わが国の精神衛生

昭和43年

厚生省公衆衛生局精神衛生課

498.3
Ko83

「わが国の精神衛生」目次

第十六回精神衛生普及運動広報資料

本年の運動の目標……二
昭和四十四年度予算要求の概要……三
精神衛生とは……五
乳幼児期の精神衛生……六
児童青年期の精神衛生……六
壮年期の精神衛生……七
老年期の精神衛生……八

わが国の精神衛生

一　精神衛生の歩み……九
二　精神衛生行政の組織……一三
三　精神衛生の財政……一三
(一)　精神衛生関係予算……一三
(二)　国庫補助……一四
(三)　資金の助成……一五
四　精神障害者の実態……一七
(一)　精神障害者とは……一七
(二)　精神障害者数……一九
五　精神障害者の医療保護……二一

(一) 精神病院……二
(二) 精神病院への入院……四
1 措置入院……四
(1) 入院措置……五
(2) 申請・通報……五
(3) 精神衛生鑑定医……六
2 緊急入院……六
3 同意入院……六
4 仮入院……六
5 自由入院……七
(三) 通院医療について……七
(四) 医療費について……八
(五) 訪問指導……八
(六) 保健所……九
(七) 精神衛生センター……九
(八) 精神衛生従事者……三
(九) 精神衛生関係の法律……三
(十) 精神衛生関係の施設……三
(十一) 精神衛生関係の団体……三
諸外国の病院・病床・実数・率……四
精神病床数・入院患者数・利用率等現状……五
第十六回精神衛生全国大会行事日程表……六

精　神　衛　生

第16回精神衛生普及運動広報資料

昭和43年11月15日～21日

精神衛生普及運動は、毎年秋、恒例的に実施され、本年も精神衛生全国大会（日本精神衛生連盟主催、於神戸市）の開催に引き続いて十一月十五日から二十一日までの一週間、厚生省、都道府県、指定都市の共同主催、多数の関係団体の後援によつて全国的に展開されることとなつた。

本運動は、いうまでもなく精神衛生法の趣旨を普及することによって、精神障害者の早期発見、早期治療をはかるとともに軽快者の社会復帰のための各種施策の確立、さらに地域社会における精神障害に対する理解を深めることと偏見の除去につとめることなどによつて広く国民の精神的健康の保持向上をはかる目的のもとに行なわれるものである。

最近における精神医学と薬学の進歩発展は、まことにいちじるしいものがあり、精神障害のよくなる割合も、社会に復帰することの可能性も増大し、また精神病床もここ数年来、飛躍的な増床の実現をみたことは、まことに喜ばしいことである。

現在及び今後における精神衛生対策として必要なことは、精神障害者を地域や職場から早く発見して医療を加えるいわゆる地域における対策の確立と、精神病院等の施設の充実、回復者のための社会復帰に必要な施設の設置や施設内における社会復帰療法などの確立であり、さらにそれらの医療等を終えた人々を職場や地域社会で受け入れる体制をつくりあげ、精神障害者に対する偏見をとりのぞくことなどにあるといえる。

このような情勢に対処して、昭和四十年に精神衛生法の一部を改正して、またこの改正に伴なつて保健所法の一部改正をも行なつて、地域社会における精神障害者の発生の予防および早期発見、相談指導業務の強化、精神衛生相談員の充足等、精神衛生センターの設置、通院医療公費負担制度の新設など一連の施策が強化されたところであり、今年における精神衛生普及運動の重点目標も、これら精神衛生法の改正点の普及を中心に展開される必要があり、趣旨の普及徹底によつて広く国民の精神的健康の保持増進をはかることに向けられるべきものと考えている。

本年の運動の目標

精神障害者を早期に発見して、できる限り早く医療の線にのせ、再び職場や地域社会に復帰させることを目的とした精神衛生法の趣

旨を広く普及させるため、次のような実施事項について、具体的な事例等をあげ、独創的な運動を展開する必要がある。

(1) 精神衛生法により、精神障害者の通院医療費の二分の一が公費負担となり、働きながら精神障害の治療をうけられる公費負担制度、また精神衛生センター、保健所に訪問指導や相談指導体制がしかれ、気軽に訪問指導や相談ができること等を広報し、これらの施策の強力な展開によって、精神障害者を産業職場や地域に復帰させることができ、再発も防止することができるという趣旨のことを普及する。

(2) 産業職場や地域社会において日常の諸問題のなかには、精神衛生的配慮を必要とするものが多く、その処理や解決について指導する。最近一部の職場には精神衛生についての健康管理者をおいている所もあるので、これらの組織を活用する。

(3) 精神障害の発生の予防や、進んで精神的健康の保持向上をはかるためには、特に地区組織による精神衛生活動が重要であり、地区組織活動により大いに効果をあげている地域もあるので、その必要性と効果を、地域住民に認識させ、地区組織の結成とその活動を促進するよう努める。

(4) 精神衛生センター、保健所、精神病院その他精神衛生関係施設における精神衛生活動の実際を紹介し、すべての人々が気軽に相談し指導がうけられるよう理解させるとともに、精神障害や精神病院に対する誤まつた観念をあらためるよう指導する。

(5) 学校、会社、工場等において、専門家の参加のもとに、精神衛生に関する座談会、講演会、討論会などを開催し、広く精神衛生に対する関心を高める。

(6) 運動期間中臨時に、または巡回するなど相談業務を実施し、平常その機会に恵まれない住民に対しても相談の機会をつくり精神衛生についての水準の向上をはかる。

(7) 機関紙特集号の発行や、新聞、ラジオ、テレビ等の協力を得て広報活動を行なうとともに、公開座談会、講演会、公開討論会、展示会、映画会等を開催し、特に精神医学の進歩、向精神薬の開発等により、精神障害に対する医療が急速に進歩し、社会復帰の可能性が増大している事実を強く訴える。

等々地域の実情に応じて、広く一般の精神障害に対する理解と精神衛生思想の向上に効果のある行事を行なうよう配慮する。

昭和四十四年度予算要求の概要

精神衛生行政を進めて行くための組織としては、保健所（全国八三二ヵ所）を第一線機関として、都道府県における精神衛生センター、都道府県衛生主管部局、国（厚生省）、（国立精神衛生研究所）を結ぶ線を中軸にして、医師、精神衛生相談員、行政官吏、研究職員などによつて、精神障害の発生の予防、早期発見、早期治療の対策を推進するとともに、精神障害者の発生に際しては、全国二一万余床の精神病床にこれを収容して治療を行ない、また社会復帰を促進するための社会復帰施設の整備、小児、老人あるいは合併症精神障害者の専門病床の整備などの施策を精神衛生法の趣旨にそつて推進しているところである。

そこで、昭和四十四年度における予算要求にあたつては、これらの施策をより強力に推進し、内容の充実をはかるため、医療費の増額、精神病床の整備、社会復帰施設の新設、精神障害入院者の実態調査など、いくつかの新規要求を含んで、総額二九五億余円（前年

比約四三億余円増）の概算要求書を、去る八月末提出したところである。これら新規事項を含めた要求のすべてが認められるかどうかについては今後の折衝にまたねばならないところであるが、その主なものを掲げて参考に供することとしたい。

1　医療費の公費負担

(1)　措置入院医療費の国庫補助

精神障害者であつて、その精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害をおよぼすおそれのある者に対して、都道府県知事が入院措置をした場合の医療費は、全額を公費で負担し、国がその八割を負担し、二割を都道府県が負担することとされている。ただし一定程度以上の所得があり医療費の負担能力のある場合は、医療費の一部または全部を入院した精神障害者またはその扶養義務者に負担してもらうこととしているがその額は医療費の一％にも満たない額である。昭和四十四年度においては、措置人員七万五千八百人（前年七万二千人）、二七九億余円（前年二四一億余円）を要求している。

(2)　通院医療費の国庫補助

精神障害に対する早期治療と、退院者の再発増悪の防止をはかるため、外来診療についての公費負担制度を昭和四十年十月から実施し、昭和四十四年度においては、対象人員五万一千七百人（前年四万五千人）、七億余円（前年五億七千万余円）に増額要求している。この経費の負担区分は、医療費の二分の一を公費で負担し、さらにその二分の一づつを国と都道府県でそれぞれ負担することになつている。

2　保健所における精神衛生対策費

保健所に設置される精神科嘱託医による相談指導の強化、精神衛生相談員による在宅精神障害者に対する訪問指導を拡充することなどを中心に、昭和四十四年度においては、嘱託医五〇〇人（前年三五〇人）の単価増、精神衛生相談員による訪問指導件数の増および単価増等、さらに新規として、精神衛生相談員資格認定講習会や保健所精神衛生担当技術職員地区別講習会等の出席旅費に対する補助等を含めて百分の三四の補助額で事業費としては四千八百万余円を要求している。

3　精神衛生センターの整備と運営

精神衛生関係施設の技術的指導体制を早急に充実強化するため、都道府県精神衛生センターをすみやかに整備し、とくに保健所に対する技術指導、技術援助の役割を果たすために、A級センター（人口三〇〇万人以上の都道府県に設置し、八二五平方米以上のもの）一ヵ所、B級（人口三〇〇万人以下の県に設置し、四九五平方米以上のもの）五ヵ所、計六ヵ所（前年どおり）の新設と、既設二八ヵ所分の運営費を含め、また一部のセンターに対しては簡易脳波計による事業費をも計上して三分の一の補助額で一億一千三百余万円（前年六千四百余万円）の要求をしている。

4　精神病床等の整備

(1)　一般精神病床の整備

都道府県、市町村等の設置する公立精神病床を整備するため、地方公共団体立のものに対し、新設四〇〇床、増設一千床（いずれも前年どおり）に二分の一の国庫補助を、また日本赤十字社、済生会などの公的医療機関立のものに対し、増設三〇〇床（前年どおり）補助率三分の一で、総額三億九千九百余万円（前年二億八千七百余万円）の補助金を要求している。

(2) 精神障害回復者社会復帰施設の整備、運営

精神障害による入院患者のうち症状が軽快し退院可能であるが、なお社会適応の不十分な者に対して病院外において医学的管理のもとに施設外作業を通じて社会適応訓練を施すための施設を整備することとし、その施設整備費並びに運営費に対してそれぞれ二分の一を国庫補助しようとするもので、施設整備に五千三百余万円、運営に五百余万円（初年度三ヵ月分）の要求をしている。なおこの施設はさしあたり都道府県設置のものに限り、全国で八ヵ所一ヵ所あたり三〇人収容のものを考えている。

