

我が国の精神保健福祉

(精神保健福祉ハンドブック)

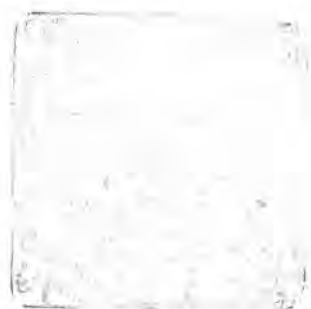
平成19年度版

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19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	11
(1) 家庭、家族との精神保健	11
(2) 学校と精神保健	12
(3) 職場と精神保健	13
4. 精神障害に関する知識	15
(1) 症状性を含む器質性精神障害	15
(2) 精神作用物質使用による精神および行動の障害	15
(3) 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	15
(4) 気分（感情）障害	16
(5) 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	16
(6) 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	16
(7) 成人のパーソナリティおよび行動の障害	17
(8) 精神遅滞	17
(9) 心理的発達の障害	17
(10) 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	18

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	19
(1) 黎明期	19
(2) 精神病者監護法の制定	20
(3) 精神病院法の制定	21
(4) 精神衛生法の制定	23
(5) 精神衛生法40年改正	24
(6) 精神保健法の成立	26
(7) 精神保健法の改正	28
(8) 精神保健福祉法の成立	31
(9) 障害者プランの策定	33
(10) 障害保健福祉部の設置	33
(11) 精神保健福祉士法の制定	34
(12) 精神保健福祉法平成11年改正	38
(13) 平成13年1月の省庁再編に伴う厚生労働省の設置	40
(14) 新障害者基本計画及び重点施策実施5か年計画(新障害者プラン)の策定について	40
(15) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」及び「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」の策定について	43
(16) 平成17年精神保健福祉法の改正の概要	43
(17) 障害者自立支援法の制定	47
(18) 障害者自立支援法の施行に伴う障害保健福祉部内の所掌変更	54
(19) 精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律の成立	54
(20) 障害者自立支援法円滑施行特別対策と緊急対策	54
(21) 重点施策実施後期5か年計画策定について	55
2. 精神保健福祉に関する行政組織	57
(1) 国	57
(2) 都道府県・指定都市	58

(3) 保健所	59
(4) 市町村	60
3. 地域精神保健福祉	62
(1) 地域精神保健福祉活動の目標と計画	63
(2) 地域精神保健福祉活動の主体	65
ア 精神保健福祉センターの役割	65
イ 保健所の役割	65
ウ 市町村	65
4. 精神保健福祉に関する財政	67
(1) 国民医療費における精神医療費	67
(2) 精神保健福祉関係予算	67
ア 精神保健対策費等	68
(7) 措置入院費	68
(4) 医療保護入院費	68
(5) 精神障害者通院医療費	68
(エ) 精神障害者保健福祉対策費等補助	68
(フ) 精神科病院等の施設整備費助成費	69
(7) 精神科病院等の設備整備費補助	71
(キ) 医療施設近代化施設整備事業	71
イ 障害者自立支援関係経費	72
(7) 障害者自立支援医療費	72
(4) 障害者自立支援法関係経費	72
ウ 地方交付税	74
エ 貸金融資	75
(7) 融資対象者	75
(4) 融資の種類	75
(5) 融資額	75

第三章 精神障害者支援施策

1. 精神医療対策	84
-----------------	----

(1) 医療施設	84
ア 精神科病院の現状	84
イ 患者	84
ウ 地域医療計画	85
エ 都道府県の設置義務	85
オ 指定病院	86
カ 精神科診療所	87
(2) 保護者	88
(3) 入院制度	89
ア 精神保健指定医	89
イ 診療及び保護の申請等	90
ウ 入院形態	91
エ 医療保護入院時の移送制度	98
オ 入院時の告知	98
カ 入院患者の処遇	99
キ 措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告	100
ク 精神医療審査会	100
ケ 精神科病院等に対する監督	102
(4) 通院医療	103
ア 自立支援医療（精神通院医療）	103
イ 精神科デイ・ケア等	105
2. 社会復帰・福祉対策	110
I 障害者自立支援法における新たな障害福祉サービス	110
(1) 自立支援給付（障害福祉サービス）の一覧	110
(2) 介護給付サービス	111
(3) 訓練等給付サービス	113
(4) 地域生活支援事業	116
(5) 相談支援事業	117
(6) 地域活動支援センター事業	118
II 精神障害者社会復帰施設	120

Ⅲ その他	121
(1) 精神障害者手帳交付事業	121
ア 手帳の対象者と障害等級	121
イ 交付手続	122
ウ 手帳に基づく支援施策	123
(2) 保健所における社会復帰促進事業	124

第四章 精神保健における個別課題への取り組み

1. 自殺対策	126
(1) 我が国における自殺の現状	126
(2) 我が国における自殺予防対策	129
2. 老人性認知症疾患対策	137
(1) 認知症の疫学調査, 将来推計	137
(2) 認知症(痴呆)対策の経緯	137
(3) 老人性認知症疾患対策	141
3. アルコール関連問題対策	143
(1) アルコールの疫学	143
(2) アルコール関連問題	146
ア アルコールに起因する身体的障害	147
イ アルコールに起因する精神的障害	148
ウ アルコールに起因する社会的問題	150
(3) アルコール関連問題対策	150
ア 一次予防	150
イ 二次予防	151
ウ 三次予防	151
(4) アルコール依存症の研修	152
4. 薬物乱用防止対策	153
(1) 薬物乱用の現状と対策	153
(2) 薬物の乱用, 依存および中毒	156
(3) 薬物乱用についての疫学調査の結果	158

(4) 覚せい剤慢性中毒者に対する医療及び保護	160
(5) 薬物乱用・依存者に対する対応の現状	161
(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	163
(7) 今後の課題	163
5. 心神喪失者等医療観察法の概要	165
6. 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律	170
(1) 性同一性障害者とは	170
(2) 性同一性障害特例法の内容	170
(3) 厚生労働省令	171
7. 発達障害者基本法	173
(1) 発達障害者支援法	173
(2) 発達障害者支援の推進について	175
8. 犯罪被害者等基本法	177
(1) 犯罪被害者等基本法	177
(2) 犯罪被害者等基本計画	177
9. その他の地域精神保健対策	179
(1) 精神障害者の正しい理解のための普及啓発事業	179
ア 指針・行動計画に基づいた普及啓発事業	179
イ 普及・啓発活動を行う当事者（スピーカー・ビューロー） 育成のための専門家養成事業	179
(2) 思春期精神保健対策	179
ア 精神保健福祉センターにおける相談指導等	180
イ 専門職に対する研修	180
(3) 心の健康づくり対策	181
ア 心の健康づくり対策の経緯	182
イ 心の健康づくり対策に関連する事業	182
(4) 「ひきこもり」に関する対策	183
10. 精神保健福祉に関する調査研究	185
(1) 研究の推進	185
(2) 国立精神・神経センターの組織	185

ア 研究部門	186
イ 病院部門	186
ウ 運営局	186
(3) 精神保健研究所	186
ア 沿革	186
イ 研究内容	187
ウ 研修	192
エ 技術交流	195
オ その他	196

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保健福祉サービス	198
2. ヨーロッパの精神保健福祉サービス	200
3. アジア諸国の精神保健福祉サービス	204
4. オーストラリアの精神保健福祉サービス	208

第六章 関連法規及び施設

1. 厚生労働省関係	208
(1) 社会福祉法	208
(2) 生活保護法	209
(3) 児童福祉法	210
(4) 老人福祉法	211
(5) 国民年金法及び厚生年金保険法	212
2. 文部科学省関係	213
3. 法務省関係	214

(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(S 25. 5. 1法律第123号) … 215
2. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令
(S 25. 5. 23政令第155号) …………… 265
3. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則
(S 25. 6. 24厚生省令第31号) …………… 275
4. 精神保健福祉士法(H9. 12. 19法律第131号) …………… 298
5. 精神保健福祉士法施行令(H10. 1. 8政令第5号) …………… 310
6. 精神保健福祉士法施行規則(H10. 1. 30厚生省令第11号) …………… 312
7. 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準
(H12. 3. 31厚生省令第87号) …………… 325
8. 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
(S 63. 4. 8厚生省告示第127号) …………… 337
9. 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
(S 63. 4. 8厚生省告示第128号) …………… 339
10. 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
(S 63. 4. 8厚生省告示第129号) …………… 340
11. 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(S 63. 4. 8厚生省告示第130号) …… 341
12. 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が定める指定病院の基準
(H8. 3. 21厚生省告示第90号) …………… 346
13. 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

(H12.3.28厚生省告示第96号)	348
14. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等 に関する法律(H15.7.16法律第110号)	349
15. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等 に関する法律施行令(H16.10.14政令第310号)	385
16. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等 に関する法律第6条第2項の名簿及び同法第15条第2項の名簿に関 する省令(H16.10.14省令第150号)	392
17. 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律 (H15.7.16法律第111号)	398
18. 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律第3条第2項 に規定する医師の診断書の記載事項を定める省令 (H16.7.16厚生労働省令第99号)	400
19. 発達障害者支援法(H16.12.10法律第167号)	401
20. 発達障害者支援法施行令(H17.4.1政令第150号)	407
21. 発達障害者支援法施行規則(H17.4.1厚生労働省令第81号)	408
22. 自殺対策基本法(平成18年法律第85号)	409
23. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律施行規則(H17.7.14法務・厚生労働省令第2号)	413
24. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律第103条第1項及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行 った者の医療及び観察等に関する法律施行令第15条の規定により地方 厚生局長に委任する権限を定める省令 (H17.7.14厚生労働省令第118号)	421
25. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律第92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(H17.7.14厚生労働省告示第336号)	423
26. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律第92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(H17.7.14厚生労働省告示第337号)	424

27. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第93条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準（H17.7.14厚生労働省告示第338号）	425
28. 医療観察指定医療機関医療担当規程 （H17.8.2厚生労働省告示第367号）	429
29. 基本診療科及び医療観察精神科専門療法の施設基準等 （H17.8.2厚生労働省告示第366号）	431
30. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関等に関する省令 （H17.7.14厚生労働省告示第117号）	434
31. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第83条第2項の規定による医療に要する費用の額の算定方法（H17.8.2厚生労働省告示第365号）	439

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（S57.11.12公衛審）	446
2. 今後におけるアルコール関連問題予防対策について （H5.10.1公衛審）	451
3. 今後の精神保健医療福祉施策について（H14.12.19社保審）	456
4. 障害者基本計画（H14.12.24閣議決定）	470
5. 重点施策実施5か年計画（H14.12.24障害者施策推進本部決定）	492
6. 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向 （H15.5.15精神保健福祉対策本部）	498
7. 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要） （H16.9精神保健福祉対策本部）	505
8. 精神病床に係る基準病床数の算定式について （H18.6.2障発第0602001号）	510

(医 療)

9. 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 (H12.3.28障第209号) 514
10. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法第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
(S63.6.22健医発第743号) 525
11. 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
(H8.3.21健医発第325号) 529
12. 応急入院指定病院の指定等について (H12.3.30障精第23号) 532
13. 特定病院の認定等について (H18.9.29障精発第0929001号) 547
14. 一般病院における併設精神科病棟(室)建築基準について
(S36.8.7衛発第644号) 561
15. 精神病室の構造、設備について (S40.8.5医発第961号) 568
16. 精神科病院建築基準の改正について (S44.6.23衛発第431号) 569
17. 精神障害者の移送に関する事務処理規準について
(H12.3.31障第243号) 579
18. 精神科病院に対する指導監督等の徹底について (H10.3.3障第113号,
健政発第232号, 医薬発第176号, 社援第491号) 596
19. 精神科病院に対する指導監督等の徹底について
(H10.3.3障精第16号) 609
- (社会復帰)
20. 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
に伴う取扱いについて (H12.3.31障第247号) 617
21. 精神障害者退院促進支援事業の実施について
(H15.5.7障第0507001号) 627
22. 精神障害者社会適応訓練事業の実施について
(H12.3.31障第250号) 631
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 (H11.9.22障第619号) 634

24. 精神障害者福祉ホームB型の取扱いについて (H14.1.22障発第0122002号)	643
25. 精神科病院療養環境改善整備事業の実施について (H10.12.11障第710号)	646
26. 精神障害者社会復帰施設に係る指導監査の実施について (H12.3.31障第248号)	648
27. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律の施行について (H17.7.14法務省保総第594号, 障発第0714001号)	660
28. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律に基づく入院と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 に基づく入院との関係等について (H17.7.14障精発第0714004号)	663
29. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律の施行に係る公費負担医療の事務取扱いについて (H17.8.2障精発第0802007号)	668
30. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律の施行に伴う医療関係業務手順等について (H17.8.2障精発第0802011号)	671
31. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に 関する法律第83条第2項の規定による診療方針及び医療による療養に 要する費用の額の算定方法の施行に伴う実施上の留意事項について (H17.8.2障精発第0802001号)	676
32. 基本診療料及び医療観察精神科専門療法の施設基準及びその届出に 関する手続の取扱いについて (H17.8.2障精発第0802003号)	684
33. 障害者自立支援法の一部の施行に伴う関係通知の改正について (H18.9.29障精発第0929007号)	693
34. 「指定医療機関指導監査要綱等について」の一部改正について (H18.10.4障精発第1004001号)	711

(手 帳)

35. 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について
 (H7.9.12健医発第1132号) 721
36. 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
 (H7.9.12健医発第1133号) 731
37. 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
 (H7.9.18健医発第1154号) 743

(老 人)

38. 老人性認知症疾患治療病棟及び老人性認知症デイ・ケア施設の施設
 整備基準について (S63.7.5健医発第785号) 746
39. 老人性認知症センター事業実施要綱について
 (H1.7.11健医発第850号) 751
40. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について
 (H12.3.31障第251号) 754
41. 精神保健福祉センター運営要領について (H8.1.19健医発第57号) ... 765
42. 自殺予防に向けての総合的な対策の推進について
 (H18.3.31障発第0331010号) 769
43. 自殺予防に向けての政府の総合的な対策について
 (H17.12.26自殺対策関係省庁連絡会議) 772
44. 自立支援医療費の支給認定について (H18.3.3障発第0303002号) ... 776

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)

精神疾患はどこ国でもありふれた疾患であり、はかりしれない苦しみの原因となっているとされる。それは我が国も例外ではない。

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

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

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

変化の激しい現代社会において、国民の一人ひとりがさまざまな欲求不満や不安を体験しつつ著しい不適応状態に陥ることなく、精神の健康を維持し向上させていくことは容易なことではない。それには個人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、社会参加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。精神疾患の多くはその原因のすべてが明らかになっていないが、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ることは十分できるし、現実的かつ重要な活動でもある。

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、過度の精神的緊張、放射線、感染症（風疹、トキソプラズマ、サイトメガロウイルス、梅毒、肝炎、HIV）、ドラッグ、処方薬や市販薬の一部、喫煙、アルコール、有害化学物質、栄養障害などが脳の発育に影響を与えることはよく知られており、とりわけ妊娠の初期に影響が大きいので注意が肝要である。

出産をめぐる周産期の問題も脳障害に密接なかかわりを持つ。難産や未熟児産、仮死、低酸素症、血液型不適合による重症黄疸などがその原因となることが多い。胎児期におけるさまざまな外因による脳障害は、脳の全体的な発育不全であり、麻酔や瘻れんなどの神経症状や知能障害を起こす。これらの外因の多くは予防可能であり、その意味で胎児期への配慮は重要である。

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

この意味で出生前後、乳児期早期の健康診査は重要といえる。保健所では母子保健活動の一環として、新婚学級、母親学級等の保健教育、妊産婦への保健指導などを行っているが、今後精神保健面での指導にも特に力を入れて推進される必要がある。

また、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。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、適切な養育を通して確立される乳幼児と養育者との心理的な結びつきを通じて、知能、言語、情緒、性格、社会性など、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。われわれの脳は可塑性を持っており人生後期の学習も可能であるけれども、“三つ子の魂は百まで”といわれるように人生早期の養育者の愛情やしつけなどの養育環境が後年の人格形成に与える影響は甚大である。ただし、3歳までというような明確な臨界期（感受性期ともいう）が存在するかどうかについてはまだ見解の一致をみない。

乳児は母親（主たる養育者の意）に受けいれられ、十分に乳を与えられ、眠り、排泄し、やがて母子の信頼関係の中で、適切な時期に離乳や排泄のしつけが行われ、自由な遊びや運動の機会を与えられて初めて健全な精神発達が可能になる。そのためには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情緒や行動の問題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期待を抱き、これが子どもに反映していろいろの問題をひき起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、症状も身体症状や問題行動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、5歳児健診等の機会を活用し、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、知的障害、言語発達遅滞、自閉症、情緒障害や問題行動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。平成17年4月には発達障害者支援法が施行され、自閉症やアスペルガー症候群などの広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害を対象として、早期発見と早期からの支援の必要性が強調されるようになった。

(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應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

でもっとも多い不登校を初めとして、さまざまな形の心身症、チックなどの習癖、情緒障害、問題行動、学業不振、いじめ、緘黙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歪みはその基底にあることも多い。学童期後半は、統合失調症や成人型神経症性障害の発症の他、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。

知的障害、言語障害、情緒障害、さまざまの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。加えて自閉症やアスペルガー症候群などの広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害も含めた発達障害への理解は大きく前進し、特別支援教育として、就学前の発達支援に続いて一人一人の教育的ニーズに応じた適切な学校教育の実施が推進されている。今後、ますます児童精神保健と、学校、福祉、労働等の連携が重要となる。

(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するが、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、男性あるいは女性としての役割や価値を見出し、成人としての自己を確立してゆくことは、複雑な近代社会にあってはなかなか困難な過程であり、統合と主体性確立の過程でおこる葛藤や失敗のあらわれが、あるいは不登校、家庭内暴力、校内暴力、ひきこもり、自殺企図、摂食障害、あるいは性的非行、薬物乱用などの社会的逸脱行為といったさまざまな適応障害としてあらわれる。この時期は統合失調症、うつ病、さまざまなタイプの神経症性障害の好発年齢でもある。とりわけ統合失調症の初期症状は、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。

思春期に初発する統合失調症や神経症性障害に対しては早期に専門的に治療を行い、学業を続けながら治療を行いリハビリテーションを目指すためにも、親や教師や学校当局の理解と協力がことに必要である。軽度発達障害者の高等教育進学も増えており、今後一層学校精神保健やカウンセリングの充実および医療との連携が必要である。

(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反面、身体的にも精神的にも、また経済的にも職場や家庭においては、かなり無理が強いられ、ストレスも大きい。これに加えて、40歳代から徐々に顕在化してくる老化現象、例えば体力や感覚機能

の衰えの自覚、さらには更年期障害と一般に言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、神経症性障害、うつ病、統合失調症や心身症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、同僚に対する遅れ、定年退職などのライフイベントに伴って発症した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せい剤中毒も、この時期には多く発生する。さらに事故、犯罪被害、自然災害等によるPTSDのために長期的な社会的不適応が生じることがある。

一方女性では、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、上記の心理的要因と相まって出現することがしばしばある。さらにまた最近、産後うつ病や女性のアルコール症・覚せい剤乱用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。家庭内暴力(DV)のように家族からの身体・精神的暴力の報告も増加しているが、相談先に乏しく、専門家の育成が望まれる。

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化が進行しつつある一方、高齢者をとり巻く社会環境の変化や高齢者に対す

る家族や社会の意識の変ほうと相まって、高齢者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、いわゆる寝たきりの高齢者の増加、認知症性障害を中心とする精神障害の増加、高齢者の扶養・介護に関わる課題、高齢者の生きがいや家庭及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、高齢者がより健やかな老年期を送るためには身体の健康の保持の重要性はいうまでもないことであるが、精神の健康の保持・向上や精神障害の予防、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加齢に伴う変化が生じてくる。それは脳の加齢性変化によるもので、記憶力の低下が起こり、新しい知識を身につけてゆくことができにくく、理解力や計算力も悪くなる。思考力の柔軟性や、新しい事態への適応性も低下する。性格も若い頃の性格の偏りがとれ円満となる場合もあるが、時に表面化しなかった性格上の個性が一層顕著になることもある。

高齢者を取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。このように心身の加齢に伴う変化と環境の変化の影響を受け、高齢者の心理は不安、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。

高齢者が精神健康を保ち、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、高齢者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、高齢者の自立意識の育成や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、認知症、うつ病、妄想性障害などが好発する。なかでも血管性認知症やアルツハイマー病などの認知症性障害が増加してきており、これら高齢者に対する保健、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いうまでもないが，脳の老化防止や認知症発生の防止のためには成人期からの健康管理，高血圧，心臓病，糖尿病などの成人病対策や栄養の管理も重要である。

老年期の精神健康の基礎づくりは成人期からであることを銘記し，将来に向けて予防を中心として生涯を通しての一貫した精神保健対策を論じてゆく必要がある。

3. 生活の場からみた精神保健

生活の場からみた精神保健は基本的には家庭、学校、職場およびそれらを含む地域社会全般の精神保健ということができるが、社会の急激な変化に伴い生活の場も多様化し、それにしたがって精神保健の課題もさらに広がりを出すようになった。その広がり、海外駐在生活、留學生活など国と国との交流に基づくもの、アパート、マンション等の集合住宅における生活、単身生活など都市化と密接に関連するものなどである。わが国の場合、第二次世界大戦後の人口移動、年齢構成の変化などで示される社会の変貌が精神保健の問題にも強く反映しており、今後もさまざまな形で拡大することが予想される。以下、それらのうち、問題をしぼり、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役割はきわめて大きいものである。そしてそれらは都市化、工業社会化に伴う核家族化あるいは家庭の崩壊など、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。家族や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あってよいだろう。

さて精神保健にとって家族や家庭は、一つには精神的不健康に対する予防的な観点から、そしてもう一つは家族の精神的不健康の回復（世話の担い手）の観点からみることができる。

予防的な観点とは、と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促しがちな家庭の弱体化に対して、家庭の本来有する心理的な力の強化を図ろうとするもので、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。少子化時代を迎えた今日では、家庭で減弱した育児機能は種々の子どもの精神発達に悪影響を及ぼし、極端な場合は虐待となるため、すべての家庭の子育てを地域でサポートすることを目的に、平成17年には改正児童福祉法が施行された。これより、子ども家庭支援センターが児童相談の一般的な窓口として、また特に要保護児童に対する支援ではネットワークの中核機関としてより専門的な児童相談所などの後方支援と迅速な連携を行い十分にその役割を果たすことが期待される。

一方、病人の回復過程における家族の果たす役割については、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、家族もまたそれを望みながらも病人が慢性化するにしたがって負担が増し困難となる。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援助が及び、かつ世話する家族の精神的・物理的ストレスへの援助を行うこととされ、いわゆる地域社会精神保健プログラムにとって、家庭機能の強化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、今後の研究に委ねなければならない点ももちろん少なくないが、これらを含めた研究の成果が広く社会政策に反映されるべき時代を迎えはじめたといつてよいであろう。

(2) 学校と精神保健

いわゆる学校保健といわれるものの中で精神保健の問題がさまざまな形であ

らわれることは、学童期、思春期（青・少年期）の精神保健の項で述べられているとおりである。そして、それら近來発生した問題の多くが 個人要因、家庭要因、学校要因などが複雑に絡んだ精神医学的な障害と認識されずに、教育相談、児童相談の分野から一般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。そのために身体疾患を主とする一般の学校保健に比べ、諸機関の連携体制が整えにくく、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、高等学校さらに今日では大学や専門学校などの場は、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場であるから、大学や大学院教育等が普及し、教育年限が延びるにしたがって、精神保健の問題も増加し多様化するのは必至のこととなる。そしてそれらに対しては教育の場で第一義的に解決がはか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不登校、家庭内暴力、ひきこもり、学業不振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専門領域が共同して関与し、その対応に当たるのかなど、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

問題をしほりたい。

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

とはいえ、企業にとっての生産性の問題、その一方で個々の病者、障害者の社会復帰にとっての企業の存在の重要性そのものは無視することができず、その間の矛盾を埋めるために、一つには社会的行動に及ぼす疾病の影響、機能不全の防止などの研究が要請され、二つには一般の形態の雇用が困難な人々に対する幅広い雇用保障制度の確立などが不可欠の問題となってくる。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

精神障害の診断は、国によって診断分類が異なり、国際的な共同研究は困難であった。このため、精神疾患の診断の信頼性を向上させ、国際的な診断治療研究を進める目的で操作的診断基準が開発されるようになった。操作的診断基準は、1980年の米国精神医学会（APA）のDSM-Ⅲにはじまるが、WHOでも第10版（ICD-10）の第V章「精神および行動の障害」において操作的診断基準が用いられるようになった。ICD-10の「精神および行動の障害」は、日本でも公式統計に使用されているので、その分類にしたがって簡潔に説明する。

(1) 症状性を含む器質性精神障害（F0）

脳疾患、脳外傷、何らかの疾患による大脳の機能不全という病因を証明できる一群の精神障害をいう。そのうち器質性精神障害は脳の器質病変を原因とするもので、意識障害、人格変化や認知症が出現することが多い。症状性精神障害は、全身疾患または脳以外の身体疾患によっておこる精神障害である。

アルツハイマー病型認知症、血管性認知症、器質性健忘症候群、せん妄（精神作用物質によらないもの）などがある（アルツハイマー病、てんかんは第VI章「神経系の疾患」に分類されている）。

(2) 精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）

精神作用物質（摂取すると酩酊などの快反応が得られ、ついには依存状態を呈する薬物）に使用によっておこる精神障害をいう。単純な中毒や有害な物質使用から、依存症候群、明らかな精神障害、認知症に至るまでのさまざまな程度の精神障害を含む。

アルコール、アヘン、大麻類、鎮痛剤あるいは睡眠剤、コカイン、カフェインを含む精神刺激剤、幻覚剤、タバコ、有機溶剤などによる精神障害がある（覚醒剤は、ICD-10では「カフェインを含む精神刺激剤」に含まれる）。

(3) 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害（F2）

統合失調症を中核に、知覚、思考、情動の統制、意欲などの障害によって特徴づけられる一群をいう。統合失調症には、妄想型（比較的固定した妄想が優勢。通常、幻覚とりわけ幻聴をともなう）、破瓜型（感情の平板化と意欲低下が急速に進行する）、緊張型（急性期や増悪期に強い興奮や混迷がおこる）などがある。統合失調症型障害は、統合失調症の診断基準を満たさないが、統合失調症類似の状態が持続するものである。妄想性障害は、長期にわたる妄想があるものの、それに直接関連するような行動や態度を除くと、感情、会話および行動は正常のものをいう。

統合失調症、統合失調症型障害、持続性妄想性障害、感応性妄想性障害、分裂感情障害などがある。

(4) 気分（感情）障害（F3）

気分あるいは感情の障害が基本にあり、これに基づいて思考面、行動面の症状が引き起こされる精神障害をいう。うつ病では、抑うつ気分、意欲や活動性の低下、罪責感、将来への悲観、悔恨、不眠、食欲低下、体重減少を生じる。そう状態では、気分の高揚と易変性、睡眠欲求の減少、意欲や活動性の亢進（多弁・多動で動きまわるがまとまらない状態）、誇大的思考が認められる。

そう病、双極性感情障害（躁うつ病）、うつ病、持続性気分（感情）障害などがある。

(5) 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）

脳に器質的な病変はなく、個体側の要因（パーソナリティ）と環境要因（心因）とのかねあいで発症する精神身体反応をいう。

恐怖症性不安障害（広場恐怖、社会恐怖）、パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害（強迫神経症）、重度ストレス障害（急性ストレス反応、外傷後ストレス障害、適応障害など）、解離性障害、身体表現性障害などがある。

(6) 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（F5）

摂食行動、睡眠、性行動、出産、身体機能などに影響があらわれる精神障害をいう。

摂食障害（神経性無食欲症、神経性大食症など）、非器質性睡眠障害（不眠症、過眠症、睡眠・覚醒スケジュール障害、夢遊病など）、性機能不全、産褥に関連した精神障害、心身症（身体疾患で、その発生や経過に心理社会的要因が深くかかわるもの）などがある。

(7) 成人のパーソナリティおよび行動の障害（F6）

本人の独特な生活様式や他者との関わり方によって、臨床上問題となる行動のパターンが比較的長期間にわたって変化することなく生じているもの。明らかな脳病変や精神障害とは判断されないものを除く。

パーソナリティ障害（妄想性パーソナリティ障害、非社会性パーソナリティ障害、情緒不安定性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害など）、習慣および衝動の障害（病的賭博、放火癖、窃盗癖、抜毛症など）、性同一性障害、性嗜好障害（フェティシズム、サドマゾヒズムなど）などがある。

(8) 精神遅滞（F7）

精神の発達停止あるいは発達不全の状態をいう。認知、言語、運動および社会的能力のように、発達期に明らかになる全体的な知能水準と関係する能力が障害されており、同時に、通常の社会環境での日常的な要求に適應する能力が乏しい。

知的機能の水準によって、軽度精神遅滞、中等度精神遅滞、重度精神遅滞、最重度精神遅滞などに区分される。

(9) 心理的発達の障害（F8）

乳幼児あるいは小児期に明らかになる中枢神経系の成熟の遅れによる障害であり、明らかな回復や増悪を伴わない。言語、視空間スキル、協調運動などが障害されることが多い。加齢に伴って目立たなくなることが多いが、ごく軽度の異常は認められることが多い。

