1	0.8
43 熊本	1,865	46	9,044	48.5	8,566	45.9	75	0.40	94.7	0.9
44 大分	1,228	29	5,550	45.2	5,425	44.2	111	0.90	97.7	2.0
45 宮崎	1,176	26	6,268	53.3	5,852	49.8	18	0.15	93.4	0.3
46 鹿児島	1,791	51	10,187	56.9	9,737	54.4	162	0.90	95.6	1.7
47 沖縄	1,301	24	5,654	43.5	5,449	41.9	45	0.35	96.4	0.8
48 札幌	1,803	40	7,528	41.8	7,147	39.6	58	0.32	94.9	0.8
49 仙台	965	11	1,778	18.4	1,585	16.4	7	0.07	89.1	0.4
50 千葉	872	9	1,688	19.4	1,407	16.1	16	0.18	83.4	1.1
51 横浜	3,369	23	5,118	15.2	4,631	13.7	42	0.12	90.5	0.9
52 川崎	1,230	8	1,499	12.2	1,288	10.5	9	0.07	85.9	0.7
53 名古屋	2,162	16	4,975	23.0	4,613	21.3	67	0.31	92.7	1.5
54 京都	1,461	13	3,970	27.2	3,671	25.1	11	0.08	92.5	0.3
55 大阪	2,595	8	331	1.3	256	1.0	1	0.00	77.3	0.4
56 神戸	1,475	12	3,836	26.0	3,540	24.0	35	0.24	92.3	1.0
57 広島	1,124	15	2,773	24.7	2,621	23.3	62	0.55	94.5	2.4
58 北九州	1,015	18	4,209	41.5	3,851	37.9	48	0.47	91.5	1.2
59 福岡	1,320	23	4,105	31.1	3,930	29.8	28	0.21	95.7	0.7
合計	126,487	1,670	358,609	28.4	333,294	26.4	3,472	0.27	92.9	1.0
対前年計	126,165	1,670	359,563	28.5	335,803	26.6	4,293	0.34	93.4	1.3

資料：1 病院数、病床数、在院患者数及び病床利用率は、病院報告
 2 措置入院者数は精神保健福祉課調
 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11年6月30日現在)

都道府県	国		都道府県		市町村		公的医療機関		その他				計	
									法人		個人			
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数
1 北海道	2	283	4	572	16	1,819	10	1,021	44	9,407	14	1,707	90	14,809
2 青森	1	41	1	350	5	483	1	111	18	3,763	0	0	26	4,748
3 岩手	1	300	3	763	2	180	0	0	15	3,465	1	207	22	4,915
4 宮城	0	0	1	354	0	0	0	0	13	2,590	6	615	20	3,559
5 秋田	1	36	1	200	5	440	3	240	17	3,683	0	0	27	4,599
6 山形	1	40	1	350	3	218	0	0	12	2,574	1	115	18	3,297
7 福島	0	0	3	446	1	140	4	471	30	7,295	1	150	39	8,502
8 茨城	2	58	1	611	0	0	0	0	32	7,006	4	474	39	8,149
9 栃木	0	0	1	255	0	0	4	459	22	4,679	2	321	29	5,714
10 群馬	1	40	1	372	1	223	0	0	17	4,850	0	0	20	5,485
11 埼玉	1	26	1	120	0	0	2	493	43	10,881	6	1,137	53	12,657
12 千葉	1	272	0	0	2	400	1	50	39	9,858	2	145	45	10,725
13 東京	9	1,126	11	1,923	2	78	1	50	83	20,543	12	2,229	118	25,949
14 神奈川	2	353	0	0	0	0	0	0	29	6,568	2	233	33	7,154
15 新潟	2	314	3	644	0	0	3	382	22	5,981	1	100	31	7,421
16 富山	2	210	1	80	4	303	2	103	11	1,433	10	1,350	30	3,479
17 石川	2	94	1	400	3	196	0	0	13	3,059	2	283	21	4,032
18 福井	1	41	2	480	1	100	0	0	9	1,563	2	255	15	2,439
19 山梨	1	40	1	300	0	0	0	0	9	2,267	0	0	11	2,607
20 長野	2	320	2	356	0	0	5	671	21	3,644	1	643	31	5,634
21 岐阜	2	51	1	120	2	112	1	54	13	3,944	1	127	20	4,408
22 静岡	1	37	1	350	3	140	0	0	28	6,220	4	588	37	7,335
23 愛知	0	0	2	230	2	262	1	100	29	7,017	6	1,566	40	9,175
24 三重	2	300	3	604	1	50	1	350	9	2,916	3	1,014	19	5,234
25 滋賀	1	45	1	100	0	0	2	207	8	2,045	0	0	12	2,397
26 京都	2	201	1	328	0	0	0	0	7	2,279	1	159	11	2,967
27 大阪	3	150	1	842	0	0	1	37	48	18,070	6	1,325	59	20,424
28 兵庫	1	70	1	45	1	100	0	0	24	7,412	2	606	29	8,233
29 奈良	1	200	1	80	0	0	0	0	8	2,699	0	0	10	2,979
30 和歌山	0	0	2	490	3	512	0	0	6	1,616	2	261	13	2,879
31 鳥取	2	342	0	0	1	108	0	0	7	1,350	1	100	11	1,900
32 島根	1	40	2	349	3	144	2	110	9	1,943	1	100	18	2,686
33 岡山	1	64	1	240	0	0	0	0	21	5,499	3	182	26	5,985
34 広島	2	400	0	0	3	471	1	120	19	4,616	4	989	29	6,596
35 山口	2	106	1	200	0	0	0	0	26	5,480	4	613	33	6,399
36 徳島	1	45	1	100	1	163	1	59	17	4,107	0	0	21	4,474
37 香川	3	176	1	340	3	319	0	0	14	3,311	0	0	21	4,146
38 愛媛	1	40	1	50	1	165	0	0	20	4,843	0	0	23	5,098
39 高知	1	14	1	193	1	50	0	0	21	3,683	1	150	25	4,090
40 福岡	1	30	2	350	0	0	0	0	57	12,218	5	1,270	65	13,868
41 佐賀	2	599	0	0	0	0	0	0	13	3,123	4	776	19	4,498
42 長崎	2	105	3	416	1	70	0	0	27	6,558	7	1,414	40	8,563
43 熊本	3	260	1	190	0	0	0	0	42	8,594	0	0	46	9,044
44 大分	2	70	0	0	0	0	1	200	24	5,052	2	228	29	5,550
45 宮崎	1	40	2	402	0	0	0	0	22	5,741	1	85	26	6,268
46 鹿児島	1	45	1	340	0	0	0	0	46	9,463	3	339	51	10,187
47 沖縄	2	390	3	456	0	0	0	0	18	4,597	1	211	24	5,654
48 札幌	4	141	1	50	1	254	0	0	33	6,901	1	121	40	7,467
49 仙台	2	122	0	0	1	16	0	0	7	1,520	1	120	11	1,778
50 千葉	3	800	1	50	1	40	0	0	4	908	0	0	9	1,798
51 横浜	1	52	3	617	2	72	0	0	13	3,295	4	1,070	23	5,096
52 川崎	0	0	0	0	2	68	0	0	6	1,393	0	0	8	1,471
53 名古屋	4	323	1	392	1	36	0	0	9	3,877	1	368	16	4,996
54 京都	1	80	1	118	0	0	0	0	10	3,676	0	0	12	3,874
55 大阪	1	12	1	44	2	95	1	84	3	96	0	0	8	331
56 神戸	1	0	1	495	0	0	0	0	7	2,565	3	748	12	3,808
57 広島	1	20	1	50	1	43	0	0	10	2,440	2	216	15	2,769
58 北九州	1	100	0	0	0	0	0	0	16	3,933	1	136	18	4,169
59 福岡	2	143	0	0	0	0	1	60	14	2,653	6	1,285	23	4,141
全 国	94	9,207	83	17,207	82	7,870	49	5,432	1,214	292,762	148	26,131	1,670	358,609

資料：平成11年病院報告

表 8 疾患名別・性別・年齢階級別在院患者数

(平成11年 6 月30日現在)

	疾 患 名	総 数	～19歳	20～39歳	40～64歳	65歳～
器 質 性 精 神 障 害 を 含 む	総 数	48,723	69	792	7,453	40,409
	アルツハイマー病の痴呆	10,960	0	19	1,082	9,859
	血 管 性 痴 呆	22,847	1	17	2,050	20,779
	その他の症状性を含む 器 質 性 精 神 障 害	14,916	68	756	4,321	9,771
精 神 及 び 行 動 の 障 害 に よ る	総 数	19,580	45	1,958	12,427	5,150
	アルコール使用による 精神及び行動の障害	17,735	2	1,106	11,657	4,970
	覚せい剤による精神及 び 行 動 の 障 害	867	8	428	382	49
	アルコール、覚せい剤を 除く精神作用物質使用に よる精神及び行動の障害	978	35	424	388	131
	精神分裂病、分裂病型障害及 び 妄 想 性 障 害	207,958	1,037	29,168	133,471	44,282
	気 分 (感 情) 障 害	20,447	120	2,401	9,602	8,324
	神経症性障害、ストレス関連障 害及び身体表現性障害	8,424	394	1,973	3,587	2,470
	生理的障害及び身体的要因 に関連した行動症候群	928	74	221	370	263
	成人の人格及び行動の障害	2,262	48	725	960	529
	精 神 遅 滞	11,043	121	2,069	6,647	2,206
	心 理 的 発 達 の 障 害	371	64	106	157	44
	小児期及び青年期に通常発 症する行動及び情緒の障害 及び特定不能の精神障害	727	161	142	277	147
	て ん か ん	7,188	43	1,140	4,704	1,301
	そ の 他	5,279	108	667	2,146	2,358
	合 計	332,930	2,284	41,362	181,801	107,483

資料：精神保健福祉課調

表9 都道府県別・年齢別在院患者数

(平成11年6月30日現在)

		総数	～20歳未満	20～40歳未満	40～65歳未満	65歳以上
北海道		13,687	67	1,377	6,983	5,260
青森		4,301	20	514	2,559	1,208
岩手		4,705	19	648	2,785	1,253
宮城		3,357	28	414	1,865	1,050
秋田		4,359	23	459	2,234	1,643
山形		3,154	31	329	1,728	1,066
福島		7,759	42	798	4,475	2,444
茨城		7,428	42	881	4,717	1,788
栃木		5,161	37	654	3,264	1,206
群馬		5,185	25	735	3,247	1,178
埼玉		11,885	98	2,156	6,517	3,114
千葉県		10,149	82	1,411	5,840	2,816
東京都		23,719	364	3,492	12,326	7,537
神奈川県		6,484	60	1,002	3,224	2,198
新潟		7,051	55	661	3,870	2,465
富山		3,299	9	409	1,972	909
石川		3,777	19	467	2,001	1,290
福山		2,213	13	263	1,189	748
山梨		2,390	21	258	1,338	773
長野		5,094	45	631	2,939	1,479
岐阜		4,128	24	599	2,484	1,021
静岡県		6,691	34	945	3,992	1,720
愛知県		8,671	83	1,552	5,047	1,989
三重		5,004	86	774	2,720	1,424
滋賀		2,169	15	297	1,112	745
京都		2,475	4	284	1,308	879
大阪府		18,835	118	2,615	10,426	5,676
兵庫県		7,696	30	829	4,038	2,799
奈良		2,569	17	364	1,391	797
和歌山		2,514	10	252	1,554	698
鳥取		1,784	24	217	980	563
島根		2,576	30	247	1,259	1,040
岡山		5,355	22	596	2,660	2,077
広島		6,247	19	624	3,232	2,372
山口		6,128	33	614	3,119	2,362
徳島		4,183	9	470	2,597	1,107
香川県		3,858	16	355	2,100	1,387
愛媛		4,704	24	441	2,751	1,488
高知県		3,539	7	263	1,791	1,478
福岡県		13,077	77	1,455	6,677	4,868
佐賀		4,232	26	459	2,052	1,695
長門		7,975	18	715	4,227	3,015
熊本		8,565	27	707	4,619	3,212
大分		5,425	27	424	2,946	2,028
宮崎		5,770	24	469	2,985	2,292
鹿児島		9,738	24	941	5,254	3,519
沖縄		5,457	16	727	3,094	1,620
札幌市		7,150	91	1,170	3,711	2,178
仙台市		1,587	13	248	725	601
千葉市		1,407	27	239	799	342
横浜市		4,442	66	698	2,428	1,250
川崎市		1,288	8	278	724	278
名古屋市		4,616	21	717	2,796	1,082
京都市		3,669	12	255	1,338	2,064
大阪市		2,259	23	79	111	46
神戸市		3,540	22	520	1,970	1,028
広島市		2,622	36	447	1,445	694
北九州市		3,932	19	490	1,931	1,492
福岡市		3,896	13	343	2,060	1,480
合計		332,930	2,295	41,278	181,526	107,831

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11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	97	0.7	2,494	18.2	10,705	78.2	391	2.9	13,687	100.0
青森県	18	0.4	841	19.6	3,365	78.2	77	1.8	4,301	100.0
岩手県	52	1.1	873	18.6	3,697	78.6	83	1.8	4,705	100.0
宮城県	15	0.4	661	19.7	2,635	78.5	46	1.4	3,357	100.0
秋田県	27	0.6	885	20.3	3,447	79.1	0	0.0	4,359	100.0
山形県	18	0.6	650	20.6	2,465	78.2	21	0.7	3,154	100.0
福島県	69	0.9	1,876	24.2	5,721	73.7	93	1.2	7,759	100.0
茨城県	71	1.0	1,222	16.5	6,089	82.0	46	0.6	7,428	100.0
栃木県	90	1.7	1,890	36.6	3,083	59.7	98	1.9	5,161	100.0
群馬県	110	2.1	1,778	34.3	3,297	63.6	0	0.0	5,185	100.0
埼玉県	233	2.0	4,007	33.7	7,312	61.5	333	2.8	11,885	100.0
千葉県	43	0.4	3,166	31.2	6,939	68.4	1	0.0	10,149	100.0
東京都	201	0.8	6,087	25.7	17,017	71.7	414	1.7	23,719	100.0
神奈川県	40	0.6	2,534	39.1	3,905	60.2	5	0.1	6,484	100.0
新潟県	35	0.5	2,535	36.0	4,466	63.3	15	0.2	7,051	100.0
富山県	32	1.0	1,261	38.2	2,006	60.8	0	0.0	3,299	100.0
石川県	25	0.7	1,116	29.5	2,636	69.8	0	0.0	3,777	100.0
福井県	22	1.0	326	14.7	1,865	84.3	0	0.0	2,213	100.0
山梨県	24	1.0	731	30.6	1,634	68.4	1	0.0	2,390	100.0
長野県	88	1.7	1,082	21.2	3,911	76.8	13	0.3	5,094	100.0
岐阜県	109	2.6	934	22.6	3,083	74.7	2	0.0	4,128	100.0
静岡県	71	1.1	1,779	26.6	4,840	72.3	1	0.0	6,691	100.0
愛知県	112	1.3	2,259	26.1	6,030	69.5	270	3.1	8,671	100.0
三重県	64	1.3	931	18.6	3,972	79.4	37	0.7	5,004	100.0
滋賀県	70	3.2	637	29.4	1,452	66.9	10	0.5	2,169	100.0
京都府	15	0.6	653	26.4	1,807	73.0	0	0.0	2,475	100.0
大阪府	58	0.3	5,198	27.6	13,097	69.5	482	2.6	18,835	100.0
兵庫県	115	1.5	2,445	31.8	5,092	66.2	44	0.6	7,696	100.0
奈良県	11	0.4	1,495	58.2	1,061	41.3	2	0.1	2,569	100.0
和歌山県	24	1.0	954	37.9	1,536	61.1	0	0.0	2,514	100.0
鳥取県	21	1.2	458	25.7	1,257	70.5	48	2.7	1,784	100.0
島根県	24	0.9	752	29.2	1,607	62.4	193	7.5	2,576	100.0
岡山県	25	0.5	1,391	26.0	3,817	71.3	122	2.3	5,355	100.0
広島県	60	1.0	1,679	26.9	4,456	71.3	52	0.8	6,247	100.0
山口県	113	1.8	2,501	40.8	3,500	57.1	14	0.2	6,128	100.0
徳島県	41	1.0	1,118	26.7	3,022	72.2	2	0.0	4,183	100.0
香川県	8	0.2	568	14.7	3,275	84.9	7	0.2	3,858	100.0
愛媛県	81	1.7	1,733	36.8	2,878	61.2	12	0.3	4,704	100.0
高知県	21	0.6	862	24.4	2,573	72.7	83	2.3	3,539	100.0
福岡県	174	1.3	3,260	24.9	9,184	70.2	459	3.5	13,077	100.0
佐賀県	83	2.0	929	22.0	3,097	73.2	123	2.9	4,232	100.0
長崎県	67	0.8	1,533	19.2	6,330	79.4	45	0.6	7,975	100.0
熊本県	75	0.9	3,139	36.6	5,351	62.5	0	0.0	8,565	100.0
大分県	111	2.0	1,594	29.4	3,720	68.6	0	0.0	5,425	100.0
宮崎県	18	0.3	1,397	24.2	4,202	72.8	153	2.7	5,770	100.0
鹿児島県	162	1.7	2,948	30.3	6,611	67.9	17	0.2	9,738	100.0
沖縄県	45	0.8	1,112	20.4	4,288	78.6	12	0.2	5,457	100.0
札幌市	58	0.8	2,048	28.6	4,742	66.3	302	4.2	7,150	100.0
仙台市	7	0.4	429	27.0	1,149	72.4	2	0.1	1,587	100.0
千葉市	16	1.1	692	49.2	675	48.0	24	1.7	1,407	100.0
横浜市	42	0.9	2,001	45.0	2,397	54.0	2	0.0	4,442	100.0
川崎市	9	0.7	342	26.6	937	72.7	0	0.0	1,288	100.0
名古屋市	67	1.5	1,595	34.6	2,952	64.0	2	0.0	4,616	100.0
京都市	11	0.3	774	21.1	2,883	78.6	1	0.0	3,669	100.0
大阪市	1	0.4	19	7.3	238	91.9	1	0.4	259	100.0
神戸市	35	1.0	1,196	33.8	2,304	65.1	5	0.1	3,540	100.0
広島市	62	2.4	744	28.4	1,770	67.5	46	1.8	2,622	100.0
北九州市	28	0.7	998	25.4	2,868	72.9	38	1.0	3,932	100.0
福岡市	48	1.2	587	15.1	3,261	83.7	0	0.0	3,896	100.0
合 計	3,472	1.0	91,699	27.5	233,509	70.1	4,250	1.3	332,930	100.0
前 年 計	4,293	1.3	92,367	27.5	233,861	69.6	5,326	1.6	335,847	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

	症状性を含 む器質性精 神障害 (F0)	アルツハイ マー病の病 呆 (F00)	血管性痴呆 (F01)	その他を 含む器質 性障害 (F02-09)	精神作用物 質による精 神及び行動 の障害 (F1)	アルコール 使用による 精神及び行 動の障害 (F10)	覚せい剤に よる精神 及び行動 の障害 (F12)	アルコール 覚せい剤を 除く薬物 による精 神及び行 動の障害 (F13)	精神分裂病 及び妄想 性障害 (F2)
北海道	2,667	245	1,548	874	1,118	1,046	41	31	7,013
青森	591	100	373	118	243	232	0	11	2,753
岩手	545	160	208	177	340	318	1	21	2,968
宮城	421	74	202	145	161	152	3	6	2,089
秋田	819	177	509	133	255	245	0	10	2,398
山形	459	76	259	124	130	125	0	5	1,887
福島	1,216	185	630	401	369	355	5	9	4,620
茨城	658	64	364	230	350	296	18	36	5,372
栃木	334	68	126	140	169	140	20	9	3,658
群馬	451	115	173	163	231	214	5	12	3,757
埼玉	1,641	336	648	657	440	391	23	26	7,991
千葉	1,224	321	401	502	627	587	23	17	6,972
東 京	2,844	878	1,148	818	1,189	1,002	88	99	15,399
神奈川	1,329	269	618	442	435	395	16	24	3,769
新潟	1,312	394	604	314	280	267	1	12	3,866
富 山	374	83	160	131	127	99	0	28	2,214
石川	685	251	275	159	86	82	3	1	2,367
福 井	329	102	106	121	92	73	1	18	1,367
山 梨	218	50	63	105	97	90	3	4	1,521
長野	366	61	79	226	311	303	6	2	3,433
岐 阜	285	38	186	61	147	141	2	4	2,977
静 岡	492	111	154	227	456	410	23	23	4,562
愛 知	736	86	340	310	629	585	18	26	5,564
三 重	331	98	103	130	222	207	8	7	3,392
滋 賀	311	77	152	82	85	75	3	7	1,274
京 都	375	89	207	79	64	40	8	16	1,685
大 阪	2,818	706	949	1,163	1,405	1,213	128	64	12,284
兵 庫	1,427	286	660	478	276	239	17	20	4,714
奈 良	373	41	158	124	102	81	7	14	1,718
和 歌 山	86	25	17	44	77	66	1	10	2,051
鳥 取	245	47	102	96	113	110	1	2	1,147
島 根	572	183	221	168	111	94	3	14	1,426
岡 山	1,029	168	671	190	291	275	6	10	3,098
広 島	1,108	333	429	346	600	575	13	12	3,573
山 口	1,247	254	633	360	365	349	11	5	3,740
徳 島	286	51	102	133	226	212	7	7	3,084
香 川	576	94	254	228	254	229	15	10	2,438
愛 媛	597	216	153	228	245	222	15	8	3,241
高 知	544	146	251	147	348	320	17	11	2,148
福 岡	2,267	348	1,287	632	1,106	922	112	72	7,085
佐 賀	937	350	424	163	211	198	7	6	2,253
長 崎	1,346	286	665	395	611	594	6	11	4,682
熊 本	1,598	340	815	443	488	451	21	16	5,148
大 分	1,089	331	526	232	355	334	2	19	3,368
宮 崎	1,242	225	720	297	408	390	3	15	3,096
鹿 児 島	1,532	394	843	295	463	441	3	19	5,946
沖 縄	1,090	237	517	336	250	235	0	15	3,737
札 幌 市	934	185	408	341	577	500	36	41	3,925
仙 台 市	285	39	169	77	72	66	1	5	918
千 葉 市	89	10	28	51	74	31	29	14	1,050
横 浜 市	521	93	244	184	283	237	31	15	2,866
川 崎 市	78	22	28	28	32	19	1	12	963
名 古 屋 市	329	24	120	185	341	332	1	8	3,400
京 都 市	1,470	553	803	114	171	157	4	10	1,564
大 阪 市	11	2	0	9	0	0	0	0	117
神 戸 市	333	41	90	202	333	299	16	18	2,293
広 島 市	279	62	127	90	211	171	22	18	1,711
福 岡 市	654	146	350	158	228	214	4	10	2,245
北九州計	771	214	447	110	300	289	8	3	2,061
合 計	48,723	10,960	22,847	14,916	19,580	17,735	867	978	207,958
構成比(%)	14.6	3.3	6.9	4.5	5.9	5.3	0.3	0.3	62.5

資料：精神保健福祉課調

(平成11年 6月30日現在)

気分(感情)障害 (F3)	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4)	生理的障害及び身体障害に関連した行動症候群 (F5)	成人の人格及び行動の障害 (F6)	精神遅滞 (F7)	心理的発達障害 (F8)	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定の精神障害 (F9)	てんかん	その他	合計
1,011	588	37	97	490	13	16	468	169	13,678
261	135	14	24	149	8	17	86	20	4,301
255	127	7	24	271	1	5	120	42	4,705
336	74	6	14	104	1	0	115	36	3,357
352	165	14	21	187	0	3	111	34	4,359
286	179	3	14	109	1	5	59	22	3,154
512	154	8	47	390	4	58	266	115	7,759
344	86	2	18	259	9	13	151	166	7,428
388	77	2	36	192	1	5	195	104	5,161
238	193	11	15	139	6	3	99	42	5,185
744	305	39	66	228	8	5	234	184	11,885
625	262	34	64	123	29	8	132	49	10,149
1,825	591	76	204	626	44	177	401	343	23,719
456	170	21	23	81	7	11	106	76	6,484
633	181	11	76	377	0	6	188	121	7,051
204	145	5	37	103	0	0	66	24	3,299
204	71	15	24	122	1	1	114	87	3,777
174	115	21	16	26	0	0	47	26	2,213
90	57	2	6	289	0	25	51	34	2,390
351	255	51	26	97	0	6	141	57	5,094
199	143	3	43	161	5	14	119	32	4,128
469	275	11	47	157	2	1	107	112	6,691
523	296	11	63	436	39	7	209	158	8,671
255	162	37	38	175	13	29	132	218	5,004
208	105	0	14	52	2	1	61	56	2,169
175	52	1	8	63	1	7	42	2	2,475
933	264	20	98	392	34	18	264	305	18,835
399	191	7	45	250	2	23	179	186	7,696
203	50	5	14	88	0	13	28	25	2,569
108	31	2	11	105	1	6	26	10	2,514
121	68	9	16	35	0	0	21	9	1,784
192	85	2	12	70	0	16	29	61	2,576
361	197	10	32	154	6	0	83	94	5,355
385	70	16	16	250	15	14	132	68	6,247
240	106	3	43	174	16	6	86	102	6,128
156	84	2	14	154	6	38	80	53	4,183
192	86	19	26	104	0	2	83	78	3,858
205	93	4	21	153	2	12	81	50	4,704
129	60	6	18	149	1	11	81	44	3,539
730	291	77	230	561	8	21	308	393	13,077
242	90	122	33	101	0	3	84	156	4,232
420	113	3	76	439	1	10	172	102	7,975
305	148	19	35	429	4	19	232	140	8,565
258	76	12	17	125	3	8	114	0	5,425
270	88	6	15	337	1	9	142	156	5,770
602	101	34	49	414	10	1	307	279	9,738
157	45	4	2	27	0	0	50	95	5,457
692	246	27	47	395	24	8	191	84	7,150
171	57	3	7	27	3	1	42	1	1,587
63	40	1	4	21	3	2	49	11	1,407
292	147	2	42	67	2	19	120	81	4,442
97	68	0	16	10	9	0	12	3	1,288
236	66	0	44	79	13	8	75	25	4,616
189	76	8	23	43	1	5	67	52	3,669
80	27	4	9	0	0	0	3	8	259
198	80	20	6	87	5	2	66	117	3,540
169	52	13	35	82	1	2	44	23	2,622
282	145	10	72	177	5	27	47	40	3,932
252	120	16	69	138	0	0	70	99	3,896
20,447	8,424	928	2,262	11,043	371	727	7,188	5,279	332,930
6.1	2.5	0.3	0.7	3.3	0.1	0.2	2.2	1.6	100.0

表12 都道府県別年間入退院患者数等

(平成10年)

	年間在院患者延数	年間新入院患者数	年間退院患者数	平均在院数
北海道	4,981,041人	12,779人	12,602人	392.5日
北海	1,594,430	4,986	5,082	316.7
青森	1,709,097	3,725	3,743	457.7
岩手	1,246,852	3,238	3,264	383.5
宮城	1,598,928	3,913	3,963	406.0
秋田	1,127,586	4,379	4,295	260.0
山形	2,852,222	5,613	5,665	505.8
福島	2,720,909	4,592	4,716	584.6
茨城	1,910,279	3,626	3,746	518.3
栃木	1,938,835	4,422	4,481	435.5
群馬	4,305,395	10,383	10,151	419.3
埼玉	3,690,571	9,097	9,055	406.6
千葉	8,789,795	29,320	29,693	297.9
東京都	2,332,610	6,862	6,918	338.6
神奈川県	2,630,005	6,405	6,463	408.8
新潟	1,242,817	3,327	3,365	371.4
富山	1,397,205	3,198	3,219	435.5
石川	820,463	2,445	2,493	332.3
福井	881,867	1,853	1,900	470.0
山梨	1,881,362	5,918	6,017	315.3
長野	1,520,317	3,730	3,774	405.2
岐阜	2,461,918	6,264	6,330	391.0
静岡	3,209,871	7,388	7,564	429.4
愛知	1,864,318	4,199	4,267	440.4
三重	790,583	2,291	2,277	346.1
滋賀	989,295	2,580	2,628	379.9
京都	6,993,887	18,604	18,953	372.4
大阪府	2,884,996	5,165	5,241	554.5
兵庫県	957,630	2,955	2,915	326.3
奈良	932,564	1,563	1,624	585.2
和歌山	655,251	1,945	1,943	337.1
鳥取	952,369	3,247	3,240	293.6
島根	1,947,013	5,594	5,583	348.4
広島	2,287,588	5,399	5,382	424.4
山口	2,278,851	4,374	4,422	518.2
徳島	1,551,968	2,330	2,426	652.6
香川	1,411,680	2,930	2,969	478.6
愛媛	1,697,292	3,879	3,907	436.0
高知	1,319,509	3,708	3,754	353.7
福岡	4,882,704	9,522	9,622	510.1
佐賀	1,573,326	3,432	3,529	452.0
長崎	2,948,973	4,594	4,625	639.8
熊本	3,148,291	7,132	7,124	441.7
大分	2,002,106	3,950	3,976	505.2
宮崎	2,130,084	4,306	4,342	492.6
鹿児島	3,590,178	5,689	5,775	626.3
沖縄	1,997,563	5,414	5,425	368.6
札幌市	2,583,183	7,033	6,893	371.0
仙台市	581,240	1,972	1,969	295.0
千代田市	549,630	1,535	1,623	348.1
横浜市	1,694,875	5,239	5,176	325.5
川崎市	442,588	1,328	1,276	339.9
名古屋市	1,715,089	3,393	3,505	497.3
京都市	1,331,279	2,813	2,716	481.6
大阪市	98,840	1,054	1,055	93.7
神戸市	1,310,355	3,339	3,341	392.3
広島市	962,245	3,357	3,374	285.9
北九州市	1,419,239	3,898	3,928	362.7
福岡市	1,453,760	3,774	3,842	381.8
全国	122,774,616	301,000	303,146	406.4