(3) 国立療養所の精神病床への転換

昭和四十四年度において、国立療養所の病床のうち五五〇床を精神病床に転換することを計画し、この経費は、国立病院特別会計に計上要求している。

5 精神衛生制度調査費等

精神衛生制度改善のため各種事項についての調査および精神障害入院患者の実態を調査する等のための所要経費として、総額五千余万円の新規要求をしている。

また、精神障害の発生予防から各種精神科医療の開発強化、社会復帰のための各種施策等一貫した精神衛生対策を推進するため、各分野の専門を有機的に結合した精神衛生総合センター（仮称）の設置が強く要請されている実情にかんがみ、当該施設の調査費として新規に六百余万円を要求している。

6 その他

精神衛生法施行に必要な本省経費および補助金、優生保護法関係費のほか、中央精神衛生審議会、中央優生保護審査会の経費等々精神衛生対策推進のための諸経費を要求している。

精神衛生とは

精神衛生とは、一口にいえば人間の精神的側面を主な対象とする衛生であつて、精神的疾病ならびにもろもろの精神的不健康の予防から、精神的健康の保持向上を目的とするものである。

人の健康とは身体的に健全な状態であるばかりでなく、精神的、社会的にも完全に健やかな状態でなければならない。

精神の健康とは単に精神的疾患にかかっていないというだけでなく、変化の激しい生活環境のなかでこれに調和し、積極的に生活し得る能力をもつているものをいう。健康な心の持主は、欲求不満などの状態におかれても、反社会的行動に走る等のいろいろの適応障害を示すことはなく、むしろこれらの問題や障害に積極的に立ちむかい、社会的環境を調整し、その結果充分な適応状態をつくりあげる能力をもつているものである。

従来は、疾病の治療の面でも予防の面でも、身体的側面に比重がおかれすぎて、精神的側面が軽視されてきた傾向があつたが今後は身体の衛生だけでなく、精神面での衛生が強調されなければならない。殊に近来、身体衛生においても防疫とか予防接種とかの予防的な面のみでなく健康増進の面が重視されるようになつている。精神衛生においても、精神障害の早期発見、予防といつた面から、さらに精神健康増進のために個人はもとより職場、学校あるいは家庭においていろいろな精神衛生の実践を行なう必要がある。

今後における精神衛生は、幅広い視野で総合的に進め、同時にすでに精神障害のあるものは、すみやかに治療がうけられ、軽快また

は寛解した場合には偏見をなくし温かく迎えいれるよう配慮がなさるべきである。

（公衆衛生局精神衛生課　伊藤　茂）

乳幼児期の精神衛生

乳幼児期は、基本的な人格形成のみられる時である。日本でも昔から三つ子の魂百までといわれているが、脳神経系の発達も、知能、感情、性格といった基本的な精神的働きの基礎づくりがみられる時である。

脳重量は、出生時三五〇～三六〇グラム、一年の終りには二倍以上（約八〇〇グラム）、四～五年には約三倍（約一、一〇〇グラム）となる。身体の発育の中で、脳の発育はきわめて目ざましい。それだけに脳神経系の発育にとつて、きわめて重要な時期といえる。

栄養障害、代謝障害、内分泌障害、交通事故などによる頭部外傷、脳炎や脳膜炎、ひきつけといつた病気や傷害で、脳神経系の健全な発育が傷害されないように、十分な健康管理が必要である。育児の最も基本的な面は、こういう病気や傷害の予防、早期の発見と治療に始まる。

知的な働きは、始めは運動感覚機能と密着して、未分化な状態で現われる。這い、立つ、歩くといつた運動機能には、知的な働きが含まれており、ことにガラガラを振る、投げる、つまむ、はさむといつた手指の運動は、脳神経系の発達、知的機能と深い関係にある。

さらにことばが現われる。ことばにはお母さんなどの周囲のいうことが理解できるようになり、さらに赤ちやんことばから一語文へと、話す方も発達して行く。歩行や手指の運動の発達が遅れたり、ことばの発達が遅れている時には、知能の発達の遅れも疑がつて調べてみる必要がある。

さらに大きくなると、自分のこと、自分の身のまわりのことを処理したり、親やきょうだい、友達とのやりとり、遊びなどに、個人差が現われてくる。こういう問題には、知能の問題、性格の問題が関係していると同時に、育児しつけのあり方といつた、周囲のあつかい、環境条件によつて左右される面も大きい。

赤ちやんにも、食物としての栄養だけでなく、両親や家族との接触、交流による、暖かい正しい愛情がなければ、正常な発達はむずかしくなる。授乳、排尿排便のしつけ、だつこしたり、こういう親との交流、周囲からの暖かい適正な刺激が必要である。

泣いたり笑つたり、くやしがつたり、こわがつたり、やきもちをやいたり、生まれて始めてする、いろいろな情緒的な経験がある。こういう感情的経験と表現の中に、その子どもの基礎的な性格形成が行なわれている。

指しやぶり、おねしよ、どもり、自然行為などの悪いくせが始まることもある。こういう問題には、その子どもの感情生活における問題、欲求不満などが関係しており、正しいしつけ、欲求不満の解消、遊びを通じての明るく楽しい感情的表現活動など、子どものとり扱いに対して、十分な考慮が必要である。

（国立精神衛生研究所　菅野　重道）

児童青年期の精神衛生

精神衛生の最大の目標は精神的不健康を予防することにある。しかし真の意味での予防（第一次予防）が困難な場合は、早期発見、早期処置（第二次予防）が行なわれなければならない。児童期から青年期にかけては、人格が形成される重要な時期であるとともに、将来の精神的不健康のもとになるようなさま

ざまの状態が発現しやすく、この時期に適切な対策が行なわれるかどうかはその人の一生を左右するといわれているように、精神衛生にとつてはまことにたいせつな期間である。

児童期の精神衛生はしつけや教育の問題と切りはなしては考えられないが、それには母親と子どもの人間関係と、それをとりまく家庭のあり方が重要である。しかし最近の児童の精神衛生上の諸問題には、父親がその役割を十分に果たしていないことも関係があるとされている。さらに学童生徒では教師の役割も無視できない。また遺伝や胎内性の障害を含めて、身体ことに神経系の発達や脳の障害に注意することも必要である。出生の直後からこの点に留意し心身の発達の異常を早期に発見処置することが、後の不幸を最小限にとどめるために大切である。また疾病や頭部の外傷が脳に損傷を与えなかつたかどうか注意をはらうことも重要である。児童期における問題となる行動、神経症や精神病などは心身の両面から総合的に診断処置しなければならない場合が多いが、ことに情緒的環境的要因が重要である。

思春期から青年期にかけては心身の急激な変動があり、人生の危機といわれているように精神衛生上注意を要する多くの問題が生じやすい。思春期から青年期は、神経症や重大な精神病（精神分裂病や躁うつ病など）が発現しがちな時期であり、人格形成の上でも幼児期の依存的未熟な状態から離脱し、自我の確立が行なわれる段階であつて、社会的な権威や規律に対して疑惑や不信、反抗が生じ、種々の反社会的および非社会的行動がみられることが少なくなく、精神分裂病類似の状態を示めすことがあるので注意を要する。

青少年の非行・犯罪の増加は世界各国共通の現象であるが、ことにわが国での問題は、依存から自立への転換とそれに伴う情緒の発達の障害、自己統制の不足、人間関係の結合の稀薄さが原因であろうが、これには今日の教育の欠陥や現代の社会が青少年を疎外の方向に追いこんでいること、価値観の転倒やゆがみ（真面目な努力や労働に対する価値観の低下）が問題となるであろう。これらは単に個人の問題をこえた社会問題でもあるが、それには経済的利益が人命を含めた人間性の尊厳に優先するような社会のひずみを正さなければならないだろう。

青少年の精神衛生が真剣に考慮され適切な対策が行なわれることは、わが国の将来にとつてまことに重要な課題であるといわなければならない。

（国立精神衛生研究所　中川　四郎）

壮年期の精神衛生

青年期を過ぎ壮年期にはいると、とくに職場の精神衛生と家庭の精神衛生の二つが大きな問題点となる。

職場では次第に責任ある地位につき、人間関係の問題にたえずストレス状況におかれ、家庭では経済的、心理的負担が増大する。とくに、青年期危機と並んで向老期（初老期または更年期）の危機が重要である。身体的にも諸器官の退行現象がおこり、動脈硬化や悪性腫瘍にかかりやすく、女子では閉経がある。アルコール嗜癖、初老期うつ病などの精神障害のみならず、離職、定年、能力低下、過労などのさまざまの適応障害も起りやすい。

とくにいわゆるエージングの問題があり、向老を自覚することである。それは身体的違和感が根底にあつて、歯牙脱落、頭髪の変化、性的減退、視聴力障害などの身体症状、疲労増大、気力減退、記憶減退、過去に対す

る過度の反省などの精神的徴候がしばしば問題になる。

前者すなわち身体徴候では、心身の退行と疾病が問題になるが、この種の現象はその多くが間葉系組織の変化であつて、緒方知三郎博士のいわゆるニセの老化である。これに対して真の老化である神経組織や上皮組織の胚葉系の老化は向老期にはまだ始つていない。したがつてそのさいの多くの精神的徴候は社会的な人間関係や心理的葛藤から起るものがきわめて多い。

女性の閉経期はその典型であり、閉経に伴う身体的違和のみならず、閉経が女性としての能力や魅力の喪失としてうけとられる。ペニングトンは閉経期女性の精神徴候として、不快、興味喪失、抑うつ、優柔不断、過敏、自己憐びん、猜疑、劣等感、自己破壊性、責任性の誇張などを挙げている。このような情緒不安は生理的のみならず、社会、心理的根拠をもつており、たとえば育児や家事に没頭して、自己の欲望を抑え自己犠牲的生活を送つてきた母親が、子どもが独立し離れていくに伴つて、更年期症状につよく反応する例がよくみられる。

男性も初老の中だるみといい、それまで緊張していたものが心身機能の低下や、興味や関心の減退といつた形であらわれる。このさいも、家庭的負担の増大、職場における能力や成功の限界といつた条件が働いていることが多い。

これらの向老期危機がさまざまの適応障害として現われるのだが、これを早期に発見し処理するとともに、このうちには初老期うつ病や、アルコール精神障害のような神経精神疾患が含まれており、ことに初老期うつ病による自殺や一家心中などという悲劇や、初老期妄想症による反社会行動などは、早期治療によつて防止し得るものである。このさいにも向老期精神障害の早期発見、早期治療と社会復帰とともに、正常の向老期現象に対する精神健康の促進が併行して進められる必要がある。

（国立精精衛生研究所　加藤　正明）

老年期の精神衛生

日本人の平均寿命の延長とともに老年人口は毎年増加の傾向にある。これに伴つて老年期の精神障害および一般老人の適応障害が増加しており、欧米における老年者の精神衛生と同様の重要性が日本でも次第に明かになつている。