会話および言語の特異的発達障害（会話構音障害、表出性言語障害、受容性言語障害など）、学力（学習能力）の特異的発達障害（読字障害、書字障害、算数能力障害など）、広汎性発達障害（小児自閉症、アスペルガー症候群など）な

どがある。

(10) 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 (F 9)

精神遅滞、心理的発達の障害以外の、小児期および青年期に通常発症する精神障害などはF 9に分類される。

多動性障害、行為障害、行為および情緒の混合性障害、情緒障害 (分離不安障害、恐怖性不安障害など)、社会的機能の障害 (選択性緘黙など)、チック障害、非器質性遺尿症、吃音症などがある。

Fコードのいずれにも分類できない精神障害は、F 9 9としてここに分類される。

I C D - 10 F 0 - F 9

- | | |
|-----|----------------------------------------|
| F 0 | 症状性を含む器質性精神障害 |
| F 1 | 精神作用物質使用による精神および行動の障害 |
| F 2 | 統合失調症, 統合失調症型障害および妄想性障害 |
| F 3 | 気分 (感情) 障害 |
| F 4 | 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害 |
| F 5 | 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 |
| F 6 | 成人のパーソナリティおよび行動の障害 |
| F 7 | 精神遅滞 |
| F 8 | 心理的発達の障害 |
| F 9 | 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害 |

第2章 精神保健福祉行政のあらまし

1. 精神保健福祉行政の歩み

(1) 黎明期

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

明治の衛生行政が、本格的軌道に乗り出したのは、明治6年、文部省の医務課が医務局となり、7年に医制が発布されてからであり、この医制の一つに癲狂院てんきやういんの設立に関する規定があった。しかし、癲狂院の設置は遅々として進まず、精神病患者の大多数は、私宅に監置されて、家族の世話に任されていた。

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

明治12年になると医育機関で精神病学が教えられるようになった。この年、東京大学ではベルツが、愛知医学校ではロレッツが初めて近代精神病学を講義した。13年には医学校初の精神病舎が愛知医学校に設置された。19年には帝国大学医科大学に精神病学教室が置かれ、初代の榊淑教授が日本人として初の講義を行った。更に30年に榊の後を継いだ呉秀三教授によって日本における近代精神医学の基礎が固められた。

〔相馬事件〕

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

一方、明治17年に始まった相馬事件によって、精神病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者の保護の規制として、32年に「行旅病人および行旅死亡人取扱法」が公布され、次いで相馬事件などが重要なきっかけとなって、33年3月に精神病者の保護に関する最初の一般的法律「精神病者監護法」が公布、同年7月1日から施行された。

精神病者監護法の内容は、

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

しかしながら、監置の方法において私宅監置をも許していたので、医療保健の面では、きわめて不十分であり、社会の変化に伴う精神病者の漸増と精神医学の進歩により、精神障害者対策をこのような消極的な範囲に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年には精神病者救治会が設立さ

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患者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要なことがわかったため、44年に、「官立精神病院設置」の決議がなされた。

(3) 精神病院法の制定

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

更に、大正5年保健衛生調査会が設置され、6年6月30日、精神障害者の全国一斉調査会が行われた。その結果、精神病者総数は約6万5千人、そのうち精神病院等に入院中のものが約5千人に過ぎず、私宅監置を含めて約6万人の患者が医療の枠外にあるという実状、病院を含む精神病者収容施設をもたない県が28県もあり、在院患者のほぼ4分の3が東京、京都、大阪におり、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、精神病者監護法の改正を決めた。

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

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

精神病院法の内容は、

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

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

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

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

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

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

昭和元年には日本精神衛生会が設置され、また、13年には厚生省が設置され、衛生行政の機構が確立されたにもかかわらず、精神保健対策は十分な効果を挙げるに至らなかった。殊に戦時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2万5千床もあつた病床は、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
精神病者監護法適用	{ 病院監護	3,997
	{ 病院外施設	6,472
	{ 一時監置	136
その他		59,536

表2 昭和6年末の施設数と収容人員

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

(4) 精神衛生法の制定

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

精神衛生法の特徴は次のとおりである。

- ① 精神病院の設置を都道府県に義務付けたこと
- ② 長期拘束を要する精神障害者は、精神病院、精神科病室その他法律によって収容することを求められている施設に収容することとし、私宅監置制度はその後1年間で廃止することとした
- 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

⑧ 仮入院制度及び、仮退院制度が設けられたこと

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

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

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

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

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

(5) 精神衛生法40年改正

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

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

この法改正の特徴は、

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

等である。

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

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

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

【ライシャワー事件】

当時の駐日大使ライシャワーが統合失調症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、精神科デイ・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」を実施した。また、61年には集団精神療法、精神科ナイト・ケア、精神科訪問看護指導料等の点数化が実現し、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月老人保健法の制定に伴って新たに保健所において「老人精神衛生相談指導事業」が始まった。

(6) 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。

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

〔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

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、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 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 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度等が相対的欠格事由に改められたこと

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

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

障害者基本法においては、

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

等が盛り込まれた。

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

ることとなった。

(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の措置を講じてきたところであるが、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

(7) 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」(精

神保健福祉法)

・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日施行。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日施行。

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日から施行された。

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日から施行された。

(9) 障害者プランの策定

総理府（現：内閣府）に設置された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、各種の政策目標が明記された。

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た。

(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され、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、障害者施設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「更生医療」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、精神障害者が望む社会復帰の方向に沿って支援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と、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。

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月以降財団法人社会福祉振興・試験センターが厚生労働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、守秘義務が課せられている。

5. 医師との関係

精神症状の安定していない社会復帰途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 (10年度)	第2回 (11年度)	第3回 (12年度)	第4回 (13年度)	第5回 (14年度)	第6回 (15年度)	第7回 (16年度)	第8回 (17年度)	第9回 (18年度)	第10回 (19年度)	計
受験者数 (人)	4,866	3,535	4,282	5,480	9,039	5,831	6,711	7,289	7,434	7,375	61,842
合格者数 (人)	4,338	2,586	2,704	3,415	5,799	3,589	4,111	4,470	4,482	4,456	39,950
合格率 (%)	89.1	73.2	63.1	62.3	64.2	61.6	61.3	61.3	60.3	60.4	64.6

○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、指定科目を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。なお、社会福祉士との共通科目について、平成21年度より見直されることとなっている。

(12) 精神保健福祉法平成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論議を行ってきた。

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論議が行われ、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日の閣議決定の後、同日10日

に国会に提出され、同年4月28日の参議院本会議における可決を経て、5月28日に衆議院本会議で可決、成立した。

改正精神保健福祉法の概要は次のとおりである。

- 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労働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、自らの意志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 平成12年4月1日施行。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（⑨～⑩）は、平成14年4月1日施行

(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、これまで大臣官房にあった障害保健福祉部は社会・援護局の中に置かれることとなった。

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、社会保障審議会で引き続き審議することとなった。

(14) 新障害者基本計画及び重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）の策定について

○新障害者基本計画及び重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）の策定
障害者基本計画（障害者対策に関する新長期計画）及び障害者プランが平成14年度に最終年度を迎えたことから、平成15年度を初年度とする新障害者基本計画及びその重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）が、平成14年12月24日に策定された。

○新障害者基本計画について

1 新障害者基本計画は、障害者基本法第7条の2第1項に基づく法定計

画として、平成14年12月24日に閣議決定された。計画期間は、平成15年度から平成24年度までの10年間である。

2 新障害者基本計画は、現行の障害者基本計画における「リハビリテーション」と「ノーマライゼーション」の理念を継承するとともに、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う「共生社会」の実現を目指している。

3 また、施策推進の基本的な方針として、「社会のバリアフリー化」、「利用者本位の支援」、「障害の特性を踏まえた施策の展開」、「総合的かつ効果的な施策の推進」という4つの横断的視点を取り上げている。

さらに、重点的に取り組むべき4つの課題として、「活動し参加する力の向上」、「活動し参加する基盤の整備」、「精神障害者施策の総合的な取組」、「アジア太平洋地域における域内協力の強化」を掲げている。

4 分野別施策としては、「啓発・広報」、「生活支援」、「生活環境」、「教育・育成」、「雇用・就業」、「保健・医療」、「情報・コミュニケーション」、「国際協力」の8分野について、それぞれの施策の基本的な方向を示している。

このうち「生活支援」分野においては、

- (1) 身近な相談支援体制の構築
- (2) ホームヘルプサービス等地域生活を支える在宅サービスの充実
- (3) 入所施設は真に必要なものに限定する等の施設サービスの再構築等を施策の基本的方向として掲げている。

また、「保健・医療」分野においては、

- (1) 障害の原因となる疾病等の予防・治療
- (2) 障害に対する適切な保健・医療サービスの充実
- (3) 精神保健・医療施策の推進等を施策の基本的方向として掲げている。

○重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）について

- 1 重点施策実施5か年計画（以下、「新障害者プラン」という。）は、新障害者基本計画に基づき、その前期5年間（平成15年度から平成19年度）において、重点的に実施する施策及びその達成目標等を定めたものであり、平成14年12月24日、障害者施策推進本部において決定された。
- 2 その基本的な考え方は、新障害者基本計画に掲げた「共生社会」の実現を目的として、
 - (1) 障害のある方々が活動し、社会に参加する力の向上を図るとともに、
 - (2) 福祉サービスの整備やバリアフリー化の推進など、自立に向けた地域基盤の整備等に取り組むものである。
- 3 精神保健医療福祉施策の総合的な推進については、条件が整えば退院可能とされる約7万2千人の入院患者（いわゆる「社会的入院者」）について、10年間で退院・社会復帰を目指す。

〔保健・医療面の対応〕

- ・精神科救急医療システムの整備（全都道府県）
- ・うつ病、心的外傷体験ケア及び睡眠障害への対策
- ・思春期精神保健や若齢層の「社会的ひきこもり」への対応

〔福祉サービスの充実〕

○在宅サービス

- ・精神障害者地域生活支援センターの整備
- ・精神障害ホームヘルパーの確保
- ・精神障害者グループホームの整備
- ・精神障害者福祉ホームの整備

○施設サービス

- ・精神障害者生活訓練施設（援護寮）の整備

・精神障害者通所授産施設の整備

(15) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」及び「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」の策定について

社会保障審議会障害者部会精神障害分會報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」（平成14年12月）を契機に、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が発足し、平成15年5月には精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」が示された。この中間報告をもとに、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」、「精神病床等に関する検討会」、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」の3検討会が設けられ、その報告をもとに平成16年9月には精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示された。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」には、精神保健福祉施策について「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を進めるため、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進め、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととして、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標を示した。平成16年10月には厚生労働省障害保健福祉部から「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が示された。改革のグランドデザイン案は、平成16年10月に社会保障審議会障害者部会において障害種別を超えた共通の新たな障害保健福祉サービス体系の構築を目指すための厚生労働省としての試案を提示したものである。これをもとに、平成17年10月に障害者自立支援法が成立し、これに伴って精神保健福祉法も改正されるなど精神保健福祉施策の見直しが行われた。改正の概要は下記のとおりである。

(16) 平成17年精神保健福祉法等の改正の概要

I 精神科病院等に対する指導監督体制の見直し

1. 医療内容に係るチェック体制の見直し

○精神医療審査会の委員構成の見直し（法改正）

退院請求等を審査するために都道府県に置かれる精神医療審査会について、

審査事務の増大等を踏まえ、都道府県の裁量を拡大する観点から、合議体を構成する5名の委員を一定の条件の範囲内で定めることができるものとされた。

(18年10月施行)

(現行)		(見直し後)	
精神保健指定医	3人	精神保健指定医	2人以上
法律家	1人	→ 法律家	1人以上
その他	1人	その他	1人以上

○措置入院に係る定期病状報告の頻度の見直し(省令)

措置入院患者の入院期間の短縮化等を踏まえ、従来の6ヶ月後以降の報告に加え、措置入院の3ヶ月後に定期病状報告を求めることとされた。

○医療保護入院患者の定期病状報告の様式の見直し(省令)

医療保護入院患者の病状を適切に確認し、早期に退院や任意入院への移行を促すよう、定期病状報告の様式を見直し、「任意入院に移行できない理由」「病識獲得の取組」等の欄を追加し、記載を求めることとされた。

○隔離及び身体拘束等の行動制限について一覽性のある台帳の整備(告示)

精神科病院への入院患者に対する行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを病院・病棟内で常に確認できるよう、行動制限について一覽性のある台帳を整備することとされた。

2. 改善命令等に従わない精神科病院に関する公表制度等の導入(法改正)

厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神科病院の管理者が改善命令等に従わない場合において、現行の入院医療の提供に関する制限措置に加え、当該精神科病院の名称等の情報を公表することができるものとする。また、その後入院医療の制限を命じた場合には、その旨を公示しなければならないものとされた。(18年10月施行)

II 精神障害者の適切な地域医療等の確保(救急医療体制・退院促進)

1. 精神科救急医療体制の確立に向けた法的整備

○緊急時における入院等に係る診察の特例措置の導入（法改正）

精神科救急医療体制のセンター的機能を都道府県単位で整備することに併せて、緊急時における運営面でのルールを明確化することにより、救急体制の早期の整備に資することを目的として、一定の要件（事後審査委員会の設置等）を満たす医療機関において、医療保護入院、応急入院等に係る診察につき、緊急やむを得ない場合において、精神保健指定医以外の一定の要件を満たす医師の診察により、その適否を判断し、12時間に限り入院等させることができる枠組みの整備（18年10月施行）

○措置入院の指定病院に係る指定に関する基準の見直し（告示）

指定病院における看護配置の基準が入院患者対看護師・准看護師で6：1（病院基準）→3：1（病棟基準）に引き上げられた。（ただし、平成23年2月28日までの間は、入院患者対看護師・准看護師・看護補助者4：1（看護師・准看護師が8割以上）でも可。）

2. 任意入院患者の適切な処置の確保

○任意入院患者に関する病状報告制度の導入（法改正）

任意入院患者の退院及び社会復帰を促進する観点から、都道府県知事が、条例で定めるところにより、一定の要件を満たす任意入院患者を入院させている精神科病院の管理者に対し、病状等の報告を求めることができるものとする。

（18年10月施行）

○任意入院の入院後も一定期間ごとに同意書を提出させる仕組みの導入（省令等）

長期間任意入院している患者の病状を適切に確認するとともに、入院目的や退院できるかどうかを再確認するため、任意入院患者について、入院後1年経過時及び以後2年ごとに同意書の提出を求め、入院に係る同意の再確認を行うものとされた。

3. 市町村における相談体制の強化（法改正）

市町村における相談体制を強化するため、市町村は精神障害者の福祉に関

する相談等に応じなければならないものとするとともに、精神保健福祉に関する相談等を行う精神保健福祉相談員を置くことができるものとされた。(18年4月施行)

Ⅲ その他の改正事項

1. 精神保健指定医関係の見直し

○精神保健指定医の指定に関する政令委任事務の明確化(法改正)

精神保健指定医の指定の申請に限らず、指定医に指定に係る事項について政令に委任できることとした。これを受けて、指定医証の書換交付や再交付の申請、返納等の事項について政令に位置づけるもの。(18年10月施行)

○精神保健指定医の要件に係るケースレポートの対象症例の見直し(告示)

医療観察法に関する症例を精神保健指定医の要件に係るケースレポートの対象症例に加えた。

2. 地方精神保健福祉審議会の必置規制の見直し(法改正)

現在、各都道府県に必置を義務付けている地方精神保健福祉審議会について、その設置を都道府県の裁量に委ねるとともに、指定病院の取消しの際の意見聴取機関について、同審議会が置かれなかった場合には医療法に規定する都道府県医療審議会が担当するものとする等の改正を行う。(18年1月施行)

3. その他

○「精神分裂病」の「統合失調症」への呼称の変更(法改正)

精神障害者の定義規定中の「精神分裂病」という用語について、関係学会等における呼称変更やその定着状況を踏まえ、「統合失調症」に改める。(公布日(17年11月7日)施行)

○精神障害者保健福祉手帳への写真の貼付(省令)

(18年10月施行)

精神保健福祉法改正により法から削除される主な項目

<改正前>

<改正後>

		平成18年4月施行
・通院医療に関する事項（第32条～第32条の4）	→	障害者自立支援法において自立支援医療として規定
・精神障害者居宅生活支援事業に関する事項（第50条の3～第50条の3の4）	→	障害者自立支援法において障害福祉サービス等として規定
・地方精神保健福祉審議会に関する事項（第10条・第11条、第50条の2の5第2項）	→	都道府県の任意設置に転換
		平成18年10月施行
・精神障害社会復帰施設に関する事項（第50条～第50条の2の5）	→	障害者自立支援法において障害福祉サービス等として規定

(17) 障害者自立支援法の制定

1. 障害保健福祉施策が直面していた課題

わが国の障害保健福祉施策は、障害者のノーマライゼーションや自己決定の理念の実現を図り、障害者の地域生活を支援するため展開されてきた。障害者福祉サービス（身体障害・知的障害）においては、平成15年度よりいわゆる「支援費制度」が実施された。これは、措置という行政処分でサービスを提供していた従来の仕組みを、介護保険と同様に、サービスを利用する障害者自身がサービス事業者と契約することにより、サービスを提供する仕組みに改めたものであり、障害者自らがサービスを選択していくという考え方に基づくものであった。

この支援費制度の実施により、新たにサービスの利用者が増え、特に、地域の中で暮らして行こうとする障害者に対する支援は大きく前進したが、その一方で、制度面で様々な問題点、課題が生じることとなった。

まず、新たな利用者の急増に伴うサービス費用が増大である。例えば、支援費施行後サービスの利用者が増加し、平成15年4月から平成16年10月までの半年間でホームヘルプサービスの支給決定を受けた方が、1.6倍に増加した。また、支援費施行後はホームヘルプサービスを実施する市町村数も、特に知的障害者については大きく増加したところである。

その一方でいまだサービスを実施していない市町村が多いことや、精神障害者は支援費制度では制度の対象外となっており、今後、精神障害者についても制度の対象として福祉サービスを充実していくことが必然であるという流れを考えると、今後もサービス量の増加、それに応じた費用の増加が見込まれるといった問題があった。

さらに、支援費制度には、サービス量などの決定に関する全国共通のルールがなかったことなどから、サービスの水準について全国的に大きな地域格差が課題となっていた（人口当たり最も多くの人サービスを受けている県と最も少ない県を比較した場合、介護保険では1.7倍の差にとどまっているのに対し、支援費制度では7.8倍もの格差）。

また、身体・知的・精神という障害種別ごとにも大きなサービス格差があり、既に述べたように、精神障害者の福祉サービスについては支援費制度の対象となっていないため、他の障害と比べ、サービス水準が極めて低いままにとどまっているという問題も存在していた。

障害者自立支援法は、障害者が地域で自立して暮らせるようにするという支援費制度の理念を継承した上で、支援費制度が抱える財源不足問題や地域格差の問題、障害者種別により不公平という問題等を解決し、我が国のどこの地域に住んでいたとしても、障害者が必要に応じて一定水準のサービスを安定的に受けられるようにするための法律である。

2. 障害者自立支援法の経緯

障害者施策を抜本的に改革するための項目を盛り込んだ障害者自立支援法は、平成17年2月に第162回通常国会に提出されたが、同年8月衆議院の解散に伴い審議未了のまま廃案となった。

このため、施行期日など法律案の一部を修正した上で、平成17年9月に第163回特別国会に再提出され、同年10月参議院において、原案どおり可決後、衆議院に送付され、10月31日に可決成立、同年11月7日付けで、法律第123号として公布された。本法は、二段階の施行となっており、新たな利用手続き、在宅福祉サービスに係る国等の負担（義務的経費化）に関する事項、福祉サービスや公費負担医療の利用者負担の見直しに関する事項等については、平成18年4月1日施行に、新たな施設・事業体系への移行に関する事項等については、平成18年10月1日施行に施行された。

3. 障害者自立支援法の概要

i. 障害者施策の三障害一元化

障害の種別（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供することとし、三障害の制度格差を解消し、これまで制度上支援の対象外となっていた精神障害者も対象に加えることとした。また、これまでサービス提供主体は、都道府県と市町村に分立していたが、住民に最も近い市町村にサービスの実施主体を一元化し、都道府県はこれを広域的な観点からバックアップする仕組みとしている。

ii. 就労支援の抜本的強化

働く意欲や能力のある障害者の方々の就労支援を強化するため、福祉施設から一般就労への移行を進めるための事業である「就労移行支援事業」等を創設し、福祉と雇用が連携して、障害者の適性に合った就職の斡旋等を行うこととしている。なお、雇用施策においても、平成17年6月に障害者雇用促進法の一部改正がなされ、精神障害者に対する雇用対策の強化

(障害者雇用率制度、障害者雇用納付金制度の適用)、在宅就業者に対する支援、障害福祉施策との有機的連携を図る等、障害者雇用を進めるための改正がなされたところである。

iii. 運営基準・施設基準の見直し

地域の限られた社会資源を活用し、地域の身近な場所において、サービスを提供できるよう、一つの施設で異なる障害を持つ人にサービス提供できるよう運営基準の規制緩和や、障害福祉サービスの拠点として、空き教室や空き店舗の活用ができるよう施設基準の緩和を図ることとしている。また、通所サービスについては、社会福祉法人のみならず、NPO法人等も参入可能となるよう運営主体の規制を緩和することとしている。

iv. 利用者本位のサービス体系に再編

障害種別ごとに複雑で使いづらかった施設・事業体系や、入所施設における入所期間の長期化などによる本来の施設目的と利用者の実態との乖離の問題を解消するため、障害者の状態やニーズに応じた適切な支援が効果的に行われるよう、サービスは、個々の障害のある人々の障害程度や勘案すべき事項(社会活動や介護者、居住等の状況)を踏まえ、個別に支給決定が行われる「障害福祉サービス」と、市町村の創意工夫により、利用者の方々の状況に応じて柔軟に実施できる「地域生活支援事業」に大別することとしている。「障害福祉サービス」は、介護の支援を受ける場合には、「介護給付」、訓練等の支援を受ける場合は、「訓練等給付」に位置づけられることとなる。

また、入所施設サービスについても、24時間施設での生活から、地域での自立支援という観点から、地域と交わる暮らしへと移行するため、日中活動の場と生活の場を分け、利用者のニーズに応じた組み合わせができるよう見直しを行うこととした。

v. 支給決定の透明化、明確化(サービス利用の手續とケアマネ)

障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため、支給決定の各

段階において、①障害者の心身の状況（障害程度区分¹⁾）、②社会活動や介護者、居住等の状況、③サービスの利用意向、④訓練・就労に関する評価を把握し、支給決定を行うこととした。その際、サービスの長時間利用のケース等については、市町村は、住民に対する説明責任が果たせるよう、審査会を設置して意見を求めることができることとし、支給決定の一層の透明化を図ることとした。

また、障害者や家族からの相談に応じ、障害者個々の心身の状況、サービス利用の意向、家族の状況などを踏まえ、①適切な支給決定がなされるようにするとともに、②様々なサービスが適切に組み合わせられ、計画的に利用されるようにするため、ケアマネジメントが制度化された。

vi. 安定的な財源の確保

○福祉サービスについて

福祉サービスについては、新たにサービスを利用し始める方も多く、現状のままでは制度を維持することが困難であることから、必要なサービス量を確保するため、サービスの利用者を含めて、皆で費用を負担し支え合う必要がある。このため、利用者負担の見直しを行うとともに、これまで予算の範囲内で補助できるに過ぎなかった国の不確実な費用負担の仕組みを改め、サービスに必要な費用を国が責任を持って義務的に負担する仕組みを導入し、新たにサービスを利用される方がサービスを受けるために必要な財源が確保されるよう財政基盤の強化を図ることとした。

利用者負担については、これまでの所得に着目した応能負担から、サービス量と所得双方に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた月額上限額の設定）に見直すとともに、自宅で暮らしていても施設で暮らしていても、費用負担が公平になるよう障害種別で異なる食費・光熱水

¹⁾ 障害者に対する障害福祉サービスの必要性を明らかにするため当該障害者の心身の状態を総合的に示す区分（非該当、区分1～区分6まで）であり、市町村がサービスの種類や提供する量を決定する場合に勘案すべき事項のひとつ。

費等の実費負担も見直すこととし、3障害共通した利用者負担の仕組みとすることとしている。

しかしながら、生まれついて障害のある方など稼得機会が少なく負担能力の乏しい方への一層の軽減措置を講じることとしている。

障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて4区分の月額負担上限額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じないこととしている。この際、所得を判断する際の世帯の範囲は、住民基本台帳での世帯が原則であるが、障害者の自立という観点から、税制と医療保険で被扶養者でなければ、障害のある方とその配偶者を別世帯の扱いとすることができることとした。

○障害に係る公費負担医療制度について

障害に係る公費負担医療制度については、精神保健福祉法に基づき、精神疾患の方に医療費の公費助成を行う「精神通院医療」、身体障害者福祉法に基づき身体障害者の方に対して、身体の機能障害を軽減又は改善するために給付を行う「更生医療」、児童福祉法に基づき身体に障害のある児童又は現存する疾患が将来障害を残すと認められる児童であって、比較的短期間の治療により効果が期待される児童に対し給付を行う「育成医療」が存在していたが、これらそれぞれの制度は、同じ障害者であるのに、制度の違いにより負担軽減の仕組みが異なっていることから、公平性の観点から、その統一が課題とされていた。また、近年、精神通院医療、更生医療の対象者（全人口の約1%）は急増し、引き続き必要な医療を提供すべく制度を持続していくためには、財政的に極めて厳しい状況となっていた。

障害者自立支援法では、障害に係る公費負担医療制度である上記3つの制度を「自立支援医療」という共通の制度に統合し、支給認定の手続、利用者負担の仕組みのそれぞれを共通化することとした。さらに、福祉サービスと同様、必要な医療を確保するため、費用を皆で負担し支え合うこと

により、中長期的な制度の持続可能性を確保することを目指している。

自立支援医療の利用者負担については、原則は、1割の定率負担としているが、所得が少ない世帯の方だけでなく、一定の負担能力があっても継続的に相当額の医療費負担が生じる方々（高額治療継続者²¹いわゆる「重度かつ継続」）にもひと月当たりの負担に上限額を設定するなどの負担軽減策を講じている。

所得の水準を決める上での世帯の単位は、住民票上の家族ではなく、同じ医療保険に加入している家族を同一世帯とすることとしている。ただし、医療保険に加入している場合であっても、配偶者以外であれば、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないこととした場合は、別の世帯と見なすことを可能としている。

入院時の食費（標準負担額²¹相当）については、入院と通院の公平を図る視点から原則自己負担としている。

vii. 障害福祉計画

障害者サービスは、各自治体において提供体制が様々であり、サービスの実施内容に地域によって、大きな差が生じていたことから、今回の改革では、必要かつ十分なサービスが障害者に提供されるよう、将来に向けて計画的なサービス提供体制の整備を進める観点から、国の定めた基本的な指針に基づき、自治体は、必要なサービス量とそれを確保するための方策を記載した障害福祉計画の策定することとし、自治体に対し、障害福祉計画の義務づけることとしている。

²¹ 平均的な家計における一人当たりの食費に相当する額。

(18) 障害者自立支援法の施行に伴う障害保健福祉部内の所掌変更

障害者自立支援法の平成18年4月1日の施行に伴い、障害保健福祉部内各課の所管事務の変更が行われた。精神保健福祉課は、精神・障害保健課となり、障害者自立支援法の施行により、3障害共通の仕組みで福祉サービスを提供することとなったこと等により、精神障害者の福祉に関することは障害福祉課に移管することとし、精神・障害保健課は障害者の保健の向上に関すること、国民の精神的健康に関すること、障害者自立支援法の障害程度区分、自立支援医療に関すること等を所管することとなった。

(19) 精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律の成立

精神病者を収容する施設というイメージを払拭するため、精神保健福祉法等で用いられている「精神病院」という用語について、専門的医療を提供する施設であることが明らかとなり、かつ、患者や患者の家族が心理的抵抗を感じることの少ない「精神科」という診療科名を用いて、「精神科病院」という用語に改めることで、精神科医療機関に対する国民の正しい理解の深化を促すとともに、患者が受診しやすい環境を醸成することを目的として、「精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律案」が議員立法という形で、平成18年の第164回通常国会に提出され、同年6月16日の衆議院本会議で可決・成立し、同月23日、法律第94号として公布された（平成18年12月23日施行）。

(20) 障害者自立支援法円滑施行特別対策と緊急対策

障害者自立支援法は、前述のとおり平成18年4月1日から一部施行、同年10月1日から本格的に施行されたが、本法律による改革が抜本的な改革であったことから、施行ごも様々な意見が存在していた。こうした意見に丁寧に対応するため、同年12月、3つの柱からなるもう一段の改善策を講じることとなった。

【特別対策の内容及び財政規模】

- ① 利用者負担のさらなる軽減（平成19年度・20年度当初予算：240億円）
- ② 事業者に対する激変緩和措置（平成18年度補正予算：300億円）
- ③ 新法への移行等のための緊急的な経過措置（平成18年度補正予算：660億円）