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	102.1
55	304,469	311,584	47,400	15.2	102.3
60	333,570	339,989	30,543	9.0	101.9
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	363,010	343,718	7,223	2.1	94.7
6	362,692	343,156	6,418	1.9	94.6
7	362,154	340,812	5,905	1.7	94.1
8	361,073	339,822	5,436	1.6	94.1
9	360,432	336,685	4,772	1.4	93.4
10	359,563	335,845	4,293	1.3	93.4
11	358,609	333,294	3,472	1.0	92.9

資料：精神病床数・入院患者数は病院報告

措置入院患者数は平成8年まで厚生省報告例，平成9年から精神保健福祉課調

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5年	平成6年	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年
措置入院	7,223 (2.1)	6,408 (1.9)	5,854 (1.7)	5,394 (1.6)	4,772 (1.4)	4,293 (1.3)	3,472 (1.0)
医療保護入院	112,230 (32.6)	107,362 (31.3)	102,549 (30.1)	98,528 (29.0)	94,827 (28.2)	92,367 (27.5)	91,699 (27.5)
任意入院	213,974 (62.2)	220,569 (64.3)	224,857 (65.9)	227,800 (67.3)	230,983 (68.6)	233,861 (69.6)	233,509 (70.1)
その他	10,499 (3.1)	8,787 (2.6)	7,781 (2.3)	6,992 (2.1)	5,893 (1.8)	5,326 (1.6)	4,250 (1.3)
総計	343,926 (100.0)	343,216 (100.0)	341,041 (100.0)	338,714 (100.0)	336,475 (100.0)	335,847 (100.0)	332,930 (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4年	平成5年	平成6年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年
通院患者数	338,918	353,821	377,119	472,268	484,565	587,203	642,323

資料：平成4年から平成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（精神保健福祉課調）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

	精神保健相談延人員												
	61年	62年	63年	元年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年度
北海道	4,612	6,236	9,345	8,803	12,805	14,175	12,844	11,379	15,079	16,464	16,789	26,760	27,536
青森	657	610	2,008	2,156	2,665	2,537	3,715	4,126	6,826	10,548	8,125	9,428	7,737
岩手	5,878	5,467	5,621	5,648	5,078	5,835	5,950	6,565	7,856	7,916	8,573	7,123	7,983
宮城	3,834	4,180	6,347	3,215	3,324	2,835	4,576	6,167	12,221	9,323	3,426	4,654	3,916
秋田	1,472	1,668	2,532	2,623	3,853	4,062	4,689	5,664	4,868	6,071	6,108	5,969	7,456
山形	1,884	1,506	2,512	3,267	4,106	4,413	4,437	4,154	4,089	3,832	3,680	5,620	5,293
福島	1,350	1,643	2,132	2,897	3,196	3,117	3,593	4,360	5,169	6,600	9,013	9,331	10,187
茨城	3,542	3,612	4,381	5,453	6,228	10,484	12,067	13,362	14,176	19,933	23,047	24,805	22,501
栃木	1,733	1,836	2,434	3,048	3,866	3,855	3,687	4,203	3,773	6,475	6,343	6,266	8,906
群馬	5,014	6,006	8,743	8,770	9,101	11,170	11,787	12,285	13,552	13,873	14,344	21,445	25,077
埼玉	15,612	17,935	20,912	24,288	27,111	31,233	36,046	30,860	36,177	36,538	34,920	47,729	50,465
千葉	7,004	7,802	7,965	8,430	8,511	9,147	9,607	11,410	12,149	12,746	15,617	24,522	23,950
東京	100,860	115,036	158,736	179,202	197,526	208,697	221,935	227,304	247,062	253,518	278,276	267,043	263,976
神奈川	8,590	9,185	10,790	11,893	13,921	16,248	18,289	22,967	21,581	20,750	24,188	35,513	37,257
新潟	5,407	7,917	8,466	7,955	7,226	9,452	9,357	10,595	10,314	13,148	14,756	18,053	19,733
富山	2,279	2,336	2,711	2,556	3,116	3,241	3,736	4,110	4,388	5,688	7,003	16,113	14,166
石川	2,872	3,379	4,364	5,158	5,002	6,734	7,805	8,212	7,024	8,337	9,850	18,825	8,161
福井	4,303	3,401	6,053	6,695	6,993	8,510	8,065	7,854	9,240	10,113	11,463	13,722	12,102
岐阜	3,494	3,231	5,279	5,385	3,599	3,921	2,725	3,558	4,155	5,161	5,245	8,140	11,150
長野	5,023	7,854	10,441	12,896	18,528	15,938	15,215	16,365	18,145	17,634	19,493	21,344	20,588
岐阜	1,844	1,615	3,138	3,670	4,195	4,365	4,906	3,654	3,633	4,087	4,315	7,929	7,480
静岡	7,861	8,838	11,832	14,040	14,646	16,618	17,570	15,783	17,511	20,055	21,994	27,018	28,599
愛知	9,229	9,878	13,848	13,407	14,841	15,217	16,281	15,537	15,848	17,604	16,778	25,192	23,449
三重	272	1,656	1,943	2,757	3,078	2,410	3,080	3,199	4,478	4,873	5,412	10,862	13,791
滋賀	3,961	4,737	6,394	6,847	7,329	7,950	7,554	9,452	7,902	6,749	8,179	12,618	12,085
京都	8,400	8,049	7,641	7,390	7,387	8,061	8,087	10,179	9,759	9,780	10,542	15,927	15,850
大阪	57,907	61,209	55,317	61,152	65,677	64,932	67,164	70,245	62,637	69,258	80,663	106,181	99,762
兵庫	14,101	16,162	19,445	21,015	23,363	23,049	29,455	31,295	36,201	40,096	41,609	51,006	51,957
奈良	1,255	1,885	2,719	2,769	3,008	4,236	5,249	4,424	4,736	4,925	5,269	7,824	7,929
和歌山	705	749	1,305	1,833	1,715	2,468	2,665	3,140	3,264	4,253	6,284	9,316	9,185
鳥取	3,574	4,033	3,974	4,346	3,152	3,498	3,636	1,908	3,073	3,154	3,405	4,136	5,158
島根	863	918	2,203	2,627	2,625	2,638	2,704	1,719	1,788	3,649	3,741	5,389	7,064
岡山	1,261	1,391	3,239	2,018	5,803	5,523	4,682	4,882	5,545	4,626	1,849	15,157	20,653
広島	13,741	14,046	15,086	14,948	15,943	15,054	16,814	20,179	17,000	16,825	20,072	18,825	18,296
山口	4,120	5,934	6,746	4,877	5,670	6,816	10,675	11,463	10,846	12,837	13,789	24,943	21,716
徳島	721	1,024	1,196	2,449	2,543	4,544	4,598	4,272	5,638	4,469	5,466	8,159	8,875
香川	889	1,097	10,596	12,232	12,633	13,920	14,086	14,189	12,021	13,098	13,542	10,409	13,429
愛媛	3,110	2,998	5,192	4,536	5,184	6,282	6,559	6,661	5,956	8,037	7,515	12,772	14,048
高知	2,957	3,645	3,600	5,979	6,029	6,406	5,774	4,022	7,423	5,509	5,481	6,736	7,297
福岡	3,825	3,365	7,108	6,487	7,961	8,729	11,103	12,135	14,828	11,897	10,694	24,184	24,384
佐賀	2,085	1,854	2,775	4,955	5,807	7,764	8,483	8,615	8,291	9,350	7,362	9,106	9,380
長崎	6,206	7,114	8,226	7,934	8,684	7,220	10,973	8,291	7,768	8,180	9,621	15,935	16,311
熊本	3,328	4,520	6,112	6,939	8,281	9,002	9,747	8,997	8,775	10,996	12,833	11,703	13,854
大分	3,919	4,215	5,285	6,506	6,440	7,125	7,425	9,409	9,582	10,582	10,856	16,809	18,700
宮崎	996	2,628	2,957	3,052	4,047	4,530	5,994	4,169	3,965	5,057	6,139	8,173	8,077
鹿児島	5,066	4,443	8,769	9,087	10,404	10,901	10,726	10,147	11,997	14,179	16,532	24,547	25,132
沖縄	5,591	5,668	9,251	10,088	10,241	10,845	12,889	18,890	18,050	18,241	17,830	9,367	11,594
札幌	4,379	4,521	4,255	3,569	4,167	3,587	4,053	4,411	4,971	5,965	5,770	0	-
仙台	-	-	-	4,158	5,731	5,461	5,118	5,501	5,322	5,626	6,839	7,816	6,830
青森	-	-	-	-	-	-	823	1,159	1,246	1,365	1,380	3,113	4,619
横濱	27,689	28,897	28,812	28,782	32,171	33,194	32,320	36,408	37,088	38,176	39,855	91,746	104,487
川崎	12,811	12,686	15,312	18,972	14,846	16,566	18,824	17,794	21,996	18,838	13,187	25,864	27,503
名古屋	10,301	10,503	12,440	13,807	15,668	16,487	17,502	21,321	23,510	25,477	26,992	30,014	32,596
京都	3,774	8,392	10,323	12,085	13,630	16,822	17,340	17,117	17,328	20,921	21,283	28,028	30,811
大阪	37,064	40,616	38,280	39,497	38,667	39,175	39,353	40,451	41,400	45,560	45,677	54,644	49,685
神戸	14,068	14,955	23,488	25,469	25,881	24,890	25,976	24,100	23,627	18,653	24,774	28,544	-
広島	3,051	3,796	5,350	5,303	6,591	7,524	8,517	5,338	7,357	8,592	10,978	16,667	14,968
北九州	4,136	4,662	6,237	10,455	11,373	13,533	12,492	11,406	10,477	11,943	12,394	13,544	16,464
福岡	1,902	2,107	3,720	3,892	4,254	4,631	5,554	6,702	8,062	9,526	12,139	10,744	10,855
合計	472,388	525,646	655,886	720,267	785,410	838,477	896,876	924,064	980,678	1,037,484	1,109,956	1,393,422	1,399,953

資料：平成8年まで 保健所運営報告（各年1月～12月）

平成9年 地域保健事業報告（平成9年4月～平成10年3月）

(2) 都道府県別精神保健訪問指導状況

	精神保健被相談延人員												
	61年	62年	63年	元年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年度
北海道	11,228	12,592	12,296	13,177	13,128	12,194	11,663	11,513	10,826	10,892	11,417	10,792	8,656
青森	3,499	3,938	5,755	5,799	5,806	6,226	5,989	5,173	5,612	5,390	4,311	1,387	1,534
岩手	6,710	6,142	5,644	5,462	5,327	4,524	4,298	3,654	3,320	3,152	3,519	1,915	1,521
宮城	4,570	4,921	6,152	4,067	2,645	2,672	2,286	1,731	2,950	2,715	1,237	1,017	849
秋田	3,143	2,684	2,915	3,431	2,909	4,631	4,752	4,659	3,250	3,680	4,044	2,757	2,384
山形	3,283	3,799	3,400	3,590	3,250	3,301	2,801	2,475	2,422	2,173	1,792	1,259	879
福島	3,068	3,156	3,292	3,177	2,812	2,353	2,655	2,348	2,164	1,582	1,258	1,164	1,024
茨城	3,312	3,666	3,758	4,511	5,390	5,495	5,653	5,109	6,052	5,665	5,411	4,842	4,061
栃木	3,641	3,081	3,278	3,109	2,327	2,526	3,396	3,425	2,795	2,616	1,915	925	1,025
群馬	3,222	3,171	3,135	3,077	2,579	2,168	2,355	2,564	2,568	2,205	2,950	1,772	1,628
埼玉	8,071	7,982	7,295	8,064	7,462	7,114	7,018	6,785	7,467	6,088	4,720	3,834	3,741
千葉	3,227	3,620	4,216	4,535	4,060	3,895	3,682	3,272	3,541	2,899	2,976	2,357	2,171
東京	27,385	29,146	29,710	31,782	33,491	36,878	36,860	37,371	38,554	39,626	42,170	39,954	42,149
神奈川	3,548	3,379	3,992	4,946	5,015	5,539	5,857	6,505	5,925	5,622	5,689	3,216	3,750
新潟	3,000	3,030	3,322	3,946	3,438	3,504	2,611	3,053	4,114	2,782	2,444	1,860	2,059
富山	1,998	1,758	1,924	1,730	2,279	1,678	1,863	2,050	2,285	2,525	2,985	2,857	2,062
石川	1,702	1,828	1,971	2,658	2,226	2,341	2,186	1,956	1,815	1,391	1,275	751	528
福井	3,764	4,280	4,567	5,750	5,014	4,610	4,860	4,271	4,096	3,545	3,018	3,212	1,644
山梨	1,290	1,289	1,235	1,580	1,128	1,424	1,289	1,130	1,351	1,323	1,150	802	1,212
長野	2,255	2,132	2,434	2,677	2,350	2,350	2,291	2,687	2,967	2,874	2,673	2,761	2,643
岐阜	4,015	4,049	4,374	4,859	4,841	4,245	3,625	2,800	3,026	1,840	1,261	1,181	991
静岡	7,370	7,620	9,234	8,091	7,623	7,912	7,490	6,589	6,643	6,882	5,664	5,423	3,903
愛知	9,788	9,408	9,274	10,501	10,092	9,087	8,550	7,750	8,046	8,727	8,524	6,031	5,961
三重	1,275	1,254	1,739	2,308	2,323	1,972	2,093	2,502	2,157	2,408	2,212	1,396	1,537
滋賀	1,898	1,981	2,490	2,981	2,513	2,347	2,137	2,454	2,216	1,849	1,674	1,727	1,689
京都	3,607	2,767	2,961	3,003	3,259	3,036	3,160	3,213	3,398	3,072	4,664	2,833	2,659
大阪	10,527	11,031	9,640	11,350	12,024	13,274	13,299	12,658	11,828	10,833	12,608	16,202	14,448
兵庫	8,575	9,559	9,717	10,922	11,311	12,181	12,893	12,270	12,279	14,195	13,900	14,376	14,710
奈良	930	773	1,132	1,014	1,047	922	1,273	1,108	1,235	1,126	1,090	950	1,100
和歌山	2,220	2,697	3,344	3,490	3,274	4,075	4,398	4,252	4,678	4,899	4,230	3,707	3,603
鳥取	2,287	2,499	2,982	3,832	3,012	2,526	2,271	2,006	2,394	2,221	2,321	2,464	2,576
島根	1,086	981	933	721	737	1,321	1,474	1,251	1,090	1,053	1,260	1,470	1,423
岡山	9,341	9,236	9,721	9,918	9,024	9,762	8,887	8,461	7,226	6,940	5,229	4,272	4,689
広島	8,323	7,947	8,557	8,621	7,669	7,732	7,304	6,191	6,349	5,392	4,888	3,106	2,903
山口	5,683	5,349	6,036	5,908	5,460	4,369	5,045	4,626	4,952	4,128	4,165	2,726	2,798
徳島	5,168	4,673	4,568	4,702	5,847	6,655	6,072	5,240	5,536	5,193	5,369	2,995	2,896
香取	2,256	2,470	2,810	2,867	2,721	2,785	2,578	2,680	2,308	2,621	2,821	3,087	3,248
愛媛	3,407	3,911	4,353	4,790	4,162	4,015	3,984	4,192	4,591	4,774	4,406	4,334	3,699
高知	6,342	6,057	5,822	6,068	6,505	6,645	5,435	4,884	7,045	5,984	5,455	1,852	1,729
福岡	8,938	9,336	9,994	10,839	10,768	12,295	12,821	11,204	10,665	9,922	9,164	4,197	4,440
佐賀	3,694	2,956	3,394	3,301	3,784	3,374	3,256	2,845	2,231	2,284	2,318	2,057	2,112
長崎	6,458	5,569	5,717	5,643	5,655	5,393	4,750	3,496	3,691	3,269	3,511	3,904	4,071
熊本	3,419	3,158	4,049	3,946	3,866	4,100	4,143	3,611	3,273	2,518	2,666	1,609	1,610
大分	6,652	7,219	7,112	6,026	6,053	6,605	6,614	6,433	6,357	5,643	6,166	3,505	2,542
宮崎	2,398	2,516	2,284	2,922	2,964	2,342	2,345	1,596	1,973	1,289	1,095	699	857
鹿児島	8,040	10,084	9,785	9,816	8,713	7,733	6,595	4,635	5,943	4,881	4,521	4,446	4,207
沖縄	7,183	6,832	7,302	8,144	8,924	8,850	9,028	8,957	7,850	6,723	6,590	2,921	2,417
札幌	375	476	375	356	548	560	598	680	561	655	476	-	-
仙台	-	-	-	2,982	3,430	3,235	2,871	3,102	2,893	3,258	3,461	2,738	2,635
千葉	-	-	-	-	-	-	989	1,141	1,167	1,025	920	910	880
横浜	4,724	5,031	5,022	5,031	4,616	5,181	4,663	5,300	4,853	4,706	5,386	6,777	7,509
名古屋	4,706	4,391	5,272	5,447	4,157	3,925	4,975	4,868	4,865	4,656	3,157	4,245	4,422
名古屋	7,074	6,035	6,568	6,429	6,503	6,411	6,887	7,062	6,818	6,438	6,075	5,470	5,615
京都	6,352	7,432	8,229	8,060	7,432	7,892	7,177	7,913	7,863	8,151	8,294	4,641	4,772
大阪	6,352	7,432	8,229	8,060	7,432	7,892	7,177	7,913	7,863	8,151	8,294	9,619	7,693
神戸	1,419	1,609	1,822	1,878	1,879	1,960	2,061	1,988	1,996	2,238	2,728	2,909	-
広島	2,117	2,924	2,876	2,846	2,587	3,105	2,618	2,248	2,473	2,274	2,334	2,020	2,131
北九州	1,418	1,158	1,403	4,563	4,749	4,501	4,628	4,586	3,408	3,477	3,134	2,575	3,425
福岡	589	680	933	849	896	798	885	1,234	1,221	1,067	1,101	1,125	1,045
合計	274,630	281,309	296,250	317,115	308,900	314,451	309,330	294,778	296,197	283,334	276,337	235,933	224,465

資料：平成8年まで 保健所運営報告（各年1月～12月）

平成9年 地域保健事業報告（平成9年4月～平成10年3月）

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……………40万円 同居の特別障害者の配偶者控除、扶養控除の加算……………35万円	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……………30万円 同居の特別障害者の配偶者控除、扶養控除の加算……………23万円 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 } の利子に 額面が350万円までの公債 } 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)×6万円 特別障害者控除 (70歳に達するまでの年数)×12万円	① 税務署 ② 精神障害者保健福祉手帳
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 (全額免除)	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受けている
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
所により指導を受けている
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	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

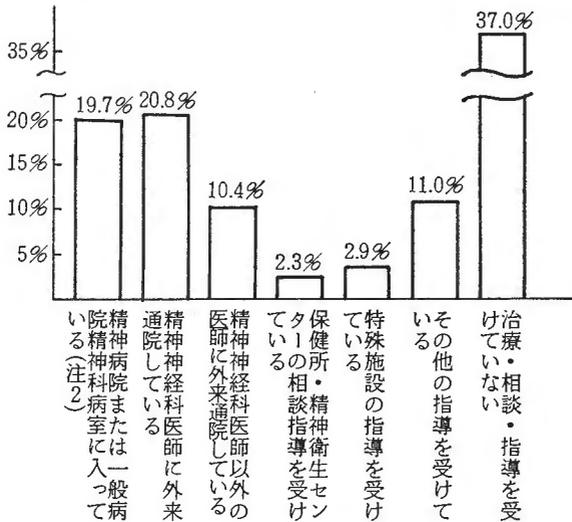
	(人口 千対 有病 率 総数)	精神病 院に入 院を要 するも の	精神病院 以外の施 設に収容 を要する もの	在宅のま ま医療ま たは指導 を要する もの
	万人 (12.9)	万人 (3.0)	万人 (0.7)	万人 (9.3)
総 数	124	28	7	89
精 神 病	57	21	2	35
精神薄弱	40	3	5	32
そ の 他	27	4	—	22

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%

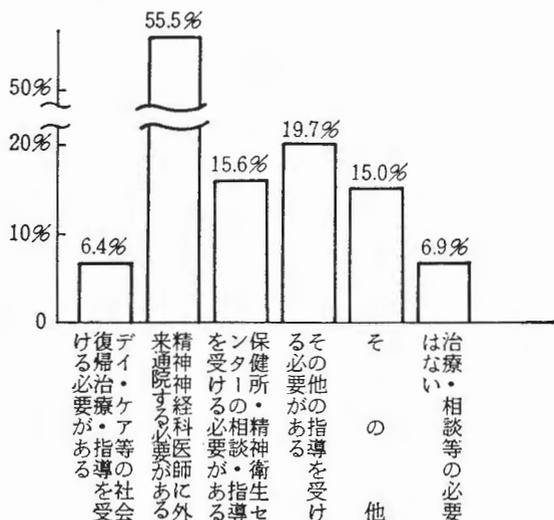
2. 現在の治療及び指導の内容 (延集計)



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。

IV 精神保健関係年表

年 代	精 神 保 健 事 項
1874 (明治7年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省、東京、京都、大阪の3府に医制(76条)を通知する。 (第25条に病院建設の規定がある。第26条に微毒院、癲狂院等各種病院設立の方法は皆前条に則る) ・東京衛戍病院に精神科科室設置 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カ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"> ・京都府洛東南禅寺に京都癲狂院を設け京都府療病院の所轄とする。 (日本最初の公立精神病院) ・京都府、岩倉村の宿屋に精神病者の宿泊を禁止 ・デーニッツが警視庁において裁判医学(精神病学を含む)を講義
1876 (明治9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸文政著抄訳「精神病約説三卷」(Henry Maudsley, 1872) ・マックス・ペール「監獄衛生」著
1878 (明治11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・宮内省東京府に脚気病院、癲狂病院設立費として2万3千円下賜 ・名古屋監獄に日本最初の監獄精神病室設置
1879 (明治12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・内務省達、府県衛生課事務条項第5「窮民救療の事」公私立病院及び貧院、盲院、聾啞院、癲狂院、棄児院等の設立を掌ること ・ベルツE, Baelz東京大学医学部で精神病学を講義 ・愛知医学校の教師フォン・ローレッツ A. von Roretz, 生徒開業医、警察官に訴訟医学講義、精神病院の必要を県に建議
1882 (明治15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・上野癲癲人は直ちに東京府巢鴨病院へ護送の上、その理由を該患者の見認地の区役所又は戸長役場へ通知すべき旨の東京府令出る。
1884 (明治17年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視府布達乙第12号 許可のない患者を私立癲狂院に入院させることを禁止 ・相馬誠胤、加藤癲癲病院に入院(3月)相馬事件がはじまる
1886 (明治19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・東京府癲狂院に入院の子爵相馬誠胤(元相馬藩主)を錦織剛清が夜中に病院に侵入し連れ出した。 相馬事件は明治27年まで訴訟が続いた日本で最も有名な精神病関係の訴訟である。 ・東京大学医学部精神病学教室開設、榊淑が教授となり日本人による初めての精神医学講義
1891 (明治24年)	<ul style="list-style-type: none"> ・石井亮一、白痴教育施設設立(わが国初の精神薄弱児収容施設)
1894 (明治27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視庁が精神病者取扱心得を發布する。

1895 (明治28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・フロイト精神分析を提唱する。 ・呉秀三纂訳「精神病学集要」が完結 																					
1896 (明治29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・クレペリン、近代精神病学を確立 ・陸軍省、精神病を一等症に編入 																					
1899 (明治32年)	<ul style="list-style-type: none"> ・政府精神病患者監護法案衆議院通過、貴族院にて否決 																					
1900 (明治33年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者監護法公布 																					
1901 (明治34年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォルフ、トリオナル持続睡眠法創始 																					
1902 (明治35年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本神経学会（日本精神神経学会の前身）創立 ・精神病患者慈善救済会成立 ・幼年者飲酒禁止法案議会提出 ・日本神経学会機関紙として『神経学雑誌』発刊 																					
1906 (明治39年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視庁、警察医員制度改正、「精神病診断所」を職務事項に加う。 ・東京府巣鴨病院、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"> ・「医学校に精神病科設置に関する建議案」可決 																					
1908 (明治41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央慈善協会設立 ・文部省発布の医学専門学校令の教授科目に精神病学が入る。 																					
1909 (明治42年)	<ul style="list-style-type: none"> ・片山、呉ら、中央衛生会に「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議 																					
1910 (明治43年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者の公費収容、委託監置始まる。 ・内務省衛生局長が地方長官会議において、府県立病院に精神病患者収容施設の設置を勸奨 																					
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ことを加う。 ・東大精神病学教室私宅監置の状況の实地調査 																					

1917 (大正6年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者全国一斉調査結果 <li style="padding-left: 2em;">総数 64,941人 <li style="padding-left: 2em;">入院 4,000人 <li style="padding-left: 2em;">私宅監置 4,500人 <li style="padding-left: 2em;">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。 ・病院精神医学懇話会発足
1958 (昭和33年)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急救護施設の運営について (社会局施設課長通知)
1959 (昭和34年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生相談所運営要領について (公衆衛生局長通知)
1960 (昭和35年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱者福祉法 ・第1回指定病院長会議
1961 (昭和36年)	<ul style="list-style-type: none"> ・酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律 ・精神科の治療指針 (保険局長通知)
1963 (昭和38年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法改正の動きが起さる。(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。
1966 (昭和41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者家族会発足 ・緊急救護施設の整備運営について (社会局施設課長通知)
1966 (昭和41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における精神衛生業務について (公衆衛生局長通知)

1967 (昭和42年)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域精神医学会設立 ・日本精神病院協会精神衛生法改正委員会社会復帰施設についての委員会答申まとめる。
1968 (昭和43年)	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO技術援助計画に基づく勧告 ・医療審議会地域ごとの必要病床数の算定方法改正答申 —— 精神病床1万対25床 ・中央精神衛生審議会「精神医療体系の現状に対する意見」をまとめる。 ・精神障害関係医療費、結核のそれをはじめて凌駕
1969 (昭和44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生センター運営要領について (公衆衛生局長通知) ・精神障害回復者社会復帰センター設置要綱案中央精神衛生審議会に諮問 ・中央精神衛生審議会保安処分に関する意見をただす ・精神病院実態調査 ・日本精神神経学理事会「精神病院に多発する不詳事件に関連し全会員に訴える」声明発表
1970 (昭和45年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院の運営管理に対する指導監督の徹底について (公衆衛生局長, 医務局長通知) ・心身障害者対策基本法公布 ・精神障害回復者社会復帰施設整備費予算化
1971 (昭和46年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神神経学会総会にて保安処分制度に反対する決議 ・法制審議会刑事法特別部会処分案を決定
1972 (昭和47年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省精神衛生思想普及費, 精神病院技術職員等研修費, 児童精神科専門医研修費, A級精神衛生センターにおけるデイ・ケア事業運営費予算化 ・精神科カウンセリング科新設
1973 (昭和48年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・行政管理庁「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」 ・第21回全国精神衛生大会 (金沢) の開催中止
1974 (昭和49年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科作業療法, 精神科デイ・ケアが社会保険診療報酬で点数化 ・日本精神神経科診療所医会結成 ・デイ・ケア施設整備費予算化
1975 (昭和50年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における社会復帰相談指導事業の実施 ・アルコール中毒臨床医等研修費予算化
1976 (昭和51年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者措置入院制度の適正な運用について (公衆衛生局長通知)
1978 (昭和53年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告 ・精神科デイ・ケア研修を実施

1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生社会生活適応施設整備費, 精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化 ・アルコール飲料と健康に関する検討委員会設置 ・第27回全国精神衛生大会 (大阪) の再開
1980 (昭和55年)	<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「老人精神病棟に関する意見」 ・アルコール健康医学協会設立 ・職親制度検討委員会設置
1981 (昭和56年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所WHO研究・研修センターに指定 ・職親制度検討委員会が精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告 ・国際障害者年精神衛生国際セミナー開催 ・覚せい剤緊急対策策定
1982 (昭和57年)	<ul style="list-style-type: none"> ・通院患者リハビリテーション事業実施 ・老人保健法成立 ・老人精神衛生相談事業予算化
1983 (昭和58年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「覚せい剤中毒者対策に関する意見, 老人精神保健対策に関する意見」 ・公衆衛生審議会精神衛生部会に「緊急精神医療対策専門委員会, アルコール関連問題対策専門委員会」の設置
1984 (昭和59年)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設における防火防災対策の強化について (公衆衛生局長, 医務局長通知) ・精神病院に対する指導監督等の強化徹底について (公衆衛生局長, 医務局長, 社会局長通知) ・公衆衛生局精神衛生課を保健医療局精神保健課と改称 ・精神障害者の国立病院及び国立療養所への入院措置について (保健医療局長通知) ・精神障害者小規模保護作業所調査
1985 (昭和60年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心の健康づくり推進事業予算化 ・国連経済社会理事会, 国連人権委員会, 差別防止及び少数者保護小委員会において精神衛生法の改正について精神保健課長発言 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「アルコール関連問題対策に関する意見」 ・精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインについて (保健医療局長通知) ・精神障害者共同住居調査
1986 (昭和61年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科集団療法, 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
1994 (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 ・精神保健法等の一部を改正する法律案要綱を社会保障制度審議会に諮問 (答申4.28) ・精神保健法等の一部を改正する法律の成立 (公布6月18日) ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の一部改正について (精神障害者ショートステイ施設の追加, 保健医療局長通知) ・世界精神保健連盟1993年世界会議の開催 (~27, 幕張メッセ) ・今後におけるアルコール関連問題予防対策について (提言, 公衆衛生審議会アルコール関連問題専門委員会)
1995 (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
	<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 ・精神保健法等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) ・精神保健法等の一部を改正する法律の成立 (公布5月19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) ・「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)