老年期の精神変化の一つは知的能力や学習能力を含む能力低下にあり、それはいわゆるボケとして示され、さらには脳萎縮や脳細胞変化に伴う痴呆として病的状態を示すに至る。他の一つは感情変調であり、柔軟性の欠如、自己統制の減退、さらに心気傾向を主体とする自己身体へのつよい関心、妄想傾向、不安などとして示される。前者の著しいものは老年痴呆であり、後者は脳動脈硬化である。

アメリカのキャバンによる十五項目からなる精神老化度測定によれば、記憶障害、今事に対する消極性、自己中心性、昔語り、愚痴、無関心、孤独、学習困難、わずらわしいことを避ける、交際の消極性、社会変化への猜疑、切りかえの困難、高度の吝嗇などが挙げられる。一般に心気傾向のつよい老人ほど、自覚的精神老化度が過大に評価される。このさい身体的老化度と精神的老化度のアンバランスが問題となり、その不調和が一方では老人ノイローゼ、他方では反社会行動として示されることになる。

欧米の精神病院では老人の精神障害者の入

院比率がたかく、たとえばアメリカの州立精神病院在院患者の約三〇パーセントが六五歳以上の老人である。日本では六〇歳以上の入院率が三パーセントでまだ低いが、これには老年人口比率の差もあり、都会では八―九パーセントにのぼるところもある。従来は不適応老人が家庭に保護されていたのが、家族制度や形態の変化とともに、核家族へと移行しつつあり、とくに都会では老年者の適応が次第に困難になりつつあり、精神病院入院老人も次第に増加しつつある。

このことを裏書きすることは、厚生省が昭和二十九年度と同三十八年度に行なつた全国精神障害者実態調査であり、後者ではとくに脳血管性や老年性精神障害がより多く発見されており、対人口比も欧米並みに若年人口よりも老年人口に高くなつている。この現象は将来次第に著しくなつてくるにちがいないと思われる。

老年期の精神衛生にとつても重要なことは、これらの老年期精神障害を含む適応障害の早期治療とともに、一般老人の精神健康の保持につとめなければならない。それには老年期においても家庭や社会のために役立つという役割意識をもたせ、役割期待が生ずるような方策が講じられなければならない。病院・施設内でのリハビリテーション活動を活発にするのみならず、家庭老人に対する老人クラブや老年者通園センターなどにおける精神衛生的考慮が十分に払われるよう、精神科医をはじめとする精神衛生の専門家が、これらの領域で活動し得る基礎がつくられる必要がある。（国立精神衛生研究所　加藤　正明）

わが国の精神衛生

一　精神衛生の歩み

明治初期

明治初期においては、精神衛生対策としては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、精神医学は進歩しておらず、精神病の治療は、そのほとんどが加持祈禱にたよつており、社寺の楼塔は、精神病者の収容施設のごとき観があつた。

明治の衛生行政が、本格的軌道にのり出したのは、明治六年、文部省の医務課が医務局となり、明治七年、医制が発布されてからであり、この医制の一つに癲狂院の設立に関する規定がある。しかし、癲狂院の設置は遅々として進まず、ほとんどすべての精神病者の大多数は、私宅に監置されて、人間的な取扱いをうけていなかつた。

しかしながら、近代西洋医学が、漸次輸入され、これに基づいた衛生行政が行なわれるようになるにつれ、精神衛生対策の面も新たな方向へと展開して行くことになつた。すなわち、明治八年には、ドーニツツが警視庁において精神病の講義を行なつたし、日本最初の公立病院である京都府癲狂院が設立され、九年には、近代精神病学初の専門書である「精神病的説」が出版され、十一年には、日本最初の近代的私立病院として、加藤風癲病院が開設され、十二年には、ベルツ博士が東

京大学においてはじめて近代精神病学を、またローレッツ博士が愛知医学校において精神病学を講義した。十三年には、医学校初の精神病舎が愛知県病院に設置され、十七年には、岩倉癲狂院が開設され、十九年には、帝大医科大学に精神病学教室が置かれ、同年十二月には、日本人最初の講義として榊俶教授が東大において精神病学の講義を行なつた。さらに二十八年には、代表的な精神病学の成書として呉秀三纂訳「精神病学」が発行される等に医学の面においても段々とその基礎が固められて行つた。

精神病者監護法の制定

明治三十年代になると、これまで相当長い間もつぱら地方の規制に委ねられていた精神障害者に関する全国的法規制がようやく出現するにいたつた。すなわち、まず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、明治三十二年「行旅病人および行旅死亡人取扱法」が公布され、ついで明治二十年のいわゆる相馬事件などが重要なきつかけとなつて精神病の保護に関する最初の一般的法律「精神病監護法」が明治三十三年三月公布され、同年七月一日施行となり、また同年六月二十八日「精神病者監護法施行規則」が定められて、精神病者の監督および保護の責任を明らかにし、不当な人権侵害を排除し、さらに監督の実施を行政庁の許可または届出とし、監置の適正を図つた。しかしながら、監置の方法において私宅監置をも許していたので、医療保護の面では、きわめて不十分であり、社会の変化に伴う精神病者の漸増と精神医学の進歩とは、精神障害者対策をこのような消極的な範囲に止まらせて置くことができなくなつた。すなわち、明治三十四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なり、明治三十五年には、精神病者救治会が設立され、日本ではじめて精神衛生運動が行なわれるようになり、さらに、日本神経学会も発足し、また三十九年、「官立医学校ニ精神科設置」の決議を行なつたし、明治四〇年には、北海道に道府県外の公立精神病院の初として、公立函館区立精神病院が開設された。明治四十二年に、明治四十一年一月以降、公立精神病院およびその退院者につき詳細な調査を行なつた結果、患者数二万五千、病床二、五〇〇、私宅監置約三千というような精神病者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充が必要なことがわかり、明治四十四年、「官公立精神病院設置」の決議がなされた。

精神病院法の制定

明治末年にいたつてようやく近代国家としての体制を整えたわが国は衛生行政の面においても新たな段階に入り、さらに社会生活の複雑化に伴う精神障害者の増加と医学の一般の進歩は、監護の段階から医療対策へと前進せざるを得なかつた。

さらに大正五年、保健衛生調査会が設置され、大正六年六月三十日、精神障害者の全国一斉調査が行なわれ、精神病者総数は、約六万五千、精神病院等に入院中のもの約五千、私宅監置を含めて約六万の患者が放置されているという実状、病院を含む精神病者収容施設をもつてない県が二八県もあり、在院患者のほぼ四分の三が東京、京都、大阪におり、東京にはその二分の一が収容されている等の実態が明らかになつた。このような現状により、大正八年、「精神病院法」が公布された。この法の制定により、国は都道府県にたいして精神病院の設置を命ずることができるよう

になり、かつその設置された病院にたいし、国庫補助を行なうことになり、精神病院の普及が図られることになつた。こうして大正九年には日本精神病院協会が設立されたのである。

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、僅かに、大正十四年の鹿児島保養院、昭和元年の大阪中宮病院、昭和四年の神奈川芹香院、昭和六年の福岡筑紫保養院、昭和七年の愛知城山病院を数えるのみであつた。

精神衛生法の制定

前述のごとく、公立精神病院の建設は遅々としてはかどらなかつた。しかも在野精神障害者数は増加し、昭和六年の調査によれば患者総数七万余にたいし、収容数は約一万五千であり、諸外国に比して人口あたり病床は十分の一の低さを示し、病院数約九〇で、病院法による施設をもつ府県は僅か三府一七県であつた。昭和元年には日本精神衛生会が設置され、さらに昭和十二年に厚生省が設置され、衛生行政の機構が確立されたにかかわらず、精神衛生対策は目ざましい効果をあげるにいたらなかつた。ことに戦時においては、精神病者の保護は全くかえりみられず、精神病床も戦火による消失や経営難により閉鎖され、昭和十五年には、約二万五千床もあつた病床は終戦時には約四千床にまで減少した。

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とにより、精神障害者の医療保護の徹底化と精神衛生が単に精神病の治療のみならず、その予防から広く一般国民の精神的健康の保持向上におよぶべきであるという理念が行なわれるようになり、昭和二十五年、医療保護のみならず予防対策を含めたはばの広い「精神衛生法」が制定されたのである。この法律の制定により、従来の私宅監置制度は廃止され、精神病者は医療機関で医療保護をうけることになり、鑑定医制度が採用されて精神障害者の人権が尊重されることになり、また対象を精神病者のみならず、精神薄弱者、精神病疾者等にまで拡大し、精神衛生対策の飛躍的発展を期したのである。

精神衛生法以後

昭和二十七年には、国立精神衛生研究所が設けられ、精神衛生に関する総合的な調査研究が行なわれることになつた。

昭和二十八年には、日本精神衛生連盟が結成され、同年十一月には第一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三万床で、昭和十五年の約二万五千にくらべようやく戦前に回復したが、昭和二十九年七月の全国精神障害者実態調査によれば、精神障害者の全国推定数は一三〇万人、うち要入院は三五万人で、病床はその十分の一にもみたないことが判明し、よつて同年法改正を行なつて非営利法人の設置する精神病院の設置および運営に要する経費にたいし、国庫補助の規定が設けられ、これが重要な契機となつて、病床は急速に増加し、いわゆる精神病院ブームの現象を呈し、五年後の昭和三十五年には約九万五千床に達し、精神障害者にたいする医療保護は飛躍的に発展した。

昭和三十一年四月一日、厚生省公衆衛生局に精神衛生課が新設され、精神衛生行政は一段と強化されることなつた。

また、治療についても従来の療法に加えてクロールプロマジン等の薬物療法さらに心理

療法や作業療法等の治療方法が進歩してその寛解率は著しく向上し、在院期間が短縮され、かつ、これに伴ない予防対策や在院障害者対策が次第に注目されるようになつた。

さらに昭和三十八年には画期的な精神障害の実態調査が行なわれ、この調査によつて全国的な精神障害者の数、医療の普及度等が明かになり、昭和二十五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らしい事態に既応し得なくなつてきたので、精神障害に関する発生予防から、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。ところがたまたま三十九年三月、有名なライシャワー事件が発生し、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり、これがため準備中の法改正は一層拍車をかけられることになつた。よつて同年五月厚生大臣は法改正について、その諮問機関である精神衛生審議会に諮問し、その答申を得て、同年二月、精神衛生法の一部を改正する法律案が第四八国会に提出され、昭和四十年六月三十日をもつて公布施行されることになつた。

この法改正により、都道府県ごとに新たに技術的中枢機関として精神衛生センターが設けられることになつたほか、保健所は地区における精神衛生行政の第一線機関となり、在宅精神障害者の訪問指導、相談が強化され、さらに通院医療にたいする公費負担制度が新設され、精神衛生対策は一層その充実が期待されることになつた。