※ ②及び③は、平成18年度補正予算で都道府県に基金を造成し、20年度まで事業を実施

さらに、平成19年12月、「障害者自立支援法の抜本的な見直し」に向けて、障害者や事業者の置かれている状況を踏まえ、特に必要な事項について緊急措置を講ずることとした。

【緊急対策の内容及び財政規模】

- ① 利用者負担の見直し（平成20年7月実施）（70億円）
- ② 事業者の経営基盤の強化（平成20年4月実施）（30億円）
（「特別対策」の基金の活用を含め180億円）
- ③ グループホーム等の整備促進（平成20年度実施）（30億円）

(2) 重点施策実施後期5か年計画の策定について

前述のとおり、新障害者基本計画に基づき、その前期5年間（平成15年度から平成19年度）において、重点的に実施する施策及びその達成目標等を定めた重点施策実施5か年計画が平成14年度に策定されたが、前期計画期間の終了を見据え、後期5年間（平成20年度から平成24年度）において、重点的に実施する施策及びその達成目標等を定めた「重点施策実施後期5か年計画」が、平成19年12月25日、障害者施策推進本部で決定された。

本計画は、前期計画と同様、「共生社会の実現に真に寄与するため、施策展開を図る」ことを基本的な考え方としている。

なお、精神保健福祉関係の項目については、以下のような項目が定められた。

- 発達障害者施策の推進
- 精神障害者の退院促進と地域移行の推進
- 障害福祉計画に基づく障害福祉サービス等の計画的な基盤整備
- 高次脳機能障害の支援拠点機関の設置等
- 認知症疾患に対する専門医療の提供等
- 一般医のうつ病診断技術の向上
- 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する知識の普及

- 精神化救急医療体制の確保
- うつ病等の精神疾患に関する研究
- 精神科医をサポートできる心理職等や専門職種の養成

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として、国においては、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課及び精神・障害保健課が主管課となっており、附属機関として国立精神・神経センター精神保健研究所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、知的障害、発達障害及び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、司法精神医学研究部の研究11部からなっており、研究職37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の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。

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（以下「障害者雇用促進法」という。）に基づき、従来から実施している統合失調症、躁うつ病、てんかんの患者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、障害者雇用納付金制度に基づく助成金や特定求職者雇用開発助成金の対象としており、平成18年度からは精神障害者（精神障害者保健福祉手帳所持者に限る。）についても障害者雇用率の算定対象としている。

その他、支援機関としては、まず、ハローワーク（公共職業安定所）においては、障害者の求人を受理するとともに、就職を希望する障害者の求職登録を行い（就職後のアフターケアまで一貫して利用）、障害者担当の職員がケースワーク方式により、精神障害者も含めて、障害の種類・程度に応じたきめ細やかな職業相談・職業紹介等を実施している。

また、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構では、全国47都道府県に設置されている地域障害者職業センターにおいて、平成17年10月より「精神障害者総合雇用支援」を実施し、精神障害者及び精神障害者を雇用しようとする又は雇用している事業主に対して、主治医との連携のもとで、職場復帰・雇用促進・雇用継続の雇用の各段階において、専門的な支援を行っている。

(2) 都道府県・指定都市

都道府県及び指定都市における精神保健福祉行政は、衛生主管部局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。

精神保健法の全面改正によって平成7年に成立した精神保健福祉法において、従来の保健医療施策に加え、精神障害者の福祉施策の法制化が図られ、さらに、平成18年度より施行された障害者自立支援法においては、従来都道府県と市町村に分立していた福祉サービスの提供主体を、住民に最も近い市町村に一元化し、都道府県はこれを広域的な観点からバックアップする仕組みとされるなど担うべき役割が変化してきている。保健医療施策と福祉施策の総合的推進の観点から、精神保健福祉施策として、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。

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64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、関係職員への教育研修、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、精神医療審査会の事務等を行っている。
- ② 精神保健福祉法では、条例に基づき、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、地方精神保健福祉審議会（法第9条）が置くことができるとされている。本審議会では、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、医療保護入院者及び任意入院者（条例で定める場合に限る。）に係る定期病状報告、医療保護入院の入院届並びに退院又は処遇改善の請求に基づき、入院又は処遇改善の要否の審査を行う機関として都道府県及び指定都市に精神医療審査会（法第12条）が置かれている。精神医療審査会は、都道府県知事又は指定都市市長により指名された5名（精神障害者の医療に関し学識経験を有する者2名以上、法律に関し学識経験を有する者1名以上、その他学識経験を有する者1名以上から指名）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18年10月1日現在536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事務を処理するだけでなく、地域住民の需要に応じ、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図る等のため、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

近年、基本的な住民サービスは、住民に最も身近な市町村で行うのが望ましいとされ、精神保健福祉行政においても、実施主体が段階的に市町村へ移されてきたところである。精神保健行政については、従来、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、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は、正しい知識の普及について、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）が設けられている。

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、障害者自立支援法の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業と相まって、医療施設及び教育施設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つ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。」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（ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム）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、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された。

さらに、平成18年度より新たに施行された障害者自立支援法においては、障害の種別（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした福祉サービスを共通の制度により提供することとし、都道府県と市町村に分立していた福祉サービス提供主体は、住民に最も近い市町村に一元化されることとなった。

今後、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様々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こうとすることである。

このような考え方があらためて強調されるようになってきた背景には、大家族から核家族へと家族集団の変化、都市化、工業化等による伝統社会の崩壊と大衆化社会への移行といった地域社会の急激な変化があげられる。それに伴って様々な問題に対する地域社会の解決能力が低下し、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となっている。

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、精神科病院の開放化、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、薬物依存、非行、高齢者の問題等も、単に専門施設を作ってそれに依存するのではなく、地域社会全体で「ささえていく」体制の確立が必要であることが認識されてきている。

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

「ここ数年、次第に増えていた施設へのつめこみ傾向が、逆を向いてきたこ

とである。それは、新薬の使用、精神病の本質に対する公衆の理解の増大、総合病院における精神病床、昼間通院施設（デイ・ケアセンター）、外来精神科施設などを含む地域社会施設が設置されるようになったことによる。

私は確信する。もし医学的知識と社会の理解が十分に活用されるなら、精神障害者はごく少数を除いてほとんどすべてが、健全な社会適応を勝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、精神障害者の地域生活を支援する体制を整える
- 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 障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス等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、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。

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、障害福祉サービスについては、市町村等の障害福祉計画に基づき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。

具体的には精神科病院等における外来治療や院外活動の充実・発展が第一であろう。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。

(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・指定都市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、平成7年に改正された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。

平成14年度からは住民に身近なサービスである精神障害者居宅生活支援事業の実施、精神障害者保健福祉手帳に関する手続きの申請受理、通院医療公費負担に関する手続きの申請受理等の業務を主体的に実施し、保健所と協力して各市町村の実情に応じた各種社会資源の整備等を行うこととされた。

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16年度における国民医療費の推計額は32兆1,111億円で、前年度よりも5,736億円、1.8%の増となっている。国民医療費の国民所得に対する割合は8.89%であり、国民一人当たりの医療費は25万1,500円である。精神医療費の推計額は1兆9,506億円で、国民医療費に占める割合は6.1%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5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1兆4,859億円で精神医療費総額の76.2%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措置
- 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 精神科病院等の施設・設備等のための資金融資制度がある。

従来の精神保健福祉対策は精神保健福祉法に基づき行われていたが、障害者自立支援法の施行を踏まえ、予算体系について所用の見直しを行ったところである。

平成18年度における国の精神保健福祉関係予算の主な内訳及び年次推移は表3-1、3-2のとおりである。

ア 精神保健対策費等

(7) 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で負担する。（所得に応じ費用徴収がある。）

国庫補助率 3/4（負担割合 国3/4，都道府県・指定都市1/4）

(イ) 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）等及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。

国庫補助率 8/10（負担割合 国8/10，沖縄県2/10）

(ウ) 障害者自立支援医療費（精神障害者通院医療費）

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、患者の自己負担分を5%とし、その残りを公費で負担していたが、平成18年度から、障害者自立支援法の施行に伴う制度の見直しに伴い、自立支援医療費として、各医療保険制度を適用し、患者の自己負担分を1%とした上で上限等を設け、残りを公費で負担する制度としている。

国庫補助率 1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）

(イ) 精神障害者保健福祉対策費等補助

精神科救急医療システム整備事業，精神科救急医療センター事業，

地域自殺対策推進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。

a 精神科救急医療システム整備費業

精神障害者等の休日、夜間等における緊急時の精神医療の確保のため「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・指定都市が行う精神科救急医療システム整備に要する経費及び法第34条に基づく移送に要する経費などに対して補助を行う。

国庫補助率 1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）

b 精神科救急医療センター事業費

重度の症状を呈する精神科旧跡患者に対し良質な医療を効率的に提供するため「精神科救急医療センター事業実施要綱」（平17. 12. 6障発第1206002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、都道府県・指定都市が行う精神科救急医療センター整備事業に要する経費に対して補助を行う。

国庫補助率 1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）※平成20年度より「精神科救急体制整備事業」を実施。

c 地域自殺対策推進事業費

地域の実情等に適合した自殺対策の検証を行い、効果的な自殺対策を全国に普及させることにより、一層の自殺対策の推進を図るため「地域自殺対策推進事業実施要綱」（平19. 4. 6障発0406002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、都道府県・指定都市が行う自殺対策に要する経費に対して補助を行う。

(オ) 精神科病院等の施設整備費助成費

精神科病院，精神保健福祉センター，精神科デイ・ケア施設の施設整備に要する経費に対する補助金である。

(7) 精神科病院

精神保健福祉法第19条の10の規定に基づき、精神科病院及び精神科病院以外の病院に設ける精神病室（以下「精神科病院等」という。）の施設整備費に補助を行うこととされているが、その対象は現在次のようになっている。

《医療法（昭和23年法律第205号）第31条に規定する公的医療機関》

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

《営利を目的としない法人であつて、精神保健福祉法第19条の8の指定を受けた精神科病院等》

木造老朽病棟の改築、特殊病棟（老人、アルコール依存症等）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。

(4) 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、病院付設置型（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。

(カ) 精神科病院等の設備整備費補助

この経費は、精神科病院、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設備整備に必要な経費について補助を行っている。

(キ) 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、医療従事者の職場環境、衛生環境等の改善等を図るため、平成5年度より精神科病院の建て替え整備に対し、主として次の要件を満たす事業を交付金の対象としている。

- ① 整備区域は、築後概ね30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床当たり病室面積を18㎡以上（改修の場合16㎡以上）とするもの
- ③ 医師・看護師の現員数の比率が、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原則として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、国庫補助対象基準面積を加算

イ 障害者自立支援関係経費

(ア) 障害者自立支援医療費（精神障害者通院医療費分）

精神障害者に対する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、医療費全体に対し、各医療保険制度を適用し、患者の自己負担は原則1割（所得等に応じて上限負担額を軽減）とし、その残りを公費で負担する。

国庫負担率 50/100（負担割合 国50/100，都道府県・指定都市50/100）

※障害者自立支援医療は、精神通院医療のほか、更生医療、育成医療が対象

(イ) 障害者自立支援法関係経費

障害者自立支援法に基づき、障害福祉サービス等に要する経費について、補助等を行っている。

○介護給付費・訓練等給付費

・概要：障害者が身近な地域で自立した生活を送られるよう、新たな障害福祉サービス体系として、ホームヘルプサービスや生活介護等の「介護給付」、自立訓練や就労移行支援等の「訓練等給付」を提供する。

・実施主体：市町村

・負担割合：国1/2，都道府県1/4，市町村1/4

○サービス利用計画作成費

・概要：障害者自立支援法における障害福祉サービスの利用に当たり、長期入院・入所から地域生活に移行する者や単身で生活している者で自ら福祉サービスの利用調整を行うことが困難な者等のうち、計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者に対し、指定相談支援事業者からサービス利用計画の作成等の相談支援を受けたと

きは、当該利用者に対し、サービス利用計画作成費を支給する。

- ・実施主体：市町村
- ・負担割合：国 1/2，都道府県 1/4，市町村 1/4

○地域生活支援事業費

- ・概要：障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を効率的・効果的に実施し、障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

【市町村地域生活支援事業】

- ・相談支援事業（成年後見制度利用支援事業，居住サポート事業 等）
- ・地域活動支援センター 等
- ・実施主体：市町村
- ・補助率：国 1/2，都道府県 1/4，市町村 1/4

【都道府県地域生活支援事業】

- ・実施主体：都道府県
- ・補助率：国 1/2，都道府県 1/2

○精神障害者社会復帰施設等運営費補助金

- ・概要：生活訓練施設・授産施設・福祉ホーム（B型）（精神障害者），小規模通所授産施設・福祉工場（身体・知的・精神障害者）が，介護給付・訓練等給付費の対象となる障害福祉サービスを提供する事業所等に移行するまでの間（18年10月から24年3月末），旧施設体系として存続する場合の運営費を補助する。

・各事業の実施主体等

(1) 精神障害者生活訓練施設等の運営費

・実施主体：都道府県・指定都市

・補助率：1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）

(2) 小規模通所授産施設運営事業費

【直接補助事業】

・実施主体：都道府県・指定都市・中核市

・補助率：1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市・中核市1/2）

【間接補助事業】

・実施主体：市町村

・補助率：2/3（負担割合 国1/2，都道府県1/4，市町村1/4）

(3) 福祉工場運営事業費

【身体障害者福祉工場，知的障害者福祉工場】

・実施主体：都道府県・指定都市・中核市

・補助率：1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市・中核市1/2）

【精神障害者福祉工場】

・実施主体：都道府県・指定都市

・補助率：1/2（負担割合 国1/2，都道府県・指定都市1/2）

ウ 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，精神保健福祉審議会費，精神障害者社会復帰促進費，精神医療適正化対策・新障害者プラン関係経費及び精神保健福祉センター

運営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。

一般財源化とは、国庫補助金を廃止し、廃止した補助金で実施していた事務事業をなお地方公共団体が実施しなければならない場合、補助金に変わる十分な財源の確保が必要なことから、地方公共団体の一般財源にその財政措置を行うことをいう。この場合の財政措置としては、地方税の拡充、国税から地方税への税源移譲、地方交付税措置などがある。

なお、地方交付税は、本来地方公共団体の税収とすべきであるが、地方公共団体間における財政力の格差を解消し均てん化を図るという見地から、国税として徴収し地方に配分される地方固有の財源であり、その用途は地方公共団体の自主的な判断に任されており、国がその用途を制限したり条件を付けたりすることは禁じられている。

エ 資金融資

精神科病院を設置する場合には、独立行政法人福祉医療機構からの融資を受けられるようになっている。

(7) 融資対象者

個人、医療法人、民法法人、社会福祉法人又は医学部歯学部を置く学校法人

(4) 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（病床不足地域における増改築の場合等は土地取得資金も対象）
- c 機械購入資金
- d 長期運転資金

(9) 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7億2千万円、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%以内で病床規模別限度額以内

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

表3-1 精神保健対策費等予算

(単位:千円)

区 分	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度
1. 精神障害者措置入院費等負担金				
精神障害者措置入院費負担金	6,117,627	6,146,799	5,901,837	5,531,681
2. 通所援護事業助成費等補助金				
精神障害者小規模作業所運営事業等助成費	-	-	-	-
精神障害者小規模作業所運営助成費	-	-	-	-
精神障害者社会復帰促進事業助成費	-	-	-	-
精神障害者訪問介護指導者研修事業費	-	-	-	-
3. 精神保健対策費補助金	33,960,123	39,989,331	44,642,715	51,803,322
精神障害者通院医療費補助金	24,118,274	30,266,986	33,264,605	36,333,349
精神障害者医療保護入院費等補助金	1,105,496	967,777	962,028	1,001,250
精神障害者社会復帰促進費等補助金	8,736,353	8,754,568	10,416,082	14,468,723
精神障害者社会復帰促進費	2,262,390	2,398,105	2,649,108	3,020,728
精神障害者社会適応訓練事業費	705,080	723,769	763,127	802,449
精神障害者短期入所事業費	-	-	-	-
精神障害者小規模作業所運営事業等助成費	779,515	840,416	906,889	992,737
精神障害者地域生活援助事業費	745,688	827,564	971,211	1,152,487
精神障害者手帳交付事業費	31,107	6,356	7,881	9,440
精神保健福祉担当職員特別研修事業費	-	-	-	63,615
地域精神保健福祉対策費	800,000	13,500	86,269	111,215
地域精神保健福祉対策促進事業費	800,000	-	-	-
障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業費	-	13,500	-	-
精神障害者訪問介護試行的事業費	-	-	86,269	111,215
社会的入院解消のための退院促進支援事業費	-	-	-	-
こころの健康づくり対策	-	-	-	-
精神障害者社会復帰促進事業助成費	-	-	-	-
精神科救急医療センター事業	-	-	-	-
精神障害者社会復帰施設等運営費	5,673,983	6,342,963	7,680,705	11,223,517
精神障害者生活訓練施設	2,164,145	2,552,349	3,122,789	4,157,489
精神障害者短期入所施設	39,921	47,975	67,760	105,237
精神障害者福祉ホーム	142,290	142,632	156,197	172,134
精神障害者通所授産施設	1,331,523	1,409,746	1,690,218	2,413,598
精神障害者入所授産施設	450,627	486,116	527,730	666,373
精神障害者小規模通所授産施設	-	-	-	-
精神障害者福祉工場	211,689	216,436	290,292	326,504
精神障害者地域生活支援センター	519,093	742,867	1,000,872	1,764,324
精神科救急医療システム整備事業	385,925	433,635	473,411	1,204,281
精神障害者身体合併症治療体制整備試行的事業	-	16,800	16,814	16,814
老人性認知症センター	284,984	294,407	311,485	325,430
高次脳機能障害支援モデル事業	-	-	-	-
施設外授産の活用による就職促進モデル事業	-	-	-	-
長期入院患者の原費体制整備事業	-	-	23,137	71,333
精神保健福祉センター運営費	143,766	-	-	-
精神保健福祉センター特定相談等事業費	-	-	-	113,263
地域移行推進モデル事業	-	-	-	-
4. 精神医療適正化対策費等補助金	210,372	296,923	311,483	182,286
精神医療適正化対策費	210,372	188,719	202,630	182,286
精神保健福祉センター運営費	-	108,204	108,853	-
5. 精神保健福祉関係研修委託費				
司法精神医療等人材養成研修委託事業費	-	-	-	-
6. 保健事業等補助金(精神保健対策費)	331,094	307,491	302,110	295,465
7. 保健衛生施設等施設・設備整備費補助金				
精神保健医療研究費	94,000	-	-	-
計	40,713,216	46,740,544	51,158,145	57,812,754

(注) 1. 各年度とも当初予算ベース。

2. 精神保健福祉センターの運営費のうち「心の健康づくり推進事業費」については、平成8年度より保健医療局へ所管替えを行った。

3. 精神障害者社会復帰促進費のうち「精神障害者社会復帰推進事業費」については、平成8年度より精神障害者社会復帰促進事業費が精神障害者地域生活支援事業に統合され、平成9年度より精神障害者社会適応訓練事業と名称変更を行った。

4. 地域精神保健対策費のうち「地域精神保健福祉対策促進事業費」については、平成10年度より「障害者の明るいくらし」促進事業費・市町村障害者社会参加促進事業費に統合。

5. 平成10年度よりカタカナ語使用適正化により名称変更を行った。

6. 平成10年度より(目)分割により、精神保健対策費等補助金を精神保健対策費補助金に改め、新たに精神医療適正化対策費等補助金を立目し、精神医療適正化対策費補助金及び精神保健福祉センター運営費を精神医療適正化対策費等補助金へ組み替えを行った。

(単位：千円)

平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
4,082,185	3,927,067	4,320,752	4,758,002	4,619,635	4,550,230	4,695,068
999,997	996,967	882,083	793,006	792,035	7,990	-
968,000	968,000	871,200	783,200	783,200	-	-
17,774	18,091	10,883	9,806	8,835	7,990	-
14,223	10,876	-	-	-	-	-
59,191,617	62,372,242	67,991,114	71,656,171	57,484,049	8,512,866	2,554,683
41,456,069	41,926,456	44,773,451	47,646,840	32,587,157	6,074,241	-
941,682	886,224	900,690	862,607	852,223	802,672	732,578
16,793,866	19,559,552	22,316,973	23,146,724	24,044,669	1,635,953	1,822,105
2,206,763	2,324,211	1,954,281	2,112,566	1,858,191	-	-
841,743	743,378	-	-	-	-	-
-	131,916	141,181	143,446	113,376	-	-
1,313,309	1,436,456	1,798,940	1,969,120	1,744,815	-	-
10,868	12,461	14,160	-	-	-	-
40,843	-	-	-	-	-	-
177,863	51,749	92,216	96,326	397,003	294,763	425,750
-	-	-	-	-	-	-
127,390	-	-	-	-	-	-
-	-	43,792	63,075	161,670	-	-
50,473	51,749	48,424	33,251	104,921	100,856	158,047
-	-	-	-	-	-	7,630
-	-	-	-	130,412	193,907	260,073
14,279,675	17,049,645	20,138,509	20,804,616	21,699,209	1,251,132	1,249,508
5,202,947	5,927,317	6,285,861	6,360,092	6,615,096	-	-
131,812	-	-	-	-	-	-
340,224	524,426	779,431	993,035	1,099,174	-	-
3,113,218	3,753,409	4,367,968	4,555,945	4,846,293	-	-
734,958	764,218	779,195	741,938	716,835	-	-
189,750	418,000	1,171,500	1,328,250	1,643,250	-	-
335,575	362,863	408,320	337,682	338,265	-	-
2,484,063	3,204,473	4,109,937	4,622,845	4,826,630	-	-
1,291,563	1,986,699	2,142,401	1,784,829	1,539,666	1,251,132	1,249,508
16,814	-	-	-	-	-	-
341,089	-	-	-	-	-	-
70,000	80,000	80,000	80,000	74,000	-	-
27,652	28,240	13,896	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
129,565	133,957	131,967	133,216	90,266	90,058	94,347
-	-	-	-	-	-	52,500
182,286	182,286	-	-	-	-	-
182,286	182,286	-	-	-	-	-
-	-	100,570	91,292	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
269,300	237,703	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
64,725,385	67,716,265	73,294,519	77,298,471	62,895,719	13,071,086	7,249,751

7. 平成12年度より精神障害者地域生活支援事業を精神障害者地域生活支援センターと名称変更し、精神保健福祉センター運営費(目)精神保健対策費へ組み替え、精神保健福祉センター特定相談等事業費と名称変更を行った。
8. 平成15年度より精神障害者社会適応訓練事業及び精神医療適正化対策費が一般財源化。
9. 平成16年度より精神障害者手帳交付事業費及び施設外授産の活用による就職促進モデル事業が「障害者自立支援・社会参加総合推進事業」のメニュー事業。
10. 平成17年度より精神保健福祉関係研修委託費は、(項)医療観察等実施費へ。
11. 平成18年度より精神障害者社会復帰促進費等補助金は、地域精神保健福祉対策費等補助金と名称変更した。
12. 精神障害者通院医療費は障害者自立支援法の施行日が平成18年4月となったため平成18年度は1月分を計上した。
13. 平成19年度より(目)通所授産事業助成費等補助金は地域精神保健福祉対策費の精神障害者社会復帰促進事業助成費に組み替えを行った。

表3-2 障害者自立支援関係経費（精神障害者に係る事項に限る）

（単位：千円）

区 分	平成17年度	平成18年度	平成19年度
1. 障害者医療費負担金			
精神障害者通院医療費分	22,078,729	64,336,372	
2. 障害者自立支援給付費負担金	13,507,258	228,241,333	447,273,756
介護給付費・訓練等給付費	0	227,578,333	445,462,236
サービス利用計画作成費	0	663,000	1,811,520
居宅介護等事業費（ホームヘルプサービス）	9,609,400	0	0
短期入所事業費（ショートステイ）	1,207,899	0	0
地域生活援助事業（グループホーム）	2,689,959	0	0
3. 地域生活支援事業費等補助金	0	24,500,000	40,000,000
地域生活支援事業費	0	20,000,000	40,000,000
障害者地域生活推進事業費	0	4,500,000	
4. 障害程度区分認定等事業費補助金	0	7,920,734	4,673,366
障害程度区分認定等事務費	0	2,201,736	2,201,759
不服審査会	0	37,601	37,601
障害者就労訓練設備等整備事業	0	2,039,000	2,434,000
社会福祉法人等減免事業	0	3,642,397	0
※障害者保健福祉推進事業等、障害者自立支援給付支払システム開発事業は除く			
5. 精神障害者社会復帰施設等運営費補助金	0	21,650,873	17,384,044
精神通院医療費			77,403,222
計	35,585,987	346,649,312	

(注) 1. 各年度とも当初予算ベース。

2. 障害者自立支援法においては、障害区分に関係なくサービス等を提供することから、全体額を計上。

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7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
国民医療費	269,577	284,542	289,149	295,823	307,019
精神医療費 ¹⁾	13,703	14,648	14,595	15,649	16,157
比 率(%)	5.1	5.1	5.0	5.3	5.3
公費負担医療費	12,953	13,405	14,008	14,686	15,567
精神保健及び精神障害者 福祉に関する法律 ²⁾	554	543	627	711	785

(単位：億円)

区 分	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
国民医療費	301,418	310,998	309,507	315,375	321,111
精神医療費 ¹⁾	16,574	17,150	17,675	18,281	19,506
比 率(%)	5.5	5.5	5.7	5.8	6.1
公費負担医療費	16,051	16,899	17,218	18,206	18,698
精神保健及び精神障害者 福祉に関する法律 ²⁾	853	963	1,047	1,134	1,242

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	76,597	438	351	87
50	65,571	1,017	814	203
55	47,400	960	768	192
60	30,543	737	516	221
平成元年度	15,036	463	347	116
5	7,223	225	169	56
6	6,418	201	151	50
7	5,905	113	85	28
8	5,436	76	57	19
9	4,772	81	61	20
10	4,293	81	61	20
11	3,472	79	59	20
12	3,247	74	55	18
13	3,083	54	41	14
14	2,767	52	40	13
15	2,566	58	43	14
16	2,414	63	48	16
17	2,276	61	46	15
18		60	45	15

注1. 措置入院者数は各年6月末現在（精神・障害保健課調）

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
昭和45年度	47,000	665
50	97,500	2,298
55	137,768	5,218
60	194,386	10,478
平成元年度	295,296	15,409
5	305,762	18,262
6	317,462	21,458
7	337,910	16,661
8	365,382	12,984
9	409,052	24,118
10	411,825	30,267
11	473,363	33,265
12	509,722	36,333
13	576,150	41,456
14	639,645	42,783
15	738,153	44,773
16	773,665	47,647
17	841,023	54,666
18	1,023,495	704,711

注. 各年度当初予算人員, 当初国庫予算額

第3章 精神障害者支援施策

「精神障害者」とは、統合失調症（旧精神分裂病）、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17年10月に厚生労働省大臣官房統計情報部が実施した患者調査から約303万人と推計されている。

精神障害者支援施策としては、精神保健福祉法（以下この章において「法」という。）や障害者自立支援法等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障害福祉施策の充実・推進が重要なものとなっている。

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障害者自立支援法に定める障害福祉サービス及び自立支援医療（精神通院医療）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これらの対象とされている。また、知的障害者については、知的障害者福祉法及び障害者自立支援法に基づいて福祉的観点からの取組みが行われており、精神保健福祉法においては主として医療保健対策を行っている。

1. 精神医療施策

(1) 医療施設

ア 精神科病院の現状

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16年6月30日現在の精神病床数は354,923床であり、全病院病床に占める割合は約21.8%である。

精神病床を有する病院は、1,671（平成16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1,076であり、また、1,021病院が医療法人または個人病院である。

精神科病院については、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、生活療養施設部、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25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おり（医療法第21条）、具体的には、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、4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、平13.2.22 厚生労働省医政局長通知）。なお、大学附属病院等の精神病床については、より手厚い基準が設けられている。

イ 患者

精神科病院の在院患者数は326,125人であり病床利用率は91.9%となっ

ている（平成16年6月末現在）。疾患別には、統合失調症が197,753人で最も多く、昭和45年約15万人、昭和55年約17万人と増加しているが、最近では減少傾向である。これに対して、最近では脳器質性精神障害、特に老人性認知症疾患の増加が著しい。この他中毒性精神障害、知的障害、てんかんを有する者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17年現在の推計で、約269万人である。疾患別には、統合失調型障害及び妄想性障害が、20.7%、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が21.5%、気分（感情）障害（躁うつ病を含む）が33.3%等である。外来患者のなかでは、特に中高年齢層を中心とした気分（感情）障害が増加している。

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、基準病床数、医療施設の連係等に関する医療計画を策定することとされており（法第30条の3）、医療計画作成指針が定められている（平成10年6月1日健政発第689号）。

基準病床数は、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いる。基準病床数の算定式については、平均残存率（新規入院した患者の中で1年を超えて入院するに至った者の割合）の低下と退院率（1年以上入院している患者の中で退院する者の割合）の向上を図り、早期退院を支援する精神医療提供体制を目指すため、平成18年4月に見直されたところである（平成18年6月2日障発第0602001号）。平成17年10月現在の精神病床数は、354,296床であり、見直し後の算定式による基準病床数と比較すると、ほとんどの都道府県が病床数過剰となると推測される。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、精神科病院を設置する義務が課せられており（当該都道府県が設立した地方独立行政法人（都道府県立独法）が精神科病院を設立している場合は除く。）、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、自己の病状に関する確実な判断を下すことが困難と思われる状態にある精神障害者（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