	<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）
1996（平成8年）	<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
1997（平成9年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士法案要綱を公衆衛生審議会上に諮問、同答申 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規程に基づく精神保健指定医の指定の取消し処分について答申（公衆衛生審議会）[大和川病院関係] ・今後の障害保健福祉施策の在り方について中間報告（障害三審議会合同企画分科会） ・精神保健福祉士法の成立（公布12月19日）
1998（平成10年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士法施行（4月1日） ・光感受性発作に関する研究報告 ・公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会を設置 ・精神病院に対する指導監督等の徹底について（障害保健福祉部長、健

	<p>康政策局長、医薬安全局長、社会援護局長通知)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第1回ケアマネージメント指導者養成研修事業実施 ・精神保健福祉士指定試験機関及び登録機関として財社会福祉振興・試験センターを指定 ・精神保健福祉士の指定講習会（現任者の経過措置）を実施 ・国立療養所犀潟病院事件に対する改善命令（新潟県） ・性同一性障害による初の性転換手術 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の6第1項に基づき国が初めて国立精神病院・療養所に対し立入検査を実施
1999（平成11年）	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回精神保健福祉士試験実施 ・公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会報告 ・今後の精神保健福祉施策について（意見書・公衆衛生審議会） ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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・答申 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定に基づく精神保健指定医の指定の取消し処分について答申（公衆衛生審議会）[犀潟病院事件関係] ・精神病院においてインフルエンザにより患者が多数死亡（多度病院） ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の成立（公布6月4日） ・精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行事業の実施について（障害保健福祉部長通知） ・長期在院患者の療養体制整備事業の実施について（障害保健福祉部長通知）
2000（平成12年）	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回精神保健福祉士試験実施 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の施行について（障害保健福祉部長通知） ・精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の公布 ・精神障害者の移送に関する事務処理基準について（障害保健福祉部長通知）

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発生予防対策の充実，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
 - ・「痴呆性老人対策に関する検討会」が検討開始
- 平成 6 年
 - ・「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

V そ の 他

1 各都道府県・指定都市精神保健福祉担当課一覧

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	保健福祉部保健予防課	011(231)4111	060-8588	札幌市中央区北3条西6丁目
青森	健康福祉部障害福祉課	017(734)9310	030-8570	青森市長島1丁目1の1
岩手	保健福祉部障害保健福祉課	019(629)5450	020-8570	盛岡市内丸10番1号
宮城	保健福祉部障害福祉課	022(211)2635	980-8570	仙台市青葉区本町3丁目8番1号
秋田	健康福祉部障害福祉課	018(860)1337	010-8570	秋田市山王4丁目1番1号
山形	健康福祉部障害福祉課	023(630)2317	990-8570	山形市松波2の8の1
福島	保健福祉部健康増進課	024(521)7240	960-8670	福島市杉妻町2の16
茨城	保健福祉部障害福祉課	029(301)1111	310-8555	水戸市笠原町978番6
栃木	保健福祉部健康増進課	028(623)3093	320-8501	宇都宮市鳩田1の1の20
群馬	保健福祉部保健予防課	027(223)1111	371-8570	前橋市大手町1丁目1番1号
埼玉	健康福祉部障害者福祉課	048(830)3565	336-8501	浦和市高砂3-15-1
千葉	健康福祉部障害福祉課	043(223)2680	260-8667	千葉市中央区市場町1の1
東京都	衛生局医療福祉部精神保健福祉課	03(5320)4461	163-8001	新宿区西新宿2丁目8番1号
奈良	衛生部保健予防課	045(210)5122	231-8588	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	950-8570	新潟市新光町4-1
富山	厚生部健康課	076(431)4111	930-8501	富山市新緑曲輪1番7号
石川	健康福祉部障害保健福祉課	076(261)1111	920-8580	金沢市松坂2丁目1番1号
福山	福祉環境部健康増進課	0776(20)0351	910-8580	福井市大手3丁目17番1号
山梨	福祉保健部健康増進課	055(223)1495	400-8501	甲府市丸の内1丁目6の1
長野	衛生部保健予防課	026(235)7149	380-8570	長野市大字南長野字幡下692の2
岐阜	健康福祉課環境部保健医療課	058(272)1111	500-8570	岐阜市藪田南2-1-1
静岡	健康福祉部障害者支援総合的精神障害福祉課	054(221)2920	420-0853	静岡市追手町9番6号
愛知	健康福祉部障害福祉課	052(971)8868	460-8501	名古屋市中区三の丸3丁目1番2号
三重	健康福祉部障害保健福祉課	059(224)2248	514-8570	津市広明町13
滋賀	健康福祉部健康対策課	077(528)3618	520-8577	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	602-8570	京都市上京区下立売通新町西入敷/内町
大阪	健康福祉部障害保健福祉課	06(6944)6696	540-8570	大阪市中央区大手町2の1の22
兵庫	県民生活部健康福祉局障害福祉課	078(341)7711	650-8567	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	630-8501	奈良市登大路町30番地
和歌山	福祉保健部健康対策課	073(441)2641	640-8269	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)7192	680-8570	鳥取市東町1の220
島根	健康福祉部障害者福祉課	0852(22)5247	690-8501	松江市殿町1番地
岡山	保健福祉部健康対策課	086(226)7330	700-8570	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	730-8511	広島市中区基町10の52
山口	健康福祉部健康増進課	083(933)2944	753-8501	山口市滝町1番1号
徳島	保健福祉部健康増進課	088(621)2225	770-8570	徳島市万代町1丁目
香川	健康福祉部障害福祉課	087(831)1111	760-8570	高松市番町4丁目1番10
愛媛	保健福祉部障害福祉課	089(941)2111	790-8570	松山市一番町4の4の2
高松	健康福祉部健康政策課	088(823)9669	780-8570	高知市丸の内1の2の20
福岡	保健福祉部障害者福祉課	092(643)3265	812-8577	福岡市博多区東公園7の7
佐賀	福祉保健環境部健康増進課	0952(25)7075	840-8570	佐賀市城内1丁目1番59号
長崎	福祉保健部障害福祉課	095(824)1111	850-8570	長崎市江戸町2番13号
熊本	健康福祉部障害保健福祉課	096(383)1111	862-8570	熊本市水前寺6の18の1
大分	福祉保健部健康対策課	097(536)1111	870-8501	大分市大手町3丁目1番1号
宮崎	福祉保健部保健業務課	0985(26)7079	880-8501	宮崎市橘通東2丁目10番1号
鹿児島	保健福祉部障害福祉課	099(286)2754	890-8577	鹿児島市鴨池新町10の1
沖縄	福祉保健部障害保健福祉課	098(866)2190	900-8570	那覇市泉崎1-2-2

政令都市

都道府県	主管部(局)主管課	電話番号	郵便番号	所在地
札幌	障害保健福祉部障害福祉課	011(211)2111	060-8611	札幌市中央区北1条西2
仙台	健康福祉部障害福祉課	022(214)8163	980-8671	仙台市青葉区国分町3-7-1
千葉	保健福祉推進部障害保健福祉課	043(245)5111	260-8722	千葉市中央区千葉港1-1-1
横浜	衛生局保健部精神保健課	045(671)3821	231-0017	横浜市中区港町1-1-1
川崎	障害保健福祉部精神保健課	044(200)3608	210-8577	川崎市川崎区宮本町1
名古屋	健康福祉局障害福祉部障害福祉課	052(972)2532	460-8508	名古屋市中区三の丸3丁目1-1
京都	保健福祉局保健衛生推進室地域医療課	075(222)1111	604-8571	京都市中京区寺町通御池上本龍寺前町488
大阪	環境保健局健康推進部健康づくり推進課	06(6208)9961	530-8201	大阪市北区中之島1-3-20
神戸	保健福祉局健康部健康増進課	078(322)5271	650-8570	神戸市中央区加納町6-5-1
広島	社会局精神保健福祉室	082(245)2111	730-8586	広島市中区国泰寺町1-6-34
北九州	地域福祉部障害福祉課	093(582)2424	803-8501	北九州市小倉北区城内1-1
福岡	保健医療部保健予防課	092(711)4377	810-8620	福岡市中央区天神1-8-1

2 精神保健福祉センター一覧

(平成12年4月1日現在)

都道府県 指定都市	センター名	開設 年月	単独合 同の別	郵便番号	所在地	電話番号
北海道	北海道立精神保健福祉センター	昭43.4	単独	003-0027	札幌市白石区本通16丁目北6番34号	011(864)7121
北海道	青森県立精神保健福祉センター	平6.11	単独	038-0031	青森市大字三内字沢部353番地92	0177(87)3951
岩手県	岩手県精神保健福祉センター	昭48.7	合同	020-0015	盛岡市本町通3丁目9番1号	019(622)6955
宮城県	宮城県精神保健福祉センター	昭34.7	合同	980-0014	仙台市青葉区本町1丁目4-39	022(224)1491
秋田県	秋田県精神保健福祉センター	昭54.7	合同	019-2413	仙北郡和町上说明字五百列田352番地	0188(92)3773
山形県	精神保健福祉センター	昭47.4	合同	990-0041	山形市緑町1丁目9-30	023(624)1217
福島県	福島県精神保健福祉センター	平7.10	合同	960-8012	福島市御山町8-30	024(535)3556
茨城県	茨城県精神保健福祉センター	平3.6	合同	310-0852	水戸市笠原町993-2	029(243)2870
栃木県	栃木県精神保健福祉センター	昭43.4	単独	329-1104	河内郡河内町下岡本2145-13	028(673)8785
群馬県	群馬県精神保健福祉センター	昭61.1	単独	379-2166	前橋市野中町368番地	027(263)1166
埼玉県	埼玉県立精神保健総合センター	昭40.7	合同	362-0806	北足立郡伊奈町小窪818-2	048(723)1111
埼玉県	千葉県精神保健福祉センター	昭46.2	単独	260-0801	千葉市中央区仁戸名町666-2	043(263)3891
東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター	昭47.10	単独	156-0057	世田谷区上北沢2-1-7	03(3302)7575
東京都	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	平4.4	単独	206-0036	多摩市中沢2-1-3	0423(76)1111
東京都	東京都立精神保健福祉センター	昭41.7	単独	110-0004	台東区下谷1-1-3	03(3842)0948
神奈川県	神奈川県立精神保健福祉センター	昭35.4	単独	233-0006	横浜市港南区芹が谷2-5-2	045(821)8822
新潟県	新潟県精神保健福祉センター	昭43.4	単独	951-8133	新潟市川岸町1丁目57-1	025(231)6111
富山県	富山県心の健康センター	昭40.10	合同	939-8222	富山市蛸川459番1	0764(28)1511
石川県	石川県精神保健福祉センター	昭41.10	合同	920-0064	金沢市南新保町ル3-1	076(238)5761
福井県	福井県精神保健福祉センター	昭47.4	合同	910-0846	福井市四ツ井2丁目12番1号	0776(53)6767
山梨県	山梨県精神保健福祉センター	昭46.4	合同	400-0005	甲府市北新1丁目2-12	055(254)8644
長野県	長野県精神保健福祉センター	昭47.10	合同	380-0923	長野市若里1570-1	026(227)1810
岐阜県	岐阜県精神保健福祉センター	昭33.4	合同	500-8385	岐阜市下京段2-1 福祉・農業会館内	058(273)1111
静岡県	静岡県精神保健福祉センター	昭41.4	合同	422-8031	静岡市有明町2-20	054(286)9245
愛知県	愛知県総合保健センター 精神保健福祉センター部	昭46.4	合同	460-0001	名古屋市中区三の丸3丁目2番1号	052(962)5371
三重県	三重県こころの健康センター	昭61.5	合同	514-1101	久居市明神町2501-1	059(255)2151
滋賀県	滋賀県立精神保健福祉センター	平4.9	合同	525-0075	草津市南笠町深谷66	077(567)5001
京都府	京都府立精神保健福祉総合センター	昭57.6	単独	612-8416	京都市伏見区竹田流池町120	075(641)1810
大阪府	大阪府立こころの健康総合センター	平6.4	単独	558-0056	大阪市住吉区万代東3-1-46	06(6691)2811
兵庫県	兵庫県立精神保健福祉センター	昭41.4	合同	652-0032	神戸市兵庫区荒田町2丁目1-29	078(511)6581
奈良県	奈良県精神保健福祉センター	昭64.1	単独	633-0062	桜井市栗殿1000番地	074(44)3131
和歌山県	和歌山県精神保健福祉センター	昭57.3	合同	640-8319	和歌山市手平2丁目1-2	0734(35)5194
鳥取県	鳥取県立精神保健福祉センター	平3.10	合同	680-0901	鳥取市江津318番地1	0857(21)3031
島根県	島根県立精神保健福祉センター	昭53.10	合同	690-0882	松江市大輪420	0852(21)2885
岡山県	岡山県精神保健福祉センター	昭46.4	合同	703-8278	岡山市古京町1丁目10-101	086(272)8835
広島県	広島県立総合精神保健福祉センター	昭62.8	単独	731-4311	安芸郡坂町字北新地2-3-77	082(884)1051
山口県	山口県精神保健福祉センター	昭47.4	合同	755-0241	宇部市東岐波東小沢4004-2	0836(568)3480
徳島県	徳島県精神保健福祉センター	昭28.12	単独	770-0855	徳島市新蔵町3丁目80番地	088(625)0610
香川県	香川県精神保健福祉センター	昭42.4	合同	760-0068	高松市松島1丁目17番28号	087(831)3151
愛媛県	愛媛県精神保健福祉センター	昭47.4	合同	790-0003	松山市三番町8丁目234番地	089(921)3880
高知県	高知県立精神保健福祉センター	昭48.4	合同	780-0850	高知市丸の内2丁目4-1	0888(23)8609
福岡県	福岡県精神保健福祉センター	昭41.5	合同	816-0804	春日市原町3丁目1番7	092(582)7500
佐賀県	佐賀県精神保健福祉センター	昭59.1	単独	845-0001	小城市小城町178-9	0952(73)5060
長崎県	長崎県精神保健福祉センター	昭44.10	単独	856-0825	大村市西三城町12番地	0957(54)9124
熊本県	熊本県精神保健福祉センター	昭47.4	単独	860-0844	熊本市水道町9-16	096(356)3629
大分県	大分県精神保健福祉センター	昭50.4	単独	870-1155	大分市大字玉沢字平石908番地	097(541)6290
宮崎県	宮崎県精神保健福祉センター	昭49.10	合同	880-0032	宮崎市霧島1丁目2番地	0985(27)5663
鹿児島県	鹿児島県精神保健福祉センター	昭42.4	単独	890-0065	鹿児島市那元3丁目3-5	099(255)0617
沖縄県	沖縄県立総合精神保健福祉センター	昭49.3	単独	901-1104	尻屋敷南風原町字宮平212	098(888)1443
札幌市	札幌市精神保健福祉センター	平9.4	合同	060-0042	札幌市中央区大通西19丁目1	011(622)2561
仙台市	仙台市精神保健福祉総合センター	平9.4	合同	980-0848	仙台市青葉区荒巻三階沢1-6	022(265)2191
京都市	京都市こころの健康増進センター	平9.4	合同	604-8845	京都市中京区生来高田町1番地の15	075(314)0355
大阪市	大阪市こころの健康センター	平12.4	単独	545-0001	大阪市阿倍野区旭町1-2-7-401	06(6636)7870
広島市	広島市精神保健福祉センター	平5.4	合同	730-0043	広島市中区富士見町11番27号	082(245)7731
北九州市	北九州市立精神保健福祉センター	平9.4	単独	802-0077	北九州市小倉北区馬借1-7-1	093(522)8729
合計 52都道府県・指定都市 54施設						

3 国立・都道府県立精神病院一覧

(平成12年4月1日現在)

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県精神科病床数	所 在 地	電話番号
北海道	国立札幌病院	厚生省 30	札幌市白石区菊水4条2	011(811)9111
"	国立十勝療養所	" 250	河東郡音更町中鈴蘭元町2	0155(31)3111
"	札幌医科大学医学部附属病院	都道府県 50	札幌市中央区南1条西16-291	011(611)2111
"	北海道立紋別病院	" 52	紋別市緑町5-6-8	01582(4)3111
"	北海道立緑ヶ丘病院	" 270	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	網走市向陽ヶ丘1-5-1	0152(43)4138
"	北海道立江差病院	" 50	檜山郡江差町伏木戸町484番地	01395(2)0036
青森	青森県立つくしが丘病院	" 350	青森市大字三内沢部353-92	017(787)2121
岩手	国立療養所南花巻病院	厚生省 300	花巻市諏訪500	0198(24)1721
"	岩手県立大船渡病院	都道府県 105	大船渡市大船渡町字山馬越10番地1	0192(26)1111
"	岩手県立南光病院	" 408	一関市真紫矢ノ目沢56-19	0191(23)3655
"	岩手県立一戸病院	" 250	二戸郡一戸町一戸字砂森60-9	0195(33)3101
宮城	国立仙台病院	厚生省 48	仙台市宮城野区宮城野2-8-8	022(293)1111
"	宮城県立名取病院	都道府県 354	名取市手倉田字山無番地	022(384)2236
秋田	秋田県立リハビリテーション精神医療センター	" 200	仙北郡協和町上淀川字五百刈田352	018(892)3751
山形	山形県立鶴岡病院	" 350	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	福島市光が丘1	024(548)2111
"	福島県立会津総合病院	" 100	会津若松市城前10-75	0242(27)2151
"	福島県立矢吹病院	" 295	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	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	西茨城郡友部町旭町654	0296(77)1151
栃木	栃木県立岡本台病院	" 255	河内郡河内町字下岡本2162	028(673)2211
群馬	群馬県立精神医療センター	" 372	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	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	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	市川市国府台1-7-1	047(372)3501
"	国立下総療養所	" 707	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	千葉市美浜区豊砂5	043(276)1361

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県	精神科病床数	所 在 地	電話番号
東 京	国立国際医療センター	厚 生 省	40	新宿区戸山町1-21-1	03(3202)7181
〃	国立病院東京医療センター	厚 生 省	50	目黒区東が丘2-5-1	03(3411)0111
〃	国立精神・神経センター武蔵病院	〃	700	小平市小川東町4-1-1	042(341)2711
〃	東京都立墨東病院	都道府県	36	墨田区江東橋4-23-15	03(3633)6151
〃	東京都立荏原病院	〃	30	大田区東雪谷4-5-10	03(5734)8000
〃	東京都立広尾病院	〃	32	渋谷区恵比寿2-34-10	03(3444)1181
〃	東京都老人医療センター	〃	44	板橋区柴町35-2	03(3964)1141
〃	東京都立豊島病院	〃	34	板橋区柴町33-1	03(5375)1234
〃	東京都立神経病院	〃	32	府中市武蔵台2-6-1	042(323)5110
〃	東京都多摩老人医療センター	〃	42	東村山市青葉町1-7-1	042(396)3811
〃	東京都立梅ヶ丘病院	〃	270	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	世田谷区上北沢2-1-7	03(3302)7575
〃	東京都立松沢病院	〃	1,368	世田谷区上北沢2-1-1	03(3303)7211
〃	東京都立府中病院	〃	35	府中市武蔵台2-9-2	042(323)5111
〃	東京都立多摩総合精神保健センター	〃	20	多摩市中沢2-1-3	042(376)1111
神奈川	国立療養所久里浜病院	厚 生 省	304	横須賀市野比5-3-1	0468(48)1550
〃	国立相模原病院	〃	49	相模原市桜台18-1	0427(42)8311
〃	国立横浜病院	〃	52	横浜市戸塚区原宿町252	045(851)2621
〃	神奈川県立立こども医療センター	都道府県	40	横浜市南区六ツ川2-138-4	045(711)2351
〃	神奈川県立精神医療センター芹香院	〃	497	横浜市港南区芹が谷2-5-1	045(822)0241
〃	神奈川県立精神医療センターせりがや病院	〃	80	横浜市港南区芹が谷2-3-1	045(822)0365
新 潟	国立療養所厚潟病院	厚 生 省	250	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	新発田市大手町4-5-48	0254(22)3121
〃	新潟県立小出病院	〃	130	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	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	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	80	富山市西長江2-2-78	076(424)1531
石 川	国立金沢病院	厚 生 省	48	金沢市石引3-1-1	076(262)4161
〃	石川県立高松病院	都道府県	400	河北郡高松町内高松ヤ36	076(281)1125

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県精神科病床数	所 在 地	電話番号	
福 井	福井県立精神病院	都道府県	400	福井市四ツ井2-8-1	0776(54)5161
山 梨	山梨県立北病院	"	300	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	小諸市甲4598	0267(22)0870
"	長野県立阿南病院	都道府県	46	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	駒ヶ根市下平2901	0265(83)3181
岐 阜	岐阜県立多治見病院	都道府県	120	多治見市前畑町5-161	0572(22)5311
静 岡	静岡県立こころの医療センター	"	350	静岡市与一4丁目1-1	054(271)1135
愛 知	国立名古屋病院	厚生省	53	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	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	名古屋市千種区徳川山町4-1-6	052(763)1511
"	愛知県心身障害者 コロニーことば学園	"	180	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	春日井市神屋町713-8	0568(88)0811
三 重	国立療養所榊原病院	厚生省	260	久居市榊原町777	059(252)0211
"	三重県立志摩病院	都道府県	100	志摩郡阿児町鶴方1257	05994(3)0501
"	三重県立小児心療センター あすなろ学園	"	104	津市城山1-12-3	059(234)8700
"	三重県立こころの医療センター	"	400	津市城山1-12-1	059(235)2125
滋 賀	滋賀県立精神保健総合センター	"	100	草津市笠山8-4-25	077(567)5001
京 都	国立舞鶴病院	厚生省	155	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	京都市左京区河原町広小路上ル	075(251)5111
"	京都府立洛南病院	"	328	宇治市五ヶ庄広岡谷2	0774(32)5900
大 阪	国立大阪病院	厚生省	12	大阪市東区法円坂町2-1	06(6942)1331
"	国立大阪南病院	"	50	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	大阪市住吉区万代東3-1-56	06(6692)1201
"	大阪府立中宮病院	"	842	枚方市宮之坂3-16-21	072(847)3261
兵 庫	兵庫県立淡路病院	"	45	洲本市下加茂1-6-6	0799(71)3001
"	兵庫県立光風病院	"	495	神戸市北区山田町上谷上字登尾3	078(581)1013
奈 良	国立療養所松籟荘	厚生省	200	大和郡山市小泉町2815	0743(52)3081
"	奈良県立医科大学附属病院	都道府県	80	橿原市四条町840	0744(22)3051
和歌山	和歌山県立医科大学附属病院	"	40	和歌山市紀三井寺811-1	073(447)2300

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県 精神科病床数	所 在 地	電話番号
和歌山	和歌山県立五稜病院	450	有田郡吉備町大字庄31	0737(52)3221
鳥 取	国立療養所鳥取病院	300	岩美郡国府町新通り3-301	0857(22)4121
島 根	島根県立湖陵病院	309	簸川郡湖陵町大池240	0853(43)2102
岡 山	岡山県立岡山病院	"	岡山市鹿田本町3-16	086(225)3821
広 島	国立呉病院	厚生省 50	呉市青山町3-1	0823(22)3111
"	国立療養所賀茂病院	" 350	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	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	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	宇部市大字東岐波字東小沢4004-2	0836(58)2370
徳 島	徳島県立中央病院	" 100	徳島市蔵本町1丁目10-3	088(631)7151
香 川	国立善通寺病院	厚生省 100	善通寺市仙遊町2-1-1	0877(62)2211
"	国立療養所西香川病院	" 50	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	丸亀市土器町東9-291	0877(22)2131
愛 媛	愛媛県立今治病院	" 50	今治市石井町4-5-5	0898(32)7111
高 知	高知県立芸陽病院	" 193	安芸市宝永町3-33	0887(34)3111
福 岡	国立小倉病院	厚生省 50	北九州市小倉南区春ヶ丘10-1	093(922)5072
"	国立病院九州医療センター	" 50	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 300	太宰府市五条3-8-1	092(922)3137
"	福岡県立遠賀病院	" 50	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	神崎郡東背振村三津160	0952(52)3231
長 崎	国立長崎中央病院	" 55	大村市久原2-1001-1	0957(52)3121
"	長崎県立大村病院	都道府県 306	大村市西部町1575-2	0957(53)3103
熊 本	国立熊本病院	厚生省 50	熊本市二の丸1-5	096(353)6501
"	国立療養所菊池病院	" 150	菊池郡合志町福原208	096(248)2111
"	熊本県立こころの医療センター	都道府県 190	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	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	宮崎市北高松町5-30	0985(24)4181
"	宮崎県立富養園	" 391	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	" 290	始良郡始良町平松6067	0995(65)3138