二　精神衛生行政の組織

精神衛生行政は公衆衛生行政の一部門である。衛生行政は、家庭や地域社会を対象とする一般衛生行政と、学校生活を対象とする学校保健行政および職場における生活を対象とする労働衛生行政に三大別される。一般衛生行政は、さらに(1)予防接種、集団検診等予防医学を主体をする予防衛生行政、(2)栄養改善、精神衛生、スポーツ等健康増進を目的とする保健衛生行政、(3)上下水道、汚物等衛生工学を主体とする環境衛生行政、(4)医療の普及向上をはかる医務衛生行政、(5)医薬品の生産配給と販売等に関する薬務行政の五つに大別され、これらのうち、(1)、(2)、をあわせて公衆衛生行政とよばれている。

これらの衛生行政の活動分野に対応して、いわゆる衛生行政組織がある。

一般衛生行政の体系としては、国（厚生省）―都道府県（衛生主管部局）―保健所―市町村（衛生主管部局課）の一貫した体系が確立されている。

精神衛生行政の組織についてみると、国のレベルにおいて衛生行政を担当しているのは厚生省であり、その厚生省で直接衛生行政に関係ある内部部局は、公衆衛生局、環境衛生局、医務局、薬務局のいわゆる衛生四局で、精神衛生を担当する局は公衆衛生局である。公衆衛生局には、企画、栄養、保健所、結核予防、防疫、精神衛生、検疫の七課があり、精神衛生課が精神衛生行政を担当している。このほか、厚生省の附属機関として国のレベルにおける科学技術の中枢的役割を果たす機関として国立精神衛生研究所があり、また民主的行政の運営をはかるための機関として中央精神衛生審議会が設けられている。

つぎに都道府県では、精神衛生行政を担当する衛生主管部（局）（衛生部、厚生部、衛生民生部、厚生労働部等）があり、それぞれ四内至六課が設けられ、その一課である精神衛生主管課（保健予防課、公衆衛生課等）が

直接精神衛生行政を担当している。また都道府県には、精神衛生の向上をはかるための施設として精神衛生センター（精神衛生相談所）が設けられているほか、知事の諮問機関として、精神衛生に関する事項を調査審議するための地方精神衛生審議会および通院医療の申請に関する事項を審議するための精神衛生診査協議会が設けられている。

都道府県内の地区には、地区における精神衛生行政を担当する保健所があり、その標準組織は、総務、衛生、保健予防、普及の四課十七係であり、直接精神衛生を担当するのは保健予防課の精神衛生係である。

市町村における組織は都道府県に準じていて、それぞれ精神衛生主管部（局）、課、係が設けられている。

これらの精神衛生行政の組織を図示すれば次のとおりである。

厚生省　公衆衛生局―精神衛生課
　国立精神衛生研究所
　中央精神衛生審議会
都道府県　衛生主管部―精神衛生主管課
　地方精神衛生審議会
　精神衛生診査協議会
　精神衛生センター
　保健所―保健予防課―精神衛生係
市町村　衛生主管部（局）・課・係

イ　国立精神衛生研究所

国立精神衛生研究所は、昭和二十七年に設置され、精神衛生に関する調査研究ならびに精神衛生関係職員の研修をその任務とし、精神衛生部、児童精神衛生部、社会精神衛生部身体病理部、精神薄弱部、優生部、社会復帰部の研究七部と総務の一課がおかれている。

ロ　中央精神衛生審議会

精神衛生行政の実施にあたり、精神衛生に関する事項を調査審議し、行政の公正妥当を期するため、厚生省の附属機関として中央精神衛生審議会が置かれている。この審議会は厚生大臣の諮問に答えるほか、精神衛生に関する事項について関係大臣に意見具申をする権限を有している。審議会の委員は一五人で任期三年、精神衛生に関し学識経験ある者および関係行政機関の公務員のうちから、厚生大臣が任命する。

ハ　地方精神衛生審議会

都道府県における精神衛生行政に関し、必要な事項を調査審議するため、各都道府県ごとに地方精神衛生審議会が置かれている。この審議会は、都道府県知事の諮問に答えるほか、精神衛生に関する事項に関して都道府県知事に意見を具申することができる。審議会の委員は一〇人以内で、精神衛生に関し学識経験のある者および関係行政機関のうちから都道府県知事が任命し任期は三年である。

ニ　精神衛生診査協議会

都道府県における通院医療費公費負担にいする申請に関して必要な事項を審議し、公費負担の決定に関して都道府県知事に意見を具申する機関で、各都道府県ごとに設置されている。この協議会の委員は五人で、精神障害者の医療に関する事業に従事する者および関係行政機関の職員のうちから都道府県知事が任命し、任期は二年である。

三　精神衛生の財政

(一)　精神衛生関係予算

精神衛生対策は、厚生省における重点施策であるのでその伸びはまことにめざましいものがある。昭和四十三年度の国の精神衛生関

係の予算額は二五二億円で、これを精神病院法の制定当時の予算約三万円にくらべると驚異的な数字であり、さらに昭和三十七年度の八五億、三十八年度の一〇九億、三十九年度の一三三億、四十年度の一六三億、四十一年度の二一一億、四十二年度の二二五億と年々著るしい増加を示している。この膨大な予算のうち、ほとんど大部分が措置入院費の二四二億円で、ついで通院医療負の五億七千万円、精神病院等の整備補助金の三億四千万円である。この措置入院費は国が八割、都道府県が二割を負担することになつていて、その総額は三十七年で一〇四億、三十八年で一三三億、三十九年で一六三億、四十年で一九六億、四十一年で二五〇億、四十二年で二七九億、四十三年は二九二億と年々著しい増加を示している。

(二) 国庫補助

要入院患者に比し、精神病床が非常に不足しているので、昭和二十七年以降、都道府県立の精神病院の新設および増床にたいして補助金を交付し、その整備促進がはかられている昭和二十九年以降は、さらにこれら都道府

関係予算　　(単位：千円)

39年度予算額	40年度予算額	41年度予算額	42年度予算額	43年度予算額
13,329,081	16,357,306	21,097,852	22,479,679	25,199,445
13,014,804	15,959,353	20,725,990	22,090,285	24,830,000
13,014,804	15,959,353	20,725,990	22,090,285	24,830,000
12,981,630	15,694,323	20,004,472	21,437,160	24,200,074
0	215,307	673,556	597,723	570,235
19,171	33,869	41,160	44,013	43,085
14,003	15,854	6,802	11,389	16,606
311,583	390,309	369,040	386,101	341,328
311,583	390,309	369,040	386,101	341,328
299,208	349,258	330,441	338,021	293,819
12,375	41,051	38,599	48,080	47,509
2,403	7,274	2,443	2,860	2,272
291	370	379	433	427

県立以外の市町村立および日赤、厚生連等の公的医療機関立の精神病院にも補助が行なわれている。これら精神病院にたいする補助は、精神衛生法に基づき、その要する負用の二分の一以内の額とされており、その予算額は、昭和二十七年度の六千八百万円から、三十年度二億八千万円、三十五年度一億五千万円、四十年度三億五千万円と増加し、これらの国庫補助が重要な契機となり、病床は急激に増加し、昭和二十八年の三万床から、三十五年には九万五千床、四十年には一七万床、四十二年は二一万床に達した。また、措置入院には8/10、通院医療には1/2の補助が行なわれるほか、法施行事務費あるいは精神衛生センター整備についても国庫よりの補助が行なわれ精神障害者の医療保護は飛躍的に発展した。

(三) 資金の助成

国は地方公共団体の行なう病院事業にたいして、政府資金等により資金の助成を行なっているし、公立病院以外の病院には医療金融公庫により、資金の助成を行なっている。

医療金融公庫による融資は、精神病院の新

表1 精神衛生

事項	37年度予算額	38年度予算額
精神衛生費	8,551,795	10,922,788
(1) 精神衛生費補助	8,347,611	10,659,592
(ｲ) 精神衛生費補助金	8,347,611	10,659,592
(A) 精神障害者措置入院費補助金	8,332,753	10,635,204
(B) 通院医療費補助金	0	0
(C) 法施行事務費補助金	7,101	11,550
(D) 精神衛生センター運営費補助金	7,757	12,838
(2) 精神衛生関係施設整備費補助	203,130	256,208
(ｲ) 精神病院等整備費補助金	203,130	256,208
(A) 精神病院整備費補助金	203,130	256,208
(B) 精神衛生センター整備費補助金	0	0
(3) 精神衛生対策費	872	6,697
(4) 精神衛生審議会費	182	291

注 予算額は当初予算である。

表2　医療金融公庫融資の状況

	総融資額	総病床数	精神病床数
	千円	床	床
昭和35年度	4,152,060	10,881	2,434
36	6,914,800	15,833	7,659
37	11,863,880	17,634	8,013
38	11,862,960	15,209	6,127
39	14,536,190	16,768	7,170
40	17,068,100	20,770	8,445
41	20,700,000	23,066	8,681
42	23,121,490	16,711	6,147

表3　厚生年金融資状況

区分	計		病院（含精神病院）	
	件数	金額	件数	金額
		百万円		百万円
昭和28年度	200	2,323	41	511
29	194	3,475	66	1,569
30	243	4,420	89	1,940
31	292	5,433	90	2,918
32	277	7,000	91	3,125
33	281	7,500	115	4,108
34	325	8,500	117	4,410
35	420	10,500	144	5,154
36	924	19,100	184	7,727
37	1,300	25,600	200	7,943
38	1,361	33,000	218	10,150
39	1,931	42,333	226	11,595
40	1,324	19,200	(16)	(910)
			175	9,500
41	1,803	50,298	(9)	(614)
			191	11,536
42	1,682	37,052	(9)	(463)
			115	3,692

（　）内は精神病院分

表4　国民年金融資状況

区分	計		病院（含精神病院）	
	件数	金額	件数	金額
		百万円		百万円
昭和36年度	418	5,398	138	2,106
37	714	7,400	194	2,541
38	679	7,000	177	2,650
39	990	9,200	218	3,130
40	1,025	9,500	(6)	(73)
			171	3,225
41	1,156	11,453	(5)	(79)
			200	3,502
42	1,202	13,762	(0)	(0)
			174	2,034

（　）内は精神病院分

増改築機械購入、運転資金等にたいして、昭和三十五年から開好され、昭和四十一年度は、八千六百八十一床の病床その他にたいして融資が行なわれた。厚生年金の融資は昭和二十七年から開始され、昭和四十年一六件九億、四十一年九件六億、四十二年は九件五億円の融資が行なわれた。国民年金の融資は、昭和三十六年から開始され、昭和四十年六件七千万、四十一年は五件八千万円であつた。