都道府県には精神科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、都道府県立精神科病院に代わる施設として、国、都道府県及び都道府県立独法以外の者が設置した精神科病院（精神科病院以外の病院に設けられている精神病室を含む。）の全部また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（平成8年3月21日厚生省告示第90号）により行われており、平成16年6月30日現在の指定病院は985施設となっている。

表1 疾患名別在院患者数

疾 患	平成7年6月	平成8年6月	平成9年6月
統合失調症	208,877	206,166	204,700
躁うつ病	18,694	19,113	19,576
脳器質性精神障害	44,122	44,768	44,573
中毒性精神障害	19,616	19,551	19,175
その他の精神病	14,224	14,038	14,003
精神遅滞	11,651	11,144	10,896
人格障害	1,773	1,833	1,910
神経症	8,198	7,888	7,735
てんかん	8,997	8,574	8,332
その他	4,889	5,639	5,679
合 計	341,041	338,714	336,475

疾 患	平成10年 6月	平成11年 6月	平成12年 6月	平成13年 6月	平成14年 6月	平成15年 6月	平成16年 6月	平成17年 6月
統合失調症，統合失調型障害 および妄想性障害	211,264	207,958	205,352	204,132	202,012	200,935	197,753	196,034
気分（感情）障害	19,857	20,447	21,331	22,265	22,605	22,962	24,041	24,454
症状性を含む器質性精神障 害	47,505	48,723	50,783	52,388	55,678	57,729	59,092	60,608
精神作用物質による精神およ び行動の障害	19,634	19,580	20,024	19,506	18,047	17,462	16,845	16,492
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	705	685	785	840	801	918
心理的発達障害	431	371	354	327	367	394	406	428
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	614	688	836	660	936	543
精神遅滞【知的障害】	10,905	11,043	10,504	10,337	9,658	9,184	8,751	8,333
成人のパーソナリティおよ び行動の障害	2,373	2,262	2,474	2,330	2,326	2,332	2,110	2,019
神経症性障害，ストレス関連 障害および身体表現性障害	8,697	8,424	8,477	8,041	7,237	6,811	6,296	5,937
てんかん	7,852	7,188	7,105	6,785	6,256	5,856	5,413	5,099
その他	5,305	5,279	5,280	5,230	4,243	3,931	3,681	3,470
合 計	335,847	332,930	333,003	332,714	330,050	329,096	326,125	324,335

資料：精神・障害保健課調

（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8年 6月	平成9年 6月	平成10年 6月	平成11年 6月	平成12年 6月	平成13年 6月	平成14年 6月	平成15年 6月	平成16年 6月	平成17年 6月
20歳未満	3,055	2,057	2,444	2,295	2,445	2,359	2,229	2,189	2,093	2,126
20歳以上65歳未満	240,714	235,188	229,641	222,804	218,417	213,279	204,683	198,543	191,345	185,456
65歳以上	94,945	98,780	103,762	107,831	112,141	117,076	123,138	128,364	132,687	136,753
総 数	338,714	336,025	335,847	332,930	333,003	332,714	330,050	329,096	326,125	324,335

資料：精神・障害保健課調

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
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

精神科病院の開放化，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。平成17年10月現在、精神科を標榜する診療所は5,144である。

一般診療所数

	45年	50年	56年	59年	62年	平成4年	平成5年	平成8年	平成11年	平成14年	平成17年
一般診療所数	68,997	73,114	77,909	78,332	79,134	80,852	84,128	87,909	91,500	94,819	97,442
内精神科	657	779	1,159	1,425	1,765	2,159	2,644	3,198	3,682	4,352	5,144

(医療施設調査)

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	平成11年	平成14年	平成17年
精神及び行動の障害	人 24,200	人 18,900	人 24,000	人 24,500	人 35,400	人 46,400	人 37,400	人 67,900	人 62,900	人 92,500	人 112,600
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	人 300	人 500	人 1,600	人 1,400	人 3,000	人 5,100	人 3,900	人 13,800	人 11,400	人 12,100	人 17,500

平成8年から「ICD-10」に基づき推計

(患者調査)

(2) 保護者 (法第20条)

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

(7) 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）の市長村長（特別区にあつては区長）が保護者となる。

(4) 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や病院等）に入院しな

い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つ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、入院患者についての退院等の請求(第38条の4)がある。

(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つ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。

(7) 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、医道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の登録を受けた者が行う

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、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を除外し、その指定は効力を失うこととされている。

(f) 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、医道審議会の意見を聴いて、その指定を取り消し、又は期限を定めてその職務の停止を命ずることができる。

(g) 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科病院（任意入院のみを行う精神科病院を除く）には、常勤の指定医を置かなければならないこととされている。

イ 診療及び保護の申請等

(7) 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（以下「都道府県知事等」という。）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等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。

(f) 警察官等からの通報（法第24条～第26条）

警察官は、職務を執行するに当たり、精神障害のため自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、最寄りの保健所長を経て都道府県知事等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がある者について、その者を不起訴処分、釈放等にするとき都道府県知事等に通報しなければならないとされている。

(ウ) 精神科病院の管理者の届出（法第26条の2）

精神科病院の管理者は、入院中の精神障害者であって、法第29条第1項の要件に該当すると認められる者から退院の申出があったときは、直ちに、その旨を最寄りの保健所長を経由して都道府県知事等に届け出なければならないこととされている。

(エ) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報（法第26条の3）

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に規定する指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、同法の対象者であって指定入院医療機関に入院していないものが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、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事等に通報しなければならないことと規定されている。

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、法においてはこれを原則的な入院形態として、精神科病院の管理者は、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、精神科病院の管理者は、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指定医が認めるときは、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時間に限り退院制限を行うことができる。

この72時間の退院制限は、患者が入院時に同意しても、入院中に症状が変化し、入院の継続が必要であっても退院を申し出ることがあり、このような患者に対し継続して入院治療する必要性の説明、説得を行う、医療保護入院に移行するための家族等の同意を得る、あるいは、退院について家族等との連絡、調整等に充てることのできるようにとの趣旨によるものである。この「72時間」は、患者が医師に対して退院を希望する意思を明らかにした時点から起算するものであって、その時点が夜間又は休日等であることにより扱いが異なるものではない。

なお、一定の要件を満たすと都道府県知事等が認める精神科病院（特定病院）において、緊急やむを得ない場合、一定の要件を満たす医師（特定医師）の診察により、12時間に限り退院制限を行うことができる。

特定病院の基準は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第5条の2において、以下の事項を規定している。

- ① 応急入院指定病院の指定を受けていること又は受ける見込みが十分であること
- ② 地方公共団体の救急医療（精神障害の医療に係るものに限る。）の確保に関する施策に協力して、休日診療及び夜間診療を行っていること
- ③ 2名以上の常時勤務する指定医を置いていること
- ④ 特定医師の診察による退院制限の措置について審議を行うため、事後審査委員会を設けていること
- ⑤ 精神科病院に入院中の者に対する行動の制限がその症状に応じて最も制限の少ない方法により行われているかどうかを審議するため、行動制限最小化委員会を設けていること

特定医師の基準は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第5条の3において、以下の事項を規定している。

- ① 4年以上診断又は治療に従事した経験を有すること
- ② 2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 精神障害の診断又は治療に従事する医師として著しく不相当と認められる者でないこと

表3 年次別精神障害者に係る申請・通報・届出件数及びその処理状況

年次	申請・通報・届出件数						総計	調査により診察の必要と認められた者	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		精神障害者かつ精神障害者な者
									法第29条該当の者	法第29条該当でなかった者	
昭和45年	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	—
11	434	5,245	951	14	325	45	7,014	2,323	3,497	1,177	—
12	511	7,557	1,075	7	397	44	9,591	3,402	4,546	1,641	—
13	480	8,012	1,041	9	495	60	10,097	3,716	4,497	1,875	—
14	563	8,487	1,096	10	852	45	11,053	4,252	4,792	2,009	—
15	526	8,876	1,055	16	1,266	37	11,776	4,768	4,965	2,028	—
16	405	10,527	1,150	17	1,562	29	13,690	6,470	5,038	2,175	—
17	355	10,386	985	25	1,909	27	13,687	6,728	4,904	2,081	—
18	374	11,731	1,092	8	2,217	29	15,451	8,002	5,273	2,059	—

資料：衛生行政報告例

(同意書)

任意入院にあたっては、精神科病院の管理者は、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いない状態をいうとされている。なお、未成年者、成年被後見人又は被保佐人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、精神科病院の管理者との間の入院契約と異なり、未成年後見人、成年後見人又は保佐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。

なお同意書は、入院後1年経過時及び以後2年ごとに患者から提出を求めることとしている。

(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。

(イ) 措置入院

(概要)

措置入院とは、入院させなければ自傷他害のおそれのある患者に対して都道府県知事等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、2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、都道府県知事等は、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1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、都道府県知事等が指定する指定医によって行われる。

(措置の解除)

措置の解除は、指定医の診察の結果、都道府県知事等が行う。措置入院患者の仮退院は、指定医の診察の結果、都道府県知事等の許可を得て、精神科病院又は指定病院の管理者が行う。

(ウ) 医療保護入院

(概要)

医療保護入院とは、自傷他害のおそれはないが、患者本人の同意が得られない場合に、指定医の診察の結果、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る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（後见人又は保佐人、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（特定病院において、緊急やむを得ない場合、特定医師の診察により、12時間に限り入院させることができる。）。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（昭63.6.22健医発第743号）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、4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、精神科病院の管理者は、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等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科病院の管理者に命じなければならない。

(退院届)

精神科病院の管理者は、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（法第33条の4第2項に規定する特例措置を採ることができる応急入院指定病院において、緊急やむを得ない場合、

特定医師の診察により、12時間以内に限り入院させることができる。)。精神科病院の管理者は、応急入院の措置を採った場合には、直ちに当該措置を採った理由等を最寄りの保健所長を経て都道府県知事等に届け出なければならない。

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

(応急入院指定病院)

応急入院を行うことが認められる精神科病院として都道府県知事等が指定する精神科病院の基準については、告示（昭和63年4月8日厚生省告示第127号）により定められている。

また、応急入院指定病院の運用基準については、「応急入院指定病院の指定等について」（平成12年3月30日障精第23号厚生省保健医療局精神保健課長通知）において、示されている。

エ 医療保護入院時の移送制度

都道府県知事等は、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移送することができる。また、この要件に該当するものにつき、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。

オ 入院時の告知

入院を行う場合においては、精神科病院の管理者等は、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、行動に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4月厚生省告示第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 都道府県及び地方公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 都道府県及び地方公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4月厚生省告示第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、厚生労働大臣は、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができることとし、精神科病院の管理者は、この基準を遵守しなければならないものとされており、基準が厚生労働省告示により定められている。(法第37条第1項、昭和63年4月厚生省告示第130号)

キ 措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告

精神科病院の管理者は、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(入院後6月を経過するまでの間は3月)ごとに、医療保護入院者は入院後1年ごとに、定期的に最寄りの保健所長を経て都道府県知事等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認められた者を退院させ、又は精神科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退院等の請求について、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、都道府県知事等が任命することとされている。

② 審査会は、5人の委員でもって構成される合議体により審査を行う。尚、合議体は、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。

b 審査（法第38条の3、第38条の5）

① 都道府県知事等は、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に関する入院時の届出を受けた場合
—— その入院の必要があるかどうかについての審査

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

② 審査会は、必要があると認めるときは、関係者の意見を聴くことができることとされている。また、①(イ)の審査をするに当たっては、原則として当該請求を行った者及び当該審査に係る患者の入院している精神科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認められた者を退院させ、又は精神科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、厚生省大臣官房障害保健福祉部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 精神科病院に対する監督（法第38条の6、第38条の7）

(7) 報告徴収等

厚生労働大臣又は都道府県知事等は、必要があると認めるときは、精神科病院の管理者に対し、当該精神科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、精神科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。

(4) 改善命令等

厚生労働大臣又は都道府県知事等は、精神科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、厚生労働大臣又は都道府県知事等が入院医療の提供を制限する命令を出すことができる旨の改正が行われたところである。更にこれに加え、平成18年10月より当該病院の名称等を公表することができることとされている。

(4) 指導監督のあり方について

精神科病院に対する指導監督等については、「精神科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)により、実施されてきたところであるが、今般、精神科病院の入院患者の処遇改善の観点から「精神科病

院に対する指導監督等の徹底について」の一部改正について」(平成18年9月29日付け医政発第0929012号・社援発第0929001号)等により必要な見直しが行われ、平成18年10月1日から適用されている。

(実地指導の見直しのポイント)

- ・ 隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳の整備
- ・ 任意入院による長期入院患者に同意の再確認を求める仕組みの導入
- ・ 特例措置の適正な運用等
- ・ 任意入院患者は開放的な環境で処遇を受けるという原則を踏まえた適切な指導

(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。

なお、通院による精神医療を継続的に要する方に対しては、障害者自立支援法に基づく自立支援医療(精神通院医療)という公費負担医療制度により、都道府県及び指定都市がその医療に要する費用の一部について、公費負担を行っている。また精神障害者に対して昼間の一定時間通院し、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 自立支援医療(精神通院医療)

a 制度の概要

本制度は障害者自立支援法第58条を根拠としており、その運用について具体的には「自立支援医療費の支給認定について」(平成18.3.3障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)、「指定自立支援医療機関の指定について」(平成18.3.3障精発第0303005号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知)等で定めている。

- ① 精神障害者の通院医療費の100分の90に相当する額を支給すること

となっている（ただし、医療保険等の法令により給付を受ける場合は、その限度において支給を行わないこととしている。）。

- ② 精神障害者本人の自己負担は原則1割となるが、低所得者や高額な医療費が継続的に発生する方（高額治療継続者（いわゆる重度かつ継続））については、月当たりの負担に上限を設定し、負担の軽減を図っている。
- ③ 自立支援医療（精神通院医療）を担当する医療機関は障害者自立支援法第59条に基づき、指定自立支援医療機関（精神通院医療）として都道府県及び指定都市より指定を受ける必要がある。
- ④ 自立支援医療（精神通院医療）の対象となる医療の範囲は、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱等で定めており、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して通院で行われる医療である。したがって、精神障害と直接関係のない医療については対象外となる。
- ⑤ 公費負担される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。

b 自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定の手続

- ① 支給認定の申請は精神障害者本人（本人が18歳未満の場合はその保護者）が申請書に医師の診断書（「重度かつ継続」に関する意見書も含む。）、医療保険の被保険者証（同じ医療保険に加入する者全員分）、市町村民税の課税状況が分かる資料を添えて居住地を管轄する市町村長に提出。
- ② 市町村長は、申請書、添付書類、所得区分を確認の上、都道府県に進達する。
- ③ 都道府県知事は、精神保健福祉センターにおいて精神通院医療の要否を判定した上で支給認定を行うかどうかを決定する。
- ④ 支給認定を行うことを決定したときは支給認定受給者証に有効期間（市町村長受理日を始期とし、1年以内の日で月の末日たる日を終期と

する。)を記載し、当該受給者証及び自己負担上限額管理表(低所得者及び「重度かつ継続」の対象者のみ)を市町村長を経由して申請者に交付する。

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、その後治療技術の確立等により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、1,380か所(平成16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、昭和61年には「精神科ナイト・ケア」料、平成6年に「精神科デイ・ナイトケア」料、平成18年に「精神科ショート・ケア」が新設された。

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、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、看護師、精神保健福祉士、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、統合失調症から神経症性障害等まで幅広く適応され、入院医療ほどではないが、今までの通院医療よりも積極的に濃厚な治療を行うことができる。

b 精神科デイ・ケアの施設基準

実施時間は患者1人あたり1日につき6時間を標準とする。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定される。

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ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、精神保健福祉士、臨床心理技術者の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. 精神科デイ・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、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか1名、看護師1名）の3人で構成される従事者が必要である。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・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. 精神科デイ・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 精神科ナイト・ケアの施設基準

開始時間は午後4時以降とし、実施時間は患者1人あたり1日につき4時間を標準とする。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定される。

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ショート・ケア、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師のいずれか1人、看護師又は精神保健福祉士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 精神科ナイト・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。

d 精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準

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。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定される。

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ショート・ケア、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師のいずれか1人及び看護師、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ショート・ケア、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師のいずれか1人、看護師又は准看護師のいずれか1人及び精神保健福祉士、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、看護師又は准看護師の代わりに、1名に限り、看護師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ショート・ケア、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。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

e 精神科ショート・ケアの施設基準

実施時間は患者1人あたり1日につき3時間を標準とする。

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあっては、週5日を限度として算定される。

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人の従事者の4人で構成される従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、臨床心理技術

者、精神保健福祉士のいずれか1人を含む。)が必要である。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・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ショート・ケアを行うことができるものである。

二. 精神科ショート・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1名の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか1人）の2人で構成される従事者が必要である。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・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2人に対しては1日20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、30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。

2 社会復帰・福祉対策

I 障害者自立支援法における新たな障害福祉サービス

従来の障害福祉サービスは、障害種別や在宅と施設といった区分になっていたが、障害者自立支援法においては、それぞれのサービスの機能や目的に着目した体系に再編された。全体のサービスは、個々の障害のある人々の障害程度や勘案すべき事項を踏まえて、個別に支給決定が行われる「自立支援給付」と、市町村の創意工夫により、利用者個々の状況に応じて柔軟なサービス提供を行う「地域生活支援事業」で構成されている。

(1) 自立支援給付（障害福祉サービス）の一覧

自立支援給付（障害福祉サービス）には介護給付と訓練等給付がある。

○介護給付

サービス名	サービス内容
居宅介護 (ホームヘルプ)	居宅における入浴、排せつ、食事の介護などのサービスを提供
重度訪問介護	重度の肢体不自由者であって常時介護を要する障害者につき、居宅における入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜及び外出時における移動中の介護を総合的に供与する
行動援護	知的障害者又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要するものにつき、当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護等の便宜を供与する
療養介護	医療を要する障害者であって常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院等において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を供与する
生活介護	常時介護を要する障害者につき、主として昼間において、障害者支援施設等において行われる入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供等の便宜を供与する
児童デイサービス	障害児につき、肢体不自由児施設等に通わせ、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等の便宜を供与する
短期入所 (ショートステイ)	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設等への短期間の入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する
重度障害者等 包括支援	常時介護を要する障害者等であって、その介護の必要の程度が著しく高いものにつき、居宅介護等の障害福祉サービスを包括的に提供する
共同生活介護 (ケアホーム)	主として夜間において、共同生活を営むべき住居において入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する
施設入所支援	施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する

○訓練等給付

サービス名	サービス内容
自立訓練	自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力向上のために必要な訓練等の便宜を供与する
就労移行支援	就労を希望する障害者につき、一定期間、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の便宜を供与する
就労継続支援	通常の事業所に雇用されることが困難な障害者につき、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練等の便宜を供与する
共同生活援助 (グループホーム)	地域において共同生活を営むのに支障のない障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う

(2) 介護給付（精神障害者関係）

居宅介護（ホームヘルプ）

対象者 ○障害程度区分：区分1以上の者

サービス内容 ○居宅において、入浴・排せつ又は食事の介護等の便宜を供与する

行動援護

対象者 ○精神障害又は知的障害により行動上著しい困難があり、常に介護の必要な者

○障害程度区分：区分3以上の者で、認定調査の行動関連項目の合計が10点以上の者

サービス内容 ○行動する際に生じる危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護等の便宜を供与する

生活介護

対象者 ○常時介護が必要な障害者であって、次のいずれかに該当する者

①障害程度区分：区分3以上

②年齢が50歳以上の場合は、

障害程度区分：区分2以上

サービス内容 ○食事や入浴、排せつ等の介護や日常生活上の支援

○軽作業等の生産活動や創作的活動の機会提供

○利用期間：制限なし

短期入所（ショートステイ）

対 象 者 ○居宅において介護を行う者が病気などの理由により、障害者
支援施設等へ短期間の入所が必要な者

○障害程度区分：区分1以上の者

サービス内容 ○施設に短期間入所させ、入浴・排せつ・食事の介護等の便宜
を供与する

共同生活介護（ケアホーム）

対 象 者 ○日中は就労継続支援や生活介護等のサービスを利用している
精神障害者又は知的障害者であって、地域において自立した
日常生活を営む上で、食事や入浴等の介護や日常生活上の介
護を必要とする者（18歳以上が対象）

○障害程度区分：区分2以上の者

サービス内容 ○主として夜間、共同生活を営む住居において入浴・排せつ・
食事の介護等の便宜を供与する

施設入所支援

対 象 者 ○夜間に介護が必要な者、通所が困難な自立訓練または就労移
行支援のサービスの利用者

①障害程度区分：区分4以上の者

50歳以上の場合は、区分3以上

②自立訓練・就労移行支援の利用者で、地域の資源状況から
通所が困難な者

サービス内容 ○夜間における入浴・排せつ・食事の介護等の便宜を供与する
○利用期間：生活介護の利用者は制限なし、自立訓練・就労移
行支援の利用者は当該の期間に限定

(3) 訓練等給付

自立訓練（生活訓練）

対 象 者 ○地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため一定の支援が必要な精神障害者又は知的障害者

①病院・入所施設を退院・退所した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者

②養護学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者 等

サービス内容 ○食事や家事等日常生活能力向上のための支援、日常生活上の相談支援

○日中の通所訓練が原則、個別支援計画に応じて訪問訓練を組み合わせ

○標準利用期間：24カ月～36カ月

自立訓練（機能訓練）

対 象 者 ○地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な身体障害者

サービス内容 ○身体的リハビリテーションや、日常生活上の相談支援等を行う

○日中の通所訓練が原則、個別支援計画に応じて訪問訓練を組み合わせ

○標準利用期間：18カ月

共同生活援助（グループホーム）

対 象 者 ○日中は就労や就労継続支援等のサービスを利用している精神障害者・知的障害者であって、地域において自立した日常生活を営む上で、相談等の日常生活上の援助が必要な者

- サービス内容 ○地域の共同生活の場において、相談や日常生活上の援助を行う
- 日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、就労移行支援事業所等の関係機関との連絡調整等

就労移行支援

- 対象者 ○一定期間にわたる計画的なプログラムに基づき、就労に必要な知識及び能力の向上、企業等とのマッチング等を図ることにより、企業等への雇用又は在宅就労等が見込まれる者（65歳未満の者に限る）で、次の者
- ①企業等への就労を希望する者
 - ②技術を修得し、在宅で就労・起業を希望する者

- サービス内容 ○事業所内や企業において、作業や実習を実施
- 適性に合った職場探しや就労後の職場定着のための支援
- 日中の通所訓練が原則、個別支援計画の進捗状況に応じて職場訪問等を組み合わせ
- 標準利用期間：24カ月

就労継続支援（A型）

- 対象者 ○就労の機会を通じ、就労に必要な知識及び能力の向上を図ることにより、当該事業所において雇用契約に基づく就労が可能と見込まれる者（利用開始時65歳未満の者に限る）で、次の者
- ①就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者
 - ②盲・ろう・養護学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者
 - ③企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係の状態にない者

- サービス内容 ○事業所内において、雇用契約に基づいて就労の機会を提供
- 一般就労に必要な知識・能力が高まった者は一般就労への移行に向けて支援
- 利用定員：10人から実施、一定範囲内で障害者以外の者の雇用が可能
- 利用期間：制限なし

就労継続支援（B型）

- 対象者 ○就労等の機会を通じ、就労に必要な知識及び能力の向上・維持が期待される者で、次の者
- ①就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者
- ②就労移行支援事業を利用（暫定支給決定での利用を含む）した結果、B型の利用が適当と判断された者
- ③①、②に該当しない者であって、50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者
- ④①、②、③に該当しない者であって、地域に一般就労の場やA型の事業所による雇用の場が乏しく雇用されることが困難、または就労移行支援事業者が少なく利用することが困難と市町村が判断した者（平成20年までの経過措置）

- サービス内容 ○事業所内において、就労の機会や生産活動の機会を提供（雇用契約は結ばない）
- 知識・能力が高まった者について、就労への移行に向けて支援
- 平均工賃水準（月額3,000円）を上回ることが事業者指定の要件
- 利用期間：制限なし

(4) 地域生活支援事業

障害者自立支援法では、障害福祉サービス利用者に関して給付する自立支援給付と共に、地方自治体が地域の実情に応じて柔軟に実施することが望ましい事業を地域生活支援事業として法定化した。

表 地方自治体が行う地域生活支援事業

市町村が行う事業（①～⑤は必須事業）

事業名	摘要
① 相談支援事業	福祉サービス利用の相談・情報提供 住宅入居等支援（居住サポート）成年後見制度利用支援
② コミュニケーション支援事業	手話通訳者の派遣等
③ 日常生活用具給付等事業	障害者の特性に応じた用具の給付・貸与
④ 移動支援事業	一人で外出するのが困難な者への支援
⑤ 地域活動支援センター	通所による創作的な活動や生産活動、社会との交流促進など、多様な活動の場の提供
⑥ その他の事業	福祉ホーム事業・日中一時支援事業 生活サポート事業・社会参加促進事業 他

都道府県が行う事業（①～②は必須事業）

事業名	摘要
① 専門性の高い相談支援事業	発達障害者支援センター運営事業 障害者就業・生活支援センター事業 高次脳機能障害支援普及事業 他
② 広域的な支援事業	都道府県相談支援体制整備事業
③ サービス・相談支援者、指導者育成事業	障害程度区分認定調査員等研修事業 相談支援従事者研修事業 サービス管理責任者研修事業 他
④ その他の事業	情報支援等事業 社会参加促進事業 他

(5) 相談支援事業

障害者自立支援法において、相談支援事業は、地方自治体の地域生活支援事業において必須事業とされ、障害者に対する一般的な相談支援事業は市町村に一元化された。

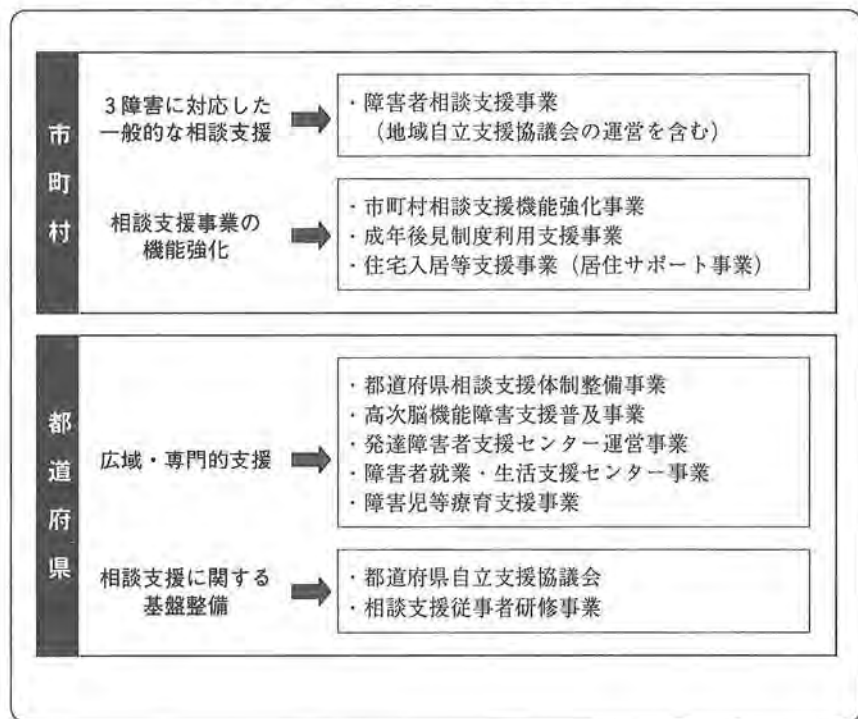
事業の内容は図のとおりである。

市町村は相談支援事業を都道府県から指定を受けた指定相談支援事業者に委託することができる（これまでの精神障害者地域生活支援センターは、地域活動支援センターⅠ型と併せて、相談支援事業を委託されることになる）。

利用者本位のサービス提供を目指す障害者自立支援法の下では、障害福祉サービスを受けようとする障害者のサービスの利用申請等における相談ニーズは高まることが予想される。さらに就労支援も含めた、サービス利用計画を作成することが必要になることもある。そのようなサービス利用計画を指定相談支援事業者が作成する場合、対象者と認められれば作成費が給付される仕組みも創設された。

また、地方自治体は、相談支援をはじめとした地域の障害者支援体制について協議するために、さまざまな関係者からなる自立支援協議会を設置することになっている。

図 地域生活支援事業における相談支援事業



(6) 地域活動支援センター事業

表 地域活動支援センター事業の概要について

【概要】

障害者等を通わせ、創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等地域の実情に応じ、市町村がその創意工夫により柔軟に事業を実施。

【事業の具体的内容】

- ① 「基礎的事業」として、創作的活動、生産活動、社会との交流の促進等の事業を実施。
- ② ①に加え、事業の例として以下のような類型を設け実施することが考えら

れる。

- a I型：相談事業や専門職員（精神保健福祉士等）の配置による福祉及び地域の社会基盤との連携強化、地域住民ボランティア育成、普及啓発等の事業を実施。
- b II型：機能訓練、社会適応訓練等、自立と生きがいを高めるための事業を実施。
- c III型：実利用人員が一定数以上の小規模作業所の支援を充実。