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県	精神科病床数	所 在 地	電話番号
沖 縄	国立療養所琉球病院	厚 生 省	350	国頭郡金武町字金武7958-1	098(968)2133
〃	沖縄県立精和病院	都 道 府 県	306	島尻郡南風原町字新川260	098(889)1390
〃	沖縄県立宮古病院	〃	100	平良市字東仲宗根807	098(072)3151
〃	沖縄県立八重山病院	〃	50	石垣市字大川732	098(083)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12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	開設年月日
6 北海道	道立緑ヶ丘病院附属音更リハビリテーションセンター	北海道	河東郡音更町緑ヶ丘1番地	0155-42-4166	S59.7.1
	緑ヶ丘寮	(福)道北センター福祉会	名寄市旭東109	01654-3-8831	H2.4.1
	せせらぎ寮	(福)塩谷福祉会	小樽市塩谷4-72-1	0134-26-1098	H7.4.1
	グリーンビレッジ	(医)千寿会	登別市中登別町24-120	0143-83-0003	H10.4.1
	トータスホーム	(福)函館恭北会	函館市東畑町141-2	0138-58-1981	H11.10.1
8 青森県	遊友荘	(医)こぶし	苫小牧市柳町4-12-21	0144-53-6611	H12.4.1
	コーポさくら荘	(福)花	弘前市藤代2-11-6	0172-37-3399	H8.4.1
	コミュニティホーム オアシス	(医)杏林会	八戸市小中野8-14-24	0178-46-5431	H8.4.1
	青山荘	(医)青仁会	八戸市田面木字赤坂35-35	0178-27-6638	H9.4.1
	ほのぼの寮	青森保健生活協同組合	青森市間屋町1-15-10	017-738-2260	H9.4.1
	清里	(医)清照会	八戸市大字新井田字松山下野場7-9	0178-25-0055	H11.4.1
	SUN	(医)芙蓉会	青森市大字四ツ石字里見75-2	017-738-2525	H11.4.1
	アセントハウス	(財)済誠会	十和田市西二十三番町5-5	0176-21-1173	H12.1.1
4 岩手県	ラ・プリマベラ	(医)清泉会	五所川原市芭蕉48-2	0173-38-1331	H12.4.1
	みやま寮	(福)みやま会	岩手郡滝沢村滝沢字後307-24	019-688-5928	H2.4.1
	ニコニコハウス	(福)ハッピーライト	一関市三関字小沢68-3	0191-26-5432	H10.4.1
	銀杏荘	(医)祐和会	久慈市門前第1地割151-1	0194-52-8180	H11.4.1
7 秋田県	援護寮みやこ	(福)若竹会	宮古市大字崎嶺ヶ崎第4地割早稲橋1-11	0193-64-7855	H11.10.1
	ニコニコ寮	(医)久幸会	秋田市下新城中野字琵琶沼123	0188-73-5759	H2.6.25
	のぞみ	(医)興生会	横手市上内町3-22	0182-32-2071	H7.4.1
	すずらん	(医)久盛会	秋田市飯島字堀川84-29	018-846-6125	H8.1.1
	友生	(医)和成会	大館市片山町3-12-30	0186-42-5858	H8.4.1
	サンフラワー	秋田県	仙北郡協和町上淀川字五百刈田352	0188-92-3770	H9.6.2
	和	(医)荘和会	本荘市石脇字田尻33	0184-22-1604	H10.4.1
	松風	(医)仁恵会	湯沢市山田字中屋敷15-1	0183-78-0066	H11.8.1
2 山形県	ひだまりの家	(医)公德会	南陽市柗塚926-2	0238-40-3401	H2.4.1
	三ッ葉荘	(福)光風会	酒田市高砂2-5-5	0234-33-3838	H4.4.1
2 福島県	ペンギンハウス朝日が丘	(福)郡山コスモス会	郡山市大槻町字御前5	024-962-1220	H10.4.1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	福島県	ひめさゆり荘	(医)昨雲会	喜多方市松山町鳥見山字上堰下4774-8	0241-23-1269	H10.10.1
4	茨城県	アミーゴ荘	(医)直志会	久慈郡大子町北田気76	02957-2-2380	H元.4.1
		くりの実寮	(医)有朋会	那珂郡那珂町豊喰505	029-295-1834	H7.4.1
		下館メンタルサポートセンター	(医)平仁会	下館市野殿1131	0296-22-7558	H7.2.1
		つくばライフサポートセンター	(社)創志会	つくば市上郷7563-67	0298-47-7980	H7.9.1
7	栃木県	両崖ホーム	(医)恵愛会	足利市本城1-1568	0284-43-2950	H6.4.1
		みなみ	(医)報徳会	宇都宮市陽南4-6-34	028-658-2121	H9.1.6
		かえで荘	(医)生々堂厚生会	宇都宮市飯田町419	028-648-6111	H9.1.10
		那須愛恵苑	(福)愛と光の会	那須郡湯津上村大字片府田1301-59	0287-98-3001	H9.4.1
		援護寮宇都宮	(医)宇都宮	宇都宮下栗町2299	028-656-3875	H10.10.1
		おりひめホーム	(医)恵愛会	足利市本城1-1560	0284-41-7013	H11.4.1
		ピアハウス小山	(医)朝日会	小山市喜沢町660-14	0285-30-5360	H11.4.1
4	群馬県	はばたき	群馬県	佐波郡東村国定2400-1	0270-63-1860	H7.3.1
		あかまつ	(医)赤城会	太田市長手町1744	0276-22-2151	H9.4.1
		あけぼの	(財)大利根会	渋川市明保野3641-6	0279-25-3378	H11.4.1
		くわのみハウス	(医)群馬会	群馬郡群馬町稲荷台153-2	027-350-3500	H12.1.15
11	埼玉県	けやき荘	埼玉県	北足立郡伊奈町小室818-2	048-723-1111	H2.4.1
		やどかりの里援護寮	(社)やどかりの里	大宮市中川562	048-686-0494	H2.5.1
		あけぼの	(医)慶栄会	八潮市大字鶴ヶ會根1089	0489-96-3034	H2.5.1
		友人館	(医)緑光会	東松山市大谷4161-1	0493-39-0303	H3.6.1
		武甲の森	(医)全和会	秩父市寺尾1449	0494-24-5553	H3.4.1
		さくら荘	(医)慈光会	幸手市南2-2-13	0480-42-0890	H5.4.1
		いるまの里	(医)松風会	入間市東藤沢5-9-2	0429-62-3091	H6.4.1
		夢の実ハウス	(福)済生会支部埼玉県済生会	鴻巣市八幡田868-1	0485-96-2220	H10.4.1
		向陽寮	(財)熊谷脳病院	熊谷市石原519-5	048-520-5520	H11.4.1
		里仁	(医)秀峰会	越谷市七左町4-100-4	0489-85-6678	H11.10.1
		ハートフル荘	(医)高仁会	川口市西川口6-17-46	048-256-1117	H12.4.1
5	千葉県	なごみの家	(医)心和会	八千代市下高野553	0474-88-2942	H2.6.1
		まほろば寮	(福)三芳野会	安房郡三芳村谷向166-2	0470-36-2314	H元.6.1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	千葉県	ノバハイツ白里	(福)ワーカーホーム	山武郡大網白里町細草3215	0475-77-2100	H 5 . 4 . 1
		ゆりの木荘	(医)静和会	東金市家徳97-1	0475-58-9393	H 7 . 4 . 1
		ばんぷーはうす	(医)博道会	館山市上真倉2383	0470-22-1712	H12. 4 . 1
9	東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター	東京都	世田谷区上北沢2-1-7	03-3302-7575	S 47.10. 1
		東京都立多摩総合精神保健福祉センター	東京都	多摩市中沢2-1-3	0423-76-1111	H 4 . 7 . 1
		荒川愛恵苑	(福)愛と光の会	荒川区西尾久7-50-6	03-3894-4100	H 6 . 3 . 1
		さくらハイツ	(医)東京愛成会	八王子市宮下町177-26	0426-91-5915	H 7 . 4 . 1
		たまこヒルズ	(医)円祐会	武蔵村山市中藤2-28-1	0425-67-5502	H 8 . 4 . 1
		川口ハイツ	(医)明和会	八王子市川口町3562	0426-54-8555	H 8 . 4 . 1
		ほたるの里	(医)幸悠会	青梅市長瀬5-1086	0428-25-1200	H 9 . 8 . 1
		ねくすと	(医)厚生協会	練馬区大泉学園6-10-2	0426-54-8555	H12. 4 . 1
		粹交舎	(福)新樹会	調布市菊野台1-24-41	0424-43-9232	H12. 4 . 1
4	神奈川県	はたの援護寮	(福)成和会	秦野市三屋127-3	0463-75-3986	H 8 . 4 . 1
		萌木	(医)青山会	三浦市初声町高円坊1544-3	0468-89-2492	H11. 1 . 1
		森の家	(医)正史会	大和市深見西3-2-37	0462-61-0386	H11. 4 . 1
		ヴァルトハイム厚木	(医)青木末次郎記念会	厚木市上荻野1671	0462-91-2424	H11. 4 . 1
10	新潟県	越路ハイム	(医)崇徳会	三島郡越路町大字浦5041-1	0258-92-4568	S 63.12.12
		はまなす荘	(福)上越頸城福祉会	中頸城郡大潟町大字犀潟410-5	0255-34-3100	H 2 . 4 . 2
		恵松園	(医)恵松会	新潟市松崎西564	025-270-3355	H 3 . 3 . 1
		しおさい荘	(医)青山信愛会	新潟市松海が丘2-25-23	025-268-2939	H 4 . 4 . 1
		米山自在館援護寮	(福)晴真会	柏崎市大字茨目字二ツ池2043	0257-21-1414	H 4 . 4 . 1
		みのわ荘	(医)青山信愛会	新津市大字中村字箕輪230番地1	0250-23-3666	H 7 . 4 . 1
		サンスマイル	(福)長岡福祉協会	長岡市関原町1丁目字中原3195	0258-47-5138	H 8 . 4 . 1
		ハウス道芝	(医)高田西城会	上越市高土町3-2-13	0255-22-7233	H 9 . 4 . 1
		ぐみの郷	(福)新潟慈生会	北蒲原郡中条町大字中村浜字築地原699-128	0254-45-5112	H11. 4 . 1
		いなほ園	(医)恵生会	新潟市鳥見町4540	025-255-4434	H12. 4 . 1
2		富山県	ゆりの木の里	(福)富山県精神保健福祉協会	富山市五福474-2	076-433-1233
	あゆみはうす		(医)信和会	魚津市立石205番の2	0765-23-0019	H11. 4 . 1
3	石川県	ひだまり寮	(福)朋友会	加賀市幸町2-60	07617-2-0747	H 7 . 4 . 1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	石川県	まつかぜハイツ	石川県((福)白千鳥会)	河北郡高松町内高松ヤ36	076-281-3003	H 9 . 4 . 1
		あっぷるハウス	(医)積仁会	金沢市長坂町チ15	076-280-5858	H 9 . 10 . 1
2	山梨県	きらく荘	(医)南山会	中臣摩郡榑形町下宮地421	055-282-4004	H 3 . 4 . 1
		すみよし寮	(財)住吉病院	甲府市住吉4-1900-1	055-221-0073	H10 . 4 . 1
6	長野県	城西病院メンタルドミトリー	(医)城西医療財団	松本市城西1-5-16	0263-33-6400	H元 . 4 . 1
		虹の家援護寮	(福)有倫会	岡谷市長地2645-1	0266-26-7533	H 6 . 6 . 1
		ピア・ちくま	(医)友愛会	上田市大字住吉167-1	0268-25-2000	H 6 . 8 . 1
		豊科病院アルプスドミトリー	(医)城西医療財団	南安曇郡豊科町南穂高3046-1	0263-72-6212	H 7 . 1 . 1
		メゾン・ド・エスポワール	(福)長野南福祉会	長野市大字稲葉字母袋770-1	026-269-6655	H11 . 4 . 1
	ライフサポートりんどう	(福)長野りんどう会	長野市徳間738-3	026-239-7077	H12 . 4 . 1	
4	岐阜県	すばる	(医)春陽会	郡上郡美並村大原289番地	0575-79-3705	H 8 . 4 . 1
		さくらの家	(医)静風会	大垣市中野町1-10	0584-78-4561	H 9 . 4 . 1
		はばたき	(社)岐阜病院	岐阜市日野東4-10-18	058-245-8161	H11 . 4 . 1
		あじめ	(医)生仁会	吉城郡国府町村山315-1	0577-72-5010	H11 . 10 . 1
3	静岡県	サンライズ・あかつき	(福)山寿会	富士宮市北山4783-1	0544-58-6155	H 8 . 4 . 1
		だんだん	(医)至空会	浜松市三幸町201-4	053-420-0802	H10 . 4 . 1
		やまいも倶楽部	(福)飛翔の会	御殿場市保土沢1080-78	0550-88-5517	H12 . 4 . 1
5	愛知県	さくら	(医)共生会	知多郡南知多町大字豊丘字孫廻間63	0569-65-2753	H 6 . 4 . 1
		豊明	(医)玉光会	豊明市栄町大根1-351	0562-97-5131	H 9 . 4 . 1
		アークヒルズ	(医)桜桂会	大山市大字塔野地字大畔10	0568-61-1505	H11 . 4 . 1
		あい	(福)愛恵協会	岡崎市舞木町字小井沢4-1・19-4	0564-48-2055	H11 . 4 . 1
		柏葉	(医)和合会	愛知郡東郷町大字諸輪北木戸西108	05617-3-1811	H12 . 4 . 1
4	三重県	スマイルハウス	(福)四季の里	四日市市山田町836-1	0593-28-1940	H 2 . 4 . 1
		あじさい	(医)北勢会	員弁郡北勢町其原楚里1953番地	0594-72-2618	H 8 . 4 . 1
		ひまわり	(福)愛恵会	松阪市下村町覚部2203-1	0598-20-2720	H 9 . 4 . 1
		朝海ハイム	(福)夢の郷	津市城山1-18-16	059-234-0303	H11 . 4 . 1
1	滋賀県	あすなろ寮	(福)あすなろ福祉会	犬上郡豊郷町大字沢560-1	0749-35-4677	H 2 . 4 . 1
1	京都府	援護寮アスロード	(財)長岡記念財団	長岡京市友岡4-21-10	075-957-0011	H 7 . 11 . 1
8	大阪府	水間ニューライフ寮	(医)河崎会	貝塚市水間516-1-1	0724-46-6387	H 3 . 11 . 1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
大阪府	コミュニティ・ヴィレッジ	(医)桐葉会	貝塚市森892	0724-47-1717	H 4 . 4 . 1
	ネヤハイム	(医)長尾会	寝屋川市寝屋2370-6	072-822-4908	H 6 . 4 . 1
	あかやま	(医)利田会	岸和田市尾生町3298-1	0724-45-3545	H 6 . 3 . 1
	わかくさ	(医)豊済会	豊中市豊南町2-6-4	06-6331-5164	H 6 . 9 . 1
	こんごう寮	(財)成研会	富田林市伏見堂95	0721-34-1124	H 8 . 12 . 16
	バザパ	(医)西浦会	守口市八雲中町3-13-17	06-6908-6416	H 9 . 11 . 1
5 兵庫県	むつみ荘	(医)豊済会	豊中市小曾根4-27-18	06-6335-3050	H 11 . 2 . 1
	さくら荘	(医)内海慈仁会	西口市山口町下山口字六傳1201-1	078-904-0723	H 8 . 4 . 1
	けいふう	(医)恵風会	姫路市西今宿5-3-8	0792-91-0531	H 9 . 4 . 1
	春日	(医)内海慈仁会	姫路市船津町字上高野5305	0790-22-0770	H 9 . 4 . 1
	こもれび	(医)樹光会	三木市大村字北山200	0794-82-1132	H 12 . 2 . 1
2 奈良県	涼風荘	(医)千水会	赤穂市浜市字中道352-2	07914-8-8087	H 12 . 4 . 1
	二上寮	(医)向聖台会	北葛城郡當麻町染野520	0745-48-5804	H 2 . 9 . 18
2 和歌山県	ハイツリベルテ	(医)平和会	奈良市西大寺赤田町1-7-1	0742-49-1607	H 11 . 6 . 1
	麦の芽ホーム	(福)一麦会	和歌山市岩橋643	0734-74-2466	H 2 . 4 . 1
2 鳥取県	ゆうあいホーム	(福)やおき福祉会	田辺市たきない町22-15	0739-24-2013	H 9 . 4 . 1
	あずさ	(医)仁厚会	倉吉市上井32-1	0858-26-1011	H 5 . 12 . 1
3 島根県	翼	(医)養和会	米子市上後藤3-5-1	0858-29-8899	H 8 . 12 . 16
	コミュニティケアハウスあさひ	(医)昌林会	安来市安来町927-2	0854-22-3420	H 2 . 4 . 1
	WANA JAPAN	(福)桑友	簸川郡斐川町学頭1625-1	0853-72-7200	H 6 . 4 . 1
3 岡山県	松の実	(医)成光会	益田市高津町イ2550-238	0856-24-1673	H 12 . 4 . 1
	岡山県立内尾センター	岡山県	岡山市内尾739-1	086-298-2111	S 52 . 11 . 24
	たいようの丘	(医)梁風会	高梁市落合町阿部2174	0866-22-1532	H 2 . 4 . 1
5 広島県	ひまわり寮	(医)万成病院	岡山市谷万成1-8-35	086-252-2261	H 8 . 4 . 1
	清明荘	(医)仁康会	三原市小泉町4218	0848-66-3355	H 2 . 4 . 1
	あいあい寮	(医)大慈会	三原市中之町北1181-2	0848-63-8877	H 5 . 4 . 1
	あゆみ荘	(医)恵宣会	竹原市下野町2402-1	0846-22-7655	H 9 . 4 . 1
	瑠璃寮	(福)尾道のぞみ会	尾道市久保町92-2	0848-37-6040	H 11 . 4 . 1
	あい	(医)知仁会	大竹市玖波1173-4	08275-7-7451	H 12 . 4 . 1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
6 山口県	ひまわり荘	(福)博愛会	山口市鑄銭司3347	0839-86-3707	H元.4.1
	ハイツふなき	(医)扶老会	厚狭郡楠町船木向ヒ833-21	0836-67-0188	H3.4.1
	一步社	(医)光の会	豊浦郡豊浦町大字吉永野田1448-1	0837-74-3774	H3.4.1
	とまり木	(医)若草会	吉敷郡小郡町3-26	0839-73-0666	H7.4.1
	ヒエダ	(医)あずま会	下関市稗田中町8-18	0832-52-7587	H10.4.1
	リフレの家	(医)青山会	玖珂郡玖珂町字大坪1885-1	0827-82-0015	H11.4.1
7 徳島県	なぎさ寮	(医)敬愛会	鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂5	088-687-0311	H3.4.1
	すくも寮	(医)藍里病院	板野郡上板町佐藤塚字東177-1	088-694-6876	H7.4.1
	旭野寮	(医)鈴木会	徳島市川内町旭野196	088-665-5115	H10.4.1
	清風	(医)養生園	徳島市城東町2-7-9	088-626-9080	H11.4.1
	ウィスパ―	(医)睦み会	徳島市南矢三町3-11-23	088-631-1615	H11.11.11
	せせらぎ	(医)青樹会	徳島市丈六町行正19-1	088-645-1800	H12.1.1
	ひまわり	(医)清流会	徳島市名東2-650-27	088-631-5521	H12.4.1
5 香川県	オリーブ寮	(福)明和会	小豆郡池田町大字池田字下地2519-7	0879-75-2668	H8.4.1
	花園荘	(医)三愛会	丸亀市杵原町116	0877-21-5717	H9.4.1
	牟原寮	(医)光風会	木田郡牟礼町大字原883-16	087-870-1060	H10.4.1
	援護寮五色台	(医)五色会	坂出市加茂町700-13	0877-56-3200	H11.4.1
	白鷺荘	(医)清和会	観音寺市杵田町1340-4	0875-57-5501	H12.4.1
3 愛媛県	国領荘	(医)十全会	新居浜市角野新田町1-1-28	0897-41-2258	H2.7.1
	曙荘	(財)正光会	宇和島市柿原甲1352-1	0895-23-3031	H9.10.1
	ハーブハウス	(医)青峰会	八幡浜市大字五反田1-1044	0894-23-2555	H10.8.1
2 高知県	てく・とこ・せと	(医)精華園	高知市瀬戸東町3丁目109番地	0888-41-2144	H11.4.1
	まち	(医)近森会	高知市駅前町3番13号	088-871-7584	H11.5.1
8 福岡県	緑の里	(医)恵愛会	宗像郡福岡町花見が浜1-5-1	0940-42-7077	H元.4.1
	なのみ荘	(福)ひとみの里	嘉穂郡穂波町弁分454-1	0948-25-5174	H3.4.1
	泉荘	(福)みぎわ会	行橋市南泉4-580-10	09302-4-1584	H元.3.1
	ヒルトップヴィラ野添	(医)堀川公平会	久留米市藤山町1730-3	0942-22-5316	H9.4.1
	ゆずりは荘	(医)豊和会	豊前市久路土1487	0979-82-3250	H9.4.1
	ぼくらの家	(医)豊永会	飯塚市鶴三緒1438-2	0948-26-3057	H10.4.1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	福岡県	コミュニティ碧空	(福)香和会	田川郡香春町中津原1249-6	0947-48-2003	H11.4.1
		アプリコットハウス	(医)静光園	大牟田市萩尾町1丁目2-1	0944-52-0022	H11.4.1
1	佐賀県	青雲荘	(医)友朋会	藤津郡嬉野町大字下宿1919	0954-43-0157	H2.4.1
4	長崎県	雲仙高原ハイツ	(福)コスモス会	南高来郡深江町丁6993	0957-72-6294	H2.4.1
		ふれあいの里	(福)共生会	大村市西部町1016-1	0957-53-7511	H6.5.1
		やまゆり荘	(福)さゆり会	福江市下崎山町699	0959-75-5504	H9.4.1
		オープンハウスむつごろう	(福)むつごろう会	諫早市本野町642-6	0957-25-9222	H9.4.1
2	熊本県	熊本県あかね荘	熊本県	熊本市戸島町3374	096-365-1691	S56.1.1
		天草ボランの広場	(福)天草ボランの広場	天草郡新和町碓石66-1	0969-46-2411	H8.4.1
4	大分県	博愛こころ寮	(医)謙誠会	大分市大字野田818	097-549-0858	H3.4.1
		さくら苑	(社)清流会	宇佐市大字中原字廣畑574-4	0978-32-0907	H9.4.1
		黎明荘	(社)清恵会	別府市大字鶴見字前田1725	0977-27-2222	H10.4.1
		やすらぎ	(福)みのり会	別府市富士見町13-29	0977-22-8943	H10.9.1
3	宮崎県	サンシャイン	(医)同仁会谷口病院	日南市大字風田3861	0987-23-2122	H6.4.1
		コスモス	(医)芳明会	宮崎市大坪町草葉崎2088-1	0985-50-1100	H8.4.1
		鳴子川荘	(医)浩洋会	東臼杵郡門川町宮ヶ原4丁目80番地	0982-63-2801	H12.4.1
3	鹿児島県	ソーバーハウス6号館	(医)寛容会	鹿児島市下田町1919	099-220-5085	H2.11.1
		ピア・アクティブ	(医)蒼風会	川辺郡川辺町田部田3541	0993-56-0919	H10.4.1
		もっこく	(医)左右会	曾於郡志布志町安楽3012-3	0994-72-6030	H11.11.1
7	沖縄県	桜邸	(医)社団志誠会	具志川市字上江洲709	098-974-6100	H6.4.1
		ラポール	(医)卯の会	沖縄市安慶田4-9-7	098-932-8100	H8.4.1
		晴海荘	(医)清明会	糸満市大度558	098-997-2918	H9.4.1
		レンメル	(医)陽和会	糸満市宇賀数346-3	098-992-0008	H10.4.1
		経塚苑	(医)へいあん	浦添市字経塚343	098-875-0818	H11.4.1
		南灯荘	(医)一灯の会	沖縄市字知花994-1	098-929-3030	H11.4.1
		せせらぎの里	(医)社団輔仁会	名護市字名護内原5590	0980-55-8988	H12.4.1
1	仙台市	ウインディ広瀬川	仙台市	仙台市青葉区荒巻字三居沢1-8	022-715-0761	H9.4.26
2	横浜市	横浜市総合保健医療センター	(財)横浜市保健医療財団	横浜市港北区烏山町1735	045-475-0001	H4.10.1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	横浜市	ゆかり荘	(財)紫雲会	横浜市神奈川区三ツ沢上町26-13	045-322-7700	H7.3.1
1	川崎市	社会復帰棟もみの木寮	川崎市	川崎市中原区井田3-16-1	044-788-1551	S63.7.
2	名古屋市	つくし寮	(医)生生会	名古屋市中川区中須町237-2	052-352-3251	H6.5.16
		守牧	(医)八誠会	名古屋市守山区守牧町128番地	052-791-1038	H9.10.1
2	福岡市	虹	(医)飯盛会	福岡市西区大字飯盛510	092-811-3630	H11.4.1
		ひだまりの里	(福)多々良福祉会	福岡市東区大字名子134-1	092-691-3881	H12.4.1
207	49	合計 207 施設				

〔精神障害者短期入所生活介護等（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	開設年月日
5	北海道	緑ヶ丘寮	(福)道北センター福祉会	名寄市旭東109	01654-3-8831	H7.4.1
		せせらぎ寮	(福)塩谷福祉会	小樽市塩谷4-72-1	0134-26-1098	H7.4.1
		グリーンビレッジ	(医)千寿会	登別市中登別町24-120	0143-83-0003	H10.4.1
		トータスホーム	(福)函館恭北会	函館市東畑町141-2	0138-58-1981	H11.10.1
		遊友荘	(医)こぶし	苫小牧市柳町4-12-21	0144-53-6611	H14.4.1
1	青森県	ラ・ブリアマベラ	(医)清泉会	五所川原市芭蕉48-2	0173-38-1331	H12.4.1
3	岩手県	ニコニコハウス	(福)ハッピーライト	一関市三関字小沢68-3	0191-26-5432	H10.4.1
		銀杏荘	(医)祐和会	久慈市門前第1地割151-1	0194-52-8180	H11.4.1
		援護寮みやこ	(福)若竹会	宮古市大字崎嶽ヶ崎第4地割早稲橋1-11	0193-64-7855	H11.10.1
5	秋田県	のぞみ	(医)興生会	横手市上内町3-22	0182-32-2071	H7.4.1
		すずらん	(医)久盛会	秋田市飯島字堀川84-29	018-846-6125	H8.1.1
		友生	(医)和成会	大館市片山町3-12-30	0186-42-5858	H8.4.1
		和	(医)荘和会	本荘市石脇字田尻33	0184-22-1604	H10.4.1
		松風	(医)仁恵会	湯沢市山田字中屋敷15-1	0183-78-0066	H11.8.1
1	福島県	ペンギンハウス朝日が丘	(福)郡山コスモス会	郡山市大槻町字御前5	024-962-1220	H10.4.1
3	茨城県	くりの実寮	(医)有朋会	那珂郡那珂町豊喰505	029-295-1834	H7.4.1
		下館メンタルサポートセンター	(医)平仁会	下館市野殿1131	0296-22-7558	H7.2.1
		つくばライフサポートセンター	(社)創志会	つくば市上郷7563-67	0298-47-7980	H7.9.1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
7	栃木県	両崖ホーム	(医) 恵愛会	足利市本城1-1568	0284-39-2950	H 6 . 4 . 1
		みなみ	(医) 報徳会	宇都宮市陽南4-6-34	028-658-2121	H 9 . 1 . 6
		かえて荘	(医) 生々堂厚生会	宇都宮市飯田町419	028-648-6111	H 9 . 1 . 10
		那須愛恵苑	(福) 愛と光の会	那須郡湯津上村大字片府田1301-59	0287-98-3001	H 9 . 4 . 1
		援護寮宇都宮	(医) 宇都宮	宇都宮下栗町2299	028-656-3875	H10.10.1
		おりひめホーム	(医) 恵愛会	足利市本城1-1560	0284-41-7013	H11.4.1
		ピアハウス小山	(医) 朝日会	小山市喜沢町6601	0285-22-1182	H11.4.1
3	群馬県	あかまつ	(医) 赤城会	太田市長手町1744	0276-22-2151	H 9 . 4 . 1
		あけぼの	(財) 大利根会	渋川市明保野3641-6	0279-25-3378	H11.4.1
		くわのみハウス	(医) 群馬会	群馬郡群馬町稻荷台153-2	027-350-3500	H12.1.15
3	埼玉県	夢の実ハウス	(福) 済生会支部埼玉県済生会	鴻巣市八幡田868-1	0485-96-2220	H10.4.1
		向陽寮	(財) 熊谷脳病院	熊谷市石原519-5	0485-22-0200	H11.4.1
		里仁	(医) 秀峰会	越谷市七左町4-100	0489-85-3333	H11.10.1
3	千葉県	ノバハイツ白里	(福) ワーナーホーム	山武郡大網白里町細草3215	0475-77-2100	H 5 . 4 . 1
		ゆりの木荘	(医) 静和会	東金市家徳97-1	0475-58-9393	H 7 . 4 . 1
		ぱんぷーはうす	(医) 博道会	館山市上真倉2383	0470-22-1712	H12.4.1
7	東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター	東京都	世田谷区上北沢2-1-7	03-3302-7575	H 7 . 7 . 1
		東京都立多摩総合精神保健福祉センター	東京都	多摩市中沢2-1-3	0423-76-1111	H 4 . 7 . 1
		荒川愛恵苑	(福) 愛と光の会	荒川区西尾久7-50-6	03-3894-4100	H 6 . 3 . 1
		たまこヒルズ	(医) 円祐会	武蔵村山市中藤2-28-1	0425-67-5502	H 8 . 4 . 1
		ほたるの里	(医) 幸悠会	青梅市長瀬5-1086	0428-25-1200	H 9 . 8 . 1
		ねくすと	(医) 厚生協会	練馬区大泉学園町6-10-2	0426-54-8555	H12.4.1
		粹交舎	(福) 新樹会	調布市菊野台1-24-41	0424-43-9232	H12.4.1
2	新潟県	サンスマイル	(福) 長岡福祉協会	長岡市関原町1丁目字中原3195	0258-47-5138	H 8 . 4 . 1
		ぐみの郷	(福) 新潟慈生会	北蒲原郡中条町大字中村浜字築地原699-1	0254-45-5112	H11.4.1
2	富山県	ゆりの木の里	(福) 富山県精神保健福祉協会	富山市五福474-2	076-433-1233	H10.4.1
		あゆみはうす	(医) 信和会	魚津市立石205番の2	0765-23-0019	H11.4.1
1	山梨県	すみよし寮	(財) 住吉病院	甲府市住吉4-1900-1	055-221-0073	H10.4.1
6	長野県	城西病院メンタルドミトリー	(医) 城西医療財団	松本市城西1-5-16	0263-33-6400	H 6 . 4 . 1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
長野県	虹の家	(福)有倫会	岡谷市長池2645-1	0266-26-7533	H 6 . 6 . 1
	ピアちくま	(医)友愛会	上田市大字住吉167-1	0268-25-2000	H 6 . 8 . 1
	豊科病院アルプスドミトリー	(医)城西医療財団	南安曇郡豊科町南穂高3046-1	0263-72-6212	H 7 . 1 . 1
	メゾン・ド・エスポワール	(福)長野南福祉会	長野市大字稲葉字母袋770-1	026-269-6655	H11. 4 . 1
	ライフサポートりんどう	(福)長野りんどう会	長野市徳間738-3	026-239-7077	H12. 4 . 1
1 岐阜県	はばたき	(社)岐阜病院	岐阜市日野東4-10-18	058-245-8161	H11. 4 . 1
3 静岡県	サンライズ・あかつき	(福)山寿会	富士宮市北山4783-1	0544-58-6155	H 8 . 4 . 1
	だんだん	(医)至空会	浜松市三幸町201-4	053-420-0802	H10. 4 . 1
	やまいも倶楽部	(福)飛翔の会	御殿場市保土沢1080-78	0550-88-5517	H12. 4 . 1
4 愛知県	さくら	(医)共生会	知多郡南知多町大字豊丘字孫廻間63	0569-65-2753	H 6 . 4 . 1
	アークヒルズ	(医)桜桂会	犬山市大字塔野地字大畔10	0568-61-1505	H11. 4 . 1
	愛恵ショートステイ	(福)愛恵協会	岡崎市舞木町字小井沢4-1・19-4	0564-48-2055	H10. 4 . 1
	柏葉	(医)和合会	愛知県東郷町大字諸輪北木戸西108	05617-3-1811	H12. 4 . 1
1 三重県	朝海ハイム	(福)夢の郷	津市城山1丁目1-8-16	059-234-0303	H11. 4 . 1
1 京都府	援護寮アスロード	(財)長岡記念財団	長岡京市友岡4-21-10	075-957-0011	H 7 . 11 . 1
4 大阪府	ネヤハイム	(医)長尾会	寝屋川市寝屋2370-6	0720-22-4908	H 6 . 4 . 1
	わかくさ	(医)豊済会	豊中市豊南町東2-6-4	06-6331-5164	H 6 . 9 . 1
	パザパ	(医)西浦会	守口市八雲中町3-13-17	06-6908-6416	H 9 . 11 . 1
	むつみ荘	(医)豊済会	豊中市小曾根4-27-18	06-6335-3050	H11. 2 . 1
5 兵庫県	さくら荘	(医)内海慈仁会	西口市山口町下山口字六傳1201-1	078-904-0721	H 8 . 4 . 1
	けいふう	(医)恵風会	姫路市西今宿5-3-8	0792-91-0531	H 9 . 4 . 1
	春日	(医)内海慈仁会	姫路市船津町字上高野5305	0792-22-0770	H 9 . 4 . 1
	こもれび	(医)樹光会	三木市大村字北山200	0794-82-1132	H12. 2 . 1
	涼風荘	(医)千水会	赤穂市浜市字中道352-2	07914-8-8087	H12. 4 . 1
2 奈良県	二上寮	(医)向聖台会	北葛城郡當麻町染野520	0745-48-5804	H11. 4 . 1
	ハイツ・リベルテ	(医)平和会	奈良市西大寺赤田町1-7-1	0742-49-1607	H11. 6 . 1
1 和歌山県	ゆうあいホーム	(福)やおき福祉会	田辺市たきない町22-15	0739-24-2013	H 9 . 4 . 1
2 鳥取県	あずさ	(医)仁厚会	倉吉市二井32-1	0858-26-1011	H 5 . 12 . 1
	翼	(医)養和会	米子市上後藤3-5-1	0859-29-8899	H 8 . 12 . 16