これらの資金の助成は、前項の国庫補助と相並んで精神病床の増設に大いに寄与したのである。

四 精神障害者の実態

(一) 精神障害者とは

精神衛生法においては、その目的である精神障害者の医療および保護を全うするため、対象範囲を明確にする必要があり、第三条で「精神障害者とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）精神薄弱および精神病質者をいう。」と定義している。

表5　昭和29年精神障害実態調査

精神障害者数

	全国推計数	有病率	人口千対
総数	130万人	100%	14.8
精神病	45万人	35%	5.2
精神薄弱	58万人	45%	6.6
その他	27万人	20%	3.0

処遇の状況

在宅のまま精神科専門の指導をうける	1%	1.24万人
精神病院または精神病室に入つている	3%	3.72万人
在宅のまま精神科専門医以外の医師保健所により指導をうけている	5%	6.20万人
その他	91%	118万人

必要な処遇別精神障害者数

	全国推計数	有病率	人口千対
総数	130万人		14
要収容治療	46万人		5
要家庭治療	38万人		4
要家庭指導	46万人		5

表6　昭和38年精神障害実態調査

精神障害者数

	全国推計数	有病率	人口千対
総数	124万人		12.9
精神病	57万人		5.9
精神薄弱	40万人		4.2
その他	27万人		2.8

処遇現在精神障害者百分率

	総数	医療をうけている	精神衛生等の指導相談所その他の施設をうけている	全く放置されている
総数	100	30.1	5.2	64.7
精神病	100	45.4	1.9	52.7
精神薄弱	100	6.0	13.0	81.0
その他	100	33.3	0.8	65.9

必要な処置別精神障害者・有病率

	総数	人口対千有病率	精神病院に入院を要するもの	精神病院の施設収容以外に施設を要するもの	在宅のまま医師指導または医療を要するもの
	万人		万人	万人	万人
総数	124	(12.9)	28(3.0)	7(0.7)	89(9.3)
精神病	57	(5.9)	21(2.2)	2(0.1)	35(3.6)
精神薄弱	40	(4.2)	3(0.4)	5(0.5)	32(3.3)
その他	27	(2.8)	4(0.4)	-(00.5)	22(2.3)

昔は精神病というのは原因が不明なので症状によつて診断していくより仕方がないと考えられていた。たとえば放火狂とか色情狂とかの診断が行なわれたのである。しかしながら精神病もまた原因によつて分類しなくてはならないという考え方が起り、現在では一般にはその原因に従つて外因性精神障害、心因性精神障害、内因性精神障害および生来性の精神欠陥状態とに分けるのが通常である。

内因性精神障害

内因とは素質的な原因、すなわち体の内部から起つてくるもので主として遺伝が濃厚と考えられるもので、その代表的なものとして精神分裂病、躁うつ病、てんかんが内因性精神病と呼ばれている。

外因性精神障害

外因とは身体的原因である。脳その他身体に組織学的その他はつきり異常があつて精神障害をおこすものが外因性精神障害である。

これには脳血管性、頭部外傷等による脳器質性精神障害、アルコール中毒等による中毒性精神障害、急性伝染病、尿毒症、心臓病などにみられる症状精神病等がある。

心因性精神障害

心理的原因が主な原因と考えられるものを

表7　精神病総数・有病率

（人口千対）

	29年	38年
精神病総数	5.2	5.9
精神分裂病	2.3	2.3
躁うつ病	0.2	0.2
てんかん	1.4	1.0
脳器質性精神障害	1.0	2.2
その他の精神病	0.3	0.2

表8—2　脳器質性精神障害

	38年
脳器質性精神障害	100.0%
脳血管性によるもの	51.6
頭部外傷によるもの	16.8
脳炎脳膜炎によるもの	9.5
梅毒によるもの	6.3
老人性痴呆奇型その他	15.8

表8—1　診断別精神障害者有病率百分率　（昭和38年）

	総数	精神病							その他				
		総数	精神分裂病	躁うつ病	てんかん	脳器質性精神障害	その他の精神病	薄弱白痴精神痴愚のみ	総数	精神障害中毒性	精神病質	神経症	その他
	万人												
全国推計	124	57	22	2	10	21	2	40	27	7	5	10	4
人口千対有病率	12.9	5.9	2.3	0.2	1.0	2.2	0.2	4.2	2.8	0.7	0.5	1.1	0.5
百分率	100.0	46.1	17.8	1.6	8.1	16.7	1.9	32.3	21.6	5.5	4.2	8.4	3.5

表9—1 性・年令別推計人口

	総数	年令						
		0～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60以上
昭和29年	87,697	20,044	18,178	15,713	10,775	9,089	6,862	7,037
昭和38年	96,156	15,937	20,322	17,279	14,978	10,259	8,287	9,094

表9—2 年令別精神障害者推計数

	昭和29年			昭和38年		
	推計人口	精神障害者数	有病率(人口千対)	推計人口	精神障害者数	有病率(人口千対)
	千人	千人		千人	千人	
総数	87,697	1,300	14.8	96,156	1,240	12.9
0～9才	20,044	114	5.7	15,937	123	7.7
10～19	18,178	282	15.5	20,322	232	11.4
20～29	15,713	256	16.3	17,279	135	7.8
30～39	10,775	227	21.1	14,978	235	15.7
40～49	9,089	176	19.4	10,259	198	19.3
50～59	6,862	124	18.1	8,287	136	16.4
60～	7,038	121	17.2	9,094	181	19.9

心因性精神障害といい、この代表が神経症である。

以上が現在一般につかわれている原因のわけ方であるがなかなかこの三つだけに割り切れないものがある。

通常精神病という場合には、精神分裂病(症状による病型に単一型、破瓜型、緊張型、妄想型等がある。)、躁うつ病、てんかん、中毒性精神病(アルコール中毒、麻薬中毒等によるもの)、脳器質性精神病(頭部外傷、脳の血管障害、脳腫瘍、脳梅毒等によるもの)を含み、精神薄弱にはその症状として白痴、痴愚、ろ鈍がある、その特殊型として、ダウン症状群、クレチン病、小頭症、フェニールケトン尿症等がある。精神病質は性格異常で、ヒステリー性性格異常、分裂症性性格異常、てんかん性性格異常、執着性性格異常がある。神経症には不安神経症、神経衰弱、心気症、強迫神経症、ヒステリー等がある。

(二) 精神障害者数

わが国においては、昭和二十九年および三十八年に精神衛生実態調査を全国調査として実施し、入院中の精神障害者のみでなく、家庭にいる精神障害者の実態、その社会的経済

的背景から、治療による将来の見通しなどを調査した。昭和三十八年の精神衛生実態調査を主とし、比較可能なものは二十九年と対比しつつ述べることにする。

一、精神障害者

昭和三十八年の調査では、精神障害を統計上、精神病、精神薄弱、その他に区分し、精神病には精神分裂病、躁うつ病、てんかん、脳器質性精神障害、その他の精神病を含めている。精神薄弱は精神医学的に白痴、痴愚程度を対象とし、その他には中毒性精神障害、精神病質、神経症その他を含めている。

（脳器質性精神障害とは梅毒性精神障害、初老期老年精神障害、脳動脈硬化症、脳卒中後遺症、頭部外傷後遺症等をいい、中毒性精神障害とは、アルコール、麻薬、睡眠剤、覚醒剤その他による慢性中毒者をいう。）

二、精神障害者数、有病率

全国精神障害者推計数は一二四万人、人口千人につき一二・九人である。二十九年調査では、全国で一三〇万人、人口千人につき一四・八人である。

精神病　精神障害のうち、精神病五七万人、人口千対五・九で、二十九年は四五万人、人口千対五・二である。精神分裂病は二二万人、人口千対二・三、躁うつ病は二万人、てんかん一〇万人でそれぞれ人口千対〇・二、一・〇で二十九年とあまり変化がない。脳器質性精神障害は二一万人で人口千対二・二で二十九年の人口千対一・〇に比し約二倍の増加である。この脳器質性精神障害の約半数が脳血管性で、その他は頭部外傷、老人痴呆等でいずれも最近いわれるようになつた人口の老年化や交通事故の影響によるものである。

精神薄弱　精神薄弱は、その程度によつて、白痴、痴愚、ろ鈍にわけられるが、調査ではろ鈍を除外して精神医学的に白痴、痴愚と診断されたもののみを対象とした。この概念にはいる精神薄弱は四〇万人、人口千対四・二である。

その他　中毒性精神障害は七万人、精神病質は五万人、神経症は一〇万人、その他が四万人で人口千対それぞれ〇・七、〇・五、一・一、〇・五である。

三、性、年齢別

性別の精神障害者数は男六六・四万人、女五七・四万人で人口千対男一四・一、女一一・八で男に高い。二十九年の調査でも同様である。

年齢別にみると一般的に年齢の高くなるほど有病率が高くなる傾向がある。

年齢別に診断別構成をみると若年齢では精神薄弱の割合が高いが青壮年層では精神分裂病その他の割合が多くなる。そしてさらに年齢が高くなるにつれて、脳器質性精神障害の占める割合が多くなる。

四、精神障害者の社会経済的背景

地域別　地域を農業・漁業地区、商業・工業地区その他の三地区に区分して精神障害者の有病率をみると農漁地区が最も高く、ついで商工地区で最も低いのが住宅地区である。また地区を六大都市、その他の都市、郡部に三区分してみると郡部に最も高く、ついでその他の都市、最も低いのは六大都市である。

世帯業態別　世帯を事業経営者、常用勤労者世帯、農家世帯、日雇労働者その他の世帯の有病率が最も高い有病率を示し、ついで農家世帯に高く事業経営者、常用勤労者世帯で最も有病率が低い。

医療保険加入階層別　健康保険、船員保険等の各種保険に加入していたり、生活保護法の適用を受けていたりという　加入階層別に有病率をみると、最も高いのが生活保護階層で千対一二五・三、ついで日雇健康保険の

千対四〇・二、国民健康保険は千対一五・八で最も低いのは健保、船保、共済保険の本人で千対四・七である。

所得別　低所得階層あるいは低消費階層世帯ほど有病率が高い。

精神障害者の医療と指導　三十八年の調査で精神障害者のどれだけが医療と指導をうけているかというと一二四万人のうち、医療をうけているもの三〇・一%、指導をうけているもの五・二%、医療も特別の指導もうけないで家庭にいるもの六四・七%である。

このような状況にたいしてどのような措置が必要であるかというと、精神病院に入院治療を要する者二八万人、精神病院以外の施設に収容を要するもの七万人、在宅のままで精神神経科医の外来治療または指導を必要とするもの四八万人、在宅のままその他の指導を要する者四一万人あわせて一二四万人ということになる。