【留意事項】…補助額、補助方法について

① 基礎的事業の補助

地方交付税を財源として実施。

② I型～III型

①に加え、「地域活動支援センター機能強化事業費」として国庫補助を実施。

(国1/2、都道府県1/2、市町村1/4)

II 精神障害者社会復帰施設

精神障害者社会復帰施設については、障害者自立支援法に基づく事業・施設体系の見直しに伴い、平成18年10月から平成23年度末までの経過措置期間内に新たな障害福祉サービスへ移行することとされた。

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（平成17年改正前精神保健福祉法第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付けられている（平成17年改正前社会福祉法第2条）。

(7) 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応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、居室その他の施設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。

Ⅲ その他

(1) 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。

さらに、従来の精神障害者保健福祉手帳は、写真貼付欄がなく、本人確認が困難であるため、公共施設の入場料や公共交通機関の運賃に対する割引等の支援の協力を得にくいという実態があったことから、本人確認を容易にすることで、手帳の信頼性の向上を図り、もって精神障害者保健福祉手帳に係るサービスの充実に資するよう、平成18年10月より写真を貼付することとした。

ア 手帳の対象者と障害等級

(7) 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。

統合失調症、躁うつ病、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。

(i) 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

(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、市町村とする。
- ③ 申請書類は、申請書のほか、医師の診断書又は障害年金の年金証書の写しに精神障害者本人の写真を添付する。

(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し、写真は、縦4cm×横3cmで、脱帽して上半身を写したもので、手帳の申請のときから一年以内に撮影したものであること。)

(ウ) 判定

- ① 医師の診断書が添付された申請については、都道府県又は指定都市の精神保健福祉センターにおいて判定する。
- ② 障害年金の年金証書の写しがある場合には、精神保健福祉センター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、交付日、有効期限とする。医療機関名や、疾患名は記載しない。

(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、汚しまた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) 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。

(イ) 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

の障害者加算の判定が受けられる。

(ウ) 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。

(エ) 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。

(オ) 携帯電話割引

精神障害者保健福祉手帳（1級～3級）の交付を受けた者は携帯電話の割引が受けられる。

(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。

(2) 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	62年	63年	元年	2年	3年	4年	5年	6年	7年
精神保健福祉相談等	525,646	655,886	720,267	785,410	838,477	896,876	924,064	980,678	1,037,484
精神保健訪問指導	281,309	296,250	317,115	308,900	314,451	309,330	294,778	296,197	283,334

8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年
1,109,956	1,393,422	1,399,953	1,443,062	1,517,341	1,515,653	1,518,422	1,451,530	1,362,809	1,314,101
276,337	235,933	224,465	210,287	220,157	214,520	206,984	198,798	185,299	177,367

資料：平成8年まで 保健所運営報告（各年1月～12月）

平成9年から 地域保健・老人保健事業報告（各年4月～3月）

第4章 精神保健における個別課題への取り組み

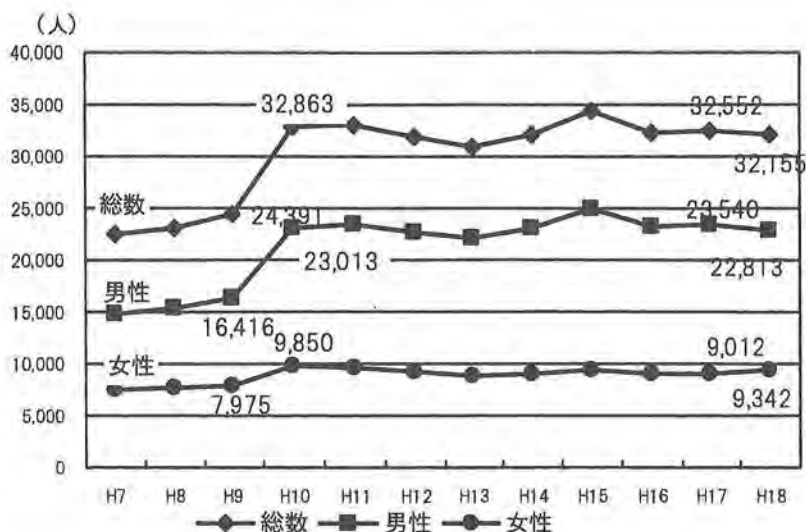
1. 自殺対策

(1) 我が国における自殺の現状

①自殺者数

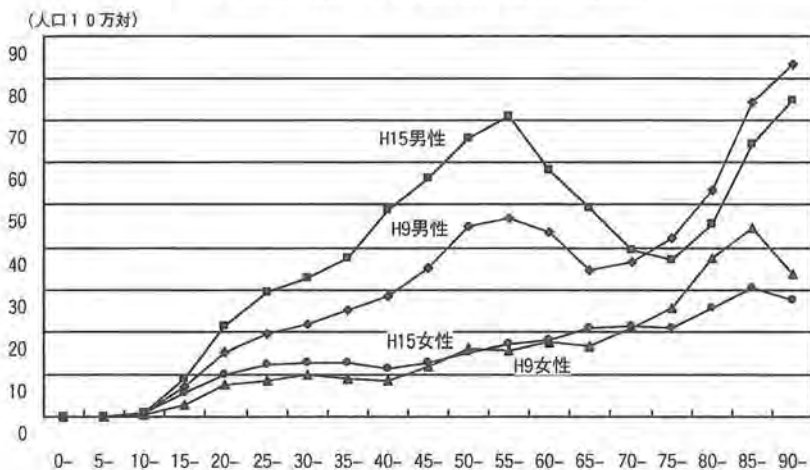
我が国における自殺者数は、警察庁の「自殺の概要資料」によると、平成9年に2万4,391人であったものが、10年に3万2,863人に急増し、その後も3万人前後で推移しているが、18年には3万2,155人となっている。これは、単純に平均して、毎日80人以上の者が自殺により死亡していることになる。

近年の自殺死亡実数の推移



平成10年に自殺者数が急増したのは、主として男性の自殺が急増したことによるものであり、特に働き盛りである40代、50代を中心とした中高年の男性の自殺者数の増加が顕著である。自殺は中高年男性の問題にとどまらず、男性の20歳から44歳までの死因の第1位となっており、女性でも15歳から34歳までの死因の第1位となっている。

年齢階層別にみた自殺死亡率の変化

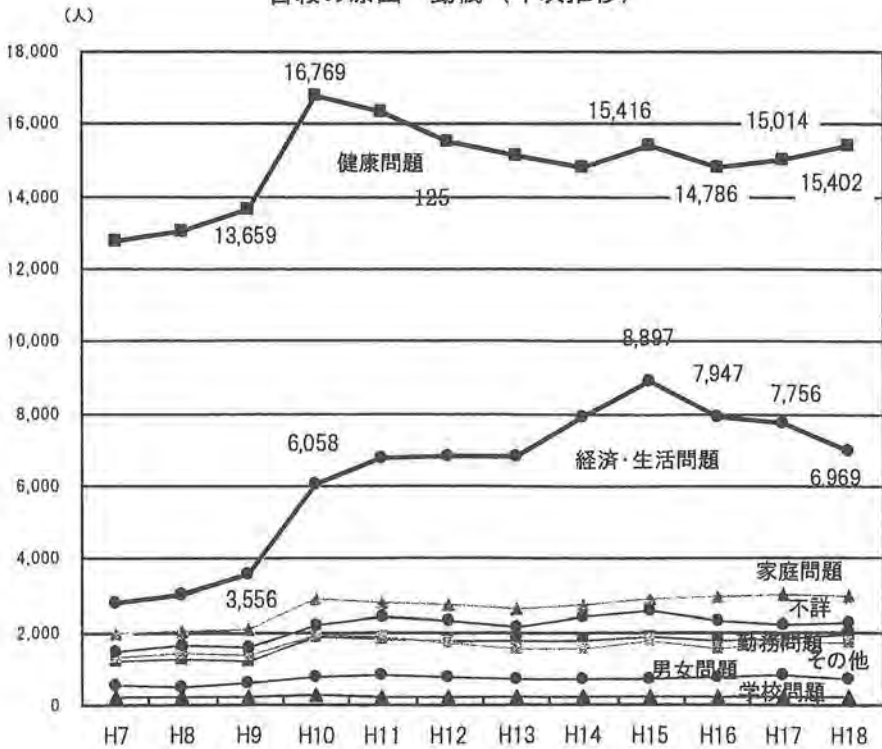


また、自殺の危険性が高いとされている自殺未遂者は、少なくとも自殺者の十倍は存在するとされている。自殺は、本人にとってこの上ない悲劇であるだけでなく、家族や周囲の者に大きな悲しみや困難をもたらし、また、社会全体にとっても大きな損失である。

②自殺の原因

自殺の原因・動機としては、健康問題が最も多く、経済・生活問題、家庭問題がこれに続く（警察庁「自殺の概要資料」）。人が自殺に至るまでには、さまざまな背景と複雑な心理的過程があるとされる。

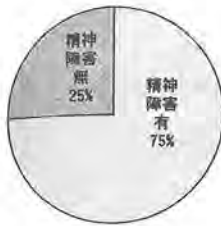
自殺の原因・動機（年次推移）



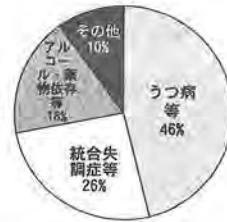
③自殺の背景としての精神疾患

生命的危険性の高い手段により自殺を図ったものの、幸い救命された者について、うつ病、統合失調症及び近縁疾患、アルコールや薬物による精神や行動の障害等の精神疾患を有する者の割合が75%で、うちうつ病の割合が46%と報告されており（出典；自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討— 飛鳥井望（精神神経誌 96：415—443, 1994）、自殺は、精神疾患と強い相関関係があることが示唆されている。

自殺の背景としての精神疾患



自殺企図者の
75%に精神障害



精神障害の約半数が
うつ病等



うつ患者は急増中。しかし、4人に3人は医療機関で治療を受けていない

自殺の危険因子としての精神障害
—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—
飛鳥井望（精神神経誌 96：415—443，1994）

心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 主任研究者 川上憲人
（平成14年度厚生労働科学特別研究事業）

このように、自殺の背景は、健康問題、経済・生活問題、家庭問題、精神疾患の他、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化など様々な社会的要因が複雑に関係しているとされており、自殺予防対策を推進していくに当たっては、多角的な検討と包括的な対策が必要になる。

(2) 我が国における自殺予防対策

①これまでの経緯

厚生労働省は、平成10年に自殺者が急増しその後も減少しないことから、平成13年度予算において、自殺予防対策は喫緊の課題であると、自殺予防対策として、

- a) 有識者による自殺防止対策の懇談会の開催
- b) 相談体制等の整備
- c) 自殺防止の普及啓発
- d) 研究の推進

のための経費を初めて、総額約3億5,000万円計上した。平成19年度は総額約9

億8,000万円となっている。

平成14年2月には、自殺予防についての基本的な考え方の提言を行うことを目的とする「自殺防止対策有識者懇談会」を開催し、同年12月に「自殺予防に向けての提言」を取りまとめた。この提言では、多角的な検討と包括的な自殺予防活動の必要性が指摘され、具体的な自殺予防対策として、

- a) 自殺の実態把握
- b) 心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発
- c) 危機介入として、早急にうつ病等への対策の充実に取り組むべきこと等
- d) 事後対策として、自殺未遂者や自殺者の遺族等に対する相談・支援の必要性

などが、指摘された。この中で、効果が期待でき早急に取り組むべき課題としてうつ病等への対策の充実が指摘されたため、厚生労働省は自殺対策としてうつ病等の対策の充実を行ってきた。

この一環として、「地域におけるうつ対策検討会」(平成15年8月～16年1月)において「うつ対策推進方策マニュアル」、「うつ対応マニュアル」を作成し、都道府県、全国市町村、保健所等に送付し活用を促しているところである。

また、同時期、「こころの健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」(平成15年10月～16年3月)において、国民の間では、自殺に関連しうる精神疾患の基本的な認識は未だ不十分であるとし、普及啓発を目的とした「こころの健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」を作成しその中で、「こころのバリアフリー宣言」を行っている。

こうした中、平成17年7月19日参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。この前文で自殺を「個人の問題に帰することなく社会に関わる問題」と位置づけた上で、個人を対象とした精神医学的観点からの対策では不十分であると指摘され、関係省庁が一体となって総合的な対策を推進すること、自殺予防総合対策センター

の設置を求めるなど5項目に及ぶ自殺総合対策についての施策提言がなされている。

これをうけ、平成17年9月に内閣官房副長官の下に局長級の自殺対策関係省庁連絡会議が設置され、平成17年12月26日に、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が取りまとめられた。

この「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」の中で、自殺の実態分析の推進、自殺予防に関する正しい理解の普及・啓発、ライフステージ別の相談体制の充実、地域における相談体制の充実、相談員の育成支援、インターネット上の有害サイト対策、鉄道駅のホームドア・ホーム柵の整備促進、自殺未遂者・自殺者遺族のケアなどを行うこととしている。また、各都道府県において自殺問題を担当する部署を明確化するとともに自殺対策連絡協議会の設置を促しており、自殺対策活動を行っている公的機関・民間団体等の確かな連携体制の確立を促すこととしている。これらの施策を講ずることにより、今後10年間で自殺者数を平成10年の急増以前の水準に戻すこととしている。

政府の自殺予防対策が取りまとめられたことを受け、厚生労働省は平成18年3月に都道府県・政令指定都市に対して、障害保健福祉部長より「自殺予防に向けての総合的な対策の推進について」を通知し、各自治体に対して自殺対策連絡協議会の設置、相談体制の充実、情報発信・普及啓発等のお願いをしている。

さらに、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図ることを目的とする自殺対策基本法が超党派の議員立法で提出され全会一致で平成18年6月に成立し、同年10月に施行となった。

その後、平成18年10月には、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するため、国立精神・神経センター精神保健研究所内に自殺予防総合対策センターが設置され、平成19年4月には、内閣府が中心となり、国、地方公共団体、民間団体等の相互の連携の下、自殺総合対策を推進することを明らかにするた

め、内閣府に自殺対策推進室が設置された。

自殺対策基本法では、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱を定めることとされていたが、内閣府において開催された「自殺総合対策の在り方検討会」及び政府の「自殺総合対策会議」での意見を踏まえ、「自殺総合対策大綱」が平成19年6月閣議決定された。

(<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/pdf/t.pdf>)

また、自殺対策基本法では、毎年、国会に、我が国における自殺の概要及び政府が講じた自殺対策の儒教に関する報告書を提出することとされており、平成19年11月に第1回の報告がなされ、同年12月に平成19年度自殺対策白書として刊行された。

(<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/index-w.html>)

②自殺総合対策大綱について

自殺総合対策大綱は自殺をめぐる現状、自殺対策の基本認識、自殺対策の基本的考え方、世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向、自殺を予防するための当面の重点施策、自殺対策の数値目標、推進体制等からなっている。

自殺対策大綱の中で、自殺対策については、「自殺は追い込まれた末の死」、「自殺は防ぐことができる」、「自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを発している」の基本認識に基づき、「社会的要因も踏まえ総合的に取り組む」、「国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む」、「自殺の事前予防、危機管理に加え未遂者や遺族等への事後対応に取り組む」、「自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える」、「自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する」、「中長期的視点に立って、継続的に進める」の基本的考え方に則って推進することとしている。

その上で、9つの基本施策に沿って、当面の重点施策を設定し、平成28年までに、平成17年の自殺死亡率を20%以上減少させることを目標と定めている。

自殺総合対策大綱の概要

現状と基本認識

(現状)

- 平成10年に自殺者数が3万人を超え、以降、9年連続で高い水準で推移
- 欧米の先進諸国と比較しても高い水準
- 世代別の自殺の現状
 - ・将来がある子どもの自殺や20代、30代のインターネット自殺が顕著化
 - ・心理的、社会的負担の大きい中高年男性が自殺者急増の主要因
 - ・高齢者は、健康問題に加え、介護、看病疲れも課題

(基本認識)

- ◇自殺は追い込まれた末の死
 - ・多くの自殺は個人の自由な意思や選択の結果ではなく、社会的要因を含む様々な要因が複雑に関連して、心理的に追い込まれた末の死
 - ・自殺者の多くは、自殺の直前につづ病等の精神疾患に罹患
- ◇自殺は防ぐことができる
 - ・制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的な取組とつづ病等の精神疾患に対する適切な治療により予防が可能
- ◇自殺を考えている人はサインを発している
 - ・家族や同僚の気づきを自殺予防につなげていくことが課題

基本的考え方

- 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
 - ・働き方の見直しや再チャレンジが可能な社会の構築、失業、多重債務等の相談支援体制の整備
 - ・うつ病の早期発見、早期治療
 - ・命の大切さの理解を深めるとともに、自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取組
 - ・マスメディアの自主的な取組への期待

- 国民一人ひとりが自殺予防の主演となるよう取り組む

- 自殺の事前予防、危機対応に加え、未遂者や遺族等への事後対応に取り組む

- 関係者が連携して包括的に支える

- 実態解明を進める
- 当面、これまでの知見に基づき施策を展開

- 中長期的視点に立って、継続的に進める

当面の重点施策

- 自殺の実態を明らかにする
- 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
- 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
- 心の健康づくりを進める
- 適切な精神科医療を受けられるようにする
- 社会的な取組で自殺を防ぐ
- 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ
- 遺された人の苦痛を和らげる
- 民間団体との連携を強化する

自殺対策の数値目標

- 平成28年までに、自殺率を20%以上減少
- なお、一人でも多くの自殺を考えている人を救うため、早期の目標達成に努力
- 目標達成の場合、見直し期間にかかわらず数値目標を見直す

推進体制等

- 国、地方それぞれに関係行政機関、民間団体等相互の緊密な連携・協力
- 評価見直しへの民間有識者の関与
- 5年後を目途に見直し

当面の重点施策のうち、厚生労働省関係のものは下図中の太字下線部で示したものである。

自殺を予防するための当面の重点施策

自殺の実態を明らかにする

- 実態解明のための調査の実施
- 情報提供体制の充実
- 自殺未遂者、遺族等の実態解明及び支援方策についての調査の推進
- 児童生徒の自殺予防についての調査の推進
- うつ病等の精神疾患の病態解明及び診断・治療技術の開発
- 既存資料の利活用の促進

国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

- 自殺予防週間の設定と啓発事業の実施
- 児童生徒の自殺予防に資する教育の実施
- うつ病についての普及啓発の推進

早期対応の中心的役割を果たす人材(ゲートキーパー)を養成する

- かかりつけの医師等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上
- 地域に対しての普及啓発の実施
- 救急保険スタッフや警察保険スタッフの資質の向上
- 不慮な死傷事故等に対する情報の収集
- 若年層・高齢者層への関係者の養成
- 地域でのリーダー養成研修の実施
- 社会的な取組に関する相談員の資質の向上
- 遺族等に対する公益通報の職員員の資質の向上
- 自治体の関係者
- 自殺対策推進者への心のケアの推進

心の健康づくりを進める

- 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- 施設における心の健康づくり推進体制の整備
- 学校における心の健康づくり推進体制の整備

適切な精神科医療を受けられるようにする

- 精神科医をサポートする人材の養成など精神科医療体制の充実
- うつ病の受診率の向上
- 子どもの心の診療体制の整備の推進
- うつ病スクリーニングの実施
- 慢性疾患患者等に対する支援

社会的な取組で自殺を防ぐ

- 地域における相談体制の充実
- 多重債務の相談窓口の整備とヒューマンサポートの充実
- 失業者等に対する相談窓口の充実等
- 経営者に対する相談事業の実施等
- 法的問題解決のための情報提供の充実
- 危険な場所、薬品等の規制等
- インターネット上の自殺予言事業への対応等
- 介護者への支援の充実
- いじめを苦にした子どもの自殺の予防
- 報道機関に対する記者団の地域への呼びかけの開始

自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

- 救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実
- 家族等の身近な人の見守りに対する支援

遺された人の苦痛を和らげる

- 自殺者の遺族のための自助グループの運営支援
- 学校、職場での事後対応の促進
- 遺族のためのパンフレットの作成・配布の促進
- 自殺遺児へのケアの充実

民間団体との連携を強化する

- 民間団体の人材育成に対する支援
- 地域における連携体制の確立
- 民間団体の電話相談事業に対する支援
- 民間団体の先駆的・試行的取組に対する支援

太字下線部は厚生労働行政にかかる部分

③平成19年度の厚生労働省における主な取り組み

a) 自殺問題に関する総合的な調査研究等の推進

自殺の背景は複雑であり、本人に属する要因（性格、年齢、疾患、職業等）、本人と家族や周囲の者との関係、本人を取り巻く環境が複合的に関係していると考えられる。このため、自殺の実態を正確かつ継続的に把握するための調査研究が必要である。平成19年度には、厚生労働省では、自殺と関連があるといわれる精神疾患に関する研究、自殺未遂者・自殺者遺族等のケアに関する研究、心理学的剖検に関する研究、地域における一般診療科と精神科の連携によるうつ病／自殺ハイリスク者の発見と支援に関する研究を行っている。また、平成17年度より「自殺対策のための戦略研究」を行っている。この「戦略研究」は

○地域の自殺率を20%減少させるための介入方法を開発するための「地域特性に応じた自殺予防地域介入研究」

○自殺未遂者の再企図率を30%減少させるための「自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果 ～多施設共同による無作為化比較試験」

の二つから成っている。

b) 地域での効果的な自殺対策の連携と事業主の取組の支援

○ 地域自殺対策推進事業

自殺対策について先進的な取組を実施しようとしている地区を選定し、それぞれの地域の実情等に応じた自殺対策を実施し、検証することにより、効果的な自殺対策を全国に普及させる。

○ 職域におけるメンタルヘルス対策の推進

職場におけるメンタルヘルス対策に関するパンフレットの作成や事業場からの求めに応じて職場におけるメンタルヘルス対策に関する専門家の派遣を実施したり、メンタルヘルス不調により休業している労働者の円滑な職場復帰を図るため、事業場に医師等の専門家を派遣して職場

復帰支援プログラムの策定等に関する支援を行う。

c) 自殺予防に向けた相談体制の充実と人材育成

保健所や精神保健福祉センター等の公的機関において、心の健康問題についての相談事業を行っている。また、メンタルヘルス相談実施体制の整備として、地域産業保健センターにおいて、保健所等地域の保健機関と協力し、労働者及びその家族を対象としたセミナーや相談会を実施している。

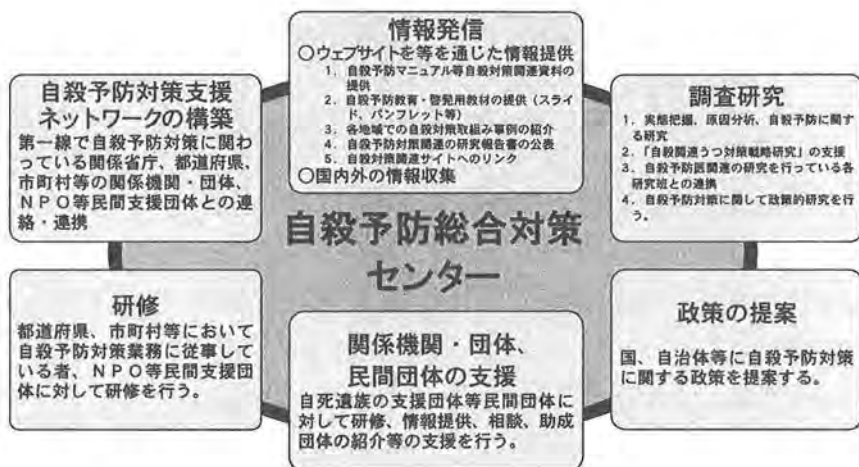
また相談事業の他、「いのちの電話（いのちの電話連盟ホームページ <http://www.find-j.jp/>）」等、自殺を考えている人が24時間相談できる、専用の電話相談を行っている。自殺を考えている人を思いとどまらせ、さらに、関係機関を適切に紹介することにより、自殺予防に寄与している。

d) 自殺予防総合対策センター

自殺予防総合対策センターは、情報の収集、発信、調査研究の支援、対策支援ネットワークの構築、関係団体等への支援、研修、政策の提案を行うことを目的としている。

このうち、研修事業については、従来から行われている地域の精神保健福祉従事者を対象とした研修に加え、平成19年度には、保健所、精神保健福祉センター等において、相談業務に関わっている相談員の資質の向上のための研修を新たに実施した。

自殺予防総合対策センター



e) 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会

また、厚生労働省では、平成18年12月より、自殺未遂者が自殺再企図しないために必要な支援、自殺者親族等に及ぼす心理的影響等を緩和するために必要な支援、これらの支援を行うに当たってのガイドラインを種々の主体が作成するための指針等について検討し、平成20年3月28日に報告書を取りまとめた。

2. 老人性認知症疾患対策

(1) 認知症の疫学調査、将来推計

(7) 認知症高齢者の推計

要介護認定データを基に推計した我が国の認知症高齢者数の症例見直し（高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」）によると、2002年9月現在、介護保健の要支援・要介護認定を受けている314万人のうち、何らかの支援や介護を必要とする認知症の高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のⅡ以上に相当）は149万人に上る。更に、高齢者全体に占める後期高齢者の割合が増加することから、何らかの支援や介護を必要とする認知症の高齢者の数も増加の一途をたどることになる。いわゆる団塊の世代が全て65歳以上の高齢期に到達する2015年頃には380万人に達するものと見込まれる。増え続ける認知症の高齢者の暮らしをどのように支えていけばよいのかは、日本が乗り越えなければならない最重要課題の1つである。

(4) 初老期における認知症の疫学

初老期における認知症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歳未満の認知症疾患患者数は5万～10万人程度と推定される。若年発症例においては経過が急速であることが多く、またPick病のように特徴的な精神症状・行動異常を伴う例も存在するといった病状面での問題の他に、社会的損失や家族・介護者の経済的負担の問題、医療・介護サービスにおいて受け入れ環境が整っていないなど、多くの解決しなくてはならない問題がある。

(2) 認知症（痴呆）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）、精神科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、老人性認知症患者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、認知症の概念、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、精神科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、その他の基礎整備(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、今日の老人性認知症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、認知症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、充実が図られた。

また、平成5年11月からは、認知症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歳未満の認知症の問題について、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か年戦略（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。

平成11年12月には、我が国の高齢化率が世界最高水準に達することが予想されるとともに、平成12年度から介護保険法が施行されることなどから、高齢者保健福祉施策の一層の充実を図るため、介護サービス基盤の整備を含む総合的なプラン（ゴールドプラン21）を策定した。

平成15年3月、厚生労働省老健局内に高齢者介護研究会が設置され、当研究会委員により高齢者介護のあり方などについて検討がなされ、平成15年6月に報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」がまとめられ、その中では、認知症高齢者ケアが高齢者介護の中心的な課題であるとの提言がなされ、認知症高齢者ケアを中心とした新しいケアモデルを確

立するための課題が示された。

平成17年6月には、「痴呆」という用語を「認知症」に改めることや認知症高齢者等を身近な地域で支えるための新たなサービス体系の確立等を内容とする介護保険法の改正が行われ、平成18年4月より本格施行された。

(3) 老人性認知症疾患対策

(7) 相談事業

認知症の相談窓口は、医療・保健関係、介護・福祉関係等に分けられる。医療・保健関係では、精神保健福祉センター、保健所における相談事業や、老人性認知症疾患センターがあり、保健師、精神保健福祉士等の専門スタッフが相談に応じ、関係機関とも連携する体制がある。介護・福祉関係では、市町村に設置される地域包括支援センターに、地域を核とした支援体制の強化の期待が寄せられている。

(4) 専門医療

① 老人性認知症疾患センター

この事業は、都道府県が、保健医療・福祉機関等と連携を図りながら、老人性認知症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、地域の老人性認知症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しています。

② 老人性認知症疾患治療病棟

- ・ 精神症状や問題行動（認知症に伴う行動と心理症状）が特に著しい認知症で、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期間は、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 重度認知症患者デイ・ケア

- ・ 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症である老人の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、患者1人当たり1日につき6時間以上行った場合に、1日につき1,000点算定できる。
- ・ 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師」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師、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。

④ 精神病床における重度認知症加算

- ・ 精神病棟入院基本料を算定している病棟において、重度認知症加算として、1日につき100点を所定点数に加算できる。

3. アルコール関連問題対策

アルコール関連問題とは、アルコールの有害な使用により生じた害全般のことを指し、疾患だけでなく、飲酒運転や労働生産性の低下などの社会問題も含む概念である。アルコール関連問題は、アルコール消費量と密接な関連が見られる。課税数量から推測されるわが国のアルコール消費量は、戦後一貫して増大傾向であったが、ここ数年間でようやく停滞～減少傾向となった。しかし平成16年の段階でも成人人口一人あたり年間8.2リットル（アルコール分100%換算）であり、様々な飲酒問題が見られる。

(1) アルコールの疫学

わが国でのアルコール関連問題は従来中年男性が中心であった。しかし、近年、女性の飲酒習慣の定着化にともなう女性アルコール依存症者の増加や高齢者の飲酒問題など新たなアルコール関連問題が出現している。