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
3	島根県	ゆう	(福)桑友	簸川郡斐川町学頭1625-4	0853-72-7200	H 6 . 4 . 1
		コミュニティケアハウスあさひ	(医)昌林会	安来市安来町927-2	0854-22-3420	H10. 6 . 1
		松の実	(医)成光会	益田市高津町イ2550-238	0856-24-1673	H12. 4 . 1
1	岡山県	たいようの丘	(医)梁風会	高梁市落合町阿部2174	0866-22-1532	H 6 . 4 . 1
3	広島県	清明荘	(医)仁康会	三原市小泉町4218	0848-66-1975	H 6 . 4 . 1
		あいあい寮	(医)大慈会	三原市中之町北1181-2	0848-63-8877	H 6 . 4 . 1
		瑠璃寮	(福)尾道のぞみ会	尾道市久保町92-2	0848-37-6040	H11. 4 . 1
2	山口県	ひまわり荘	(福)博愛会	山口市鑄銭司3347	0839-86-3707	H11. 4 . 1
		リフレの家	(医)青山会	玖珂郡玖珂町字大坪1885-1	0827-82-0015	H11. 4 . 1
3	徳島県	すくも寮	(医)藍里病院	板野郡上板町佐藤塚字東197-7	088-964-6876	H 7 . 4 . 1
		清風	(医)養生園	徳島市城東町2-7-9	088-626-9080	H11. 4 . 1
		ウィスパ―	(医)睦み会	徳島市南矢三町3-11-23	088-631-1615	H11.11.11
5	香川県	オリーブ寮	(福)明和会	小豆郡池田町大字池田字下地2519-7	0879-75-2668	H 8 . 4 . 1
		花園荘	(医)三愛会	丸亀市柞原町116	0877-23-2341	H 9 . 4 . 1
		牟原寮	(医)光風会	木田郡牟礼町大字原883-16	087-845-3301	H10. 4 . 1
		援護寮五色台	(医)五色会	坂出市加茂町700-13	0877-56-3200	H11. 4 . 1
		白鷺荘	(医)清和会	観音寺市柞田町甲1340-4	0875-57-5501	H12. 4 . 1
2	高知県	てく・とこ・せと	(医)精華園	高知市瀬戸東町3丁目109番地	0888-41-2144	H11. 4 . 1
		まち	(医)近森会	高知市駅前町3番13号	088-871-7584	H11. 5 . 1
1	大分県	さくら苑	(社)清流会	宇佐市大字中原字廣畑574-4	0978-32-0907	H12. 4 . 1
2	宮崎県	コスモス	(医)芳明会	宮崎市大坪町草葉崎2088-1	0985-50-1100	H 9 . 4 . 1
		鳴子川荘	(医)浩洋会	東臼杵郡門川町宮ヶ原4丁目80番地	0982-63-2801	H12. 4 . 1
1	鹿児島県	ピア・アクティブ	(医)蒼風会	川辺郡川辺町田部田3541	0993-56-0919	H10. 4 . 1
1	仙台市	ウインディ広瀬川	仙台市	仙台市青葉区荒巻字三居沢1-8	022-715-0761	H 9 . 4 . 26
1	横浜市	横浜市総合保健医療センター	横浜市	横浜市港北区鳥山町1735	045-475-0001	H 6 . 6 . 1
2	名古屋市	つくし寮	(医)生生会	名古屋市中川区打出2-57	052-352-3251	H 6 . 5 . 16
		守牧	(医)八誠会	名古屋市守山区守牧町128番地	052-791-1038	H 9 . 10 . 1
103	38	合計 103 施設				

5 精神障害者福祉ホーム施設一覧

(平成12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	開設年月日
1	北海道	圭泉ホーム	(医)旭川圭泉会病院	旭川市東旭川町下浜村252	0166-36-1559	H5.1.1
2	青森県	向日葵ハウス	(福)愛心福祉会	青森市大字六枚橋磯打95-26	017-754-3333	H10.4.1
		芽吹の詩	(医)杏林会	八戸市小中野4-9-2	0178-71-3333	H10.4.1
1	岩手県	のぞみの家	(福)泉の園	二戸郡一戸町西法寺字諏訪野15-2	0195-33-4310	H4.10.1
4	秋田県	鶴	(医)久盛会	秋田市土岬港中央4-4-24	018-846-5885	H4.4.1
		なすび荘	(医)久幸会	秋田市下新城中野字琵琶沼232-1	018-873-3011	H7.4.1
		あづま荘	(医)仁慈会	大館市柄沢字稻荷山下69	0186-42-5121	H8.4.1
		もろび	森吉町外四ヶ町村病院組合	北秋田郡森吉町米内沢字林の腰3	0186-72-4501	H11.7.1
2	福島県	福祉ホーム98'希望	(医)安積保養園	郡山市安積町笹川字四角垣54-2	024-945-7625	H10.3.1
		たけだ苑	(財)竹田綜合病院	会津若松市山鹿町4-3	0242-27-8573	H10.12.1
1	茨城県	すだち荘	(財)報恩会	東茨城郡茨城町上石崎4698	029-293-7155	H元.4.1
8	栃木県	つくし荘	(医)生々堂厚生会	宇都宮市飯田町259-11	028-648-6111	S54.7.1
		あおぎり寮	(医)秋山会	佐野市堀米町1648	0283-22-6150	S55.5.1
		清和寮	(医)清和会	鹿沼市千渡1672-3	0289-64-4261	S56.4.1
		せせらぎ荘	(医)誠之会	塩谷郡氏家町向河原4083	028-862-9905	S57.2.1
		自彊寮	(医)報徳会	宇都宮市陽南4-6-34	028-658-2121	S57.9.1
		陽光荘	(医)桂慈会	芳賀郡益子町塙301-5	0285-72-3235	S58.12.1
		福祉ホーム英	(医)至誠会	宇都宮市花房1842-8	028-638-4044	H2.4.1
		うぐいす寮	(医)恵愛会	足利市本城1-1549	0284-44-1910	H2.4.1
2	群馬県	赤城リカバリーハウス	(医)群馬会	勢多郡赤城村大字北赤城山字南平78	0279-56-8055	H11.2.1
		波志江ホーム	(福)明清会	伊勢崎市波志江町720-4	0270-20-5055	H11.4.1
2	埼玉県	セウイホーム	(福)小百合会	北葛飾郡杉戸町木野川字原134-42	0480-38-1701	H3.4.1
		やすらぎの家	(医)松風会	入間市東藤沢5-9-2	0429-62-3091	H6.4.1
3	千葉県	むつみ荘	(医)心和会	八千代市下高野553	047-488-2941	H元.10.1
		野中ハイツ	(福)ロザリオの聖母会	旭市野中3622-2	0479-64-0755	H8.4.1
		マリアンホーム	(医)聖母会	成田市三里塚仲町226-1	0476-35-7761	H11.10.1
7	東京都	美山ヒルズ	(医)光生会	八王子市美山町960	0426-22-4226	S63.7.1
		烏山ハイツ	(学)昭和大学	世田谷区北烏山6-7-10	03-3300-5231	S54.3.1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	東京都	諏訪ハウス	(福)かがやき会	新宿区高田馬場1-15-6	03-3200-9376	S63.4.1
		ふるさとホーム荒川第2	(福)愛と光の会	荒川区西尾久7-50-6	03-3894-4100	H2.4.1
		ハウス北小岩	(医)瑞信会	江戸川区北小岩3-23-18	03-3650-6500	H3.8.1
		多摩ハイツ	(医)緑雲会	八王子市中野2088	0426-21-7080	H10.3.1
		ピア国分寺	(福)はらからの家	国分寺市南町3-4-4	042-359-2440	H11.4.1
2	神奈川県	くすのき	(医)弘徳会	厚木市松枝2-7-1	0462-21-1737	H2.7.20
		森の家	(医)正史会	大和市深見西3-2-37	0462-61-0386	H11.4.1
6	新潟県	ゆきわり荘	(福)上越頸城福祉会	中頸城郡大潟町大字犀潟410-5	0255-34-3100	H2.4.2
		恵松福祉苑	(医)恵松会	新潟市松崎西564	025-270-3355	H3.3.1
		希望の家	(医)越南会	南魚沼郡六日町大字五日町2323	0257-76-3113	H3.4.1
		ぐみの家	(医)青山信愛会	新潟市松海が丘2-25-24	025-268-2939	H3.4.1
		米山自在館福祉ホーム	(福)晴真会	柏崎市大字茨目字二ツ池2043	0257-21-1414	H4.4.1
		あさひ荘	(医)恵生会	新潟市島見町4540	025-255-4434	H12.4.1
4	石川県	コア増泉	(医)岡部診療所	金沢市増泉20-17	076-280-9104	H11.1.1
		ライフワーク金沢	(医)青樹会	金沢市大浦町ホ24-1	076-238-3355	H11.4.1
		なごみ	(福)なごみの郷	小松市北浅井町123	0761-23-7232	H12.4.1
		ドルフィン	(医)松原会	七尾市本府中町ワ部34	0767-54-0078	H12.4.1
3	長野県	城西病院メンタルホーム	(医)城西医療財団	松本市城西1-5-16	0263-33-6400	H元.4.1
		虹の家福祉ホーム	(福)有倫会	岡谷市長地2645-1	0266-26-7533	H6.6.1
		メゾン・ド・エスポワール	(福)長野南福祉会	長野市大字稲葉字母袋770-1	026-269-6655	H11.4.1
1	岐阜県	大原寮	(医)春陽会	郡上郡美並村大原315番地	0575-79-2315	H2.4.1
2	静岡県	富士ばらホーム	(福)昭隆会	富士市大淵2815-2	0545-35-2911	H7.4.1
		はまゆう寮	(財)復康会	沼津市中瀬町17-11	0559-34-0535	H8.4.1
1	愛知県	サン・ドーム	(医)研精会豊田西病院	豊田市保見町横山100	0565-48-8331	H7.4.1
2	三重県	グリーンハイツ	(福)四季の里	四日市市山田町836-1	0593-28-1940	H5.4.1
		あさがお	(福)愛恵会	松阪市下村町字覚部2203-1	0598-20-2722	H11.4.1
1	滋賀県	あすなろ福祉ホーム	(福)あすなろ福祉会	犬上郡豊郷町大字沢560-1	0749-35-4677	H2.4.1
4	大阪府	ホープ	(福)三松会	羽曳野市野164-3	0729-52-1332	H2.4.1
		青松園	(医)清心会	八尾市天王寺屋6-59	0729-49-5181	H2.11.14

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	大阪府	はばたき寮	(医)河崎会	貝塚市水間516-1-1	0724-46-6387	H 4.5.1
		あおぞら寮	(財)成研会	豊田林市伏見堂町95	0721-34-1124	H 8.12.16
6	兵庫県	いばがわ寮	(医)古橋会	揖保郡揖保川町半田609-2	0791-72-3050	H 3.2.20
		大日寮	(医)全人会	姫路市野里275	0792-81-6980	H 4.4.1
		西山寮	(医)山西会	三田市西山2-22-10	0795-63-4871	H 4.5.11
		鎌倉荘	(医)内海慈仁会	西宮市山口町下山口字六博1201-1	078-904-0046	H 7.4.1
		あんホーム	(医)新淡路病院	洲本市上加茂字クケ7	0799-26-0525	H10.9.16
		そよかぜ	(医)恵風会	姫路市西今宿5-306-31	0792-93-3380	H12.4.1
4	島根県	コミュニティハウスあさひ	(医)昌林会	安来市安来町927-2	0854-22-3430	H 2.4.1
		タートルホーム	(福)亀の子	大田市長久町長久口267-6	08548-2-7251	H 9.4.1
		ハイツマルベリー	(福)桑友	簸川郡斐川町莊原町488-68	0853-72-7200	H 9.4.1
		港夢	(医)清和会	浜田市港町285-7	0855-23-8916	H12.4.1
6	岡山県	たいようの丘	(医)梁風会	高梁市落合町阿部2174	0866-22-1532	H 2.4.1
		一二三寮	(財)河田病院	岡山市富町2-16-2	086-252-1231	H 4.1.12
		イーエスヒルサイド	(福)江原恵明会	久米郡久米南町下弓削651-2	0867-28-4111	H 5.4.1
		三愛ホーム	(医)井口会	真庭郡落合町上市瀬370-4-2	0867-52-0131	H 6.4.1
		ひまわりホーム	(医)万成病院	岡山市谷万成1-8-35	086-252-2261	H 8.4.1
		姫山の里	(福)千寿福祉会	津山市下高倉西440	0868-29-3505	H 9.4.1
3	広島県	キブツ村	(医)西本会	豊田郡安浦町女子畑133	0823-84-2075	S 63.7.1
		あすなろ荘	(医)大慈会	三原市中之町北1181-2	0848-63-8877	S 63.7.1
		清風会第3竹原寮	(福)清風会	高田郡吉田町竹原149-1	0826-43-0611	H 8.4.1
4	山口県	きわの里	(医)貴和会	防府市高井22-2	0835-22-0759	H 2.4.1
		コスモス	(福)博愛会	山口市鑄銭司3347-1	0839-86-2387	H 9.4.1
		メイトふなき	(社)扶老会	厚狭郡楠町船木833-22	0836-67-1883	H10.4.1
		松風荘	(医)下関病院	下関市富任町6-18-18	0832-58-0338	H11.4.1
1	香川県	清和荘	(医)三愛会	丸亀市山北町字原窪4-3	0877-23-7008	S 61.5.1
1	愛媛県	アロマホーム	(医)青峰会	八幡浜市大字五反田1-1044	0894-23-2555	H10.8.1
1	福岡県	ゆうゆうハイツ	(医)筑水会	八女市吉田1169-1	0943-24-2766	H10.4.1
1	佐賀県	若葉荘	(医)友朋会	藤津郡嬉野町大字下宿1919	0954-43-0157	H 4.4.1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
3	長崎県	鹿追の里	(福)緑葉会	長崎市京太郎町69	095-878-9701	H元.4.1
		真珠園福祉ホーム	(医)栄寿会	西彼杵郡西彼町八木原郷3453-1	0959-28-0038	H元.4.1
		ウイング	(医)ウイング	島原市中野町丙1175	0957-65-0880	H10.4.1
2	熊本県	菊陽ハイツ	(医)芳和会	菊池郡菊陽町原水5587	096-232-3171	S60.6.1
		熊本県あかねホーム	熊本県	熊本市戸島町3373	096-365-3387	H6.4.1
3	大分県	リバーサイド	(医)社団青樹会	大分市大字宮崎4-1	097-568-7991	H2.4.1
		つたの苑	(医)真浄会寺町クリニック	中津市寺町988	0979-23-6115	H7.4.1
		あさひ寮	(社)清流会	宇佐市大字中原字廣畑574-4	0978-32-0907	H7.6.1
2	宮崎県	ハピネス	(医)同仁会	日南市大字風田3695-8	0987-22-2608	H7.4.1
		ひまわり	(医)芳明会	宮崎市大坪町草葉崎2088-1	0985-50-1100	H8.4.1
7	鹿児島県	自興館	(医)全隆会	指宿市東方7558	0993-23-2311	H元.8.28
		あたご寮	(医)公盡会	出水市麓町30-68	0996-63-2878	H2.5.1
		小城ホーム	(医)陽善会	鹿児島市下福元町6088-2	099-261-6793	H3.7.1
		有隣寮	(医)有隣会	鹿児島市下伊敷2-3-5	099-229-4914	H3.7.1
		ドリーム	(医)慈和会	大口市大田93	09952-3-0145	H4.4.1
		フレンドリーホーム知覧	(医)尚和会	川辺郡知覧町永里1892-1	0993-84-1163	H9.4.1
		スカイハイツ	(福)くすの木会	鹿児島県犬迫町7749	099-238-0588	H10.4.1
4	沖縄県	小桜邸	(医)社団志誠会	具志川市字上江洲709	098-974-6100	H6.4.1
		ホープ	(医)卯の会	沖縄市安慶田4-9-7	098-932-8899	H8.4.1
		やすらぎの里	(医)陽和会	糸満市字賀数346-3	098-992-0008	H9.4.1
		はくあいの園	(医)フェニックス	南風原町字新川452-1	098-889-4830	H12.4.1
1	札幌市	清和ハイツ	(医)耕仁会	札幌市西区山の手4条5-3-27	011-641-5617	H2.5.8
1	京都市	聖荘	(福)京都ハチの会	京都市右京区西院東今田町27-4	075-316-4470	H8.3.8
4	北九州市	田野浦ホーム	(医)碧水会	北九州市門司区大字田野浦1018	093-331-0800	H2.4.1
		優和荘	(福)福德福祉会	北九州市小倉南区大字呼野131-3	093-452-0010	H7.4.1
		カーサ松ヶ江	(医)社団松和会	北九州市門司区大字畑355	093-481-1281	H7.4.1
		メゾンそれいゆ	(医)豊司会	北九州市門司区大字猿喰615	093-481-0668	H7.10.1
113		合計 113 施設				

6 精神障害者授産施設一覧

(通所授産施設)

(平成12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	開設年月日
9 北海道	緑ヶ丘授産所	(福)道北センター福祉会	名寄市旭東6条9丁目109番地	01654-3-8832	H 2.4.1
	いずみの里	(福)釧路恵愛協会	釧路市北斗16番5	0154-56-2633	H 2.4.1
	帯広ケア・センター	(福)慧誠会	帯広市川西町西1線47-2	0155-59-2739	H 3.4.1
	青葉授産施設	(福)塩谷福祉会	小樽市塩谷4-72-1	0134-26-1098	H 7.4.1
	稚内第二木馬館	(福)稚内木馬館	稚内市声間村4067番地33	0162-26-2170	H 7.4.1
	CARE CENTER アルドール	(福)せらび	苫小牧市日吉町4-1-8	0144-75-2201	H 8.4.1
	ピアチェーレ	(福)千寿会	登別市中登別町24-120	0143-83-3210	H10.4.1
	あかしあ労働福祉センター第3作業所	(福)あかしあ労働福祉センター	旭川市東鷹栖2線10号1156-99	0166-36-4407	H11.11.1
4 青森県	ラビットファーム	(福)函館恭北会	函館市東畑町141-13	0138-58-1981	H10.10.1
	つがる野工房	(福)桜葉会	弘前市津賀野瀬ノ上43-1	0177-33-8395	H 8.4.1
	やましろ作業所	(福)愛心福祉会	青森市大字六枚橋字磯打95-26	017-754-3326	H 3.4.1
	双柿舎	(福)ふさん会	八戸市大字根城字ヌタゴ150	0177-44-7044	H 9.4.1
	飛翔食房	(福)共生会	鶴田市鶴田字押上50	0173-23-1030	H12.4.1
4 岩手県	のびやか丸	(福)いきいき牧場	盛岡市川目第6地割字蜂ヶ沢93-4	019-666-2322	H 6.4.1
	ワークプラザみやこ	(福)若竹会	宮古市大字崎嶽ヶ崎第4地割早稲橋1-6	0193-64-6196	H 7.4.1
	ワーク小田工房	(福)一隅を照らす会	岩手郡滝沢村大釜字仁沢瀬24-1	019-684-5558	H10.4.1
	星雲工房	(福)大洋会	大船渡市立根町字下欠125	0192-21-1818	H11.4.1
2 宮城県	名取市友愛作業所	(福)名取市社会福祉協議会	名取市増田1-7-28	022-384-8876	H 4.8.1
	山元町共同作業所	(福)山元町社会福祉協議会	亶理郡山元町真庭字名生東75-5	0223-37-0205	H10.6.1
1 秋田県	クローバー	(医)久盛会	秋田市飯島道東2-13-20	018-846-9608	H11.12.1
1 山形県	こまくさの里	(福)鶴翔会	上山市金谷字金谷神927-5	023-673-2148	H10.4.1
3 福島県	にこにこふれあいセンター	(福)あだち福祉会	二本松市安達ヶ原1-284-1	0243-62-2662	H 8.12.1
	ペンギンこうぼう朝日が丘	(福)郡山コスモス会	郡山市大槻町字御前5	024-962-1220	H10.4.1
	けやき共同作業所	(福)希望の社福祉会	いわき市平字北目町39-10	-	H11.12.1
3 茨城県	恵和社会復帰センター	(福)恵和会	稲敷郡阿見町若栗2585-1	0298-87-9833	H 2.4.1
	つくばライフサポートセンター	(社)創志会	つくば市上郷7563-67	0298-47-7980	H 7.9.1
	ハートケアセンターひたちなか	(社)はまぎくの会	ひたちなか市柳沢字坂下2831	029-264-1500	H11.4.19

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日	
2	栃木県	恵愛センター	(医) 恵愛会	足利市本城1-4129	0284-43-2162	H 4 . 4 . 1
		ハートピアきつれ川	財団法人精神障害者家族会連合会	塩谷郡喜連川町喜連川5633-2	028-686-0337	H 8 . 6 . 1
1	群馬県	麦の家	(福) 麦の会	太田市長手町26	0276-25-5417	H 2 . 4 . 1
5	埼玉県	コスモスの里	(福) 美里会	児玉郡美里町小茂田889-1	0495-76-0404	H元. 7 . 1
		やどかりの里授産施設	(社) やどかりの里	大宮市中川562	048-686-7875	H 2 . 5 . 1
		きりしき共同作業所	(福) 鴻沼福祉会	与野市円阿弥1-3-15	048-853-3911	H 2 . 4 . 1
		檜の実授産施設	(医) 川越同仁会	川越市新宿町4-7-5	0492-42-0967	H 6 . 4 . 1
		ハートフル荘	(医) 高仁会	川口市西川口6-17-46	048-256-1117	H12. 4 . 1
3	千葉県	市川市南八幡福祉作業所	市川市	市川市南八幡5-20-3	0473-76-6335	S63. 7 . 1
		ワークショップしらさと	(福) ワーナーホーム	山武郡大網白里町細草3215	0475-77-2100	H元. 4 . 1
		三芳ワークセンター	(福) 三芳野会	安房郡三芳村谷向170-2	0470-36-2573	H 2 . 4 . 1
19	東京都	平成の里	(福) 東村山けやき会	東村山市青葉町3-30-7	0423-97-5966	H 3 . 4 . 1
		ZIP	財団法人精神障害者家族会連合会	台東区下谷1-4-5	03-5828-1980	H 3 . 6 . 1
		ひあたり野津田	(福) 富士福祉会	町田市野津田1832-5	0427-36-8421	H 5 . 2 . 1
		第2リサイクル洗びんセンター	(福) きょうされん	昭島市武蔵野3-2-19	042-542-5800	H 6 . 4 . 1
		あさやけ第2作業所	(福) ときわ会	小平市小川町2-1159	0423-45-1564	H 6 . 4 . 1
		中野区精神障害者社会復帰センター	中野区	中野区中野5-68-7	03-5380-0631	H 7 . 2 . 1
		トコロ青葉第3ワークセンター	(福) 東京コロニー	東村山市青葉区2-39-10	0423-95-0452	H 7 . 4 . 1
		スペース・まどか	(福) あかつきコロニー	武蔵村山市伊奈平1-64-1	0425-60-7900	H 7 . 10 . 1
		創造印刷	(福) 新樹会	調布市菊野台1-24-41	0424-85-4466	H 8 . 4 . 1
		マイファームみのり	(福) 豊芯会	豊島区北大塚3-34-7	03-3915-9051	H 8 . 4 . 1
		社会就労センタープロデュース道	(福) JHC 板橋会	板橋区南常磐台2-1-7	03-3554-8201	H 9 . 4 . 1
		ピアス	(福) 多摩双棕櫚亭協会	国立市富士見台1-17-4	042-575-5911	H 9 . 4 . 1
		トマトハウス	(福) コメット	町田市原町田5-4-19	0427-28-9779	H 9 . 7 . 1
		昭和荘タイムス	(福) コメット	町田市原町田5-4-19	0427-26-9849	H 9 . 7 . 1
		ワークショップどんぐり	(福) 椎の木会	清瀬市野塩4-230-1	0424-77-0131	H10. 4 . 1
		たんぼぼの家	(福) 日野市民たんぼぼの会	日野市高幡864-15	042-599-7299	H10. 4 . 1
足立区生活支援センター	足立区	足立区竹の塚6-18-12	03-3883-7177	H10. 1 . 30		
就労センターひのきのその	(福) 緑水会	西多摩郡費檜原村5354-6	042-598-6720	H11. 4 . 1		

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	東京都	就労センター街	(福)かがやき会	新宿区中落合1-6-21	03-3952-9975	H10.12.1
1	神奈川県	はたの授産所	(福)成和会	秦野市三屋127-3	0463-75-3986	H11.4.1
13	新潟県	やまびこの家	岩船地域広域事務組合	村上市肴町10-14	0254-53-5555	H2.4.1
		夕映え耕房	(福)上越頸城福祉会	中頸城郡大潟町大字犀潟410-5	0255-34-3100	H3.4.1
		こすもす作業所	(福)こすもすの会	柏崎市豊町3-10	0257-22-1037	H4.4.1
		つくし工房	(福)上越つくしの里医療福祉協会	上越市大字北新保字野畠55-1	0255-20-3294	H4.4.1
		魚野の家	(福)南魚沼福祉会	南魚沼郡六日町大字八幡字日越118-2	0257-70-0857	H5.4.1
		梨の里	(福)燕・西蒲原福祉会	西蒲原郡月潟村大字上曲通61-1	025-375-2902	H7.4.1
		野いちご工房	(福)長岡福祉協会	長岡市関原町1丁目字中原3195	0258-47-5141	H8.4.1
		またたびの家	(福)雪国北魚沼福祉協会	北魚沼郡守門村大字須原1370-5	02579-7-3880	H8.4.1
		角田の里	(福)燕・西蒲原福祉会	西蒲原郡巻町大字仁箇字前平野2674-4	0256-72-8055	H10.4.1
		ぐみの郷	(福)新潟慈生会	北蒲原郡中条町大字中村浜字築地原699-1	0254-45-5112	H11.4.1
		好望こまくさ	糸魚川市	糸魚川市南寺町1-1-7	0255-53-2316	H11.4.1
		さつき工房	小千谷市	小千谷市上ノ山1-2-15	0258-82-0403	H11.4.1
				すみれ工房	(福)つなん福祉会	中魚沼郡津南町大字下船渡丁5333
6	富山県	あゆみ苑	(医)社団信和会	魚津市立石161	0765-24-4865	H7.4.1
		ワークハウスとなみ野	(福)たびだちの会	礪波市中央町10-5	0763-33-5044	H8.4.1
		ゆりの木の里	(福)富山県精神保健福祉協会	富山市五福474-2	0764-33-4501	H9.4.1
		あしつきふれあいの郷	(福)あしつき	高岡市博労本町4番1号	0766-29-3335	H11.4.1
		あすなろセンター	(医)社団白雲会	富山市野口南部132	076-427-1115	H11.4.1
		ドライ工房	(福)黎明の郷	小矢部市綾子290-6	0766-67-5225	H12.4.1
				はるかぜワーク	(福)朋友会	加賀市幸町2-60
2	石川県	つばさ	(福)なごみの郷	小松市北浅井町123	0761-23-7232	H12.4.1
				サニーワークホーム	(福)芦山会	武生市庄田町25-4-3
3	福井県	つくしの家	(福)若狭つくし会	小浜市南川町8-1-2	0770-53-1286	H7.4.1
		千草の家	(福)つつじ会	鯖江市三六町1丁目2-5-1	0778-53-0058	H10.4.1
				ケール	(福)蒼溪会	中巨摩郡白根町有野3236-2
3	山梨県	すみよし作業センター	(財)住吉病院	甲府市住吉4-10-32	055-221-2110	H11.4.1
		ひまわり	富士吉田市(富士吉田市社会福祉協議会)	富士吉田市上吉田2046・2047	0555-20-1100	H12.1.1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
6 長野県	三幸学園	長野市	長野市大字鶴賀276-11	026-224-2940	H 4 . 4 . 1
	れんげの家	南安曇郡行政事務組合	南安曇郡豊科町大字豊科5126-1	0263-72-7170	H 5 . 4 . 1
	富竹作業所	(福)長野市社会事業協会	長野市大字富竹1570-1	026-296-1530	H 8 . 4 . 1
	ぶどうの家	須坂市	須坂市大字日滝327	026-248-9370	H 8 . 4 . 1
	ふれあいホーム	松本市	松本市双葉4-16	0263-27-4980	H 9 . 4 . 1
	ライフサポートりんどう	(福)長野りんどう会	長野市徳間738-3	026-239-7077	H12. 4 . 1
5 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	浜松市小沢渡町2923-4	053-449-4681	H元. 4 . 1
	あかつき園	(福)山寿会	富士宮市北山4783-1	0544-58-6155	H 2 . 4 . 1
	サニープレイスカンなみ	(医)新光会	田方郡函南町平井1690	0559-74-3811	H 7 . 4 . 1
	授産施設きさざぎ	(福)共生会	沼津市石川828-3	0559-67-5952	H11. 4 . 1
メンタルサポートみこち	(医)学修会	掛川市逆川111-1	0537-20-0070	H11. 4 . 1	
4 愛知県	サン・ワークショップ	(医)研精会豊田西病院	豊田市保見町横山100	0565-48-8331	H 7 . 4 . 1
	未来	(医)桜桂会犬山病院	犬山市大字塔野地字大畔10	0568-61-1505	H11. 4 . 1
	知多共同事業所	(福)共生福祉会	知多郡武豊町大字富貴字小桜176	0569-73-1609	H11. 4 . 1
	キャンパス	(福)憩いの郷	大阪市森岡町蛇ヶ寝 5	0562-45-5575	H12. 4 . 1
4 三重県	あおぞらワーク	(福)四季の里	四日市市山田町836-1	0593-28-1940	H 2 . 4 . 1
	あけぼの	(福)愛恵会	松坂市下村町覚部2203-1	0598-20-2720	H 9 . 4 . 1
	クローバーハウス	(福)夢の郷	津市城山1丁目8番16号	059-234-0303	H11. 4 . 1
	太陽作業所	(福)伊賀昇会	上野市四十九町2107	0595-24-7897	H12. 2 . 1
2 滋賀県	第2あすなろ園	(福)あすなろ福祉会	犬上郡豊郷町大字沢506-1	0749-35-4677	H 2 . 4 . 1
	山寺作業所	(福)若竹会	草津市山寺町680-1	077-565-0178	H10. 4 . 1
2 京都府	ふきのとう作業所	(福)ふくちやま福祉会	福知山市奥野部三ノ宮252	0773-24-0308	H11. 4 . 1
	カメラア	(財)長岡記念財団	長岡京市調子2-5-7	075-956-2543	H12. 4 . 1
4 大阪府	殖生の里	(福)三松会	羽曳野市野164-3	0729-52-1332	H 2 . 4 . 1
	コミュニティ・プラザ	(医)桐葉会	貝塚市森892	0724-47-1717	H 4 . 4 . 1
	ぱびるす	(福)やなぎの里	枚方市大字尊延寺2200	0720-59-0245	H 7 . 4 . 1
	ロータスアート	(医)北斗会	豊中市城山町1-10-9	06-6865-1230	H10. 4 . 1
1 兵庫県	伊丹市立東有岡ワークハウス	伊丹市	伊丹市東有岡4-29	0727-83-9885	H元. 5 . 25
1 奈良県	リカヴァリーセンター	(福)創生会	磯城郡田原本町大字松本字宮毛160-4	07443-3-0510	H 2 . 6 . 2