五　精神障害者の医療保護

精神障害者は、精神障害のために生活の維持あるいは財産の保全能力を欠き、また病識を有しないため、精神障害の医療を受けようとしない場合が多い。この精神障害者にたいして必要な医療および保護を加えて、精神障害の治療をはかるとともにあわせて他人に危害をおよぼすことを防止することが必要である。

このため精神衛生法では、保護義務者を定めたり、申請、通報、届出あるいは精神鑑定、措置入院、緊急入院、同意入院、仮入院、通院医療等や精神障害に関する相談、訪問指導について規定を設け精神障害者の医療保護を行なつている。

(一)　精神病院

精神衛生法四十八条の規定により、精神障害者は、精神病院または他の法律によつて認められた施設以外の施設に収容してはならないことになつている。

この精神障害者を収容治療する病院にはすべての病床が精神病床のみのいわゆる単科の精神病院とその他の病院に精神病室が併設されているものと二種類がある。

また開設者別にみると国立、都道府県立、市町村立、日赤、済生会、厚生連等の公的医

表10　単科精神病院数，精神病床数および病床利用率の年次推移

年次	全精神病床数	単科精神病院病床数	一般病院精神科病床数	全精神病床利用率（年間）	単科精神病院数
昭和30年末	44,250	35,841	8,409	111.1	260
32	64,725	51,196	13,529	103.4	371
34	84,971	67,319	17,652	104.7	476
36	106,265	81,960	24,305	107.0	543
38	136,387	105,046	31,341	109.7	629
39	153,639	117,758	35,881	110.3	676
40	172,950	130,119	42,831	108.0	725
41	191,597	142,938	48,659	108.8	769
42	210,472	157,499	52,973	106.6	818

資料　「厚生省病院報告」

表11　開設者別にみた精神病床数の年次推移　（各年12月末現在）

	総数	国	公立				その他（個人，法人立）
		総数	国立	都道府県立	市町村立	公的医療機関立	
昭和30年	44,250	11,926	4,296	6,868	608	154	32,324
32	64,725	15,097	4,412	8,838	1,285	562	49,628
34	84,971	17,697	4,597	10,509	1,717	874	67,274
36	106,265	21,283	4,664	12,013	3,206	1,400	84,982
38	136,387	24,387	4,874	12,760	4,648	2,105	112,000
39	153,639	26,245	5,063	13,586	5,156	2,440	127,394
40	172,950	28,881	5,330	14,002	6,222	3,327	144,069
41	191,597	31,943	5,810	14,925	6,855	4,353	159,654

資料　厚生省医療施設調査

療機関立（公立），個人，法人立（私立）の精神病院がある。

昭和四十二年末で，単科精神病院は七九七，併設精神病床を有する病院は四二九で計一，二二六施設があり，総精神病床数は二一万三，二二五，入院患者総数は二二万五，五五五人である。

精神病床は従来年々約一万床の増加をみていたが，昭和三十八年は一万六千床，三十九年は一万七千床，四十，四十一年は一万九千床とその増加は著しく，これを昭和二十八年末の三万床弱にくらべると五倍以上の激増ぶりである。この増加は，国公立にくらべ，医療法人および個人立のいわゆる私立病院の病床増によるもので，これらの全精神病床にたいする割合は，国公立二割，私立八割となつていて諸外国では，国公立の割合が大きくわが国のそれとは逆の関係になつている。

精神病院は従来のごとき隔離拘禁主義から開放治療主義へと進み，作業療法等いろいろな治療方法がとり入れられ，建築的にも近代的となり昔日の精神病院の暗い影は次第になくなつて近代化への脱皮が急速に進んでいる。

精神病院における今後の問題点は，増床も

表12　人口万対病床年次推移

年次	総数	精神病床	結核病床	一般病床
昭和31年	61.9	6.0	28.0	24.0
33	68.6	8.0	28.6	27.9
35	73.5	10.1	27.0	32.3
37	79.0	12.6	25.0	37.1
38	82.6	14.2	24.0	40.0
39	85.8	15.8	23.4	42.8
40	88.9	17.6	22.5	45.0
41	92.7	19.3	21.4	48.3

総数にはらい，伝染病を含む。

資料　「厚生省病院報告」

表13-1　諸外国の総病床数及び精神病床数人口万対病床数

国名	年	病床数		人口1万対	
		総病床数	精神病床数	総病床数	精神病床数
日本	1964	833,606	153,639	85.8	15.8
アメリカ	1961	1,673,657	786,671	91.2	42.9
西ドイツ	1961	594,642	92,859	105.8	16.5
オーストラリア	1961	75,739	11,839	106.7	16.7
デンマーク	1961	45,600	10,282	98.9	27.1
フランス	1961	618,303	94,057	133.9	20.4
アイルランド	1961	59,103	19,983	209.0	70.6
イタリア	1961	459,950	113,040	92.2	22.7
スコットランド	1961	63,589	22,052	121.7	42.2
スエーデン	1961	119,609	33,765	159.1	44.9
ソ連	1961	1,845,400	175,000	84.7	8.0

さることながら、施設、設備の質的改善であり、さらに、リハビリテーション、小児あるいは老人のための特殊病院の新設等にある。

一、都道府県立精神病院

都道府県は、精神衛生法によつて、精神病院を設置する義務を課せられている。都道府県の設置する精神病院は、精神衛生法による精神障害の医療および保護のための施設として、きわめて重要な位置を占めるものである。国は都道府県が設置する精神病院および精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置に要する経費にたいしてその二分の一を補助している。

二、指定病院

都道府県には精神病院の設置義務が課せられているが、現実には、これのみによつては、必要な病床数が確保できない場合があるため、都道府県立の精神病院に代わる施設として指定病院の制度がある。すなわち都道府県知事は、国および都道府県以外の者が設置した精神病院または精神病院以外の病院に設けられている精神病室の全部または一部をその設置者の同意を得て、都道府県が設置する精神病院に代わる施設として指定することができる。これが指定病院とよばれ、精神障害

表14-1　精神病床数，入院患者数，措置患者数，措置率，利用率年次推移

	全精神病床数	入院患者数	措置患者数	措置率	利用率
				%	%
昭和36年	106,265	111,919	34,808	31.1	105.6
37	120,300	129,836	47,036	36.2	107.9
38	136,387	147,996	53,925	36.4	108.6
39	153,639	165,697	62,190	37.5	107.9
40	172,950	183,260	65,370	35.7	106.0
41	191,557	199,710	67,934	34.0	104.2
42	210,472	218,196	72,242	33.1	103.7

資料　「厚生省病院報告」

表15 精神鑑定申請通報処理件数 (昭和42年)

	申請通報件数	鑑定不必要者	鑑定をうけたもの		
			精神障害者		精神障害者でなかつたもの
			法29条該当	法29条非該当	
総数	31,109	2,265	19,098	8,903	52
一般からの申請	22,524	1,176	13,936	6,878	27
警察官からの通報	5,819	453	3,587	1,614	17
検察官からの通報	1,048	235	567	204	3
保護観察所の長からの通報	131	59	32	24	2
矯生施設の長からの通報	689	330	159	143	3
精神病院の管理者からの届出	898	12	817	40	0

資料 「厚生省報告例」

者の措置入院または緊急措置入院の施設となるということである。

指定病院の指定については、厚生省が一定の基準を設けているし、また都道府県知事は、指定病院の運営方法等が不適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になつている。

(二) 精神病院への入院

精神衛生法上精神病院への入院には、一般病院などと異なる点がある。すなわち、(1)法第二十九条の規定による措置入院、(2)法第二十九条の二の規定による緊急入院、(3)法第三十三条の規定による同意入院、(4)法第三十四条の規定による仮入院、(5)特に法の規定に基づかない本人の自由意志による自由入院(一般病院の入院に同じ)の五つの形式がある。

以下、この分類に従つてそれぞれの場合の入院について述べよう。

一、措置入院

(1) 入院措置 措置入院は精神病院に特有のものであつて、入院させなければ自身を傷つけ、または他人に害をおよぼすおそれのある精神障害者を精神衛生法第二十九条により強制的に入院させる制度である。

表16 精神障害疾病の1日平均在院措置患者数および措置入院費の推移

年度	措置患者数	措置入院費		
		総額	国庫負担	都道府県負担
昭和32年度	8,455人	12億円	6億円	6億円
35	11,688	18	9	9
38	52,146	133	106	27
39	62,719	163	130	33
40	65,829	196	157	39
41	68,755	250	200	50
42	72,479	268	214	54

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

措置入院は、一般からの申請と警察官、検察官、保護観察所の長あるいは矯正施設の長からの通報、精神病院の管理者からの届出または自傷他害のおそれが明らかである場合、都道府県知事は精神衛生鑑定医をして診察をさせなければならないと精神衛生法第二十七条第一項に規定されており精神衛生鑑定医二名が別々に診察してその者が精神障害者であり、かつ医療および保護のため入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけ、または他人に害をおよぼすおそれがあることが一致した場合には、都道府県知事は、その者を本人または保護義務者の同意の有無にかかわらず強制的に国公立精神病院または指定病院に入院させることができる。

この措置入院の制度は従来から存在していたが、三十六年十月に精神衛生法が改正され、予算上の措置入院患者数が大巾に増加され、措置入院患者の医療費支払方法が統一され、措置入院費についての国の補助率が二分の一から十分の八に引上げられる等のことがあつて、都道府県の予算措置が十分に講ぜられるにおよんで急激に増加した。

すなわち、昭和三十七年上期まではようやく一万人台であつたのが同年下期には三万人に増加し、昭和四十三年五月末には七万三、五三二人までに増加したのである。これに伴い措置入院費の国庫負担額もうなぎのぼりに増加し、昭和三十五年度は九億円であつたのが四十三年度は約二四〇億円と約二七倍にもなつている。

(2) 申請、通報　昭和四十二年中における申請通報件数は、一般からのもの二万二、五二四件、警察官からのもの五、八一九件、検察官からのもの一、〇四八件、矯正施設の長からのもの八九八件、その他合計で三万一、一〇九件で、そのうち調査の結果、鑑定の必要ありとして、精神衛生鑑定医の鑑定をうけたもの二万八、八四四件でうち二万八、〇〇一件が精神障害者と診断され、その結果措置入院したのは一万九、〇九八件である。