一般成人人口における飲酒パターンおよびアルコール関連問題の実態に関しては、平成15年度厚生労働科学研究「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」研究班（主任研究者：樋口進久里浜アルコール症センター副院長）が全国調査を実施した結果から、有害な使用に該当するものが男性の4.8%、女性の0.5%（この場合アルコール依存症を含む）、うちアルコール依存症が、それぞれ1.9%、0.1%であり、81万人となっていることが報告されている。一方、厚生労働省の患者調査では、「アルコールによる精神・行動の障害」の総患者数は約5万人前後で推移しており（表3）、調査が1年間のある時点での受療者の数であることを考慮しても未治療の患者が多く存在することを示唆している。

また、飲酒は、周囲の人々に対しても、時に酩酊時の暴言や暴力、セクシャルハラスメントなどさまざまな悪影響を及ぼす。日本では伝統的に酩酊時の問題行動に関して寛容であるが、前記調査では飲酒による被害者の数が、3040万人に上ると推測されている。

未成年者の飲酒に関しては、平成8年度厚生労働科学研究「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),平成12年度厚生労働科学研究「未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する実態調査」研究班(主任研究者:上畑鉄之丞澄国立公衆衛生院疫学次長),平成16年度厚生労働科学研究「未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する実態調査」研究班(主任研究者:林謙治国立保健医療科学院次長)で全国の学校を対象に継続的に調査が行われている。それによると,月飲酒者率(この30日間に1日でも飲酒した者の割合)に関しては,中・高生では,すべての学年・性別で減少傾向にあることが報告されている(表4)。原因としては,親などの飲酒率の減少,友人のネットワークの縮小,喫煙率の減少に伴うもの,学校や自治体の対策の効果,携帯電話への支出のシフトなどが仮説として考えられている。

表1 アルコール消費量と飲酒習慣者数の推移

年	飲酒習慣者の年次推移 (男性)(%)	飲酒習慣者の年次推移 (女性)(%)	酒類のアルコール分100度換算課税数量合計	人口1人当たり酒類のアルコール分100度換算課税数量	成人人口1人当たり酒類のアルコール分100度換算課税数量
昭和40年			373,372	3.80	6.00
昭和45年			516,752	4.98	7.40
昭和50年			629,682	5.63	8.20
昭和55年			682,761	5.83	8.40
昭和60年			753,838	6.23	8.76
昭和61年	51.4	5.3	762,005	6.26	8.79
昭和62年	50.8	5.9	780,060	6.38	8.88
昭和63年	53.4	6.3	813,164	6.62	9.15
元年	51.5	6.3	773,795	6.28	8.59
2年	52.1	6.1	837,107	6.77	9.19
3年	48.5	6.5	820,673	6.62	8.90
4年	50.4	6.7	833,435	6.70	8.92
5年	46.3	5.8	868,846	6.96	9.18
6年	43.6	6.0	849,753	6.95	9.07
7年	54.4	7.4	862,135	6.87	8.89
8年	52.5	7.6	880,776	7.03	9.00
9年	51.6	8.8	869,889	6.93	8.82
10年	52.2	9.4	868,958	6.90	8.73
11年	52.7	8.1	880,197	6.98	8.80
12年	50.8	9.0	861,731	6.82	8.56
13年	53.3	9.1	871,538	6.89	8.61
14年	49.0	8.5	856,615	6.76	8.42
15年	42.9	9.3	857,522	6.72	8.35
16年	38.2	7.1	846,660	6.63	8.20

注1) 単位：飲酒習慣の年次推移は%，酒類のアルコール分100度換算課税数量はキロリットル，人口・成人1人当たりアルコール分100度換算課税数量はリットル/年。

注2) 飲酒習慣の年次推移は，厚生労働省栄養調査に基づき作成。昭和61年以前は栄養調査での飲酒習慣の調査は行われていない。また平成15年以降の値に関しては習慣飲酒の質問形式が変わったため，それ以前の値との単純な比較はできない。

注3) 酒類のアルコール分100度換算課税数量，人口・成人1人当たりアルコール分100度換算課税数量は国税庁調べに基づき作成。

表2 各国別人口1人あたりアルコール飲料消費数量の推移(アルコール分100%換算)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ドイツ	11.0	10.8	10.6	10.6	10.5	10.4	10.4	10.2
フランス	11.2	10.9	10.8	10.7	10.5	10.5	10.3	9.3
米国	6.6	6.6	6.5	6.7	6.7	6.8	6.7	6.8
南アフリカ	4.9	4.8	4.8	5.0	4.7	4.8	4.7	4.6
タイ	4.5	4.4	4.3	3.9	4.4	4.5	4.3	4.3
ブラジル	4.1	4.1	4.0	4.2	4.5	4.1	4.2	4.2
中国	3.7	3.8	3.7	3.8	4.0	3.9	3.9	4.0

資料：国税庁「酒のしおり」。単位リットル/年

表3 「アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害」総患者数推移

	総数	男性	女性
平成8年	5.5万人	5.0万人	0.5万人
平成11年	4.4万人	3.9万人	0.5万人
平成14年	4.9万人	4.3万人	0.6万人
平成17年	5.1万人	4.4万人	0.7万人

資料：厚生労働省患者調査

表4 学年別月飲酒者率推移(%)

		1996	2000	2004			1996	2000	2004
男	中学1年	26.0	24.5	16.5	女	中学1年	22.2	22.8	17.4
	中学2年	30.4	29.1	21.6		中学2年	24.6	26.7	20.8
	中学3年	32.1	33.1	23.6		中学3年	25.4	26.9	21.6
	高校1年	43.9	43.3	30.5		高校1年	34.9	38.8	30.1
	高校2年	52.5	50.1	37.2		高校2年	43.3	42.5	35.3
	高校3年	54.9	53.4	41.5		高校3年	43.4	45.2	37.4

(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

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わ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5）と推定されており、そのうち8割以上は欠勤や生産性低下、事件・犯罪に関わる費用など医療以外の部分が占めており、社会問題としてのアルコール関連問題の大きさを示している。

(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。特に消化器疾患との関わりは深く、消化器疾患の医療費の約34%を占めていると推定されている。それ以外にも糖尿病などの代謝性疾患の18.9%、感染症の16.4%が飲酒に起因し、その他の医療費も含めると、国民医療費全体の6.9%（1987年）がアルコール関連と推定されている。（表6）

表5 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6 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	1,095.7

資料：我が国のアルコール関連問題の現状

(イ) アルコールに起因する精神障害

アルコールは脳への作用があり、多幸感や、入眠の助けなどの好ましい作用をもつ一方で、依存性薬物としての性質、すなわち精神毒性や、身体依存（離脱症状）、精神依存、耐性などの性質もあり、さまざまな障害を引き起こす。

精神毒性とは、薬物のもつ中枢神経系への毒性を意味し、認知症や幻覚・妄想などを引き起こす作用のことである。また、身体依存は、俗に禁断症状といわれる離脱症状と密接にかかわりがあり、身体依存が形成されると離脱症状が出現する。またそれ以外にも、慢性反復使用による耐性とよばれる薬理効果（酩酊感）が減弱する性質も有しており、多量飲酒の原因のひとつとなっている。

a アルコール依存症

アルコール依存症とはアルコールに対するコントロール喪失を来たした状態であり、多くは長年にわたる多量飲酒の結果として生じる。診断には世界保健機関が作成したICD-10の依存症候群の診断基準を用いる（表7）。

表7 ICD-10による「依存症候群」の診断ガイドライン（概要）

依存症の診断基準確定診断は、通常過去の1年間のある期間、次の項目のうち3つ以上がともに存在した場合にのみくだすべきである。

- (A) 物質を摂取したいという強い欲望あるいは強迫感。
- (B) 物質使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、その物質摂取行動を統制することが困難。
- (C) 物質使用を中止もしくは減量したときの生理学的離脱状態。その物質に特徴的な離脱症候群の出現や、離脱症状を軽減するか避ける意図で同じ物質（もしくは近縁の物質）を使用することが証拠となる。
- (D) はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果をj得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠。
- (E) 精神作用物質使用のために、それにかわる楽しみや興味を次第に無視するようになり、その物質を摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する。
- (F) 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、いぜんとして物質を使用する。たとえば、過度の飲酒による肝臓障害、ある期間物質を大量使用した結果としての抑うつ気分状態、薬物に関連した認知機能の障害などの害、使用者がその害の性質と大きさに実際気づいていることを（予測にしろ）確定するよう努力しなければならない。

b アルコールの有害な使用

有害な使用とは、飲酒者自身の健康に害を及ぼす飲酒パターンのなかで、依存症をのぞいたものを指す。通常はアルコール依存症より症状が少なく、重症度が低い。

c 急性アルコール中毒

中毒とは、生理学的には物質摂取後の生理学的・心理学的変化全般を指すが、臨床的には、急性アルコール中毒とは酪酊により生命が危険

にさらされた状態の事を指す。日本では、東京都だけでも毎年1万人以上が救急搬送されており、10代、20代の若者で約半数を占める。特に、花見や歓迎会のある4月、夏休み前の7月、忘年会シーズンの12月に多く発生する傾向がある。

d アルコールに関連したその他の精神障害

うつや認知症といった精神疾患の発症や増悪にもアルコールは関わっている。

(ウ) アルコールに起因する社会的問題

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。特に若年者では、飲酒と事件・事故の関係性が高い。

(3) アルコール関連問題対策

アルコール関連問題対策は、アルコール依存症のように専門医療機関での対策が必要となることもあるが、基本的に地域や教育現場での予防活動が中心となる。予防活動の基本方針となっているのが平成12年に厚生労働省で定められた「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」である。

健康日本21でのアルコール分野の目標

1. 1日に平均純アルコールで60gを超え多量に飲酒する人の減少
2. 未成年者の飲酒をなくす
3. 「節度ある適度な飲酒」としては、1日平均純アルコールで約20g程度である旨の知識を普及する。

(ア) 1次予防

病気の原因をもとから絶つ1次予防は3つに分けられる。第一には、個人の生活スタイルの改善を通じた健康増進、第二に環境における危険

因子の削減を目指す健康保護、第三に病気の発生の予防を目指す疾病予防である。各個人への働きかけは、生活スタイルの改善を図る健康増進が中心となる。例として、未成年者への学校でのアルコール教育、一般成人への地域や企業を通じた啓発活動がある。健康日本21の「節度ある適度な飲酒」も、これに該当するが、飲酒習慣のない人やアルコール依存症者に飲酒を奨励するものではない。

また、環境における危険因子を削減するという健康保護の対策として、未成年者が酒類を入手しづらくするような環境作りや、飲酒を強要するような社会環境を変えていくことも重要である。

(イ) 2次予防

病気の早期発見、早期治療である。アルコール関連問題ではアルコール依存症まで至っていない問題飲酒者がその対象となる。アルコール関連問題の特徴としては、問題が深刻化するに従って本人の問題を否認する傾向が強まり、治療導入が困難となることが挙げられる。そのため、早期発見、早期介入は他の疾患にもまして重要であり、医療機関や地域、企業でのネットワークが必要となってくる。

(ウ) 3次予防

アルコール依存症になると飲酒コントロールが回復することはない。そのためアルコール依存症者に対しては、飲酒コントロールの回復ではなく、飲酒コントロールを喪失した状態での飲酒問題の再燃・悪化防止と社会復帰が目標となり、断酒による3次予防が中心となってくる。断酒導入には入院治療が必要となることが多い。入院治療は、3ヶ月を基本とし、通常は、急性期のアルコール離脱管理と内科的検査、治療を中心とするⅠ期治療（通常は約1ヶ月）、その後の再飲酒防止のためのリハビリテーションプログラムを中心とするⅡ期治療（通常は約2ヶ月）に分けて行われる。Ⅱ期治療のプログラムとしては、集団治療、作業療法、AAや断酒会など自助グループへの参加などがあり、病識を深め断酒へ

の動機付けを強化していく。これらの治療法は、昭和38年にわが国で最初のアルコール専門病院として設立された久里浜病院（現国立病院機構独立行政法人久里浜アルコール症センター）で確立され、研修会などを通して全国に広まり、現在でもアルコール依存症治療の主流となっている。最近では、それに加え認知行動療法や外来での断酒導入なども新たな治療も行われるようになってきている。またアルコール依存症は再発の多い疾患（1年断酒率は約3割）であることから、一旦断酒した後も、通院、抗酒剤服用、自助グループへの参加といった治療的取組を継続することが必要である。

（4）アルコール依存症の研修

現在わ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、厚生労働省精神・障害保健課が実施主体となり久里浜アルコール症センターにおいて「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、看護師、保健師、精神保健福祉士等を対象とし、春と秋の年2回実施され、平成19年12月までに合計5,086人が修了している。

4. 薬物乱用防止対策

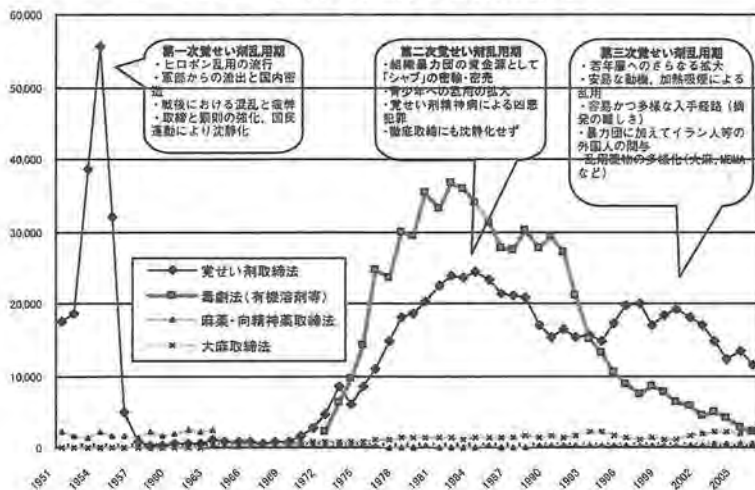
(1) 薬物乱用の現状と対策

近年、我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り、特に覚せい剤乱用は依然として大きな社会問題である。

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。さらに最近では、MDMA等錠剤型麻薬や大麻の乱用が拡大するとともに、違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）乱用も問題となるなど、乱用薬物の多様化がみられる。

昭和20年代の第一次覚せい剤乱用期から現在に至るまでの薬物事犯検挙人員の推移を図1に示す。

図1 薬物事犯検挙者数の推移



(厚生労働省、警察庁、海上保安庁、財務省の統計資料による)

第一次覚せい剤乱用期は昭和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年前後に一応の鎮静化をみた。しかし昭和40年代半ばから再び覚せい剤乱用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「第三次覚せい剤乱用期」への突入が宣言されたが、この第三次乱用期は、①一部外国人による密売の増加、②乱用の中学生・高校生までの浸透、③携帯電話やインターネットなどの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(表1)。

表1 覚せい剤事犯における中学・高校生の検挙者数の推移

区分	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
中学生	19	21	43	39	24	54	45	44	16	7	23	11
高校生	93	220	219	103	81	105	83	66	36	41	55	44
合計	112	241	262	142	105	159	128	110	52	48	78	55

(厚生労働省、警察庁、海上保安庁、財務省の統計資料による)

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り、我が国では後者が主に乱用されている。覚せい剤は、依存形成がきわめて強く、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もたらす。覚せい剤依存の中心は精神依存であり、その強さは、自己コントロールを遥かに凌ぐもので、入手に絡む犯罪と幻覚・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、東京の新宿で始まった若者による接着剤吸入の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、有機溶剤の摂取・吸引等が規制の対象として付け

加えられた。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、低年齢からの有機溶剤吸引によってもたらされる心身にわたる健康被害および心理・社会的障害はきわめて深刻であり、またその後の覚せい剤等の薬物乱用へのつながりも指摘されており、決して予断を許さない。

また最近では、未成年者及び若年層を中心としてMDMA等錠剤型麻薬の乱用が急激に拡大しており、平成18年の麻薬及び向精神薬取締法違反における検挙人員の約70%を占めるなど、検挙者数、押収量ともに増加傾向にある。大麻も、平成15～18年における検挙人員は2,000人を超え、検挙者数、押収量（乾燥大麻・大麻樹脂）ともに高水準にあり、確実に乱用が拡大していると推定される。

これらの規制薬物以外では、向精神薬を中心とする医薬品の乱用も一部に根強くみられている。医療機関からの処方薬としては睡眠薬、抗不安薬が中心だが、メチルフェニデートの乱用・依存例も従来より報告されている。これらの処方薬乱用ではそもそも医原性の要因が強い例が多いが、症状を偽るなどして乱用を目的として複数の医療機関から処方を受ける例もあり、医療機関側の診断技術や乱用・依存問題に関する知識の向上と情報共有等が求められる。このほか、市販薬（OTC）としては鎮咳薬、鎮痛薬、鎮静薬などが乱用されることが多い。

このような覚せい剤等の薬物乱用防止対策においては、児童・青少年を中心に未だ薬物乱用に至っていない若者への薬物乱用防止教育および啓発活動が重要である。同時に、取締りの強化が必要である。しかし、現実には予防教育と取締りの強化だけでは十分とはいえない。次に述べるように、乱用の多くは基礎に依存状態が存在することを考えれば、乱用の反復を阻止するためには、依存症に対する有効な治療プログラムの存在が不可欠である。乱用・依存者の多くが、別の乱用・依存者から誘われて薬物を乱用し始めているという事実を目を向ければ、既存の依存症者に対する治療の対応が、新たな乱用・依存者を減らすことにもつながることが容易に理解される。

(2) 薬物の乱用、依存および中毒

「薬物乱用」とは社会的常識あるいは規範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。これには、違法薬物の使用や、医薬品の非治療的な使用などが含まれる。「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さし、そこでは薬物使用に関するコントロールがすでに失われている。依存は、依存性薬物の反復使用によりもたらされ、すべての依存性薬物は、薬物使用への強い心理的欲求である「精神依存」を引き起こす。「薬物中毒」とは、薬物の摂取によって人体にもたらされる心身の医学的障害で、急性中毒と慢性中毒とがある。急性中毒は、多くは乱用によって薬物の直接的な薬理効果が一過性に発現したもので、意識・認知・情動面等にさまざまな障害が出現する。慢性中毒は、幻覚・妄想状態を中心とする精神病性障害が中心で、中毒性精神病とよばれ、しばしば遷延化する。つまり、急性中毒は乱用の結果生じ、依存は乱用の繰り返しの結果生じる。そして、依存を基盤として乱用をさらに反復することにより、中毒性精神病等の慢性中毒状態が生じる。

初期の乱用に対しては、基本的に刑事司法機関が関与するとともに、乱用予防のためには、薬物乱用防止教育ならびに啓発活動が必要となる。また、急性・慢性中毒は医療の対象である。一方、依存からの回復には、依存者自身の治療への動機づけがまず必要であり、断薬と同時に、薬物使用に関連した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、医療だけでは対処しきれない側面が多々あり、医療、福祉、教育、取り締まり及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、慢性中毒者注) 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「統合失調症、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」と

定義されており、覚せい剤、有機溶剤、向精神薬、アルコール等の精神作用物質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慢性中毒者（依存症者）に対する医療及び保護、福祉について規定している。

イ 麻薬及び向精神薬取締法

この法律で規定される麻薬には、ヘロイン、モルヒネなどのオピエート類のみならず、中枢刺激剤であるコカイン、幻覚作用をもつMDMA、LSD、サイロシピン、トリプタミン類などの多様な物質が含まれる。同法では、「麻薬中毒者（麻薬、大麻及びあへんの慢性中毒の状態にある者）」に対する医療および保護が規定されている点が他の薬物法令と異なる。

精神保健指定医は、麻薬中毒者又はその疑いのある者についての診察と、麻薬中毒の有無および入院措置の必要性についての診断を、都道府県知事より求められることがある。同法施行令によれば、精神保健指定医による「麻薬中毒者」の診断は、「麻薬の施用に起因する身体または精神の異常」と「麻薬に対する精神的身体的依存」の有無に基づいて行われる。麻薬中毒者と診断した医師には、患者の居住地または現在地の都道府県知事への届出義務が課されている。診察の結果、当該受診者が麻薬中毒者であり、その者を入院させなければ精神的身体的依存により麻薬、大麻、あへんの使用を繰り返すおそれが著しいと認められたときは、都道府県知事は麻薬中毒者医療施設（省令で定められる）における入院措置および必要な医療を行うことができる。

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。医師の届出義務についての規定はない。

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。医師の届出義務についての規定はない。

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）（表2，表3）

表2 薬物乱用に誘われたことのある者の割合（％）と推計人数

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	2.00 (208万±46万)	1.72 (181万±44万)	2.87 (306万±57万)	3.87 (416万±57万)	3.03 (328万±51万)	3.14 (342万±53万)
大 麻	1.31 (136万±37万)	1.59 (167万±42万)	1.64 (175万±43万)	2.06 (221万±42万)	1.46 (158万±36万)	2.42 (264万±46万)
覚せい剤	0.66 (69万±26万)	0.41 (43万±21万)	0.95 (101万±33万)	1.10 (118万±31万)	0.93 (101万±29万)	1.02 (111万±30万)
ヘロイン	0.16 (17万±13万)	0.20 (21万±15万)	0.20 (21万±15万)	0.24 (26万±15万)	0.18 (20万±13万)	0.18 (20万±13万)
コカイン	0.22 (23万±15万)	0.11 (12万±11万)	0.47 (50万±23万)	0.33 (35万±17万)	0.29 (31万±16万)	0.33 (36万±17万)
L S D	—	—	0.42 (45万±22万)	0.26 (28万±15万)	—	—
MDMA	—	—	—	—	0.34 (37万±17万)	0.17 (19万±12万)
上記いずれか	2.88 (299万±54万)	3.24 (341万±59万)	4.09 (435万±67万)	5.03 (541万±65万)	4.16 (451万±60万)	4.43 (483万±62万)
有機溶剤を 除いたいずれか	1.74 (181万±42万)	2.00 (210万±47万)	2.30 (245万±51万)	2.30 (247万±45万)	2.04 (221万±42万)	2.94 (321万±51万)

(国立精神・神経センター精神保健研究所，薬物依存研究部による)

表3 薬物乱用を経験したことがある者の割合(%)と推計人数

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	1.70 (177万±42万)	1.89 (199万±46万)	1.74 (185万±44万)	1.95 (210万±49万)	1.68 (182万±39万)	1.48 (161万±36万)
大 麻	0.54 (56万±24万)	0.61 (64万±26万)	0.98 (104万±33万)	1.06 (114万±36万)	0.54 (59万±22万)	1.34 (146万±35万)
覚せい剤	0.29 (30万±17万)	0.30 (32万±18万)	0.43 (46万±22万)	0.32 (34万±20万)	0.40 (43万±19万)	0.31 (34万±17万)
ヘロイン	0.03*	0.02*	0.07*	0.05*	0.06*	0.03*
コカイン	0.09*	0.06*	0.16 (17万±14万)	0.14 (15万±13万)	0.10 (11万±9万)	0*
L S D	—	—	0.18 (19万±14万)	0.11 (12万±12万)	—	—
MDMA	—	—	—	—	0.05*	0.10 (11万±10万)
上記いずれか	2.17 (225万±42万)	2.53 (266万±53万)	2.59 (276万±54万)	2.68 (288万±57万)	2.14 (232万±43万)	2.43 (265万±47万)
有機溶剤を 除いたいずれか	0.75 (78万±25万)	0.82 (86万±30万)	1.33 (142万±39万)	1.33 (143万±40万)	0.83 (90万±27万)	1.55 (169万±37万)

(* 統計誤差以内) (国立精神・神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部による)

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) (表4, 表5)

表4 有機溶剤乱用(「シンナー遊び」)に誘われたことのある中学生の割合(%)

	1996	1998	2000	2002	2004	2006
1年生	1.2	0.9	1.2	1.2	1.2	0.9
2年生	1.6	1.7	1.6	1.7	1.3	1.3
3年生	2.2	2.5	2.4	1.9	1.8	1.5
全 体	1.7	1.7	1.8	1.6	1.5	1.2

(国立精神・神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部による)

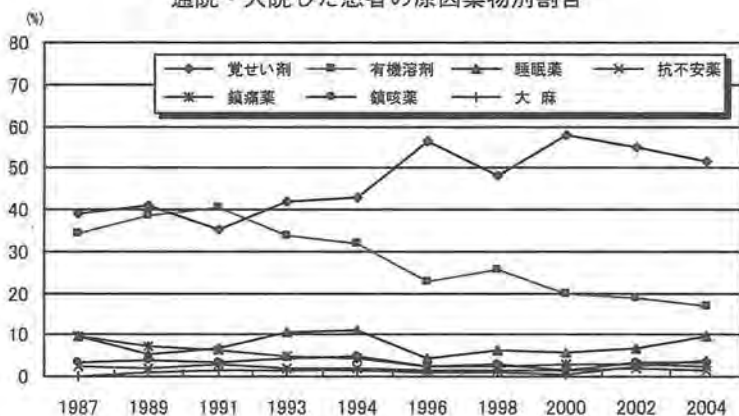
表5 有機溶剤乱用(「シンナー遊び」)を経験したことのある中学生の割合(%)

	1996	1998	2000	2002	2004	2006
1年生	0.9	1.1	1.1	1.2	1.1	0.8
2年生	1.0	1.2	1.2	1.3	1.1	0.8
3年生	1.3	1.7	1.5	1.3	1.3	1.0
全 体	1.1	1.3	1.3	1.2	1.1	0.9

(国立精神・神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部による)

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

図3 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



(国立精神・神経センター精神保健研究所、薬物依存研究部による)

(4) 覚せい剤慢性中毒者に対する医療及び保護

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、麻薬と大麻、あへんの慢性中毒者又はその疑いのある者の措置入院制度が設けられた。

平成11年の精神保健福祉法改正により上記の準用規定が廃止され、「精神作用物質による急性中毒又はその依存症」が同法における本来の精神障害者として位置づけられたため、覚せい剤も他の精神作用物質と同様の扱いとなるに至っている。

(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・依存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

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。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

わが国においては、アルコールを含む薬物関連精神疾患の専門病棟数は81で、病床数の合計は4,336床である（平成16年6月現在）。

全国の精神科医療施設における薬物関連精神障害の実態調査によれば、以下のような点が指摘されている。

- ① 約1/3に矯正施設入所歴がみられ、覚せい剤、有機溶剤症例で特に高い。

- ② 50～60%で非自発的入院が選択されていた。
- ③ 30～40%が「精神病性障害」の診断であり、覚せい剤症例では症状の長期化、遷延化が目立つ。
- ④ 「依存症候群」を主診断とする症例は全体の1/3であるが、医薬品症例では2/3～3/4と高い割合を占める。
- ⑤ 女性症例において「依存症候群」がより重症で、他の精神科的障害や生活史的問題を併存する割合も高い傾向がみられ、より複雑な病像を呈することが示唆される。
- ⑥ 治療としては薬物療法、個人精神療法が中心で、依存症に焦点を当てた治療プログラムの実施、院外の自助グループや民間リハビリ施設との連携が不十分である。

薬物使用による中毒性精神病性障害の治療については、現在の精神医療で概ね対応可能であると考えられるが、多くはその基礎に依存状態が存在する。つまり、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、依存に基づく強い薬物使用欲求（渴望）、精神依存に関連するさまざまな情動障害や行動障害が表面化してくる。一方、依存からの回復は狭義の精神医療的対応のみで完結するものではなく、関係機関とのより緊密な連携とともに、地域の回復資源の整備が求められる。

また、覚せい剤等の規制薬物使用に関連した精神障害への対応において、とくに精神科救急医療の現場を中心として少なからず混乱がみられてきた。刑事司法、精神医療の双方の観点から両者の関係を十分に整理し共有することが、適切な精神医療サービスの提供のために必要である。

エ 自助グループの活動

自助グループとしては、薬物依存症から回復したいと願う依存者たちの活動としてNA（Narcotics Anonymous）があり、全国各地で定期的な匿名ミーティングが開かれている。NAは、北米を中心に世界各国に広がる非営利的で国際的な組織であり、2002年現在で、世界113ヵ国に約20,000の

グループが活動しているとされている。

民間リハビリ施設としては、薬物依存の当事者達の組織としてダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center) がある。ダルクの活動は、昭和60年に東京都内で始まって以来、全国的に展開し、その数は既に40カ所を越えている。通所デイケア、入寮ナイトケアの両方があり、入寮の場合は3ヶ月間を原則としている。各ダルクによってプログラムの内容は多少異なるが、12ステップを基本とし、ダルク内ミーティングと地域でのNA (Narcotics Anonymous) ミーティングへの参加を軸としている。依存者自身が過去の薬物中心の生活を振り返り、現在を見つめ直し、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。一部のダルクでは精神保健福祉施設の認可を受けているものの全般的に財政的に厳しい状況で、ほかにも精神科的合併症の問題や、地域の関連機関との連携などの点で、さまざまな課題を抱えているのが実情である。

(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への対応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。

勧告内容は、

- 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 国公立病院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」（旧五か年戦略。平成10年～14年。）が策定された。そこでは、薬物乱用対策の基本目標と具体的な4つの目標を掲げ、それぞれについての現状と問題点及び対策を示した。