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
2	和歌山県	むぎ共同作業所	(福)一麦会	和歌山市岩橋643	0734-74-2466	H 2 . 4 . 1
		やおき工房	(福)やおき福祉会	田辺市たきない町22-15	0739-24-2013	H 9 . 4 . 1
1	鳥取県	あんず工房	(医)養和会	米子市上後藤8-3432	0859-48-0483	H11. 3 .30
3	島根県	マルベリー工房	(福)桑友	簸川郡斐川町学頭1625-4	0853-72-7200	H 6 . 4 . 1
		亀の子工房	(福)亀の子	大田市長手町長久口267-6	08548-2-3077	H 9 . 4 . 1
		アクティブ工房	(福)清圭会	浜田市港町284-3	0855-23-8916	H12. 4 . 1
2	岡山県	リサイクルせっけんセンター	(福)あすなろ福祉会	岡山市浜475-5	086-273-9692	H 7 . 4 . 1
		ワークステーション・コンドル	(福)浦安荘	岡山市浦安本町208-6	086-261-7885	H11. 4 . 1
6	広島県	ワークハウスさくら草	(医)仁康会	三原市小泉町4234-1	0848-66-3355	H 2 . 4 . 1
		清風会サンホーム	(福)清風会	高田郡吉田町竹原149-1	0826-43-0611	H 3 . 4 . 1
		わいわい工房	(医)大慈会	三原市中之町北1181-7	0848-63-8877	H 5 . 4 . 1
		瑠璃の屋形	(福)尾道のぞみ会	尾道市久保町92-2	0848-37-6040	H 8 . 4 . 1
		虹工房	(医)恵宣会	竹原市下野町2402-1	0846-22-7655	H 9 . 4 . 1
		ライフセンターつばき	(福)かしの木	呉市上二河町5-12	0823-29-3030	H10. 4 . 1
2	山口県	ワークハウスすぜんじ	(福)博愛会	山口市鑄銭司3350	0839-86-2228	H 8 . 4 . 1
		レストラン・フィオーレ	(医)若草会	吉敷郡小郡町3-5	0839-73-0234	H10. 4 . 1
2	香川県	川島荘	(福)翠睦福祉会	高松市川島東町1914-5	087-848-3611	H 7 . 8 . 7
		八十場若竹園	(福)若竹会	坂出市西庄町字弥蘇場1666-4	0877-45-6746	H11. 4 . 1
1	高知県	さんかく広場	(福)さんかく広場	高知市和泉町15-16	0888-22-2523	H 9 . 11 . 1
5	福岡県	緑の里	(医)恵愛会	宗像郡福岡町花見が浜1-5-1	0940-42-7077	H元. 4 . 1
		アドバンスセンター	(福)向上社	田川市大字川宮1524-8	0947-45-2050	H 7 . 6 . 1
		のぞみの里	(福)高友会	田川郡大任町今任原3401-29	0947-63-4567	H 9 . 4 . 1
		光センター	(福)松風会	行橋市大字杵尾590-5	0930-25-8868	H11.10. 1
		レガロ	(医)堀川会	久留米市西町473-1	-	H12. 4 . 1
1	佐賀県	希望	(医)友朋会	藤津郡嬉野町大字下宿1919	0954-43-0157	H 5 . 4 . 1
4	長崎県	グリーンヒルワークス	(福)コスモス会	南高来郡深江町6993	0957-72-6194	H 2 . 4 . 1
		セルブ大村	(福)共生会	大村市西部町1016-1	0957-54-3125	H 8 . 4 . 1
		ウェルカム社瑞穂	(福)コスモス会	南高来郡瑞穂町854-1	0957-77-4294	H 9 . 4 . 1
		みつたけ荘	(福)さゆり会	福江市下崎山町699	0959-75-5504	H 9 . 4 . 1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
5 熊本県	菊陽苑	(福)青生会	菊池郡菊陽町原水3930-1	096-232-9711	H4.4.1
	熊本県あかねワークセンター	熊本県	熊本市戸島町3373	096-365-2933	H6.4.1
	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	熊本市南高江7-8-77	096-358-4054	H5.4.1
	天草ポランの広場ワークス	(福)天草ポランの広場	天草郡新和町碓石66-1	0969-46-2411	H8.4.1
	友愛苑	(福)友愛苑	球磨郡相良村柳瀬987-50	0966-22-1222	H9.4.1
4 大分県	のぞみ園	(福)泰生会	宇佐市大字山下2100	0978-33-1778	H2.4.1
	フロンティアなかつ	(福)みどり会	中津市大字高瀬1147-1	0979-23-1047	H8.4.1
	ひまわり苑	(社)ひまわり会	西国東郡真玉町大字西真玉字金星東2077-3	0855-23-8916	H12.4.1
	とよみ園	(社)豊海会	津久見市大字長目119-1		H12.4.1
1 宮崎県	あじさいの里	(福)あじさいの里	北諸県郡山之口町大字富吉6732	0986-57-3107	H9.4.1
4 鹿児島県	あけぼの苑	(福)慈和会	大口市大田132	09952-3-0322	H6.4.1
	ゆめの樹	(福)こだま会	川辺郡川辺町田部田3535	0993-56-3199	H9.4.1
	サント・ファミリー	(医)和敬会	鹿屋市寿4丁目1-43	0994-41-6182	H11.4.1
	ステップ	(財)慈愛会	鹿児島市小原町8番1号	099-260-5810	H11.4.1
1 沖縄県	てるしのワークセンター	沖縄県	南風原町字宮平201-1	098-889-4011	H8.4.1
1 札幌市	札幌市こぶし館	札幌市	札幌市白石区川北2254-6	011-874-7836	H8.4.1
3 仙台市	バル三居沢	仙台市	仙台市青葉区荒巻字三居沢12-8	022-225-2712	H5.4.1
	バルいずみ	仙台市	仙台市泉区七北田字大沢鳥谷ヶ沢8-11	022-377-3761	H5.7.1
	向日葵ファミリー	(福)ふれあいの森	仙台市太白区袋原字平20-8	022-741-2888	H11.4.1
2 横浜市	鶴見ワークトレーニングハウス	横浜市	横浜市鶴見区豊岡町28-4	045-584-7250	H元.4.1
	横浜市総合保健医療センター	横浜市	横浜市港北区鳥山町1735	045-475-0001	H4.10.1
1 名古屋市	のぞみ	(医)八誠会	名古屋市守山区守牧町128	052-791-1038	H9.10.1
2 京都市	社会復帰センター淀作業所	(福)ねっこの郷福祉会	京都市伏見区淀本町231-40	075-631-0505	H8.2.1
	京都市朱雀工房	京都市	京都市中京区壬生東高田町1-15	075-314-0835	H9.4.15
1 神戸市	なでしこの里	(福)かがやき神戸	神戸市西区榎谷町長谷字渋谷83番地26	078-993-1667	H11.4.1
1 広島市	ワークプラザひがし	(福)はぐくみの里	広島市東区温品町字森垣内510-1	082-289-6088	H12.4.1
3 北九州市	優和園	(福)福德福祉会	北九州市小倉南区大字呼野131-3	093-452-0010	H7.4.1
	浅野社会復帰センター	北九州市	北九州市小倉北区浅野2-16-38	093-531-3823	H12.4.1
	八幡西障害者地域活動センター	北九州市	北九州市八幡西区香月西4-5-3	093-619-2051	H12.4.1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
172	合計 172 施設				

〔入所授産施設〕

(平成12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	開設年月日
2	青森県				
	ベルエポック	(医)松平病院	八戸市大字新井田字出口平32-2	0178-30-1100	H9.4.1
	大石の里	(福)美景会	岩木町大字百沢字東岩木山3138-2	0172-93-2110	H10.6.1
1	栃木県				
	ハートピアきつれ川	榎全国精神障害者家族会連合会	塩谷郡喜連川町喜連川5633-2	028-686-0337	H8.6.1
1	新潟県				
	エンゼル妻有	(福)妻有福社会	十日町大字高山1360-1	0257-52-0050	H10.4.1
1	富山県				
	あすなろセンター	(医)白雲会	富山市野口南部132	076-427-1115	H11.4.1
1	石川県				
	ライフワーク金沢就労センター	(医)青樹会	金沢市大浦町ホ24-1	076-238-3355	H11.4.1
1	長野県				
	千曲工房	(医)友愛会	上田市大字住吉167-1	0268-25-2000	H6.8.1
2	岡山県				
	たいようの丘	(医)梁風会	高梁市落合町阿部2174	0866-22-1532	H6.4.1
	三楽園	(財)江原恵明会	津山市一方218-1	0868-22-7347	H9.4.1
1	山口県				
	夢かれん	(福)山家連福祉事業会	防府市大字台道3527-9	0835-32-1155	H9.7.1
4	福岡県				
	あゆみヶ丘	(福)つつみ会	遠賀郡岡垣町鍋田2-1-5	093-283-0952	H4.12.1
	第2なのみ荘	(福)ひとみの里	嘉穂郡嘉穂波町牛隈1712-6	0948-57-2040	H8.4.1
	愛和社会復帰センター	(福)みぎわ会	行橋市南泉2-28-1	09302-5-6623	H8.4.1
	かおり園	(福)かおりの里	山門郡三橋町大字起田538-1		H12.4.1
1	宮崎県				
	みのりの里	(医)同仁会谷口病院	日南市大字風田3790	0987-31-1211	H8.4.1
1	鹿児島県				
	オレンジの里	(福)たちばな会	姶良郡福山町福山1078-1	0995-55-2121	H11.4.1
6	沖縄県				
	キャンプ・グリーンヒル	(医)社団志誠会	具志川市宇上江洲687-1	098-974-6000	H5.4.1
	晴風苑	(医)清明会	糸満市字大度513	098-997-2477	H7.4.1
	大名の丘	(医)社団輔仁会	島尻郡南風原町字大名48-1	098-888-4516	H7.10.1
	天樹苑	(医)天仁会	那覇市字天久1122	098-868-2914	H8.4.1
	コンシェル	(医)タビック	名護市字宇茂佐1763-2	0980-53-7783	H9.4.1
	琉球薬草苑	(医)和泉会	具志川市宇栄野比1207-46	098-972-7880	H10.4.1
22	12	合計 22 施設			

7 精神障害者福祉工場一覧

(平成12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	開設年月日
1	青森県	つがる野工房パッケージセンター	(福)桜葉会	弘前市藤野2-10-3	0177-37-5815	H9.4.1
1	埼玉県	やどかり情報館	(社)やどかりの里	大宮市染谷1177-4	048-680-1891	H9.4.1
1	富山県	ゆりの木の里	(福)富山県精神保健福祉協会	富山市五福474-2	0764-33-4502	H10.4.1
1	和歌山県	ソーシャルファームビネル	(福)一麦会	和歌山市岩橋643	073-474-2466	H7.4.1
1	島根県	ワークセンターやすぎ	(福)せんだん会	安来市安来町954-1	0854-23-0909	H11.4.1
1	広島県	清風会サンライフ	(福)清風会	高田郡吉田町竹原149-1	0826-43-0611	H8.4.1
1	山口県	ひえだランドリー	(医)あずま会	下関市稗田町中町9-10	0832-52-7545	H10.4.1
1	佐賀県	サン・フレンド	(福)友悠会	藤津郡嬉野町字下宿1790	0954-43-5013	H8.4.1
1	熊本県	あかねグリーン	熊本県精神病院協同組合	熊本市戸島町3190-7	096-360-5000	H9.4.1
9	9	合計 9 施設				

8 精神障害者地域生活支援センター実施施設一覧

(平成12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	開設年月日
3	北海道	帯広生活支援センター	(福)豊誠会	帯広市川西3条南10丁目	0155-23-2739	H9.4.1
		苫小牧生活支援センター	(福)せらび	苫小牧市新富町1-3-16	0144-75-2808	H11.4.1
		道北地域生活支援センター	(福)道北センター福祉会	名寄市東6条南9丁目109番地	01654-9-2833	H11.4.1
12	青森県	支援センターすみれ	(福)花	弘前市藤代2-11-6	0172-37-3399	H8.7.1
		ハートステーション	(医)杏林会	八戸市小中野8-14-24	0172-46-5431	H8.7.1
		青山荘	(医)青仁会	八戸市大字田面木字赤坂35-35	0178-27-2016	H9.4.1
		ほのぼの寮	青森保健生活協同組合	青森市問屋町1-15-10	017-728-8601	H9.4.1
		やましろ	(福)愛心福祉会	青森市大字六枚橋磯打95-26	017-754-3010	H10.4.1
		地域生活支援センターベル・エポック	(医)松平病院	八戸市新井田字出口平17	0178-30-1100	H10.4.1
		つがる野工房生活支援センター	(福)桜葉会	弘前市藤野2-10-3	0177-37-5815	H10.4.1
		大石の里	(福)美景会	岩木町大字百沢字東岩木山3138-2	0172-93-2110	H10.6.1
		清里	(医)清照会	八戸市大字新井田字松山下野場7-9	0178-25-0055	H11.4.1
		すばる	(医)芙蓉会	青森市大字四ツ石字里見75-2	017-738-2525	H11.4.1
		アセンドハウス	(財)済誠会	十和田市西二十三番町5-5	0176-21-1173	H12.1.1
		ラ・プリマベラ	(医)清泉会	五所川原市芭蕉48-2	0173-38-1331	H12.4.1
		飛翔食房地域生活支援センター	(福)共生会	鶴田町鶴田字押上50	0173-23-1030	H12.4.1
5	岩手県	地域生活支援センター滝沢	(福)みやま会	岩手郡滝沢村滝沢字後307-24	019-688-1873	H8.9.1
		地域生活支援センター一関	(福)ハッピーライト	一関市三関字小沢68-3	0191-26-5472	H10.4.1
		地域生活支援センターのぞみ	(福)泉の園	二戸郡一戸町西法寺字諏訪野16	0195-32-2921	H10.10.1
		地域生活支援センター久慈	(医)祐和会	久慈市門前第1地割151-1	0194-52-8177	H11.4.1
		地域生活支援センターみやこ	(福)若竹会	宮古市大字崎嶽ヶ崎台4地割早稲柄1-6	0193-64-7878	H11.10.1
4	秋田県	のぞみ	(医)興生会	横手市上内町3-22	0182-32-2071	H9.4.1
		和	(医)荘和会	本荘市石脇字田尻3-22	0184-22-1604	H10.4.1
		松風	(医)仁恵会	湯沢市山田字中屋敷15-1	0183-78-0066	H11.8.1
		クローバー	(医)久盛会	秋田市飯島道東2-13-20	018-846-5328	H11.12.1
1	福島県	ペンギンこうほう朝日が丘	(福)郡山コスモス会	郡山市大槻町字御前5	024-962-1220	H10.4.1
2	茨城県	つくばライフサポートセンター	(社)創志会	つくば市上郷7563-67	0298-47-7980	H8.4.1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
5 栃木県	ハートケアセンターひたちなか	(福)はまぎくの会	ひたちなか市柳沢字坂下2831	029-264-1500	H11.4.1
	恵愛センター	(医)恵愛会	足利市本城4129	0284-43-2162	H8.4.1
	地域生活支援センターさの	(医)秋山会	佐野市堀込町1392-3	0283-22-7741	H9.10.1
	地域生活支援センターみなみ	(医)報徳会	宇都宮市陽南4-6-34	028-658-2121	H10.4.1
	ハートピアきつれ川	(財)全国精神障害者家族会連合会	塩谷郡喜連川町喜連川5633-2	028-686-0337	H10.4.1
	ふるさとセンター那須	(福)愛と光の会	湯津上村片府田1301-59	0287-98-3001	H12.4.1
4 群馬県	大田ケアセンター	(医)赤城会	太田市長手町1744	0276-22-5151	H9.4.1
	あじさい	(財)大利根会	渋川市明保野3641-6	0279-25-3378	H11.4.1
	伊勢崎地域生活支援センター	(福)明清会	伊勢崎市波志江町720-4	0270-20-5055	H11.4.1
	くわのみハウス	(医)群馬会	群馬郡群馬町稻荷台153-2	027-350-3500	H12.1.15
12 埼玉県	やどかりの里大宮東部生活支援センター	(社)やどかりの里	大宮市中川467-1	048-686-0492	H8.4.1
	武甲の森	(医)全和会	秩父市寺尾1449	0494-24-5553	H8.4.1
	かわごえ生活支援センター	(医)川越同仁会	川越市新宿町4-7-5	0492-42-0967	H9.4.1
	地域生活支援センターみさと	(福)美里会	児玉郡美里町小茂田889-1	0495-76-3646	H10.4.1
	生活支援センター来夢	(福)鴻沼福祉会	与野市円阿弥1-3-15	048-853-3911	H10.4.1
	比企地域生活支援センター	(医)緑光会	東松山市大谷4160-2	0493-39-2584	H10.4.1
	支援センター夢の実	(福)済生会支部埼玉県済生会	鴻巣市八幡田868-1	048-596-2220	H10.4.1
	やどかりの里浦和生活支援センター	(社)やどかりの里	浦和市元町1-7-8 ハイソ元町304	048-881-7898	H10.4.1
	向陽寮	(財)熊谷脳病院	熊谷市石原519-5	048-520-5520	H11.4.1
	あけぼの	(医)慶栄会	八潮市大字鶴ヶ曾根1089	0489-96-0852	H11.4.1
	地域生活支援センター有明	(医)秀峰会	越谷市七左町4-100-4	0489-85-8666	H11.10.1
	やどかりの里大宮中部生活支援センター	(社)やどかりの里	大宮市天沼町1-404-1-201	048-643-2624	H11.10.1
7 千葉県	ハートフル川口	(医)高仁会	川口市西川口6-17-46	048-256-8787	H12.4.1
	安房・地域生活支援センター	(福)三芳野会	安房郡三芳村谷向166-2	0470-36-4889	H8.10.1
	パンプキン・ハウス	(福)ワナーホーム	山武郡大網白里町細草3221-4	0475-77-6511	H8.10.1
	ゆりの木	(医)静和会	東金市家徳97-1	0475-58-9005	H8.10.1
	市川市南八幡福祉作業所	市川市	市川市南八幡5-20-3	047-376-6466	H10.4.1
	友の家	(福)ロザリオの聖母会	旭市野中3820-15	0479-62-4532	H11.4.1
	成田地域生活支援センター	(医)聖母会	成田市三里塚仲町226-1	0476-35-7771	H11.10.1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
12 東京都	いすきあ	(医)博道会	館山市上真倉2383	0470-25-3088	H12.4.1
	まど	(福)かがやき会	新宿区高田馬場1-15-6	03-3200-6332	H9.4.1
	こかげ	(福)豊心会	豊島区北大塚3-34-7	03-3949-1990	H9.4.1
	スペース「ピア」	(福)JHC板橋会	板橋区南常磐台2-1-7	03-3554-3081	H10.4.1
	足立区地域生活支援センター	足立区(足立区社会福祉協議会に委託)	足立区竹の塚6-18-12	03-3883-7177	H10.1.1
	ゆうき	(福)日野市民タンポポの家	日野市高幡864-15	042-591-6821	H10.9.1
	希望ヶ丘	(福)新樹会	調布市菊野台1-24-41	0424-43-9232	H10.1.5
	あさやけ地域生活支援センター	(福)ときわ会	小平市小川町2-1159	042-345-1741	H10.4.1
	杉並区地域生活支援センター	杉並区(杉並区社会福祉協議会に委託)	杉並区荻窪5-20-1	03-3391-1976	H11.4.1
	地域生活支援センターなびい	(福)多摩棕櫚亭協会	国立市富士見台1-17-4	042-575-5911	H11.4.1
	生活支援センターどんぐり	(福)椎の木会	清瀬市野塩4-230-1	0424-95-5110	H11.4.1
	地域生活支援センタープラッツ	(福)はらからの家福祉会	国分寺市南町3-4-4	042-359-2440	H11.4.1
	地域生活支援センターふれあいの郷	(福)東村山けやき会	東村山市青葉町3-30-7	042-397-5966	H11.4.1
3 神奈川県	地域生活支援センターはたの	(福)成和会	秦野市三屋127-3	0463-75-3986	H11.4.1
	藤沢地区地域生活支援センターおあしす	藤沢市	藤沢市藤沢1063-13	0466-55-1399	H11.4.1
	よこすか精神障害者地域生活支援センター	横須賀市	横須賀市公郷町5-32		H12.4.1
6 新潟県	越路ハイム地域生活支援センター	(医)崇徳会	三島郡越路町大字浦5041-1	0258-92-5104	H8.11.1
	つくしセンター	(福)上越つくしの里医療福祉協会	上越市高土町3-2-12	0255-21-2860	H9.4.1
	夕映えの郷地域生活支援センター	(福)上越頸城福祉会	中頸城郡大潟町大字犀潟410-5	0255-34-3100	H10.4.1
	エンゼル妻有地域生活支援センター	(福)妻有福社会	十日町市大字高山1360-1	0257-52-0050	H10.7.1
	こまき地域生活支援センター	糸魚川市(福)上越つくしの里医療福祉協会	糸魚川市南寺町1-1-7	0255-53-2316	H11.4.1
	地域生活支援センターゆきぐに北魚沼	(福)雪国北魚沼福祉会	北魚沼郡守門村大字須原1370-5	02579-7-3880	H11.4.1
4 富山県	ゆりの木の里	(福)富山県精神保健福祉協会	富山市五福474-2	076-433-4500	H9.4.1
	あしつきふれあいの郷	(福)あしつき	高岡市博労本町4-1	0766-29-3335	H11.4.1
	サポート新川	(医)信和会	魚津市立石205-2	0765-23-0009	H11.4.1
	あすなろセンター	(医)白雲会	富山市野口南部132	076-427-1115	H11.1.1
5 石川県	地域生活支援センターかが	(福)朋友会	加賀市幸町2-60	07617-2-7779	H8.12.1
	地域生活支援センターあるふぁ	(医)岡部診療所	金沢市増泉1-20-17	076-280-9147	H11.1.1
	ライフワーク金沢生活支援センター	(医)青樹会	金沢市大浦町ホ24-1	076-238-7800	H11.4.1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
石川県	なごみ	(福)なごみの郷	小松市北浅井町123	0761-23-7232	H12.4.1
	ピアポートのと	(医)松原会	七尾市本府中町ワ部34	0767-54-0808	H12.4.1
2 福井県	アッポ	(福)芦山会	武生市庄田町25-4-3	0778-23-7940	H11.10.1
	トウモロ	(福)若狭つくし会	小浜市南川町8-1-2	0770-53-1286	H12.2.1
2 山梨県	きがる館	(医)南山会	中巨摩郡榑形町下宮地421	055-282-4004	H8.2.1
	すみよし生活支援センター	(財)住吉病院	甲府市住吉4-1900-1	055-221-0073	H10.4.1
2 長野県	燦メンタルクラブ	(医)城西医療財団	松本市城西1-9-2	0263-33-6400	H10.11.1
	ライフサポートりんどう	(福)長野りんどう会	長野市徳間738-3	026-239-7077	H12.4.1
3 岐阜県	せせらぎ	(医)静風会	大垣市中野町1-10	0584-78-4561	H9.4.1
	ふなふせ	(医)岐阜病院	岐阜市日野東4-10-18	058-245-8161	H11.4.1
	すいせい	(医)春陽会	郡上郡美並村大原289番地	0575-79-3705	H11.12.1
4 静岡県	だんだん	(医)至空会	浜松市三幸町201-4	053-420-0802	H10.4.1
	地域生活支援センターきさらぎ	(福)共生会	沼津市石川828-3	0559-67-5952	H11.4.1
	やまいも倶楽部	(福)飛翔の会	御殿場市保土沢1080-78	0550-80-0557	H12.4.1
	ゆうゆう	(福)昭隆会	富士市大淵2815-1	0545-35-2911	H12.4.1
5 愛知県	サン・クラブ	(医)研精会	豊田市保見町横山100	0565-48-8331	H11.4.1
	尾張北部地域生活支援センター	(医)桜桂会	犬山市大字塔野地字大畔10	0568-61-1505	H11.4.1
	愛恵地域生活支援センター	(福)愛恵協会	岡崎市舞木町字小井沢4-1・19-4	0554-48-2055	H11.4.1
	柏葉荘	(医)和合会	愛知郡東郷町大字諸輪北木戸西108	05617-3-1811	H12.4.1
	生活支援センター富貴	(福)共生福祉会	知多郡武豊町大字富貴小桜176	0569-73-1609	H12.4.1
	ワーキングスペースおおぶ	(福)憩いの郷	大阪市森岡町蛇ヶ寝5	0562-45-5575	H12.4.1
5 三重県	四季の里・地域生活支援センター HANA	(福)四季の里	四日市市山田町836-1	0593-28-1940	H8.4.1
	アングンテ	(福)夢の郷	津市城山1-8-16	059-235-0363	H11.4.1
	アジサイ	(医)北勢会	員弁郡北勢町大字其原字楚里1953	0594-72-6768	H12.4.1
	ルマン	(医)居仁会	四日市市日永5039	0593-45-2356	H12.4.1
	こだま	(福)愛恵会	松坂市下村町覚部2203-1	0598-20-2720	H12.4.1
1 滋賀県	あすなろ寮	(福)あすなろ福祉会	犬上郡豊郷町大字沢560-1	0749-35-4677	H8.12.1
2 京都府	ふきのとう作業所	(福)ふくちやま福祉会	福知山市奥野部三ノ宮252	0773-24-0308	H12.4.1
	アンサンプル	(財)長岡記念財団	長岡京市調子2-5-7	075-956-2543	H12.4.1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
8 大阪府	花園地域生活支援センター	東大阪市	東大阪市岩田町3-14-51	06-6730-2947	H9.4.1
	る〜ぶ	(医)豊済会	豊中市豊南町東2-6-4	06-6331-5164	H8.12.1
	ちのくらぶ	(医)清心会	八尾市天王寺屋6-59	0729-49-5181	H10.4.1
	クム	豊中市	豊中市城山町1-9-4	06-6865-0533	H11.10.1
	みずま	貝塚市	貝塚市水間516-1-1	0724-46-6510	H11.4.1
	パオみのお	箕面市	箕面市外院3-7-35	0727-26-7800	H12.4.1
	シード	吹田市	吹田市泉町5-9-6	06-6317-0661	H12.4.1
	シュボール	(医)西清会	守口市八雲中町3-13-17	06-6908-6416	H12.4.1
2 兵庫県	けいふう	(医)恵風会	姫路市西今宿5-3-8	0792-91-0531	H9.4.1
	淡路病精神障害者生活支援センター	(医)新淡路病院	洲本市上加茂字クセ7	0799-26-0525	H10.8.1
1 奈良県	ウイング	(医)平和会	奈良市西大寺赤田町1-7-1	0742-45-2272	H11.6.1
3 和歌山県	麦の郷生活支援センター	(福)一麦会	那賀郡岩出町山崎254	0736-61-0615	H8.4.1
	陽だまり	(福)やおき福祉会	田辺市文里2-30-12	073-427-8149	H9.4.1
	麦の郷アドボカシーセンター	(福)一麦会	和歌山市新生町3-1	0739-26-9454	H10.4.1
2 鳥取県	翼	(医)養和会	米子市上後藤3-5-1	0859-29-8677	H8.12.16
	中部地域生活支援センター	(医)仁厚会	倉吉市山根43	0858-26-1011	H10.4.1
5 島根県	エスティーム	(福)桑友	簸川郡斐川町大字学頭1625-1	0853-72-7200	H9.4.1
	ふぁっと	出雲市	出雲市今市町400-6	0853-23-1931	H9.4.1
	ステップ	(医)昌林会	安来市安来町927-2	0854-23-0357	H10.4.1
	ライフサポートセンター	(福)亀の子	大田市長久町長久口267-6	08548-2-3077	H10.4.1
	アクティブよめしま	松江市	松江市嫁島町55	0852-26-2222	H10.7.1
	益田市障害者福祉センター	益田市	益田市横田町2087-1	0856-31-5100	H12.4.1
	オアシス	(医)清和会	浜田市港町285-7	0855-22-8115	H12.4.1
	3 岡山県	ぱる・おかやま	(福)あすなろ福祉会	岡山市浜475-5	086-270-3322
支援センター・コンドル	(福)浦安荘	岡山市浦安本町208-6	086-261-7885	H11.4.1	
県立内尾センター	岡山県	岡山市内尾739-1	086-298-2111	H11.4.1	
3 広島県	ハートフルセンターつばみ	(福)かしの木	呉市上二河町5-12	0823-29-3030	H10.4.1
	地域生活支援センターるり	(福)尾道のぞみ会	尾道市久保町92-2	0848-37-6040	H11.4.1
	365	(医)恵宣会	竹原市下野町2402-1	0846-22-7655	H11.9.1