(3) 精神衛生鑑定医　精神障害者には、正常な意思能力を欠き、しかも、自分が精神障害者であるという意識すなわち病覚を有しない者が少なくない。したがつて、その医療および保護は、本人の意思のいかんにかかわらず、必要に応じて行なわれなければならず、強制的な手段によつて執行されることとならざるを得ない。しかしながら、それは同時に、人身の自由の拘束となり、一歩誤れば人権の侵害にもなりかねないのでその執行には、慎重な配慮を必要とする。すなわち、医療および保護のための強制は、その者が精神障害者であつて、必要やむを得ない限りにおいて行なわれるべきであり、その判断は、公正にして正確であることを要するのである。

このような見地から、かかる判断を下すための専門家として精神衛生鑑定医の制度が設けられている。

精神衛生鑑定医の職務はきわめて重要なものであるため、その指定には、一定の資格要件が定められている。すなわち、精神衛生鑑定医は精神障害の診断または治療に関し、少なくとも三年以上の経験を有する医師で、厚生大臣の指定をうけたものである。その職務は、都道府県知事の監督の下に、精神衛生法の施行に関して、精神障害の有無並びに精神障害者につきその医療および保護を行なう上において入院を必要とするかどうかの判定を行なうものである。

精神鑑定医の数は、昭和三十二年九月末には八六九人であつたものが三十六年三月末には一、三七二人、三十七年三月末一、六二五人というように増加し、四十年三月末には二、二四二人、四十一年三月末には二、三六

三人、四十三年二月末二、五八一人となり現在、精神科診療に従事している医師の過半数が、精神衛生鑑定医の指定をうけている。

二、緊急入院

緊急措置入院は措置入院と同様、精神病院に特有のものであり、かつ同様強制措置として入院させるものであり、その手続が措置入院の場合よりも簡略化されているという点において、より強力な措置である。この対象者は、措置入院の場合と同じく精神障害者であつて、ただちに入院させなければその精神障害のため自身を傷つけまたは他人を害するおそれが著しいと認められるもので、このような者について、急速を要し、法に定める手続をとつて正規の措置入院をさせることができないような場合には、緊急措置入院させることができる。この場合にも、本人または関係者の同意は不要である。しかしながら精神障害についての少なくとも一名の精神鑑定医の診察は必要とされるし、収容施設は国、公立病院若しくは指定病院である。

緊急入院の期間は四十八時間をこえることはできないことになつており、また都道府県知事は緊急入院の措置をとつた場合には、すみやかに、その者につき、正規の措置入院に移行させるかどうかを決定することになつている。したがつて緊急措置入院者はこの入院開始後四十八時間以内に措置入院に移行しない限りは退院することになる。

三、同意入院

措置入院および緊急入院は、都道府県知事の権限に基づき、本人または関係者の同意の有無にかかわらず行なわれ公的な医療および保護の実施を目的とするものである。これに対し同意入院は、私的な医療および保護の実施を目的とするものであるが、本人の同意は要件とされず、また自由を拘束するという点において強制的な性格を有するものである。

同意入院の対象となる者は精神病院の管理者が診察した結果精神障害者であると診断した者であり、入院の要件は、この精神障害者と診断された者が医療および保護のため入院の必要があると認められることおよび入院について、保護義務者の同意があることである。しかしながら措置入院の如く、自傷他害のおそれがあることを要しない。

同意入院について同意をなし得る者は法に規定された保護義務者で、いない場合またはその者が保護義務を行なうことができない場合は市町村長が同意を与えることになる。

四、仮入院

仮入院とは、精神病院の管理者が、診察の結果、精神障害の疑があつてその診断に相当の時日を要すると認める者を、その後見人、配偶者、親権を行なう者その他の扶養義務者の同意がある場合には、本人の同意がなくても、三週間を超えない期間、仮に精神病院へ入院させることができるという制度である。本人の同意を要件とせずまた特定の者の同意を必要とする点で同意入院と同じ性質のものであるが同意入院が精神障害者の医療および保護のために行なわれるものであるのに対して未だ精神障害であるか否かの確定しない者を対象とし、その診断のために行なうという、いわば医療および保護の前段階において限られた目的のために行なわれる。したがつてその期間についても制限が付されている。

入院の期間は三週間をこえることができないので三週間をすぎても、なお診断がつかない場合には退院させなければならない。一方、精神障害者であると診断された場合も、もはや仮入院としての入院は許されず正規の入院に切り替えることが必要になる。

五、自由入院

自由入院とは、精神障害者自らの意思に基

表17　精神障害疾病の１日平均通院患者数および通院医療費（予算額）

年度	通院患者数	通院医療費
		百万円
昭和40年度	48,368	215
41	64,491	673
42	64,491	597
43	45,000	570

表18　単科精神病院における年間外来患者延数および１日平均の年次推移

年次	外来患者延数	１日平均数
	千人	人
昭和30年度	521	1,427.8
34	1,082	2,966.0
38	2,226	6,099.0
39	2,512	6,882.0
40	2,761	7,546.3
41	3,138	8,597.1
42	3,570	9,779.8

資料　「厚生省病院報告」

づいて入院することを意味する。

精神障害者の中には、その障害の種類と程度によつては病覚があり、理非を弁別し、社会公安上何らの害のない者もおり、それらの者の入院および退院については、一般疾病の場合の入院および退院と同様に考えられるので、精神衛生法では何等の特別の規制がなされていない。したがつて、自由入院は、精神衛生法によらない入院といつてよかろう。

(三)　通院医療について

向精神薬の開発等精神医学の発達により、精神障害の程度の如何によつては、必ずしも入院治療を要せずかえつて通院による医療がきわめて効果的になつた事情にかんがみ、新たに法改正により、精神障害の適正な医療を普及し、早期発見、早期治療によつてその効果を高めるため、精神障害者が通院によつてその精神障害の医療をうける場合には、都道府県はその医療に要する費用の二分の一を公費で負担する制度が設けられたのである。

通院医療を担当する機関は、保険医療機関その他の社会保険、労災保険、共済組合、生活保護の医療を行なう病院、診療所、薬局である。

公費負担は、精神障害者またはその保護義務者の申請によつて行なわれ、精神衛生診査協議会の意見を聞いて都道府県知事が決定する。一回の申請によつて行なわれる公費負担は、六カ月が限度である。都道府県が負担すべき費用は、健康保険の診療報酬の算定方法にしたがつて算定され、都道府県から直接医療機関に支払われる。国は都道府県にたいして、公費負担として負担した費用の二分の一すなわち医療費の四分の一を補助する。精神障害の医療は、医療保険、労災保険、共済組合または生活保護によつても行なわれるが、公費負担は医療費の半額について公費負担が優先して行なわれ残りの半額について他の制度によつて費用の負担が行なわれる。

(四)　医療費について

わが国の国民総医療費（国民一年間の治療費推計）は、昭和三十七年六、五一一億、三十八年七、九六六億、三十九年九、八九五億であり、うち精神医療費は、三十七年三五六億、三十八年四七〇億、三十九年六二一億で総医療費の約六％を占めている。

精神病医療費の約九〇％が入院費で、二十七年三二〇億、三十八年四一三億、三十九年

五三〇億円である。またこの医療費の負担区分をみると、公費負担額が最も多く約五〇％を占め、ついで保険者負担が約三〇％で患者負担は一三％となつている。

精神病の医療は大部分がこのように入院医療であり、かつその医療費も公費負担が大きく、したがつて相対的に保険者負担分、患者負担分の割合が小さい。

予算的に精神病医療費をみてみると、国は措置入院費については、十分の八の補助を行なつており、その予算額は当初において、昭和四十一年度は、六万六千人にたいし約二〇〇億円（一人当単価年約三八万二千円）、四十二年度は、六万九千人に対し約二一四億円（一人当単価年約四一万七千円）であり、通院医療費については、その二分の一の公費負担を行なつており、当初予算額で、昭和四十一年度は六万四、四九一人にたいし約六億七千万円（一人当月単価約三、四〇〇円）、四十二年度は四万五千人にたいし約五億七千万円（一人当月単価約三、一一四円）である。

(五) 訪問指導

精神障害者の症状悪化を防止し、さらに社会復帰を促進するため、在宅精神障害者にた

表19 国民総医療費の推計額調 （昭和39～41年）

区分	昭和39年 入院	入院外	歯科	計	昭和40年 入院	入院外	歯科	計	昭和41年 入院	入院外	歯科	計
総医療費	－	－	－	9,895	－	－	－	11,737	－	－	－	－
（売薬あんま等）	－	－	－	506	－	－	－	513	－	－	－	－
純医療費	3,354	4,998	1,037	9,389	4,104	5,978	1,143	11,224	4,552	7,186	1,264	13,002
（疾病別）												
精神病医療費	530	92	－	621	664	75	－	740	772	90	－	862
結核医療費	778	306	－	1,085	821	286	－	1,107	806	315	－	1,121
その他（歯科を含む）	2,046	4,600	1,037	7,683	2,619	5,616	1,143	9,378	2,973	6,781	1,264	11,018
公費負担区分別	988	222	10	1,220	1,203	255	13	1,471	1,315	302	15	1,633
（負担区分別）												
精神病医療費	(176) 334	4	－	(176) 339	(221) 440	(1) 6	－	(222) 446	(242) 505	(5) 10	－	(247) 515
結核医療費	(332) 396	(59) 73	－	(391) 468	(374) 442	(58) 75	－	(432) 517	(377) 442	(59) 76	－	(436) 518
その他（歯科を含む）	259	145	10	413	321	174	13	508	368	217	15	600
保険者負担分	1,793	3,582	758	6,133	2,217	4,389	835	7,442	2,513	5,295	941	8,749
精神病	142	61	－	203	167	47	－	215	201	59	－	260
結核	323	217	－	540	332	196	－	518	320	204	－	524
その他	1,328	3,304	758	5,390	1,728	4,146	835	6,708	1,992	5,032	941	7,964
患者負担分	573	1,194	269	2,036	684	1,333	295	2,312	723	1,589	308	2,620
精神病	54	26	－	80	57	22	－	79	66	21	－	87
結核	60	17	－	76	57	15	－	72	44	36	－	79
その他	459	1,151	269	1,879	570	1,296	295	2,161	613	1,532	308	2,453

注 （ ）内数字は，精神衛生法，結核予防法のみ

いしては、一定の資格を持つた専門職員が訪問指導を行なつている。

訪問指導の責任者は、保健所長であり、その業務を直接担当する者は、都道府県および保健所を設置する市が保健所に配置した精神衛生相談員および都道府県知事または政令市の長が指定した医師である。精神衛生相談員の資格は、学校教育法にもとづく大学において、社会福祉に関する科目または心理学の課程を修めて卒業した者で精神衛生に関する知識および経験を有する者、医師、厚生大臣が指定した講習会の課程を修了した保健婦で精神衛生に関する経験を有する者、またはこれに準ずる者であつて、精神衛生相談員として必要な知識および経験を有するものである。ここでいう必要な経験とは、おおむね精神衛生センター、保健所、精神病院等において精神障害者にかかわる指導、相談、看護等に関して行なつた三月以上の実務経験をいう。