旧五か年戦略に基づく諸施策により一定の成果は現れたものの、青少年の覚せい剤事犯検挙人員の高水準、薬物入手可能性等の社会環境の未改善など、依然として国内外における薬物乱用状況は続いていたことから、「薬物乱用防止五か年戦略」（新五か年戦略。平成15年～19年。）が策定された。新五か年戦略は、旧五か年戦略において残された課題の解決を図るとともに、近年の状況の変化や旧五か年戦略のフォローアップ結果を的確に反映している。新五か年戦略の中では、基本目標と具体的な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、社会復帰の支援によって再乱用を防止するとともに、薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する。」として、以下の対策を講ずることとしている。

- ① 薬物依存・中毒者に対する治療の充実
- ② 薬物依存・中毒者の社会復帰の支援
- ③ 治療、社会復帰支援のための関係機関の連携の強化
- ④ 薬物依存・中毒者の家族に対する支援等

5. 心神喪失者等医療観察法の概要

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（心神喪失者等医療観察法）は、心神喪失等の状態で殺人、放火等の重大な他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定するための手続等を定めるものであり、平成15年7月16日に公布され、平成17年7月15日に施行された。

○ 主な内容

- ① 地方裁判所において、裁判官と精神保健審判員（精神科医）による合議体が、医療的判断と併せて法的判断を行うことにより、個々の対象者に最も適切と考えられる処遇を決定する仕組みを導入する。
- ② 入院による医療を受けることとなった者に対して、一定の施設基準・人員配置基準を満たす指定入院医療機関において、手厚い専門的な医療を実施する。なお、入院・通院にかかる医療費は全額国費により支弁する。
- ③ 退院後についても、対象者の状況に応じて、通院による医療を受けることを義務付けるとともに、保護観察所の社会復帰調整官が観察・指導等を行うことにより、医療の継続・円滑な社会復帰を確保する。
- ④ 全国に所在する保護観察所が、コーディネーターとして指定通院医療機関の管理者や都道府県知事等と協議の上で対象者に関する処遇の実施計画を策定する。対象者が転居しても保護観察所のネットワークにより都道府県を超えた緊密な連携を確保する。
- ⑤ 被害者や遺族に審判手続の傍聴を認め、また、審判の結果を被害者や遺族に通知する仕組みを導入する。

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の概要

1 目的

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する適切な処遇を決定するための手続の定め



- 継続的、かつ、適切な医療
- その確保のために必要な観察及び指導



病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進する

2 入院又は通院の決定手続

殺人、放火等の重大な罪に当たる行為について

- 不起訴（心神喪失又は心神耗弱を認定）
- 心神喪失を理由とする無罪判決
- 心神耗弱により刑を軽減された有罪判決（実刑を除く）



地方裁判所の審判

処遇の要否は、裁判官と精神保健審判員（精神科医）の合議体で、その意見の一致したところにより決定する。精神保健参与員（精神障害者福祉等に関する専門家）の意見を聴く。

- ※ 検察官の申立てにより、審判を開始する。
- ※ 対象者には、弁護士である付添人を付する。
- ※ 不起訴処分を受けた者については、対象行為を行ったこと等、本制度の対象者であることの確認を行う。

※ 鑑定入院命令を発し、専門家である医師が、対象者の精神状態等について鑑定する。

※ 検察官、付添人等は、資料を提出し、意見を陳述する。

※ 保護観察所による生活環境の調査を行うことができる。



処遇の決定

○ 医療を受けさせるために入院をさせる決定（入院決定）

→ 指定入院医療機関における処遇へ

○ 入院によらない医療を受けさせる決定（通院決定）

→ 地域社会における処遇へ

※ 決定に不服の場合は、高等裁判所に抗告できる。

3 指定入院医療機関における医療

○ 入院決定を受けた者は、厚生労働省令で定める基準に適合する指定入院医療機関（国公立病院）において、入院による手厚い専門的な医療を受ける。

○ 保護観察所は、入院中の対象者について、退院後の生活環境の調整等を行う。

○ 裁判所は、対象者、保護者又は指定入院医療機関の管理者の申立てによって、退院を許可することができる

→ 地域社会における処遇へ

○ 指定入院医療機関の管理者は、原則として6か月ごとに、裁判所に対し、退院許可の申立て又は入院継続の確認の申立てをしなければならない。

→ 退院許可の決定 地域社会における処遇へ

→ 入院継続の確認の決定

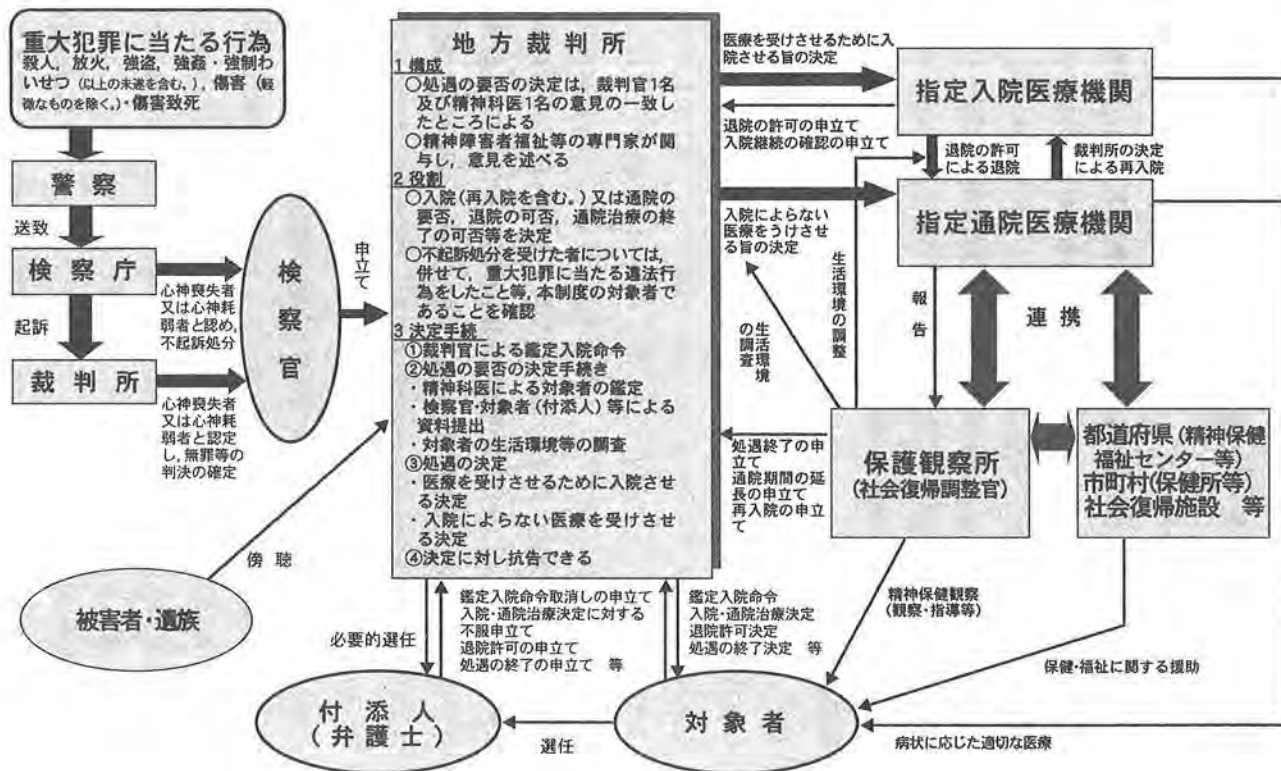
4 地域社会における処遇

○ 通院決定を受けた者及び退院を許可された者は、厚生労働省令で定める基準に適合する指定通院医療機関において通院治療を受けるとともに、保

護観察所（社会復帰調整官）による精神保健観察に服する。

- 保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県知事等と協議の上、処遇に関する実施計画を定める。
- 保護観察所（社会復帰調整官）は、対象者の円滑な社会復帰を図るため、関係機関及び民間団体等との連携の確保に努める。
- 精神保健観察の下での通院治療を行う期間は、3年間とする（裁判所は、通じて2年を超えない範囲で、この期間を延長できる。）。
- 裁判所は、対象者、保護者又は保護観察所の長の申立てによって、精神保健観察の下での通院治療を終了することができる。
- 裁判所は、精神保健観察を受けている者につき、保護観察所の長の申立てにより、（再）入院決定をすることができる。

心神喪失等の常態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の概要



6. 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律

(1) 性同一性障害者とは

性同一性障害とは、生物学的な性と性の自己意識が一致しない疾患であり、性同一性障害を有する者は、諸外国の統計等から、おおよそ男性3万人に1人、女性10万人に1人の割合で存在するといわれているといわれ、我が国では2200～7000人程度存在していると推測されている。(※国際疾病分類(ICD-10)では精神及び行動の障害の1つと位置づけられている。)

国内での診断と治療は、日本精神神経学会がまとめた「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」に基づき、原則的に次のような治療が行われている。

- 精神的サポート
- ホルモン療法
- 乳房切除術
- 性別適合手術

※ 日本精神神経学会がまとめた「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」によると、性同一性障害が自らの心理的な性の変更を希望するケースはほとんどなく、本人が希望しない心理的な性の変更を行う治療は、非倫理的かつ非現実的であり、そもそも、そのような治療は治療として成立しないとされている。

※ 平成18年1月に性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインが第3版に改訂された。改訂第3版ガイドラインでは倫理委員会の個別承認を撤廃し、それに対応すべき医療チームの改組が必要であるとした。また原則的に自己決定と自己責任の理念のもとに性同一性障害の治療を選択できるように変更された。

(2) 性同一性障害特例法の内容

「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」は、議員立法により

第156回通常国会において成立、平成15年7月16日に公布され、平成16年7月16日に施行された。法律の主な内容は以下のとおり。

- 1) 本法律において「性同一性障害者」とは、
 - ① 生物学的には性別が明らかであるにもかかわらず、心理的にはそれとは別の性別（以下「他の性別」という。）であるとの持続的な確信を持ち、かつ、
 - ② 自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有する者であって、
 - ③ そのことについてその診断を的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師の一般に認められている医学的知見に基づき行う診断が一致しているものをいう。
- 2) 家庭裁判所は、以下の①から⑤の要件を満たす性同一性障害者について、その者の請求に基づいて性別の取扱いの変更の審判をすることができる。
 - ① 20歳以上であること。
 - ② 現に婚姻をしていないこと。
 - ③ 現に子がいないこと。
 - ④ 生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること。
 - ⑤ その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていること。
- 3) 2) の請求をするには、性同一性障害者に係る1) の診断の結果並びに治療の経過及び結果その他の厚生労働省令で定める事項が記載された医師の診断書を提出しなければならない。
- 4) 性別の取扱いの変更の審判を受けた者は、民法（明治29年法律第89号）その他の法令の規定の適用については、法律に別段の定めがある場合を除き、その性別につき他の性別に変わったものとみなす。

(3) 厚生労働省令

上記(2) 3) の厚生労働省令（「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する

る法律第三条第二項に規定する医師の診断書の記載事項を定める省令」(平成十六年省令第九十九号))に定める医師の診断書の記載事項については以下のとおり。

- ① 住所、氏名及び生年月日
- ② 生物学的な性別及びその判定の根拠
- ③ 家庭環境、生活歴及び現病歴
- ④ 生物学的な性別としての社会的な適合状況
- ⑤ 心理的には生物学的な性別とは別の性別（以下「他の性別」という。）であるとの持続的な確信を持ち、かつ、自己を身体的及び社会的に他の性別に適合させようとする意思を有すること並びにその判定の根拠
- ⑥ 医療機関における受診歴並びに治療の経過及び結果
- ⑦ 他の性別としての身体的及び社会的な適合状況
- ⑧ 診断書の作成年月日
- ⑨ その他参考となる事項

なお、当該診断書の記載例が社団法人日本精神神経学会によってとりまとめられている。

7. 発達障害者への支援

(1) 発達障害者支援法

発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とした発達障害者支援法（平成16年法律第167号）は平成16年12月3日に成立し、平成16年12月10日に公布、平成17年4月1日に施行された。

○主な内容

1) 発達障害の定義

発達障害者支援法における「発達障害」とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」とされている。発達障害の定義が定まったことにより、支援の対象が明確になった。発達障害者支援法の対象となる障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもののうち、ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）における「心理的発達の障害（F80-F89）」および「小児＜児童＞期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（F90-F98）」に含まれる障害の範囲である。一般的には、発達障害には発達期における知的障害、脳性麻痺等の様々な障害が含まれるが、発達障害者支援法は、従来の制度が真正面から対象にして来なかったこれらの障害を対象としていることとなる。

2) ライフステージを通した一貫した支援

発達障害者支援法においては、「国及び地方公共団体は、発達障害児に対し、発達障害の症状の発現後できるだけ早期に、その者の状況に応じて適切に、就学前の発達支援、学校における発達支援その他の発達支援が行われるとともに、発達障害者に対する就労、地域における生活等に関する支援及び発達障害者の家族に対する支援が行われるよう、必要な措置を講じるもの」とされている。

児童の発達障害の早期発見，早期の発達支援，保育，教育，放課後児童健全育成事業（学童保育）の利用，就労支援，地域での生活支援，権利擁護及び家族への支援など，発達障害者のライフステージにおける一貫した支援の流れが明確にされるとともに，これにかかる国や地方公共団体の責務が明らかにされた。

3) 関係機関の連携

発達障害者支援法においては，「国及び地方公共団体は，発達障害者の支援等の施策を講じるに当たっては，医療，保健，福祉，教育及び労働に関する業務を担当する部局の相互の緊密な連携を確保するとともに，犯罪等により発達障害者が被害を受けること等を防止するため，これらの部局と消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関との必要な協体制の整備を行うもの」とされている。発達障害者の地域におけるライフステージを通した一貫した支援を行うために，多岐にわたる関係機関の連携やネットワークを構築して発達障害者への支援体制を構築することが必要である。

4) 発達障害者支援センター等

発達障害者支援法においては，次のような業務を行う発達障害者支援センターを都道府県等が設置できるとされている。

- ① 発達障害の早期発見，早期の発達支援に資するよう，発達障害者及び家族に対し，専門的に，その相談に応じ，又は助言を行うこと
- ② 発達障害者に対し，専門的な発達支援及び就労の支援を行うこと
- ③ 医療，保健，福祉，教育等に関する業務を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者に対し発達障害についての情報提供及び研修を行うこと
- ④ 発達障害に関して，関係機関及び民間団体との連絡調整を行うこと

5) 発達障害の理解の促進

発達障害者支援法においては，発達障害者の福祉についての理解，発達障害者の社会参加への協力が国民の責務とされている。また，国及び地方公共団体は，発達障害に関する国民の理解を深めるため，必要な広報その他の啓発活動

を行うものとされている。

6) 専門家の養成等

発達障害者支援法においては、専門的な医療機関の確保、専門的知識を有する人材の確保、調査研究等が定められており、今後、都道府県等においても専門的知識を有する人材が養成されることが期待される。

また国は、発達障害者の実態の把握に努めるとともに、発達障害の原因の究明、発達障害の診断及び治療、発達支援の方法等に関する必要な調査研究を行うものとされている。

発達障害者支援法のねらいと概要

I ねらい

- 発達障害の定義と発達障害への理解の促進
- 発達障害者に対する生活全般にわたる支援の促進
- 発達障害者支援を担当する部局相互の緊密な連携の確保

II 概要

定義：発達障害＝広汎性発達障害（自閉症等）、学習障害、注意欠陥・多動性障害等、通常低年齢で発現する脳機能の障害

就学前(乳幼児期)	就学中(学童期等)	就学後(青年期)
<ul style="list-style-type: none">○早期の発達支援○乳幼児健診等による早期発見	<ul style="list-style-type: none">○就学時健康診断における発見○適切な教育的支援・支援体制の整備○放課後児童健全育成事業の利用○専門的発達支援	<ul style="list-style-type: none">○発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保○地域での生活支援○発達障害者の権利擁護
発達障害者支援センター 専門的な医療機関の確保（都道府県）		
専門的知識を有する人材確保 調査研究（国）		

(2) 発達障害者支援の推進について

厚生労働省における発達障害者支援施策は次のとおりである。

1) 発達障害対策戦略推進本部

発達障害者の乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援を推進するため、平成18年6月、厚生労働省に発達障害対策戦略推進本部が設置された。厚生労働事務次官を本部長、医療施策、保健施策、福祉施策、

就労施策等の担当者を本部員としており、制度横断的な関連施策の調整及び推進を図ることとしている。

2) 発達障害者支援体制整備事業

発達障害支援法の成立及び施行を受け、文部科学省の「特別支援教育推進体制推進事業」と共同して、各ライフステージに対応する一貫した支援体制を整備する事業。都道府県、指定都市に発達障害の検討委員会を設置し、圏域で個別支援計画の作成等、支援体制の構築を図っている。

3) 発達障害者支援センター運営事業

都道府県又は指定都市が地域で発達障害者の相談支援、就労支援等を行う拠点となる「発達障害者支援センター」の運営費を補助する事業である。平成20年3月31日現在、61自治体に設置されている。

4) 発達障害者支援開発事業

国に発達障害者施策検討会、都道府県・指定都市（全国20箇所）に企画・推進委員会を設置し、発達障害者、その家族、関係者に対する支援方策をモデル事業として実施し、それを評価・分析して発達障害者への有効な支援手法を開発・確立する事業である。

5) 発達障害者情報センター

発達障害に関する知見を集積し、全国の発達障害者支援関係機関や一般国民に対し、ホームページにより情報提供を行うとともに、ポスター、パンフレット等による情報の幅広い普及啓発活動を行う。（平成20年3月28日開設）

6) 研修事業

各支援現場等における支援内容の充実を図るため、発達障害者支援に携わる職員等に対する研修を行う。

7) その他

児童関係では乳幼児期における早期発見・発達支援のための取組、就労関係では発達障害者の雇用促進・就労継続のための取組を実施している。

8. 犯罪被害者等基本法

(1) 犯罪被害者等基本法

犯罪被害者等（犯罪やこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす行為の被害者及びその家族又は遺族）のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって犯罪被害者等の権利利益の保護を図ることを目的とした犯罪被害者等基本法（平成16年法律第161号）は平成16年12月に成立し、平成17年4月から施行されている。

(2) 犯罪被害者等基本計画

犯罪被害者等基本法において、政府は、総合的かつ長期的に講ずべき犯罪被害者等のための施策の大綱等を盛り込んだ犯罪被害者等基本計画を策定することとされ、被害者からのヒアリング、パブリックコメント等の手続を経て、犯罪被害者等施策推進会議（会長：内閣官房長官）において、平成17年12月26日に、基本計画案が決定され、翌日（12月27日）に閣議された。

基本計画の概要は以下の通り。

1) 基本方針

- ① 尊厳にふさわしい処遇を権利として行われること（犯罪被害者等の尊厳を重んじ、個人の尊厳にふさわしい処遇を権利として保障すること）
- ② 個々の事情に応じて適切に行われること（犯罪被害者等のための施策を、被害の状況及び原因、犯罪被害者等が置かれている状況その他の事情に応じて適切に講ずること）
- ③ 途切れることなく行われること（犯罪被害者等のための施策を、犯罪被害者等が、被害を受けたときから再び平穏な生活を営むことができるようになるまでの間、必要な支援等を途切れることなく受けることができるよう、講ずること）
- ④ 国民の総意を形成しながら展開されること（国、地方公共団体はもとよ

り、国民一人ひとりが犯罪被害者等への理解を深め、配慮し、社会全体が協力し合って犯罪被害者等の権利利益の保護に取り組んでいくこと)

2) 重点課題

- ① 損害回復・経済的支援等への取組
- ② 精神的・身体的被害者の回復・防止への取組
- ③ 刑事手続への関与拡充への取組
- ④ 支援等のための体制整備への取組
- ⑤ 国民の理解の増進と配慮、協力の確保への取組

3) 計画期間

平成17年12月～平成22年度

犯罪被害者等基本計画に従い、厚生労働省では、地域の医療関係者等に対し、こころの健康づくり対策事業としてPTSD対策専門委員会（犯罪被害者対策を含む）の実施、思春期精神保健対策専門研修会の実施、厚生労働科学研究における犯罪被害者に関する研究の推進等に取り組んでいる。

また、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実、強化し、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進していくこととしている。

9. その他の地域精神保健対策

(1) 精神障害の正しい理解のための普及啓発事業

精神保健福祉施策を推進するうえで、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解を持つことは重要かつ必要不可欠な視点であるが、未だ国民の精神疾患等に対する正しい理解の普及啓発は十分でない状況にある。

こうした状況を改善すべく「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」を設置し、精神疾患等の正しい理解のための普及啓発の具体的な方策等について検討したところであり、平成16年3月25日に普及啓発指針「こころのバリアフリー宣言」がまとめられた。

今後、本指針に基づく普及啓発として各種PR活動を展開することにより、地域における普及啓発活動を支援し、精神疾患や精神障害者に対する正しい理解の普及啓発を促進し、精神疾患の予防、精神障害者の社会的自立の促進を図ることとしている。

ア 指針・行動計画に基づいた普及啓発事業

メディアを活用したPR・広告活動（ポスター・パンフレットの作成、配布）を行うことにより、地域における普及・啓発活動の支援を行う。

イ 普及・啓発活動を行う当事者（スピーカー・ビューロー）育成のための専門家養成事業

精神障害者等に対する正しい理解の促進及び精神障害者の自立と社会参加を目的として、当事者が自らの体験を地域住民や事業場で働く従業員等に話すなど、その普及・啓発活動の重要な担い手として地域・職場で活躍することは重要であり、このような当事者の育成及び当事者が活躍できる場の開発ができる専門家を養成するための研修を行う。

(2) 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、思春期を中心に不登校、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。これらの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。

(7) 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を図る。

(4) 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。

(7) 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

(7) 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：財団法人明治安田こころの健康事業団、協賛：厚生労働省）を開催している。

受講資格者は思春期精神保健の業務に従事する医師、看護師、臨床心理技術者、保健師、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）明治安田こころの健康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）。

- (1) 精神保健福祉センター、病院、児童相談所、学校等で思春期児童の専門相談等を取り入れ、各機関での活動の充実を図ることを目的として、（社）日本精神科病院協会において、思春期児童の心のケアの専門家の養成研修等を実施している。

受講資格者は、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士等である。

(3) 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。

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）行政は統合失調症を中心とした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統合失調症以外の精神障害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年度より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

(7) 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18年度においては、保健所等に対する技術援助・指導1,946件、精神保健相談26,531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。

(4) 「こころの健康づくり対策」研修会

1. 地域における精神保健福祉活動の充実を推進していくため、精神医療及び精神保健福祉業務に従事している者に対し、思春期精神保健対策専門研修及びPTSD(心的外傷後ストレス障害)対策専門研修を行い、

こころの健康づくり対策に従事する者の資質の向上を図る厚生労働省補助金事業である。

2. 実施主体：日本精神科病院協会

3. 対象；病院，診療所，精神保健福祉センター，保健所，児童相談所等に勤務し，精神医療，精神保健福祉業務に従事する医師，看護師，保健師，精神保健福祉士，臨床心理技術者などを対象としている。

4. 研修内容：

1) 思春期精神保健対策専門研修

近年，少子化，家族形態の変化，高度情報化等，子どもやその家族を取り巻く環境が急速に変化し，また虐待，学級崩壊，不登校，いじめ等，子どもの心に影響する多様な問題事象が増加しており，思春期精神保健の充実が求められている。そのため，思春期児童の心のケアの専門家を養成し，精神保健福祉センター，病院，保健所，児童相談所，学校等で思春期児童の専門相談を取り入れていくことにより各機関での活動の充実を図るための研修である。

2) PTSD（心的外傷後ストレス障害）対策専門研修

近年，新潟県中越沖地震やJR福知山線列車事故などの災害被害者及び犯罪被害者において，いわゆる「こころのケア」の必要性が一般社会においても，また精神保健医療関係者においても強く認識されている。こうした災害被害者，犯罪被害者はPTSDをはじめとする様々な心理的反応が生じることから，各専門家による専門的なケアが必要となる。この活動の中心となる医師，看護師，保健師，精神保健福祉士，臨床心理技術者等の資質の向上を図るための研修である。

(4) 「ひきこもり」に関する対策

いわゆる「ひきこもり」は，単一の疾患や障害の観念ではなく，一つの社会的状況を呈する状態を指すものと考えられている。また，本人のみならず家族

の苦しみや不安は大きく、精神保健福祉センター等においても男性や青年からの相談が多くなっており、社会的にも問題となっている。

「ひきこもり」については、以下のような対策を講じているところである。

- ①保健所、精神保健福祉センターによる相談支援
- ②相談支援の質的向上のため、「ひきこもり」対応ガイドライン（厚生労働科学研究班）を作成
- ③児童における「ひきこもり」に対しては、大学生を家庭に派遣し援助する事業等

10. 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の解決を目指して、昭和62年度に「精神保健医療研究費」が創設され、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。

また、平成14年度には「こころの健康科学研究経費」を新設し、最先端の神経科学、分子生物学等の技術を用いた精神・神経疾患の病因及び病態の解明、これらの知見に基づいた治療方法の開発等の推進に資することを目的とした研究を行っている。

(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

(7) 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。

(1) 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 運営局

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，知的障害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、認知症老人等いわゆる「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。

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。また平成11年4月には、精神薄弱部が知的障害部と名称変更されさらに、薬物依存研究部の組織改正により1室新設された。平成14年1月に創立50周年を迎え、公開市民シンポジウムを行った。平成15年10月には、司法精神医学研究部が新設され、3室体制で、研究員の増員も認められ、研究所の組織は、11部26室となった。

平成17年4月には武蔵病院や神経研究所がある東京都小平市に移転し、研究活動を開始した。平成18年10月には自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するため、精神保健研究所の内部組織として自殺予防総合対策センターが設置された。また成人精神保健部に犯罪被害者等支援研究室、災害時等支援研究室が設置され、研究所の組織は11部31室となった。

イ 研究内容

国民の健康増進を図るうえで、肉体の健康増進と同様に精神の健康増進のための技術を開発する精神保健の基礎的研究の果たす役割は、ますます重要なものとなっている。それは、単に統合失調症や神経症性障害の治療技術の開発にとどまらず、精神障害の発生予防から、早期発見、早期治療、再発防止、リハビリテーションに至る一貫した総合的な精神保健福祉に関する技術開発の研究が行われなければならない。これを、人間のライフサ

イクルの観点から見ると、胎生期、乳幼児期、学童期、成年期、壮年期、老年期のそれぞれの段階に応じた研究が必要であり、社会生活の観点から見ると、家庭、学校、職場、地域社会等における精神保健福祉技術開発が必要である。また、その方法論においては、精神医学のみならず、脳外科学、内科学、小児科学、産科学等の他の医学の分野をはじめとして、心理学、社会学、教育学等、幅広い分野の学問と協力しながら、学際的立場に立った総合的研究が必要である。当研究所は、こうした考え方にに基づき、精神保健福祉に関する広義及び狭義の分野の精神保健福祉問題について、各研究部において、次のような調査研究を行っている。

(1) 精神保健計画部

精神保健計画に関する計画の調査および研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 精神科病院・社会復帰施設等の全国データの分析
- ② 精神・行動障害の疫学調査に関する研究
- ③ 自殺の心理学的剖検のフィージビリティスタディ
- ④ 臨床疫学研究（精神科面接評価研究等）

(2) 薬物依存研究部

薬物乱用・依存等の実態調査、予防、診断、治療、リハビリテーション、並びに向精神薬の薬効上の諸特徴等の調査研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 薬物乱用に関する全国中学生調査
- ② 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査
- ③ 違法ドラッグの精神作用及び行動薬理学的研究
- ④ 有機溶剤・覚せい剤に関する分子生物学的・行動薬理学的研究

(3) 心身医学研究部

心身症やストレス関連身体疾患あるいはその病態生理としての心身相関に関する社会科学的・生物学的研究及び心身の健康度の測定法の開発を行

っている。

- ① 心身症の発症機序と病態、治療に関する基礎的ならびに臨床的研究
- ② 心身症患者におけるアレキシサイミアの脳内認知プロセスの解明
- ③ 節食障害の診断・治療ガイドライン開発および病態の解明
- ④ ストレスと血漿蛋白のプロテオーム解析

(4) 児童・思春期精神保健部

児童期に発症する種々の行動および情緒の発達異常についての有効な治療法の確立および長期的な社会適応の改善を目標とする。発達最早期から発症し、生涯を通じて精神発達に深刻な影響を与え、思春期以降は種々の精神医学的障害を合併する発達障害は、今後の重点研究対象である。なかでも広汎性発達障害は病因や病態形成メカニズムも明らかでなく、早期診断も未確立である。平成18年からは、広汎性発達障害の諸症状が発達過程でどのように形成されるのか、あるいは予防や代償がどのようにして可能となるのかについて、縦断的および横断的にトランスディシプリナリーなアプローチを用いて明らかにする予定である。

現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 自閉症スペクトラム（ASD）の乳幼児から成人までの診断・治療に関する研究：早期発見・早期支援法（親への支援を含む）の開発、青年への認知ハビリテーション、未診断成人の診断法
- ② 社会的発達に関する研究：行動、認知、脳の定型および非定型発達（自閉症スペクトラムなど）についての縦断的および横断的研究～遺伝要因と環境要因の交絡について
- ③ 行為障害の診断及び治療・援助に関する研究
- ④ 児童期の強迫症状の評価法に関する研究
- ⑤ 対人コミュニケーション能力の評価法に関する研究