	都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
	広島県	地域生活支援センターみらい	(医)知仁会	大竹市玖波1173-4	08275-7-7451	H12.4.1
3	山口県	やまぐち	(福)博愛会	山口市鑄銭司3347-2	0839-86-2832	H9.4.1
		生活支援センターふなき	(社)扶老会	厚狭郡楠町船木833-22	0836-67-2464	H10.4.1
		リフレ精神障害者地域生活支援センター	(医)青山会	玖珂郡玖珂町字大坪1885-1	0827-71-0018	H11.4.1
2	徳島県	すくも寮	(医)藍里病院	板野郡上板町佐藤塚字東179-7	088-694-6606	H9.4.1
		虹の里	藍住町	板野郡藍住町奥野字矢上前32-1	088-692-2312	H9.7.1
5	香川県	生活支援センター	(福)明和会	小豆郡池田町大字池田字下地2519-7	0879-75-2310	H8.4.1
		はなぞの	(医)三愛会	丸亀市柞原町116	0877-21-5712	H9.4.1
		クリマ	(医)光風会	木田郡牟礼町大字原883-16	087-845-0335	H10.4.1
		中讃地域生活支援センター	(医)五色台	坂出市加茂町700-13	0877-56-3200	H11.4.1
		ありあけ	(医)清和会	観音寺市杵田町甲1340-4	0875-57-5501	H12.4.1
2	愛媛県	まごころの会	(医)十全会	新居浜市角野新田町1-1-28	0897-35-2223	H8.10.1
		柿の木				H12.4.1
2	高知県	てく・とこ・せと	(医)精華園	高知市瀬戸東町3丁目109番地	0888-41-2144	H11.4.1
		こうち	(医)近森会	高知市駅前町3番13号	088-871-7584	H11.5.1
3	福岡県	みどり	(医)恵愛会	宗像郡福岡町花見が浜1-5-1	0940-42-7077	H10.4.1
		風と虹	(医)堀川公平会	久留米市藤山町1730-3	0942-51-8555	H11.10.1
		ゆう	(福)向上社	田川市大字川宮1524-8	0947-45-2050	H12.4.1
3	長崎県	つばさ	(医)ウイング	島原市中野町丙237	0957-65-0230	H10.4.1
		大村市地域生活支援センターラム	大村市	大村市本町413-2	0957-54-9100	H11.4.1
		とよたけ	(福)共生会	大村市西部町1019-3	0957-53-7581	H12.4.1
2	熊本県	熊本県あかね生活支援センター	熊本県	熊本市戸島町3374	096-365-2988	H9.1.1
		熊本きぼう生活支援センター	(社)熊本県精神障害者福祉会連合会	熊本市南高江7-8-77	096-358-0570	H10.4.1
3	大分県	博愛こころ寮	(医)謙誠会	大分市大字野田818	097-549-6620	H9.10.1
		さくら苑	(福)清流会	宇佐市大字中原字廣田574-4	0978-32-0907	H9.10.1
		とよみ園	(社)豊海会	津久見市大字長目119-1		H12.4.1
2	宮崎県	サンシャイン	(医)同仁会谷口病院	日南市大字風田3861	0987-23-2122	H8.11.1
		コスモス	(医)芳明会	宮崎市大坪町草葉崎2088-1	0985-50-1100	H9.4.1
9	鹿児島県	あけぼの	(医)慈和会	大口市大田132	09952-3-0569	H9.4.1

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号	開設年月日
鹿児島県	にじの途	(福)こだま会	川辺郡川辺町田部田3535	0993-56-1900	H9.4.1
	かけはし	(医)陽善会	鹿児島市下福元町6088-2	099-261-5100	H10.4.1
	指宿ライフサポート	(医)全隆会	指宿市東方7558	0993-24-5055	H10.7.1
	オレンジの里	(福)たちばな会	姶良郡福山町福山1078-1	0995-55-2121	H11.4.1
	ひだまり	(財)慈愛会	鹿児島市小原町8番1号	099-260-5865	H11.4.1
	ソーバーハウス6号館	(医)寛容会	鹿児島市下田町1919	099-220-5085	H11.4.1
	サポートやすらぎ	(福)くすの木会	鹿児島市犬迫町7749	099-238-0600	H11.11.1
	集	(医)公盡会	出水市麓町30-68		H12.4.1
4 沖縄県	てるしのワークセンター	沖縄県	南風原町字宮平206-1	098-889-4011	H8.10.1
	あおぞら	浦添市	浦添市字安波茶234-2	098-875-2100	H11.4.1
	糸満市生活支援センター	糸満市	糸満市字真栄里870	098-992-4121	H12.4.1
	北部生活支援センター	名護市	名護市字宇茂佐1700-12	0980-53-1212	H12.4.1
2 仙台市	仙台市精神障害者地域生活支援センター	仙台市	仙台市青葉区荒巻字三居沢12-1	022-225-6551	H10.10.1
	向日葵ライフサポートセンター	(福)ふれあいの森	仙台市太白区袋原字平20-3	022-741-2880	H11.10.1
1 横浜市	神奈川区生活支援センター	横浜市	横浜市神奈川区反町1-8-4	045-322-2907	H11.5.1
1 名古屋市	やすらぎ	(医)八誠会	名古屋市守山区守牧128番地	052-791-2170	H11.4.1
	ふれあいサロンねっこの郷	(福)ねっこの郷福祉会	京都市伏見区淀本町231-40	075-631-0505	H9.4.1
1 京都市	なごやかサロン	京都市	京都市中京区壬生東高田町1-15	075-314-0377	H10.4.1
	すいすい	大阪市	東成区東小橋12-27	06-6977-0114	H11.4.1
1 神戸市	虹の里	(福)かがやき神戸	神戸市西櫛谷町長谷字渋谷83番地26	078-993-1667	H11.4.1
1 広島市	ぬくものサロン	(福)はぐくみの里	広島市東区温品町字森垣内510-1	082-289-6088	H12.4.1
1 北九州市	浅野社会復帰センター	北九州市	北九州市小倉北区浅野2-16-38	093-513-2570	H12.4.1
194	44	合計 194 施設			

9 老人性痴呆疾患センター施設一覧

平成12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	旭川市曙1条1-2128-22	0166-22-8111
	市立釧路総合病院	釧路市	H 2 . 6 . 1	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	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	苫小牧市字樽前234	0144-68-2727
	大江病院	(医)博仁会	H 12 . 4 . 1	帯広市西20条南2-5-3	0155-33-6332
青森県	八戸市立市民病院	八戸市	H 2 . 4 . 1	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	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	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	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	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	盛岡市内丸19-1	019-651-5111
	水沢市国民健康保険総合水沢病院	水沢市	H 9 . 4 . 1	水沢市大手町3-1	0197-25-3833
宮城県	仙台市立病院	仙台市	H 6 . 4 . 1	仙台市若林区清水小路3番地の1	022-266-7111
	こだまホスピタル	(医)有恒会	H 9 . 4 . 1	石巻市山下町2-5-7	0225-22-5431
秋田県	市立秋田総合病院	秋田市	H 7 . 4 . 1	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	南陽市宮内1204	0238-47-3000
	酒田市立酒田病院	酒田市	H 3 . 6 . 1	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 6 . 10 . 7	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	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	会津若松市山鹿町3-27	0242-27-5511
	松村総合病院附属舞子浜病院	御松村総合病院附属舞子浜病院	H 4 . 4 . 1	いわき市平藤間字川前63	0246-23-2161
	搞厚生病院	厚生農業協同組合連合会	H 5 . 4 . 1	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	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	日立市大久保町2409-3	0294-34-2103
	豊和麗病院	(医)清風会	H 4 . 4 . 1	猿島郡猿島町沓掛411	0297-44-2000
	東京医科大学霞ヶ浦病院	(学)東京医科大学	H 3 . 4 . 1	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	鹿島市平井1129-2	0299-82-1271
	石崎病院	(財)報恩会	H 5 . 4 . 1	東茨城郡茨城町上石崎4698	029-293-7155

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
栃木県	独協医科大学病院	(学)独協学園	H 2 . 7 . 2	下都賀郡壬生町北小林880番地	0282-87-2251
	烏山台病院	(医)薫会	H11. 7 . 1	那須郡烏山町滝田1868-18	0287-82-2739
群馬県	県立精神医療センター	群馬県	H 3 . 1 . 1	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	高崎市上佐野786-7	0273-47-1177
	中之条病院	吾妻広域町村圏振興整備組合	H 6 . 4 . 1	吾妻郡中之条町大字五反田3891番地	0279-75-7488
	西毛病院	(医)大和会	H11. 3 . 1	富岡市神農原559-1	0274-62-3156
	田中病院	(医)郡栄会	H12.10. 1	北群馬郡吉岡町大字陣馬98	0279-54-2106
	榛名病院	(財)大利根会	H12.10. 1	渋川市3658-20	0279-22-1970
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 3 . 10 . 1	入間郡毛呂山町毛呂本郷38	0492-95-6536
	秩父中央病院	(医)全和会	H 4 . 4 . 1	秩父市寺尾1404	0494-24-5551
	東松山病院	(医)緑光会	H 5 . 4 . 1	東松山市大字大谷4160-2	0484-42-3824
	山仁病院	(医)山仁病院	H 6 . 4 . 1	川越市末広町3-5-13	0492-22-0373
千葉県	総合病院国保旭中央病院	旭市	H 2 . 1 . 1	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	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	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	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	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	浦安市富岡2-1-1	0473-53-3111
	帝京大学医学部附属市原病院	(学)帝京大学	H10. 3 . 1	市原市姉崎3426-3	0436-62-1211
	神奈川	北里大学東病院	(学)北里大学	H 2 . 4 . 1	相模原市麻溝台2-1-1
神奈川	東海大学病院	(学)東海大学	H 2 . 4 . 1	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	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	横浜市金沢区福浦3-9	045-787-2800
新潟県	柏崎厚生病院	(医)立川メディカルセンター	H 3 . 6 . 1	柏崎市大字茨目字二ツ池2071-1	0257-23-1234
	黒川病院	(医)白日会	H 6 . 10 . 1	北浦原郡大字下館字大開1522	0254-47-2640
	三島病院	(医)楽山会	H 7 . 9 . 1	三島郡三島町大字藤川1713-8	0258-42-3400
	小出本田病院	(医)小出本田病院	H10. 1 . 1	北魚沼郡小出町大字原虫野新田427-1	02579-2-7338
	高田西城病院	(医)高田西城会	H11. 3 . 1	上越市西城町2-8-30	0255-26-0317
富山県	県立中央病院	富山県	H 2 . 4 . 9	富山市西長江2-2-78	076-424-1531

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
富山県	高岡病院	厚生農業協同組合連合会	H 2 . 6 . 1	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	河北郡高松町内高松ヤ36	076-281-2600
	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	七尾市藤橋町西部55	0767-84-0089
	加賀神経サナトリウム	(医)長久会	H 4 . 4 . 1	加賀市百々町6-1-3	0761-72-7031
福井県	敦賀温泉病院	(医)敦賀温泉病院	H 6 . 4 . 1	敦賀市吉河41号1番地の5	0770-23-8210
	松原病院	(財)松原病院	H 9 . 3 . 1	福井市文京2-9-1	0776-22-3717
山梨県	県立北病院	山梨県	H 1 . 12 . 1	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	山梨市上神内川1309	0553-22-2511
長野県	安雲総合病院	厚生農業協同組合連合会	H 2 . 8 . 21	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	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	中野市西1丁目5番地63号	0269-22-2151
	佐久総合病院	厚生農業協同組合連合会	H 4 . 4 . 1	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	飯田市大通1-15	0265-22-5150
	県立木曾病院	長野県	H 7 . 2 . 1	木曾郡木曾福島町6613-4	0264-22-2703
	諏訪湖畔病院	(医)研成会	H 9 . 4 . 1	岡谷市長地2630	0266-27-5500
	岐阜県	県立多治見病院	岐阜県	H 1 . 11 . 1	多治見市前畑町5-161
静岡県	富士市立中央病院	富士市	H 1 . 11 . 1	富士市高島町50	0545-52-1131
	清水市立病院	清水市	H 2 . 4 . 1	清水市宮加三1231	0543-36-1111
	静岡済生会総合病院	(社福)恩恵財団済生会	H 1 . 11 . 1	静岡市小鹿1-1-1	054-284-8186
	島田市立島田市民病院	島田市	H 1 . 11 . 1	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	小笠郡菊川町堀之内420-3	0537-35-8422
	県西部浜松医療センター	浜松市	H 1 . 11 . 1	浜松市富塚町328	053-453-7111
	遠洲総合病院	厚生農業協同組合連合会	H 2 . 10 . 1	浜松市常磐町144-6	053-453-2809
	愛知県	愛知医科大学附属病院	(学)愛知医科大学	H 7 . 3 . 1	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	一宮市今伊勢町宮後字郷中茶原30	0586-45-2531
	豊川市民病院	豊川市	H 12 . 5 . 1	豊川市光明町1-19	0533-86-1111
三重県	松坂厚生病院	個人	H 3 . 9 . 4	松阪市久保町1927番地の2	0598-29-1311
	三重県立こころの医療センター	三重県	H 4 . 6 . 1	津市城山1-12-1	059-235-2125
	熊野病院	(医)紀南会	H 5 . 4 . 1	熊野市久生屋町868	05978-9-2711

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
三重県	東員病院	(医)康誠会	H12.4.1	員弁郡東員町穴太2400番地	0594-76-2345
滋賀県	豊郷病院	(財)豊郷病院	H7.6.1	犬上郡豊郷町八目12	0749-35-5345
	水口病院	(医)水口病院	H9.2.1	甲賀郡水口町本町2-2-43	0748-62-1212
	琵琶湖病院	(医)明和会	H11.2.1	大津市坂本1-8-5	077-578-2623
京都府	府立医科大学附属病院	京都府	H3.7.1	京都市上京区河原町広小路上の梶井町465	075-251-5111
	府立与謝の海病院	京都府	H3.7.1	与謝郡岩滝町字男山481	0772-46-3371
	府立福知山市市民病院	福知山市	H6.5.1	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	H2.6.1	茨木市見付山1丁目1番24号	0726-22-8651
	浅香山病院	(財)浅香山病院	H2.6.1	堺市今池町3丁目3番16号	0722-29-4882
	水間病院	(医)河崎会	H4.9.1	貝塚市水間51	0724-46-1102
	関西医科大学附属病院	(学)関西医科大学	H5.10.1	守口市文園町10-15	06-6992-1001
	さわ病院	(医)北斗会	H8.4.1	豊中市城山町1-9-1	06-6865-1211
	山本病院	(医)清心会	H9.4.1	八尾市天王寺屋6-59	0729-49-5181
	兵庫県	兵庫医科大学病院	(学)兵庫医科大学	H1.11.1	西宮市武庫川町1-1
県立淡路病院		兵庫県	H3.10.7	洲本市下加茂1-6-6	0799-24-5737
公立豊岡病院		豊岡市	H2.10.1	豊岡市立野町6-35	0796-22-1090
加西市立加西病院		加西市	H5.2.1	加西市北条町横尾1-13	0790-42-5511
大塚病院		(医)敬愛会	H7.3.1	水上郡水上町絹山513	0795-82-4874
神戸市立西市民病院		神戸市	H12.5.11	神戸市長田区1-2-4	078-579-1943
奈良県		県立医科大学附属病院	奈良県	H4.6.1	橿原市四条町840
	ハートランドしぎさん	(財)信貴山病院	H6.4.1	生駒郡三郷町勢野西2138-2	0745-31-3345
	秋津鴻池病院	(医)鴻池会	H11.12.1	御所市池之内1064	0745-64-2069
和歌山県	社会保険紀南総合病院新庄別館	公立紀南病院組合	H6.4.1	田辺市たきない町25-1	0739-22-2080
	県立五稜病院	和歌山県	H8.4.1	有田郡吉備町庄31	0737-52-3221
	国保日高総合病院	御坊市他七ヶ町村病院経営事務組合	H9.4.1	御坊市園116-2	0738-22-1111
鳥取県	西伯町国民健康保険西伯病院	西伯町	H1.10.31	西伯郡西伯町倭397	0859-66-2283
	倉吉病院	(医)仁厚会	H2.4.1	倉吉市山根43番地	0858-26-1011
島根県	県立中央病院	島根県	H2.4.1	出雲市姫原町	0853-22-5111
	松江市立病院	松江市	H3.4.1	松江市灘町101番地	0852-23-1000

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
	島根県済生会高砂病院	(社福)恩恵財団済生会	H 4 . 2 . 1	江津市江津町1110-15	08555-2-5100
	隠岐病院	島後町村組合	H 5 . 4 . 1	隠岐郡西郷町城北町355	08512-2-1356
	公立雲南総合病院	大東町外9ヶ町村雲南病院組合	H 9 . 4 . 1	大原郡大東町飯田96-1	0854-43-2390
岡山県	総合病院岡山赤十字病院	日本赤十字社	H 2 . 11 . 1	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 . 11 . 1	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	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	加計市	H 3 . 6 . 1	山県郡加計町下殿河内236	08262-2-0491
	厚生連府中総合病院	厚生農業協同組合連合会	H 3 . 6 . 1	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	比婆郡西城町中野1339	08248-2-3350
山口県	公立中央病院	山口県	H 3 . 4 . 1	防府市大字大崎77	0835-22-4411
	いしい記念病院	(医)新生会	H10.1.30	岩国市大字多田26-1	0827-41-1141
徳島県	県立中央病院	徳島県	H 4 . 3 . 1	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 . 29	丸亀市土器町東9-291	0877-22-3111
	いわき病院	(医)以和貴会	H11.8.1	香川郡香南町由佐113-1	087-879-3533
愛媛県	県立中央病院	愛媛県	H 2 . 6 . 1	松山市春日町83	089-947-1111
高知県	近森病院第二分院	(医)近森会	H 2 . 3 . 22	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	北九州市小倉南区蒲生5-5-1	093-961-3238
	県立遠賀病院	福岡県	H 8 . 4 . 1	遠賀郡岡垣町手野145	093-282-0181
	牧病院	(医)牧和会	H11.10.1	筑紫野市大字永岡976-1	092-922-2853
佐賀県	唐津保養院	(医)松籟会	H 1 . 11 . 20	唐津市鏡4304-1	0955-77-1011
長崎県	県立対馬いずはら病院	長崎県離島医療圏組合	H 3 . 6 . 1	下県郡巖原郡大字巖原東里字野良303-1	09205-2-1910
	島原保養院	(医)済家会	H 8 . 12 . 1	島原市南下川尻町8189-2	0957-62-2969
熊本県	くまもと心療病院	(医)再生会	H 9 . 1 . 1	宇土市松山町1901	0964-22-1081
	益城病院	(医)広安会	H11.1.1	益城郡益城町惣領1530	096-286-3611
大分県	緑ヶ丘保養園	(医)淵野会	H 5 . 4 . 1	大分県丹生字長迫1747-5	097-593-3366
宮崎県	谷口病院	(医)同仁会	H 2 . 10 . 25	日南市大字風田3861	0987-23-1331
	藤元病院	(社)八日会	H 3 . 4 . 1	都城市早鈴町17-4	0986-25-1313
	小林保養院	(医)信和会	H 4 . 4 . 1	小林市大字堤2939番地	0984-22-2886

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
	協和病院	(医)向陽会	H 7 . 10 . 1	日向市大字財光寺1194-3	0982-53-6886
	井上病院	(医)清芳会	H 11 . 3 . 1	宮崎市大字芳土80	0985-39-5396
鹿児島県	松下病院	(医)仁心会	H 3 . 7 . 1	姶良郡隼人町真孝998番地	09954-2-2121
	児玉病院	(医)蒼風会	H 7 . 3 . 1	川辺郡川辺町田部田3525	0993-56-0523
	栗野病院	(医)永光会	H 7 . 4 . 1	姶良郡栗野北方1854	0995-74-1140
	宮之城病院	(医)博仁会	H 8 . 10 . 25	薩摩郡宮之城町船木34	0996-53-1005
	三州脇田丘病院	(医)共助会	H 9 . 5 . 21	鹿児島市宇宿町2460	099-264-0667
	指宿竹元病院	(医)全隆会	H 10 . 11 . 1	指宿市東方7531	0993-23-4578
	大口病院	(医)慈和会	H 10 . 11 . 1	大口市大田68	09952-2-1140
沖縄県	宮里病院	(医)タピック	H 6 . 10 . 1	島尻郡南風原町字新川460	098-889-0868
	嬉野が丘サマリア人病院	(医)輔仁会	H 10 . 10 . 1	名護市宇字茂佐1763-2	0980-53-7772
	計46道府県 155施設				

10. 老人性痴呆疾患治療・療養病棟一覧

老人性痴呆疾患治療病棟

(平成12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	病床数
北海道	市立札幌病院診療院	(札幌市)	札幌市豊平区平岸4条1-2-21	011-821-0070	42
	道央佐藤病院	(医療法人玄羊会)	苫小牧市字樽前234	0144-67-0236	97
	ときわ病院	(医療法人ときわ病院)	札幌市南区常磐3条1-6-1	011-591-4711	46
	中頃病院	(医療法人勉仁会)	札幌市手稲区金山1-2-1-6	011-682-3011	50
	旭川圭泉会病院	(医療法人旭川圭泉会病院)	旭川市東旭川下兵村225	0166-36-1559	60
	大江病院	(医療法人博仁会)	帯広市西20条南2-5-3	0155-33-6332	54
岩手	国立療養所南花巻病院	(国)	花巻市諏訪500	0198-24-0511	65
宮城	こだまホスピタル	(医療法人有恒会)	石巻市山下町2-5-7	0225-22-5431	57
	仙南サナトリウム	(医療法人藤王会)	白石市大瀧沢三沢字中山74-10	0224-26-3101	96
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	018-873-3011	50
	秋田東病院	(医療法人三愛会)	秋田市山内字丸木橋167-3	018-827-2331	50
山形	佐藤病院	(医療法人社団公德会)	南陽市門塚948-1	0238-40-3170	50
福島	飯塚病院	(医療法人昨雲会)	喜多方市松山町村松字北原3634-1	0241-24-3421	50
	四合病院	(医療法人石福会)	いわき市四倉町下仁井田字南追切2-2	0246-32-5321	60
	村上病院	(医療法人慈心会)	福島市立子山字北浦3	024-597-2124	54
	小高赤坂病院	(医療法人育正会)	相馬郡小高町片草字秩父山24	0244-44-5121	34
茨城	豊和麗病院	(医療法人清風会)	猿島郡猿島町沓掛411	0297-44-2000	50
	小柳病院	(医療法人慈政会)	猿島郡総和町稲宮前久41001	0280-97-1110	50
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1665	0282-43-2222	50
群馬	榛名病院	(財団法人大利根会)	渋川市明保野3658-1	0279-22-1970	60
埼玉	戸田病院	(医療法人高仁会)	戸田市新曾南3-4-25	048-442-3824	50
	毛呂病院	(社会福祉法人毛呂病院)	入間郡毛呂山町毛呂本郷38	0294-76-1496	43
	秩父中央病院	(医療法人全和会)	秩父市寺尾1404	0494-24-5551	41
	飯能好友病院	(個人)	飯能市下加治147	0492-74-2500	120
	新所沢清和病院	(医療法人清和会)	所沢市神米金141-3	0429-43-1101	120
千葉	八千代病院	(医療法人心和会)	下高野字新山549	0474-88-1511	50
	木野崎病院	(医療法人葛野会)	野田市木野崎1561-1	0471-38-0321	50
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	50
	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	50
	駒木野病院	(医療法人青誤会)	八王子市裏高尾町273	0426-63-2222	50
	昭和大学附属島山病院	(学校法人昭和大学)	世田谷区北島山6-11-11	03-3300-5231	50
	都立松沢病院	(東京都)	世田谷区上北沢2-1-1	03-3303-7211	50
	大内病院	(医療法人大和会)	足立区西新井5-41-1	03-3890-1306	50
	桜ヶ丘記念病院	(社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会)	多摩市連光寺1-1-1	042-375-6311	50
	慈雲堂内科病院	(医療法人)	練馬区関町南4-14-53	03-3928-6511	50
神奈川	福井記念病院	(医療法人財団青山会)	三浦市初声町高門坊1040-2	0468-88-2145	50
	森野厚生病院	(医療法人厚仁会)	森野市南矢名2-12-1	0463-77-1108	53
	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	50
	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	50
	相州病院	(医療法人青木末次郎記念会)	厚木市上荻野1682	0462-41-3351	46
	県立芹香病院	(神奈川県)	横浜市港南区芹が谷2-5-1	045-822-0241	44

都道府県	施設名称	(設置主体)	所在地	電話番号	病床数
神奈川県	菅我病院	(財団法人積善会)	小田原市菅我岸148	0465-42-1630	64
	東横忠愛病院	(財団法人望りアンナ会)	川崎市宮前区有馬4-17-23	044-852-2373	48
	相模原友愛病院	(財団法人友愛病院会)	相模原市麻溝台697	0427-78-1181	46
新潟県	柏崎厚生病院	(医療法人立川メディカルセンター)	柏崎市大字茨目字ニッ池2071-1	0257-22-0111	50
	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	60
	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	54
	高田西城病院	(医療法人高田西城会)	上越市西城町2-8-30	0255-23-2139	60
	小出本田病院	(医療法人小出本田病院)	北魚沼郡小出町大字原虫野新田433-3	02579-2-9550	60
富山県	富山赤十字病院	(日本赤十字社)	富山市牛島本町2-1-58	076-433-2222	35
	三輪病院	(医療法人三医会)	富山市小中291	076-429-3817	100
	いま泉病院	(医療法人いずみ会)	富山市今泉220	076-425-1166	50
	国立療養所北陸病院	(国)	城端町信末5963	0763-62-1340	50
石川県	片山津温泉丘の上病院	(医療法人修利会)	加賀市温泉町中尾1-3	07617-4-5575	34
	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	50
福井県	福井県立すこやかシルバー病院	(福井県)	丹生郡清永町島寺93-6	0776-98-2700	50
	敦賀温泉病院	(医療法人敦賀温泉病院)	敦賀市古河41-1-5	0770-23-8210	50
	松原病院	(財団法人松原病院)	福井市文京2-9-1	0776-22-3117	36
山梨県	花園病院	(財団法人花園病院)	甲府市和田町2968	055-253-2228	48
	峡西病院	(医療法人峡西病院)	中巨摩郡捲形町下宮地421	0552-82-2151	50
長野県	佐藤病院	(医療法人聖峰会)	下水内郡豊田村大字上今井601	0269-38-3311	30
静岡県	天王病院	(医療法人緑生会)	浜松市天王町1925	053-421-5885	120
愛知県	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	50
三重県	国立療養所榊原病院	(国)	久居市榊原777番地	059-252-0211	52
	鈴鹿さくら病院	(個人)	鈴鹿市中富田町字中谷518	0593-78-7107	40
滋賀県	琵琶湖病院	(医療法人明利会)	大津市坂本1-8-5	077-578-2023	50
京都府	西山病院	(財団法人療道協会)	長岡京市今里5-5-1	075-951-9201	47
	東山老年サナトリウム	(医療法人十全会)	京都市山科区日ノ岡夷谷町11	075-771-4196	60
	青羽病院	(医療法人洛利会)	京都市山科区青羽珍事町2	075-593-4111	60
大阪府	さわか病院	(医療法人北斗会)	豊中市城山町1-9-1	06-6865-1211	48
	新阿武山病院	(特定医療法人大阪精神医学研究所)	高槻市奈佐原4-10-1	0726-93-1881	60
	泉州病院	(医療法人聖志会)	岸和田市土生町53	0724-27-2241	49
	浅香山病院	(財団法人浅香山病院)	堺市今池町3-3-16	0722-29-4882	60
兵庫県	宝塚三田病院	(医療法人山西会)	三田市山西2-22-10	0795-63-4871	50
	あいの病院	(医療法人愛乃会)	三田市東本庄2493	0795-68-1351	116
	姫路北病院	(医療法人内海慈仁会)	神崎郡福崎町南田原1134-2	0790-22-0770	54
	大村病院	(医療法人樹光会)	三木市大村字北山200	0794-82-1132	50
奈良県	秋津鴻池病院	(医療法人鴻池会)	御所市池之内1064	0745-63-0601	47
	ハートランドしぎさん	(財団法人信貴山病院)	生駒郡三郷町勢野2138-2	0745-72-5006	50
鳥取県	渡辺病院	(医療法人明利会)	鳥取市東町3丁目307	0857-24-1151	27
島根県	島根県済生会高砂病院	(社会福祉法人恩賜財団済生会)	江津市江津町1110-15	0855-52-5100	50
	八雲病院	(医療法人仁風会)	松江市大庭町1460-3	0852-23-3456	60
	西川病院	(医療法人社団清和会)	浜田市港町293-2	0855-22-2390	57
	安来第一病院	(医療法人昌林会)	安来市安来町899-1	0854-22-3411	43