(5) 成人精神保健部

成人及び成年期の適応障害、神経症、精神障害の発生要因、診断、予防

に関する研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 交通外傷患者のコホート研究
- ② PTSDに対するエクスポージャー法の臨床研究
- ③ 精神科医療機関における犯罪被害者への治療および司法的関与の実態に関する研究
- ④ 救命救急センターにおける精神保健ニーズに関する研究

(6) 老人精神保健部

高齢化社会において重要な精神疾患の成因、診断、治療、予後について研究を行っている。現在の主な研究課題は次の通りである。

- ① 診断及び治療技術の向上と向精神薬臨床開発に関する研究
- ② 向精神薬の奏効機転を探り創薬に役立てる研究
- ③ 統合失調症及び気分障害に対する個別化療法の開発
- ④ 自殺予防対策のための研究

(7) 社会精神保健部

社会に還元できる研究テーマのもとに、精神科医療における保健医療サービス研究や評価研究を行っている。現在の主な研究課題は次の通りである。

- ① 精神科医療における診療報酬のあり方に関する政策研究
- ② 自殺未遂者および自死遺族等へのケアに関する政策研究
- ③ 薬剤処方および行動制限の最適化に関する医療評価研究
- ④ 心疾患等と精神障害や向精神薬との関係に関する研究

(8) 精神生理部

人間の意識、認知、感情などの精神活動や睡眠および生物リズムを脳科学的にとらえ、その制御メカニズムを明らかにするため研究を推進している。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① ヒトの生物時計、睡眠覚醒の調節機序に関する基盤研究
- ② 睡眠と記憶・認知・情動の機能的相互連関に関する研究

- ③ 精神医療における睡眠障害管理のあり方に関する臨床医学的研究
- ④ 高齢者の睡眠問題とその効果的な治療法の開発に関する研究

(9) 知的障害部

精神遅滞を中心とする発達障害の発生原因及び予防対策並びに臨床診断・治療（処遇）法その他の調査研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 発達期高次脳機能障害の病態解明研究
- ② 発達障害児の行動異常モデルにおける研究
- ③ 学習障害に関する研究
- ④ 自閉症の病態に関する研究

(10) 社会復帰相談部

地域社会における各種の活動を通じて包括的な精神障害者リハビリテーションモデルに関する実証研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 重度精神障害者に対する包括的地域生活支援支援プログラムの開発に関する研究（ACT研究）
- ② 精神障害者の一般就労と職場適応を支援するためのモデルプログラム開発に関する研究
- ③ 精神障害者に対する効果的福祉サービスのあり方に関する研究
- ④ 統合失調症に関する心理教育モデルの開発に関する研究

(11) 司法精神医学研究部

司法精神医学，特に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」に基づく制度に関する研究を行っている。現在の主な研究課題は下記の通りである。

- ① 触法精神障害者処遇のモニタリングに関する研究
- ② 触法精神障害者に対する治療プログラムの開発と治療効果に関する研究

③ 行為障害の治療技法と治療効果に関する研究

④ 刑事責任能力の評価に関する研究

ウ 研修

精神保健研究所においては、国、地方公共団体、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条8の規定による指定病院等において精神保健福祉の業務に従事する医師、保健師、看護師、臨床心理業務に従事する者、作業療法士、精神保健福祉士等の方々を対象に、精神保健福祉技術者として必要な資質の向上を図ることを目的として、精神保健福祉各般にわたる専門的な知識及び技術修得に関する研修を行っている。昭和34年度から平成17年度までの修了者数は8,598名に達し、その多くは全国各地において精神保健福祉分野の専門技術者として活躍し、精神保健福祉分野の均てん化に貢献している。

平成18年度は、それまでの研修を改組し、社会的に重要性が高い研修を充実させるとともに、新たな研修を開始した。また、受講者がどの課程を受講すればよいかの判断を容易にするため、各課程に入門者・中級者・専門家向けの分類を付するよう努めた。

以下に18年度に実施された各研修課程の概要について述べる。なお、現在までの修了者数は別表の通りである。

(ア) 第43回 精神保健指導課程（昭和54年度より開始）

精神保健福祉行政の計画的・組織的推進に関する専門的知識及び技術の修得を目的とする。受講者には今後、業務を通じて、本省や精神保健研究所等との連携、情報交換や精神保健行政の推進を図ることが期待される。

(イ) 第12回 精神科デイ・ケア研修（中堅者コース）

地域生活支援における精神科デイ・ケアの治療機能を高めるために必要な専門的知識及び技術を習得し、精神科デイ・ケアの臨床活動を活性化させることのできる中堅者を育成することを目的とする。

- 注) 平成19年度より「精神科医療評価・均てん化研修」に改組予定
- (ウ) 第95回 精神科デイ・ケア研修 (昭和54年度より開始)
- 精神科デイ・ケア等に係る専門的知識及び技術の修得を目的とする。
- 注) デイ・ケアの普及という研修の目的を達成したことから、平成19年度からは実施しない予定としている。
- (エ) 第2回 発達障害支援研修 (平成17年度より開始)
- 各都道府県において、発達障害支援に関する情報や技能を伝達できる指導者を養成することを目的とする。受講者には研修の成果を派遣元の自治体に普及することが期待される。
- (オ) 第4回 摂食障害治療研修 (平成15年度より開始)
- 摂食障害の治療に必要な専門的な知識及び技術の修得を目的とする。
- (カ) 第2回 社会復帰リハビリテーション研修 (平成17年度より開始)
- 精神保健福祉の改革ビジョンを理解し、精神科長期在院患者の退院を支援し、地域生活を実現すること及び新たな長期在院患者を生まないようにすることを目指し、精神科病院における効果的な社会復帰リハビリテーション等の実施に必要な知識及び技術の修得を目的とする。
- (キ) 第3回 摂食障害看護研修 (平成16年度より開始)
- 摂食障害についての基礎、臨床及び疫学の修得により、摂食障害の治療と予防の質的向上を図ることを目的とする。看護師は摂食障害のチーム医療で重要な役割を果たしていることから、本研修を通じて、摂食障害患者の急増、低年齢化及び慢性例・難治例の増加に対応できる人材の養成を目指す。
- (ク) 第4回 A C T 研修 (平成15年度より開始)
- 重症精神障害者の退院促進・再発予防・地域生活支援を目指した包括地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment: ACT) を我が国に定着させるため、必要な技術や課題の修得を目的とする。
- (ケ) 第20回 薬物依存臨床医師研修 (昭和62年度より開始)

国内外の薬物乱用・依存をめぐる情勢を考えると、我が国の精神医療、精神保健の中で薬物依存問題は今後ますます重要性を増しているため、薬物依存に関心を持つ医師を対象に、薬物依存の基礎、臨床及び疫学にわたる研修を行い、薬物依存の診断、治療及び予防に資することを目的とする。

(コ) 第8回 薬物依存臨床看護等研修（平成10年度より開始）

国内外の薬物乱用・依存をめぐる情勢を考えると、我が国の精神医療、精神保健の中で薬物依存問題は今後ますます重要性を増しているため、薬物依存に関心を持つ看護師を対象に、薬物依存の基礎、臨床及び疫学にわたる研修を行い、薬物依存の診断、治療及び予防に資することを目的とする。

(ク) 第1回 司法精神医学研修（平成18年度より新規実施）

系統だったトレーニングを提供することによって、医療観察法下における指定医療機関はもとより、刑務所等の行刑施設も含めた広範な領域において、重大な他害行為を行った精神障害者に対する治療を適切に行うことができる技能の習得を目的とする。特に、アセスメントや司法精神療法（幻覚妄想及び重大な他害行為に関する認知行動療法、物質使用障害に基づく重大な他害行為に対する精神療法等）について実際的な基本研修を行う。

（備考）平成19年度から開始予定の研修

(ア) 第1回 精神科医療評価・均てん化研修

（従来の精神科デイ・ケア研修（中堅者コース）から改組）

精神科医療の質の評価とその活用に関する専門的知識および技能を修得することを目的とする。精神疾患治療を担う精神科救急・急性期医療施設をとりまく現状を理解し、精神科医療の質を高めるための専門的知識および技能を活用できる人材の育成を目指す。

(イ) 第1回 発達障害早期発見・早期支援のための医師・保健師等研修

乳幼児健診の取り組み等を通じて発達障害児や家族への早期総合支援をシステム構築できる指導者を養成することを目的とする。発達障害の児の乳幼児から成人までのライフステージを通じた種々のメンタルな問題を理解し、早期幼児期における早期発見・早期支援の意義や留意点についての理解を深め、その方法についての最新の知識を習得することを目指す。

表 課程別研修終了者数

(平成19年3月31日)

課程	区分						計	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
	県・市・本庁	保健所	精神保健福祉センター	精神科病院等	児童相談所	その他							
医学課程	40	476	149	708	14	63	1,450	35	25	91	83	221	340
精神保健指導課程	99	389	469	16	3	10	986	26	27	23	24	22	41
社会福祉学課程	8	396	180	336	49	98	1,067	17	20	15	/	/	/
心理学課程	1	23	121	213	438	131	927	17	23	19	/	/	/
精神科デイ・ケア課程	6	15	56	3,482	0	39	3,598	121	92	136	82	128	46
(中堅者研修)	1	10	22	184	0	5	222	20	31	27	35	20	39
薬物依存臨床医師研修	3	9	43	189	0	0	244	20	31	27	21	15	14
薬物依存臨床看護研修	6	12	74	178	0	4	274	21	30	36	26	16	34
外傷性ストレス反応課程	6	17	30	67	6	39	165	53	/	/	/	/	/
計	170	1,347	1,144	5,373	510	389	8,933	330	279	374	271	422	514

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年度から、精神保健指導課程は昭和39年度から、精神科デイ・ケア課程は昭和53年度から、また、精神科デイ・ケア課程（リーダー研修）は平成10年度から平成13年度まで、精神科デイ・ケア課程（中堅者研修）は平成14年度から18年度まで、特別コースの薬物依存臨床医師研修、薬物依存臨床看護研修は平成11年度から、外傷性ストレス反応課程は平成11年度から平成13年度である。18年度から改組した研修は医学課程に含めた。区分の修了者数は、平成18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・障害保健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。

オ その他

当所では、研究・研修効果の向上を図ることを目的として、職員以外の者を当所に受け入れ、相互知見の交流及び共同もしくは、分担の研究を行わせるため、客員研究員の制度を設けている。また、精神保健福祉に関して研究又は実習を希望する者を選考のうえ、研究生又は実習生として受け入れ、指導に当たっている。

また、平成4年4月から新たな研究員制度として、流動研究員の制度を設け、国内及び国外から広く研究者を受け入れることになった。

さらに、日本学術振興会、長寿科学振興財団、精神神経科学振興財団などからの特別研究員や外来研究員も受け入れている。

客員研究員は、大学及び研究機関における教授、助教授及び講師等又は、これに準ずるものと認められる者で、研究等に従事する期間は、1年以内である。

研究生は、大学において医学、心理学、社会学、社会福祉学等の課程を修めて卒業した者で、当所において指導部長の指導を受け研究を行うもので、期間は1年である。

実習生は、大学において上記の課程を履修中の者で、指導部長の指導を受けて実習に従事するものであり、期間は3ヶ月以内である。

流動研究員は、大学卒業後2年以上の研究歴を有する者で、研究等に従事する期間は1年以内である。なお、最長3年迄の延長が認められている。

第5章 諸外国における精神保健福祉サービス

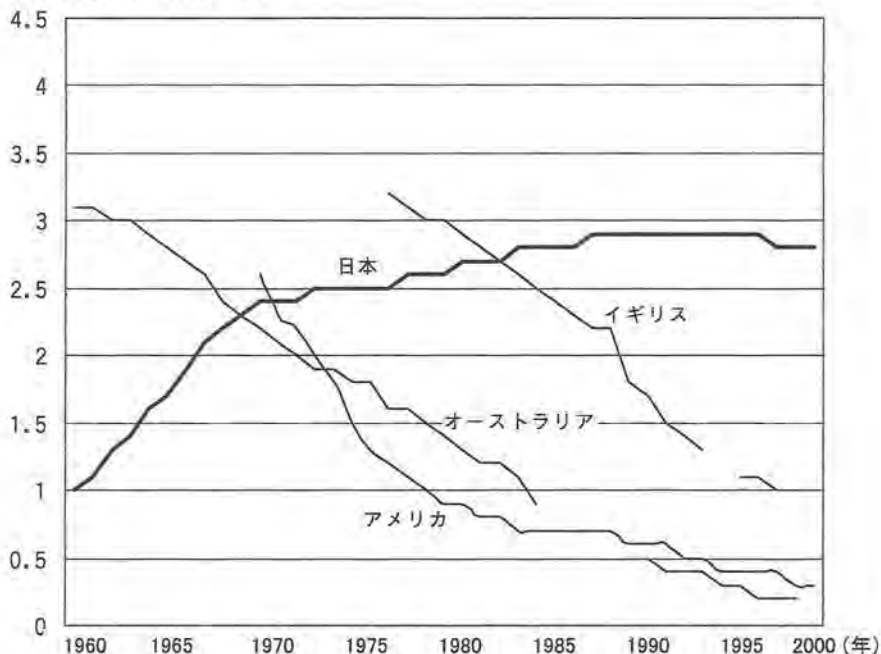
かつて精神医療とは患者を専門病院等の施設に治療のためとはいえ隔離収容するものであった。しかし、過去30年間に欧米を中心とした改革運動が起こり、脱施設化として入院中心医療から外来通院や地域ケアを主とした地域精神医療へと移行している。図1に、日本と、脱施設化が急速に進められたアメリカ、イギリス、オーストラリアの人口1,000人あたりの精神科病床数の推移を示す。各国での精神科病床の定義、運用の仕方が異なるので慎重な解釈が必要であるが、この点を考慮しても、各国が脱施設化を進めている時期にわが国では病床数は増加し、対照的な傾向をとっている。それぞれの国で脱施設化、地域ケアの展開への政策転換、そしてその結果の是非は問われており、当事者の人権擁護と適切な治療へのアクセスの保障とのバランスを模索し続けているのが現状といえよう。

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、精神科の医療施設、専門家が少なく、精神障害者に対する医療と支援の提供は不十分であった。しかし近年では、精神保健サービスの提供は、精神医療を一般医療や地域医療に統合する形で進められ、精神科病床数の増加以外の方法で、医療や支援制度の充実を目指す取り組みもある。

近年の精神障害をもつ人をめぐる施策は、精神医療のみならず、保健・福祉、さらには当事者主体の活動まで幅広く展開されつつある。そこで、本編では、海外のいくつかの国の精神保健福祉施策における近年の変化を通して、世界の精神保健福祉の流れを紹介したい。

図1. わが国と諸外国における精神科病床数の年次推移 (OECD)

人口1,000人対精神科病床数



OECD Health Data 2002 をもとに作成

1. アメリカ合衆国の精神保健福祉サービス

かつては巨大な州立病院を中心とした精神科病院が精神医療の中心であり、1960年における全国の州立精神病床数は50万床に達していたと言われる。しかし、そこで治療の質が保障されていたとは言いがたい。1963年には、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、連邦政府が主導して地域精神保健センター (CMHC) を拠点として地域ケアが進められることになった。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年の州立精神科病院総病床数は22万床となった。しかし、同時期には、退院後のケ

アや中間的なりハビリテーション施設等の地域側での受け皿が十分でなく、精神疾患患者が入退院を繰り返す回転ドア現象やホームレス化が問題となった。これらの問題への対応として、1970年代には、地域において積極的に治療と支援を提供するケースマネジメントや包括型地域生活支援プログラム (ACT) モデルが試験的に実施されるようになった。1980年代には、ケースマネジメント、住居ケア、各種中間施設などの地域ケアの社会資源の整備が進められたが、依然精神障害をもつもののホームレス化などが問題として残っていた。1990年代には、精神保健の領域にもマネージドケアの導入が広がった。入院治療はあくまでも地域治療につなげるための社会資源と位置づけられ、精神症状を呈していても地域の治療チームに紹介が可能となった段階で早期に退院が決まり、退院後は地域で入院の代替サービスを受ける。在院日数の短縮化が進み、1998年には平均7.6日となった (OECD, 2002)。一方で、頻回入院者、既存のサービスではニーズが満たされないもの、具体的にはホームレス、物質依存の併存疾患をもつものの問題が顕在化し、ケースマネジメントや包括型地域生活支援プログラムもよりニーズの高いものを対象として実施されるようになった。しかし、連邦、州、郡、民間と様々な機関がサービスの提供にあたり、その質やアクセスのしやすさについては地域格差が存在していた。

2003年には、大統領の諮問委員会により「約束の達成：アメリカの精神保健ケアの変革」が発表された。精神保健に関する大統領の諮問委員会の設置は実に25年ぶりであり、今後の方針として、断片化されたサービスの統合と、回復 (リカバリー) を目指した精神保健システムの変革を掲げた。精神保健の重要性の理解、当事者や家族により決定されるケア、精神保健サービスの格差の是正、早期発見・評価・紹介、良質のサービスの提供、研究の促進、精神保健ケアと情報のための技術の活用などがゴールとして設けられた。近年の地域ケアのサービスは、医療モデルのみによらず、生活モデルや地域生活の統合を志向している。また、当事者や家族が主体的に治療や政策提言へ参加している。

2. ヨーロッパの精神保健福祉サービス

過去30年にわたりほとんどのヨーロッパ諸国は精神医療改革を行い、その結果として、精神科病院と精神病床は減少した。ヨーロッパ諸国は、入院資源の縮小を補うように地域医療を中心にして外来治療部門、デイケア、居住及び療養施設の拡充を計っている。しかしながら、地域サービス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認知症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。以下にヨーロッパ諸国の精神保健福祉サービスの状況について概説する。

2-1. 英国（イングランド）

18世紀中期までは、精神障害者に対して特別なサービスは提供されず、貧民院や私宅監置での処遇が中心であった。道徳療法やヨーク療養所など、拘束的でないケアを行う動きもみられたが、1845年の精神障害者法（Lunatic Act）が制定され、施設の建設が始まり、隔離収容主義が一般的であった。イングランドの保健サービスは1948年に制定された国民保健サービス制度（NHS）を基盤としており、この制度のもとでは、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）によって運営され、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。1955年にはクロールプロマジンが導入され、このころの作業療法、治療共同体、デイホスピタルなどの非薬物療法の開発とあいまって精神科病院入院者数の減少がみられた。1960年代に精神病床数削減の数値目標を掲げて、精神病院中心の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。この脱施設化により、人口1万人あたりの在院患者数は1954年に35人、1970年に23人、1993年に10人となった。これに伴う地域精神医療の提供は、第一次ケアでは精神科医ではない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おり、イング

ランドではGPが精神障害者の地域ケアに大きな役割を果たしている。

このように、イングランドの地域ケアシステムはNHSが基盤となり、NHSと精神保健サービスのあり方を切り離して考えることはできない。しかし、NHSは、長期化した低医療費政策、巨大化・官僚化した構造、繰り返される制度改革による混乱、職員の士気の低下など制度疲労をきたしていた。1991年以降のサッチャー政権では、NHS費用の増大に対して引き締め政策が取られ、つまり、医療の効率化による医療の質の向上が目指され、結果として医療費の抑制には成功したが、医療の質は低下した。1997年に誕生したブレア政権は、改革ビジョンとして「第1級のサービス、新NHSにおける質」を掲げて、効率とともに質の向上を目指し、必要とするすべての国民にサービスを提供することを明示した。この方策は、サービスの品質管理、効率の重視、現場への権限委譲に要約される。更に、2000年にはブレア政権はむこう5年間で医療費を1.5倍にすると発表し、医療・福祉政策に着手した。

このようなNHS改革のなかで、精神保健サービスの改革も進められた。地域におけるケアの調整にはCPAと呼ばれるケアマネジメントが1990年に導入された。近年ではこのCPAはサービスの仲介や調整にとどまらず、直接サービスの提供、サービスのモニターの実施などが求められている。1999年には地域のケアマネジメント当局にCPAは統合されて、その機能は標準型CPAと強化型CPAに分化した。また、同年、精神保健サービスの改革の具体的な課題として、精神保健領域でのナショナルサービス・フレームワーク (NSF) を発表し、ヘルスプロモーション、プライマリーケアへのアクセスとサービス、効果的な治療、ケア提供者へのケア、自殺対策などを含む7つのスタンダードを示した。この中で、保障すべきサービス水準が明記され、サービスの質の管理が行われる。ここでは、精神保健サービスの費用対効果、アクセス、科学的根拠に基づくサービスの実施の程度、および政府のイニシアチブなどを重視したサービスの実施状況の把握を含んでいる。また、同時期にNHS計画2000が発表され、この中で急性期のクライシスハウスの利用、発病初期の早期介入、積極的訪問型チームの利用を促進す

るための計画が定められた。また、精神疾患を有するものの社会での阻害を除くためのイニシアチブが発表された。また、近年では司法精神保健サービス、人格障害を持つものへの適切な治療に関する積極的な研究と政策の提言を行っている。

2-2. フランス

行政は1838年の早期に精神保健サービスに関する法律を成立させて、精神障害を持つひとへの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科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。一般医が精神科医のコンサルタントを受けながら、非精神病圏の患者の治療にあっている。人口1万人あ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疾患の予防、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科病院は公的サービスに従事し、CHSの他に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科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。しかし、これはナチス時代に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1万人あ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

精神科病院及び精神病患者に関するイタリアの法律は1904年に強制入院を規定し、1909年に人道的及び福祉的配慮を加えた。この法律が第二次大戦後も運用され2,000床以上を有する精神科病院が乱立した。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、次いで精神科病院の設立を禁じ、各州に対し公立精神科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。ちなみに、このサービスでは認知症と知的障害は扱わない。

精神科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1万人あたりの病床数は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科病院であり、民間精神科病院の万あたりの病床数は改革前の1997年4.3から1990年の3.4床と変化は少ない。また、このよう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. アジア諸国の精神保健福祉サービス

アジア・環太平洋諸国の精神保健サービスは、オーストラリア、ニュージーランドなどサービスモデルを提示する国々が一端にあるものの、多くの国々では精神保健に関する法整備、施設、人材、教育体制など全般にわたって精神保健サービスは不足している。しかし、これらの専門的サービスの不足を克服するために、一般医療に精神保健を統合させて、そのサービスの普及を進める取り組みなども散見される。また、スマトラ島沖地震、および津波による被災はこの地域にとって不幸な経験であったが、人々の精神保健と被災地域の精神保健サービスの改善に目を向けるきっかけともなった。

元来、これらの地域では病床数が少ないために医療資源を充実させる必要があるが、地域精神医療サービスも整備し、住民や家族への教育を同時に推進し、バランスの良い精神保健サービスの発展が期待される。表1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の推移を示す。

表1. 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10,000)			
	1983年	1990年	1994年	2005年
日本	27.4	29.1	28.7	28.4
韓国	1.7	2.9	2.8	13.8
中国	0.6	0.7	0.7	1.06
マレーシア	3.9	2.3	3.5	2.7
ニュージーランド	16.3	8.6	4.4	3.8
オーストラリア	9	7.4	5.1	3.9
パプアニューギニア	—	0.6	0.5	0.24
フィリピン	1.8	1.1	1	0.9
ベトナム	—	0.8	0.8	0.63

Atlas2005(WHO)をもとに作成

3-1. 韓国

韓国における西洋の精神医学の導入は1889年にさかのぼる。しかし、精神障害者への処遇は施設や収容所が中心であり、ここでは人権的な問題もあった。1985年に政府が精神医療に関する包括的な政策を制定したことにより、精神保健専門家・治療施設の充実、地域ケアの重視、関連機関の強化、精神保健法の制定が進んだ。この結果、これまで精神保健に関する社会資源は乏しかったが、公的、民間においても病床数が飛躍的に増加した。2000年代初頭には、精神科病院における病床数は60,733床となり、また収容所には13,960床を数えるに至った。しかし精神疾患患者の入院の長期化が顕在化してきた。特に民間の精神科病院、収容所における入院患者の増加がみられ、これらの多くは社会的入院であることが明らかとなり、一層の地域精神保健サービスの充実が望まれている。1990年代半ばからは多職種の精神保健専門家による心理社会的リハビリテーション学会の設立、家族会の組織化などの動きとともに、地域精神保健サービスのモデルの構築が進められているが、この動きの全国的な普及促進という点では課題も抱えている。1995年には、精神保健法が制定された。また、近年ではWHOの共同センターの精力的な仕事により、ソウル地域における地域精神保健サービスの整備が戦略的に行われている。

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年に米国人により広州に100床規模の西洋医学式の精神科病院が設立された。その後、いくつかの大都市にも精神科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。1955年度の衛生部（厚生省）管轄の精神科病院数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1万人あたりの精神科病床数は1床程度である。

これに対して、地域精神保健サービスは、中国では基本的にプライマリーヘルスケアの一部として提供されてきた伝統がある。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科病院入院治療、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。1999年からは、WHOの協力により、医師、看護師、病院、学校、メディア関係者を対象に短期研修が提供されている。また、急激な価値観、ライフスタイルの変化、都市化に伴う精神保健問題が広がり、精神保健サービスへのニーズも変貌しつつある。

4. オーストラリアの精神保健福祉サービス

オーストラリアでは、1990年代から精力的な精神保健改革が行われている。1992年から国家精神保健戦略、および国家精神保健5年計画に従って、戦略的に改革が進められている。政策的には、地域において精神に関するヘルスプロモーションを促進し、可能な限り精神保健問題の進展を防ぎ、精神保健問題による当事者、家族、地域への影響を減らす、精神障害を有するものの権利を保障する、といった内容になっている。

精神保健サービスは、プライマリーヘルスケアの一部として統合して提供されている。2001年からは「精神保健ケアにおけるよりよいアウトカム」というイニシアチブのもとに、プライマリーケアでの精神保健サービスの質の向上に焦点が当てられている。この中では、一般家庭医が精神保健サービスを提供したり、心理社会療法を提供することにインセンティブが与えられている。また、1997年には精神保健サービスに関する国家スタンダードが定められ、サービスの質が測定され、質の向上に寄与している。

むすび

世界の国々の精神医療・保健・福祉サービスについて、近年の政策の変化を中心に概観した。まず、精神医療資源の指標として精神病床数の変化をみると、わが国では1993年をピークにわずかであるが減少傾向を示しているが他国に比して依然高水準にある。この精神病床数の多さは、病床機能分化が進んでいないことに一因がある。他に精神医療の指標の1つとして在院日数があるが、日本は欧米の1～2カ月と比べ突出している。しかし他国の統計指標と比較する際には、各指標の定義、また入院治療、外来治療、地域ケアそれぞれのプログラムでの目標、運用の仕方が異なっているので解釈には注意を払う必要がある。日本は1990年代後半から、地域精神保健福祉に向けた施策、法改正が行われ、2004年に精神保健福祉施策の改革ビジョンの発表、2006年に障害者自立支援法の施行と精神保健改革を起す基盤は整備されてきている。その成果を示すことが日本の精神医療・保健・福祉にたずさわる行政、専門家、家族、当事者の課題であると思われる。

第6章 関連法規及び施設

精神保健福祉施策に関連する法令の中心をなすものは精神保健福祉法、障害者自立支援法であるが、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) ……障害者自立支援法に規定する障害者支援施設を経営する事業が第一種社会福祉事業に、同法に規定する障害福祉サービス事業、相談支援事業、地域活動支援センター、同法附則において、なお従前の例により運営をすることができるとされた精神障害者社会復帰施設等を経営する事業が第二種社会福祉事業に位置づけられている。

(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援護、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。

(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証するとともに、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。

(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。

(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。

(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。

(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。

(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。

(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。

(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歳以上の者であつて、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、養護するとともに、その者が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設である。

(特別養護老人ホーム) ……65歳以上の者であつて、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地域密着型介護老人福祉施設又は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。

(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、老人に対して、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。

(5) 国民年金法及び厚生年金保険法

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

ア. 国民年金法

障害の原因となった病気やけがの初診日に、国民年金の被保険者であって、当該初診日から1年6ヶ月を経過した日（その期間内に傷病が治った場合はその日、又は直らなくても、症状が固定し、治療の効果が期待できない状態に至った場合にはその日。ともに「障害認定日」という。）における障害の程度が障害等級表に該当する場合であって、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給付される。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990,100円、2級障害で792,100円（平成18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、厚生年金の被保険者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594,200円(平成18年度年額)となっている。

なお、年金について詳しいことは、最寄りの社会保険事務所に問い合わせること。

2. 文部科学省関係

特別支援学校……視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者又は病弱者(身体虚弱者を含む。)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すとともに、障害による学習上又は生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を授けることを目的とするものである。

このほか、特別支援学校においては、幼稚園、小学校、中学校、高等学校又は中等教育学校の要請に応じて、教育上特別の支援を必要とする児童、生徒又は幼児の教育に関し必要な助言又は援助を行うよう努めることとされている。

近年、児童生徒等の障害の重複化や多様化に伴い、一人一人の教育的ニーズに応じた適切な教育の実施や、学校と福祉、医療、労働等の関係機関との連携がこれまで以上に求められているという状況に鑑み、児童生徒等の個々のニーズに柔軟に対応し、適切な指導及び支援を行う観点から、盲学校、聾学校、養護学校と種別ごとに分かれていた従来制度を改め、複数の障害種別に対応した教育を実施することができる特別支援学校の制度を創設することとしたものである

(平成19年4月1日より施行)。

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る。