都道府県	施設名称	(設置主体)	所在地	電話番号	病床数
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	086-252-1231	60
	きのこエスポアル病院	(医療法人きのこ会)	笠岡市東大戸2908	0865-63-0727	60
	岡山ひだまりの里病院	(財団法人林精神医学研究所)	岡山市北浦822-2		60
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	53
	三原病院	(医療法人大慈会)	三原市中之町北1004-1	0848-63-8877	45
	小泉病院	(医療法人仁康会)	三原市小泉町4245	0848-66-3355	50
	千代田病院	(医療法人せがわ会)	山県郡千代田町大字今田3860	0826-72-6511	48
	ナカムラ病院	(医療法人ピーアイエー)	広島市佐伯区坪井3-818-1	0829-23-8333	50
	ふたば病院	(医療法人和恒会)	呉市広白石4-7-22	0823-70-0555	50
	竹原病院	(医療法人恵宣会)	竹原市下野町650	0846-22-0963	42
	草津病院	(医療法人更生会)	広島市西区草津梅が丘10-1	082-277-1001	50
	メープルヒル病院	(医療法人知仁会)	大竹市玖波5-2-1	08275-7-7451	48
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	50
	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	48
	泉原病院	(医療法人愛命会)	徳山市泉原町10番1号	0834-21-4511	40
	千鳥ヶ丘病院	(医療法人南和会)	山口県玖珂郡由宇町7650	0827-63-0231	60
徳 島	桜木病院	(医療法人桜樹会)	美馬郡脇町3868	0883-52-2583	45
	八多病院	(医療法人八多病院)	徳島市八多町小倉76	088-645-2233	50
香 川	赤沢病院	(医療法人赤心会)	坂出市府中町325	0877-48-3200	60
	いわき病院	(医療法人以和貴会)	香川県香南町由佐113-1	087-879-3533	46
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	50
	公立周桑病院	(周桑病院企業団)	東予市壬生川131	0898-64-2630	50
	財団新居浜病院	(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	58
福 岡	牧病院	(医療法人牧和会)	筑紫野市大字永岡976-1	092-922-2853	50
	新船小屋病院	(医療法人幸明会)	山門郡瀬高町長田1604	0944-62-4161	50
	小倉蒲生病院	(医療法人小倉蒲生病院)	北九州市小倉南区蒲生5-5-1	093-961-3238	40
	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	50
	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	093-691-3344	50
	住田病院	(医療法人住田病院)	北九州市若松区猿住1435	093-741-1301	40
	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	50
	大川病院	(医療法人祥和会)	豊前市大字四郎丸281	0979-82-2203	60
	本間病院	(医療法人本間病院)	小郡市三沢526	0942-73-0111	50
	筑水会病院	(医療法人筑水会)	八女市大字吉田1191	0943-23-5131	60
	八幡大蔵病院	(医療法人緑風会)	北九州市八幡東区河内2-4-11	093-651-2507	60
	堤病院	(個人)	遠賀郡岡垣町鍋田2-1-1	093-282-1234	60
	門司松ヶ江病院	(医療法人松和会)	北九州市門司区畑355	093-481-1281	40
堤小倉病院	(医療法人成康会)	北九州市小倉南区堀越358	093-962-1950	60	
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	100
	早津江病院	(医療法人樟風会)	佐賀郡川副町大字福富827番地	0952-45-1331	60
	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	54
	国立肥前療養所	(国)	神埼郡東春振村大字三津160	0952-52-3231	50
長 崎	島原保健院	(医療法人済家会)	島原市南下川尻町8189-2	0957-62-2969	50
熊 本	菊池有働病院	(医療法人有働会)	菊池市深川433	0968-25-3146	50

都道府県	施設名称	(設置主体)	所在地	電話番号	病床数
熊本	益城病院	(医療法人広安会)	上益城郡益城町惣領1530	096-286-3611	53
	県立こころの医療センター	(熊本県)	下益城郡富合町平原391	096-357-2151	50
	日隈病院	(医療法人日隈会)	熊本市萩原町9-30	096-378-3836	60
	弓削病院	(医療法人佐藤会)	熊本市龍田町弓削679-2	096-338-3838	40
大分	緑ヶ丘保健園	(医療法人社団潤野会)	大分市大字丹生字長追1747	097-593-3366	100
	上野公園病院	(医療法人百花会)	日田市大字高瀬字篠原2226-1	0973-22-7723	100
	衛藤病院	(医療法人親和会)	大分市大字上判田3433	097-597-0093	50
	リバーサイド病院	(医療法人青樹会)	大分市大字宮崎6-3	097-568-7991	60
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	50
	谷口病院	(医療法人同仁会)	日南市大字風田3861	0987-23-1331	50
鹿児島	ウェルフェア九州病院	(医療法人慈生会)	枕崎市別府6607	0993-72-0055	50
	パールランド病院	(医療法人猪鹿会)	鹿児島市大迫町2253	099-238-0301	106
沖縄	新垣病院	(医療法人卯の会)	沖縄市安慶田4-7-7	098-933-2756	50
	ノーブルメディカルセンター	(医療法人ノーブル)	国頭郡本部町字石川972	098-051-7007	50
	天久台病院	(医療法人天仁会)	那覇市天久1123	098-868-2101	50
	サマリア人病院	(医療法人輔仁会)	島尻郡南風原町字新川460	098-889-1328	50
	いずみ病院	(医療法人和泉会)	具志川市榮野北1150	098-972-7788	50
	南山病院	(医療法人陽和会)	糸満市宇賀敷406-1	098-994-3660	50
	富里病院	(医療法人タビック)	名護市宇賀茂佐1763-2	098-053-6140	50
勝連病院	(医療法人南嶺会)	糸満市真栄平1026	098-997-3104	60	
計			43都道県147施設/8,053床		

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12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	病床数	
北海道	札幌佐藤病院	(医療法人大藏会)	札幌市東区伏古2条4-10-15	011-781-5511	60	
	札幌トロイカ病院	(医療法人札幌トロイカ病院)	札幌市白石区川下577-8	011-873-1221	60	
	さっぽろ香雪病院	(医療法人五風会)	札幌市清田区真栄319	011-884-6878	60	
	中垣病院	(医療法人勉仁会)	札幌市手稲区金山1-2-1-6	011-682-3011	54	
	島松病院	(医療法人盟術会)	恵庭市西島松570	0123-36-5181	60	
	森の里病院	(医療法人森生会)	茅部郡森町上台町330-84	01374-2-5000	100	
	恵妻病院	(医療法人友愛会)	登別市鷺別町2-31-1	0143-86-7159	50	
	林下病院	(医療法人林下病院)	札幌市南区澄川4条5丁目9-38	011-821-6155	40	
	札幌立花病院	(医療法人福和会)	札幌市手稲山口42-1	011-683-8718	60	
	ミネルヤ病院	(個人)	伊達市松ヶ枝町245-1	0142-21-2000	40	
青森	青い森病院	(社团法人慈恵会)	青森市大谷字山ノ内16-13	0177-29-3330	53	
	三染病院	(医療法人芙蓉会)	青森市四ツ石字里見76-1	0177-38-2214	50	
	三陸病院	(医療法人財団正済会)	宮古市板屋1-6-36	0193-62-7021	50	
岩手	古川緑ヶ丘病院	(医療法人菅野愛生会)	古川市西館3-6-60	0229-22-1190	60	
宮城	古川緑ヶ丘病院	(医療法人菅野愛生会)	古川市西館3-6-60	0229-22-1190	60	
	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野出戸道脇41	018-877-6141	50
	秋田緑ヶ丘病院	(医療法人仁久盛会)	秋田市飯島字堀川84	018-845-2161	50	
市立大曲病院	(大曲市)	大曲市飯田字塚東210	0187-63-9100	50		
山形	上山病院	(医療法人二本松会)	上山市金谷字下河原1370	023-672-2551	55	
	秋野病院	(医療法人斗南会)	天童市久野本362-1	023-653-5725	60	
	尾花沢病院	(医療法人敬愛会)	尾花沢市麓気大沢695-3	0237-23-3637	60	
福島	あさかホスピタル	(医療法人安積保楽園)	郡山市安積町笹川字経担45	024-945-1701	42	
	富士病院	(医療法人篤仁会)	福島市大波字熊野山1	024-588-1011	48	
	星総合病院附属星ヶ丘病院	(財団法人星総合病院)	郡山市片平町字北三天7	024-952-6411	60	
	針生ヶ丘病院	(財団法人金森和心会)	郡山市大槻町字天生担11	024-932-0201	54	
	飯塚病院	(医療法人昨誓会)	喜多方市松山町村松字北原3634-1	0241-24-3421	60	
茨城	下館病院	(医療法人仁平仁会)	下館市野蔵1131	0296-22-7558	40	
	粟田病院	(医療法人有朋会)	那珂郡那珂町豊城505	029-298-0175	50	
栃木	皆藤病院	(医療法人恵会)	宇都宮市東町22	028-661-3261	50	
群馬	西毛病院	(医療法人大和会)	富岡市神農原559-1	0274-62-3156	60	
埼玉	毛呂病院	(医療法人毛呂病院)	入間郡毛呂山町毛呂本郷38	0494-76-1496	45	
	山仁病院	(医療法人山仁病院)	川越市末広町3-5-13	0492-22-0373	48	
	飯能友好病院	(個人)	飯能市下加治147	0429-74-2500	150	
	新所沢清和病院	(医療法人清和会)	所沢市神米金141-3	0429-43-1101	120	
	西熊谷病院	(財団法人熊谷脳病院)	熊谷市石原572	0485-22-0200	60	
埼玉セントラル病院	(財団法人明理会)	入間郡三芳町大字上富2177-2	0492-59-0161	96		
千葉	江戸川病院	(医療法人全生会)	野田市山崎2702	0471-24-5511	40	
	木野崎病院	(医療法人篤野会)	野田市木野崎1561-1	0471-38-0321	52	
	信田病院	(医療法人信田病院)	八千代市島田台1212	047-488-2218	60	
	聖光会病院	(医療法人聖光会)	長柄町立745-1	0475-35-5151	60	
東京	上山病院	(医療法人充会)	八王子市上川町785	0426-54-4512	71	
	青梅慶友病院	(医療法人慶友会)	青梅市大門1-681	0428-24-3020	240	
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	51	

都道府県	施設名称	〔設置主体〕	所在地	電話番号	病床数
神奈川県	平塚病院	〔医療法人研水会〕	平塚市出縄476	0463-32-0380	115
	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	50
	相州病院	〔医療法人青木次郎記念会〕	厚木市上荻野1682	0462-41-3351	58
	相模病院	〔医療法人寿康会〕	相模原市若松1-12-25	0427-43-0311	60
	丹沢病院	〔医療法人丹沢病院〕	秦野市堀山下557	0463-88-2455	59
	相模ヶ丘病院	〔医療法人博奉会〕	相模原市下溝4378	0427-78-0200	60
	相模台病院	〔医療法人興生会〕	座間市相模ヶ丘6-24-28	0462-56-0011	46
	横浜相模病院	〔個人〕	横浜市瀬谷区阿久和町南2-3-12	045-362-7111	102
	湘南さくら病院	〔医療法人康心会〕	茅ヶ崎市下寺尾1833	0467-54-2255	104
	厚木佐藤病院	〔医療法人藤和会〕	厚木市小野759	0462-47-1211	50
新潟県	黒川病院	〔医療法人白日子会〕	北蒲原郡黒川村大字下館字大淵1522	0254-47-2422	40
	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	48
	高田西城病院	〔医療法人高田西城会〕	上越市西城町2-8-30	0255-23-2139	60
	田宮病院	〔医療法人崇徳会〕	長岡市深沢町2300	0258-46-3200	60
	三島病院	〔医療法人楽山会〕	三島郡三島町大字藤川1713-8	0258-42-2311	54
	長岡保達園	〔医療法人至誠会〕	長岡市町田町字湯沢575	0258-33-5631	60
	小出本田病院	〔医療法人小出本田病院〕	北魚沼郡小出町大字原虫野新田433-3	02579-2-9550	40
	松浜病院	〔医療法人青松会〕	新潟市浜松町3396	025-259-3241	60
	緑エスボワール病院	〔医療法人新成医会〕	新潟市神道寺2-4-24	025-244-5000	63
	柏崎厚生病院	〔医療法人立川メディカルセンター〕	柏崎市大字英目字二ツ池2071-1	0257-22-0111	50
富山県	河渡病院	〔医療法人恵松会〕	新潟市有楽1-15-1	025-274-8211	54
	中川病院	〔医療法人功進会〕	富山市大町1区南部146	076-425-1780	48
	藤の木病院	〔個人〕	富山市岡261	076-424-0101	50
石川県	桜ヶ丘病院	〔医療法人松窓会〕	金沢市観法寺町へ174	076-258-1454	60
	粟津神経サナトリウム	〔個人〕	小松市矢田野町ヲ88	0761-44-2545	50
	片山温泉丘の上病院	〔医療法人修和会〕	加賀市富塚町中尾1-3	07617-4-5575	58
福井県	福井県立すこやかシルバー病院	〔福井県〕	丹生郡清水町島寺93-6	0776-98-2700	50
	たけとう病院	〔医療法人たけとう病院〕	勝山市野向町聖寺10-21-1	0779-88-6464	95
山梨県	回生堂病院	〔医療法人回生堂病院〕	都留市四日市場270	0554-43-2291	60
長野県	東和田病院	〔医療法人温心会〕	長野市東和田723	026-243-4895	56
岐阜県	大湫病院	〔医療法人仁誠会〕	瑞浪市大湫町121	0572-63-2231	108
	慈恵中央病院	〔医療法人春陽会〕	郡上郡美並村大原1-1	0575-79-2030	60
静岡県	鷹岡病院	〔財団法人復康会〕	富士市天間1585	0545-71-3370	60
	遠江病院	〔医療法人大法会〕	浜北市中瀬3832-1	053-588-1880	120
三重県	東貝病院	〔医療法人康誠会〕	貝牟郡東貝町穴大2400	0594-76-2345	50
滋賀県	水口病院	〔社団法人水口病院〕	甲賀郡水口町2-2-43	0748-62-1212	60
京都府	北山病院	〔医療法人三幸会〕	京都市左京区岩倉上藤町123	075-791-1177	60
大阪府	和泉中央病院	〔医療法人貴生会〕	和泉市箕形町511	0725-54-1380	40
	水間病院	〔医療法人河崎会〕	貝塚市水間51	0724-46-1102	60
	泉州病院	〔医療法人聖志会〕	岸和田市土生町53	0724-27-2241	60
	金岡中央病院	〔医療法人以和貴会〕	堺市中村町450	0722-52-3108	60
	藍野病院	〔医療法人恒昭会〕	茨木市高田町11-18	0726-27-7611	240
	木島病院	〔医療法人桐葉会〕	貝塚市森892	0724-46-2158	38

都道府県	施設名称	〔設置主体〕	所在地	電話番号	病床数
大 阪	寝屋川サナトリウム	〔医療法人長尾会〕	寝屋川市寝屋2370-6	072-822-3561	51
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	100
	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	100
	赤穂仁泉病院	〔医療法人千水会〕	赤穂市浜市408	0791-48-8087	42
奈 良	ハートランドしぎさん	〔財団法人信貴山病院〕	生駒郡三郷町勢野2138-2	0745-72-5006	200
島 根	松ヶ丘病院	〔医療法人正光会〕	島根県益田市高津町1 2555-2	0856-22-8711	50
	安来第一病院	〔医療法人昌林会〕	安来市安来町899-1	0854-22-3411	60
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	086-252-1231	46
	きのこエスポアル病院	〔医療法人きのこ会〕	笠岡市東大戸2908	0865-63-0727	102
	山陽病院	〔医療法人良友会〕	岡山市篠崎465	086-276-1101	50
	万成病院	〔医療法人万成病院〕	岡山市万成1-6-5	086-252-2261	58
	吉井川病院	〔医療法人仁誠会〕	岡山市吉井208	086-297-5011	60
	岡南病院	〔財団法人浅羽医学研究所〕	玉野市田井2-4854	0863-32-1122	50
	岡山ひだまりの里病院	〔財団法人林精神医学研究所〕	岡山市北浦822-2		120
広 島	小泉病院	〔医療法人仁康会〕	三原市小泉町4245	0848-66-3355	50
	長尾病院	〔医療法人緑風会〕	呉市阿賀北1-14-15	0823-72-2111	47
	メーブルヒル病院	〔医療法人知仁会〕	大竹市秋波5-2-1	08275-7-7451	60
	千代田病院	〔医療法人せがわ病院〕	山県郡千代田町大字今田3860	082672-6511	48
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	102
	田代台病院	〔医療法人豊美会〕	山口県美祿郡美東町真名2941	08396-5-0305	48
徳 島	八多病院	〔医療法人八多病院〕	徳島市八多町小倉76	088-645-2233	108
香 川	三船病院	〔医療法人社団三愛会〕	丸亀市津原町366	0877-23-2341	48
愛 媛	宇和島病院	〔財団法人正光会〕	宇和島市柿原1280	0895-22-5622	50
	今治病院	〔財団法人正光会〕	今治市高市甲786番地13	0898-48-2560	50
	西条道前病院	〔医療法人隣善会〕	西条市飯岡地蔵原3290-1	0897-56-2247	50
	真細代くじらハビリテーション病院	〔医療法人青峰会〕	八幡浜市真細代甲229-5	0894-22-1123	54
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	31
	芸西病院	〔医療法人みずき会〕	安芸郡芸西村和食甲4268	0883-3-3833	56
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	50
	小倉蒲生病院	〔医療法人小倉蒲生病院〕	北九州市小倉南区蒲生5-5-1	093-961-3238	40
	奥村病院	〔医療法人宗仁会〕	浮羽郡吉井町216-2	09437-5-3165	38
	八幡厚生病院	〔医療法人聖会〕	北九州市若松区蟹住1435	093-741-1301	60
	行橋記念病院	〔医療法人聖会〕	行橋市北泉3-11-1	09302-5-2000	60
	新船小屋病院	〔医療法人幸明会〕	山門郡瀬高町大字長田1604	0944-62-4161	50
	三善病院	〔個人〕	福岡市東区唐原4-18-15	092-661-1611	24
佐 賀	嬉野温泉病院	〔医療法人友朋会〕	藤津郡嬉野町大字下宿乙1919	0954-43-0157	180
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	45
	天草病院	〔医療法人天草病院〕	本渡市佐伊津町5789	0969-23-6111	60
	希聖ヶ丘病院	〔医療法人松本会〕	上益城郡御船町豊秋1540	096-282-1045	30
	小柳病院	〔医療法人康生会〕	熊本市山ノ神2-2-8	096-369-3811	46
	日隅病院	〔医療法人日隅会〕	熊本市森原町9-30	096-378-3836	60
	城南病院	〔医療法人杏和会〕	下益城郡城南町舞原無香地	0964-28-2555	37
	くまもと心療病院	〔医療法人再生会〕	宇土市松山町1901	0964-22-1081	60

都道府県	施設名称	〔設置主体〕	所在地	電話番号	病床数
熊本	明生病院	〔医療法人健生会〕	熊本市大窪2-6-20	096-324-5211	44
	荒尾保養院	〔医療法人洗心会〕	荒尾市荒尾1992	0968-62-0657	60
	坂本病院	〔医療法人平成会〕	八代市大村町720-1	0965-32-8171	48
大分	加藤病院	〔医療法人雄仁会〕	竹田市大字竹田1855	0974-63-2338	60
	緑ヶ丘保養園	〔医療法人潤野会〕	大分市大字丹生字長迫1747	097-593-3366	106
	佐藤病院	〔医療法人明和会〕	大分市大字下郡1410	097-543-6332	60
	千嶋病院	〔医療法人積善会〕	豊後高田市大字呉崎775	0978-22-3185	60
	白川病院	〔医療法人末広〕	臼杵市大字末広字柳谷938-3	0972-63-7830	60
	洲野病院	〔医療法人潤野会〕	大分市大字坂ノ市297-2	097-592-2181	56
	上野公園病院	〔医療法人百花会〕	日田市大字高瀬字篠原2226-1	0973-22-7723	48
	宮崎	小林保養院	〔医療法人信和会〕	小林市大字埴2939	0984-22-2836
野崎病院		〔財団法人弘潤会〕	宮崎市大字恒久5567	0985-51-3111	60
鹿児島	出水病院	〔医療法人公益会〕	出水市麓町29-1	0996-62-0419	50
	福山病院	〔医療法人仁心会〕	姶良郡福山町福山771	0995-55-2221	50
	パールランド病院	〔医療法人猪鹿倉会〕	鹿児島市犬迫町2253	099-238-0301	94
	大口病院	〔医療法人慈和会〕	大口市大田68	0995-22-0336	50
	栗野病院	〔医療法人永光会〕	姶良郡栗野町北方1854	0995-74-2503	110
	松下病院	〔医療法人仁心会〕	姶良郡牟礼町寛孝998	0995-42-2121	50
	横山記念病院	〔医療法人緑心会〕	鹿児島市吉野町4826-1	099-244-0555	58
	霧島桜ヶ丘病院	〔医療法人桃蹊会〕	姶良郡牧園町高千穂3617-98	0995-78-3135	40
	三州病院	〔医療法人共助会〕	鹿児島市犬迫町7783-1	099-238-0239	50
	脇木病院	〔医療法人互舎会〕	阿久根市脇木9093-2	0996-75-2121	60
	加治木記念病院	〔医療法人頤濟会〕	姶良郡加治木町木田1227	0995-63-2275	49
	沖縄	糸満晴明病院	〔医療法人晴明会〕	糸満市字大度520	098-997-2011
勝連病院		〔医療法人南嶺会〕	糸満市真栄平1026	098-997-3104	166
北中城若松病院		〔医療法人アガベ会〕	中頭郡北中城村字大城311	098-935-2277	60
計			43都道府県154施設/9,893床		

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

	施設の種類											
	単科精神病院				一般病院精神科				診療所			
	精神科 デイケア	老人性 痴呆疾患 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイナイト ケア	精神科 デイケア	老人性 痴呆疾患 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイナイト ケア	精神科 デイケア	老人性 痴呆疾患 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイナイト ケア
北海道	20	2	0	2	8	4	1	1	9	1	0	0
青森	8	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
岩手	12	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0
宮城	8	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
秋田	4	1	0	1	3	2	0	0	1	3	0	0
山形	9	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
福島	8	0	0	0	2	0	0	0	3	0	1	0
茨城	10	2	1	1	5	1	0	0	6	0	1	0
栃木	6	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
群馬	4	0	1	1	2	0	0	0	3	0	0	0
埼玉	18	1	1	1	2	0	0	1	14	1	2	3
千葉	16	0	0	1	5	0	0	0	6	12	0	0
東京	28	0	7	7	19	3	5	1	36	50	10	8
神奈川	21	3	1	1	7	0	1	0	23	1	2	5
新潟	13	4	1	0	6	2	0	0	0	0	0	0
富山	9	1	1	3	3	0	0	1	1	0	0	1
石川	11	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
福井	4	3	0	0	1	0	0	0	0	7	0	0
山梨	5	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0
長野	6	0	0	2	9	3	1	4	3	0	0	0
岐阜	4	0	1	1	1	0	0	0	3	1	0	0
静岡	15	1	1	1	3	0	0	0	6	0	1	0
愛知	17	0	4	1	11	4	0	1	8	19	0	0
三重	8	0	2	2	3	5	0	0	1	12	0	0
滋賀	2	0	1	0	1	0	0	0	4	10	0	0
京都	3	1	0	2	1	0	0	0	2	0	0	1
大阪	24	2	3	6	7	0	1	1	26	0	2	1
兵庫	12	1	2	1	1	0	0	0	3	0	0	1
奈良	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
和歌山	5	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0
鳥取	3	0	0	0	4	1	2	1	0	0	0	0
島根	5	4	0	0	1	0	0	0	5	2	0	0
岡山	10	4	1	0	0	1	0	0	3	7	1	0
広島	16	5	0	7	0	1	0	0	2	4	0	0
山口	8	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
徳島	5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
香川	6	0	0	2	3	0	0	0	1	0	0	0
愛媛	10	2	3	3	3	2	0	0	1	1	0	0
高知	5	0	0	3	3	0	1	2	0	12	0	0
福岡	29	9	3	8	15	5	3	3	12	3	2	1
佐賀	8	2	0	1	4	2	2	2	3	0	2	0
長崎	6	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
熊本	17	7	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
大分	9	2	0	0	2	0	0	0	4	1	1	1
宮崎	8	2	1	0	3	3	1	1	1	0	0	1
鹿児島	10	2	1	3	2	1	0	0	1	1	0	1
沖縄	11	4	5	7	6	2	1	2	2	0	0	4
合 計	478	73	45	75	163	43	19	21	199	149	25	28

(平成11年6月30日現在)

精神保健福祉センター				そ の 他				合 計			
精神科 デイケア	老人性 痴呆疾患 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイナイト ケア	精神科 デイケア	老人性 痴呆疾患 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイナイト ケア	精神科 デイケア	老人性 痴呆疾患 デイケア	精神科 ナイトケア	精神科 デイナイト ケア
0	0	0	0	0	0	0	0	37	7	1	3
1	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	15	1	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	10	3	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	21	3	2	1
1	0	0	0	0	0	0	0	9	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	1
1	0	0	0	0	0	0	0	35	2	3	5
1	0	0	0	0	13	0	0	28	25	0	1
3	0	0	0	1	11	0	0	87	64	22	16
0	0	0	0	0	0	0	0	51	4	4	6
0	0	0	0	0	0	0	0	19	6	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	14	1	1	5
0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	18	3	1	6
1	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	1
1	0	0	0	0	0	0	0	25	1	2	1
0	0	0	0	0	35	0	0	36	58	4	2
0	0	0	0	0	0	0	0	12	17	2	2
1	0	0	0	0	0	0	0	8	10	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	7	1	0	3
1	0	0	0	0	0	0	0	58	2	6	8
0	0	0	0	0	0	0	0	16	1	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	8	1	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0	11	6	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	14	12	2	0
2	0	0	0	0	0	0	0	20	10	0	7
0	0	0	0	0	1	0	0	9	3	0	1
1	0	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	14	5	3	3
0	0	0	0	0	14	0	0	8	26	1	5
0	1	0	0	0	0	0	0	56	18	8	12
0	0	0	0	0	0	0	0	15	4	4	3
1	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	20	7	1	0
1	0	0	0	0	0	0	0	16	3	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	12	5	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	13	4	1	4
1	0	0	0	0	0	0	0	20	6	6	13
22	1	0	0	2	74	0	0	864	340	89	124

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	〒108-0023 港区芝浦3-15-14 日精協会館 5232-3308	(会 長) 保崎 秀夫	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	〒108-0023 港区芝浦3-15-14 日精協会館 5232-3311	(会 長) 仙波 恒雄	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	〒162-0851 新宿区弁天町91 3269-6932	(理事長) 加藤 伸勝	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	〒273-0001 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	〒110-0004 台東区下谷1-4-5 恵友記念会館 3845-5084	(理事長) 古屋 治男	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	〒171-0031 豊島区目白4-19-28 3953-0921	(理事長) 橋本 勝之	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	〒113-0033 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	〒162-0051 新宿区早稲田2-2-8 全国心身障害者福祉連盟ビル内 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	〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8 06-6203-1819	(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
	全国精神保健福祉連絡協議会	〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3 047-372-0141 (国立精神・保健センター内)	(会 長) 吉川 武彦	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	〒105-0003 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) 泰山 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	〒165-0026 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	〒106-0045 港区麻布十番2-21-2 3454-0965	(会 長) 松方 康	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	日本知的障害者愛護協会	〒105-0003 港区西新橋2-16-1 3438-0466(全国たばこセンタービル内)	(会 長) 八谷 裕司	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	〒362-0012 上尾市上尾宿2096 (埼玉学園) 048-771-0056	(会 長) 叶原 土筆	1. 教護字事業の企画・研究 2. 教護院の相互協力・機関誌発行	昭24. 8. 1

種類	名 称	主たる事務所の所在地 (電話)	代 表 者	主たる事業の内容	設立年月日
社団	日本精神神経科診療所協会	〒151-0053 渋谷区代々木1-38-2 ミヤビル302号室 3320-1423	(会 長) 三浦 勇夫	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	〒108-0073 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	〒162-0851 新宿区弁天町91 3260-9171	(理事長) 本多 裕	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	〒170-0013 豊島区東池袋1-34-5 (安田生命池袋ビル内) 3986-7021	(理事長) 杉山 武	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	〒183-0055 府中市府中町1-14-1 朝日生命府中ビル6F 0423-63-6663	(会 長) 櫻井 清	精神科看護の充実に向上・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	〒541-0056 大阪市中央区久太郎町1-9-18 (三栄ビル内) 06-6262-6862	(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	〒187-0031 小平市小川東町4-1-1 042-347-5266	(会 長) 里吉栄二郎	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	〒300-2645 茨城県つくば市上郷7563-67 つくばライフサポートセンター内 0298-47-8000	(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	〒151-0051 渋谷区千駄ヶ谷1-20-1 マークアベニュー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12年度版) (精神保健福祉ハンドブック)

定価 2,191円+消費税

送料 実費

監修 精神保健福祉研究会

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。

ISBN4-906276-54-7 C3047