訪問指導の対象者は、精神衛生鑑定医の診察の結果精神障害があると診断された者で措置入院に至らなかつた者、措置入院後退院した者でなお精神障害が続いているもの、その他精神障害者で必要があると認められる者すなわち公費負担による通院医療を受けている者、公費負担によらないで通院医療を受けている者で主治医等から訪問指導の依頼があつた者またはこれ以外の者で家族等から訪問指導の依頼があつた者等が対象となる。

(六) 保健所

昭和四十年六月三十日、精神衛生法の一部改正により、新たに保健所の業務として、地域における精神障害者の相談および訪問指導が加わり、またこの改正に伴なつて保健所法の一部改正が行なわれ、保健所の業務として精神衛生に関する事項が明確に規定された。さらに保健所にもつぱら精神衛生に関する相談、指導等にあたる職員（精神衛生相談員）が配置されることになつた。

保健所は今後名実共に精神衛生行政の第一線機関として役割を果たすことになつた。保健所における精神衛生業務は、医療保護関係の事務（申請、通報、届出、精神鑑定、公費負担関係等）、精神衛生に関する相談、訪問指導、衛生教育その他、精神障害の発生予防から医療保護、社会復帰、一般国民の精神的健康の保持向上といつた非常に広い範囲におよぶものである。従つて物的、人的な保健所体制の充実強化が今後の重要な課題である。

(七) 精神衛生センター

従来、保健所、病院等に併設されていた精神衛生相談所は、昭和四十年六月の法改正により廃止され、新たに都道府県における精神衛生に関する総合的技術センターとして精神衛生センターが設けられることになつた。

一、センターの性格および機能

精神衛生センターは、精神衛生法に基づいて都道府県における精神衛生の向上を図るために設けられる精神衛生に関する総合的な技術中枢機関であり、地方における精神衛生に関する知識の普及、調査研究ならびに的談指導を行なうとともに、保健所その他精神衛生に関係ある機関等に対する技術指導、技術援助を行なう施設である。

二、センターの組織

精神衛生センターの組織としては、通常、医師であるセンター長の下に、相談部、指導部、研究部および事務部が設けられ、相談部は精神衛生に関する相談、指導、諸検査等を、指導部は衛生教育、技術指導等を、研究部は調査、研究を、事務部は庶務、経理を担当している。

三、センターの職員

精神衛生センターには、精神科医、精神医学ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、社会心理専攻者、検査技術者、保健婦、看護婦、その他必要な職員が配置される。

国はセンター運営費補助として、これらの人件費の三分の一の補助を行なつている。

四、センターの施設

精神衛生センターの規模は、A級（人口三百万以上の府県に設けるもの）二五〇坪、B級一五〇坪で、AB級共それぞれ、相談室、診察室、検査室、研究室、資料保存室、会議室、事務室等必要な部室が設けられている。

センターの新設にあたつては、国庫よりその設置に要する経費の二分の一の補助が行なわれている。

五、センターの事業用設備

精神衛生センターにはその業務を行なうために診察用、検査用、衛生教育用、治療用その他の必要な機械器具が整備されている。これらの器具に対しては、センターの創設に際し、その整備に要する経費の三分の一の国庫補助が行なわれている。

六、センターの業務

精神衛生センターの業務は精神衛生に関する相談指導、知識の普及、調査研究、関係機関等への技術援助、技術指導並びに関係職員等に対する研修に大別される。

(1) 相談指導

精神衛生に関する相談および訪問指導は保健所の業務であるが、保健所で取り扱うケースのうち、複雑困難なものに対しては、センター内外において相談指導を行ない、来所者に対しては、脳波検査、心理検査等必要な諸検査を行なつたり、診断を行なつたりするほか、病院への紹介委託、助言、ケース・ワーク等を行なつている。また、保健所、病院関係、学校保健関係、福祉関係、事業所関係等精神衛生に関係ある機関その他に対して、直接的な技術援助、技術指導を行なつたり、それらの職員等の研修訓練を行なつている。

(2) 知識の普及

一般社会に対しては勿論、精神障害者対策に関連のある都道府県の民生主管部局、警察、検察、学校衛生、産業衛生関係者等に対し精神衛生に関する知識の普及を図つている。

(3) 調査研究

都道府県における精神衛生施策の実施に関して必要な精神障害者の実態、その医療保護、地域社会における精神衛生問題についての調査、精神衛生に関する各種の統計報告の収集整理、相談、指導その他についての技術的方法等に関する研究を実施している。

七、センターに対する国の補助

国は都道府県が精神衛生センターを設置したとき、その設置に要する経費（工事費および初度設備費）およびその運営に要する経費（人件費および事業費）について、厚生大臣の定める算定基準にしたがつて、それぞれ設置費については二分の一、運営費については三分の一を補助している。

八、精神衛生センターの設置状況

昭和四十年六月、精神衛生法改正時には全国に五十四の精神衛生相談所が設けられていたが、法改正により、これらは精神衛生法上は廃止され、これに代わるものとして新たに精神衛生センターが都道府県ごとに設けられることになり、現在（昭和四十三年三月）北海道、宮城、茨城、栃木、埼玉、東京、神奈川、静岡、富山、石川、岐阜、大阪、兵庫、徳島、香川、福岡、鹿児島の一八都道府県に設けられており、未設置の府県においては、精神衛生相談所が道府県、政令市単独の施設として業務を継続して行なつている。

表20　指　定　病　院　概　要　　(42.4.1現在)

	指定病院数	甲表乙表の別		病床数			患者数	
		甲	乙	総病床数	精神病床数	指定病床数	入院患者数	うち措置入院患者数
全国	848	436	412	184,680	155,816	69,739	171,457	57,985

	医師数					看護員数				薬剤師	栄養士
	鑑定医又は臨床経験3年以上		その他		計	看護婦	准看護婦	看護助手	計		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤							
全国	1,855	1,234	785	1,120	4,994	13,645	8,578	11,269	33,492	945	1,457

(八)　精神衛生従事者

保健所、地方精神衛生センター、精神病院などに勤務する専門技術職員としては、医師(精神科医)、保健婦、看護婦などのほかに精神医学的ソーシャルワーカー(PSW)、臨床心理技術者(CP)、作業療法士(OT)等がある。精神衛生事業におけるこれらの専門職種は、精神衛生の各分野で今後ますます必要とされるので、これら専門職種の身分資格の確立と養成が今後の重要な課題である。

精神病院における医療技術者の現状

精神病院における医療技術職員には精神科医、看護婦(人)、准看護婦(人)、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、作業療法士、作業療法指導員等がある。

昭和四十二年四月における指定病院数は八四八施設で、これらに勤務する医師の総数は四、九九四人で、うち常勤医師は二、六四〇人、非常勤医師は、二、三五四人である。看護員についてみると、総数は三万三、四九二人で従事者構成百分率をみると看護員の割合は他の従事者の占める割合にくらべると最も高く、そのうちでも看護婦の割合が高く、かつ看護人は他の種の病院にくらべて精神病院に多く、また看護業務補助者(看護助手)も他の病院にくらべてその占める割合が高いのも精神病院の特色である。

これら看護員のうち、看護婦総数は一万三、六四五人、准看護婦八、五七四人、看護助手は一万一、二六九人である。

(九)　精神衛生関係の法律

精神衛生特に精神障害者に関連する法令の中心をなすものは「精神衛生法」であるがその他精神衛生あるいは精神障害者に関する法令は数多く制定されている。

精神衛生に関連する法令を規制の目的に従って分類してみると、(イ)精神障害者に対する医療保護、福祉措置、教育指導を目的とした法令、(ロ)精神障害者による危害防止の観点からの規制、(ハ)精神障害者の財産法上の規制、(ニ)身分上の行為に関する規制、(ホ)精神障害者の人権保障に関する規制、(ヘ)優生上の規制、(ト)就職、就業上の規制とに大別できる。

これら精神障害者に関係した法令の主なものを列挙すると、

衛生関係では、

精神障害者等の医療および保護を行ない、その発生の予防につとめることによつて国民

の精神的健康の保持および向上を図ることを目的とする精神衛生法、地方における公衆衛生の向上を図るため保健所を設置することおよび精神衛生事業を行なうことを規定した保健所法ならびに優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するため優生手術についてその範囲、実施方法等を規定した優生保護法、母性ならびに乳幼児の健康の保持および増進を図るためその保健指導、健康診査その他の措置を規定した母子保健法、その他がある。

福祉関係では、

一八歳未満の精神薄弱児など児童の福祉を保障するための福祉の措置、保障その施設等について規定した児童福祉法、一八歳以上の精神薄弱者に対しその更生を援助するとともに必要な保護を行ない精神薄弱者の福祉を図ることを目的とする精神薄弱者福祉法、身体上、精神上の理由により保護を要する生活困窮者に対し扶助を行なうことを目的とし、その保護の種類および範囲およびその基準、保護を行なう機関、施設等について規定した生活保護法、児童福祉法、精神薄弱者福祉法その他社会福祉事業が公明かつ適正に行なわれることを確保し、もつて社会福祉の増進に資することを目的とする社会福祉事業法、老人の福祉のため心身の健康の保持および生活安定に必要な措置等について規定した老人福祉法その他母子福祉法、身体障害者福祉法等がある。

教育関係では、

精神薄弱または性格異常をもつている小学校、中学校、高等学校の児童および生徒のための養護学校、特殊学級の設置を規定する学校教育法があり、

その他には、

精神障害者の応急救護について規定した警察官職務執行法、少年法、民法その他保険年金関係の法律、労働関係の法律等がある。

(十) 精神衛生関係の施設

精神障害者のための、医療、予防、相談指導、福祉、教育その他を行なうために各種の施設がある。これらを主としてその目的によつて分類例示すると次のとおりである。

一、医療機関

精神病院、精神科、神経科、小児科を標榜する病院、診療所

二、予防相談指導機関

保健所、精神衛生センター（精神衛生相談所）福祉事務所、児童相談所、精神薄弱者、更生相談所、教育相談所（室）、母子福祉センター、婦人相談所、少年相談所、青少年センター、少年保護所、家庭裁判所少年部

三、社会福祉施設

(イ) 児童福祉施設

精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、情緒障害児短期収容施設、救護院

(ロ) 保護施設

救護施設、更生施設

(ハ) 精神薄弱者援護施設

(ニ) 老人福祉施設

養護老人ホーム、特別養護老人ホーム

四、学校

養護学校、特殊学級

五、法務省関係

少年院（医療少年院）、少年鑑別所

福祉事務所

福祉事務所は総合的な社会福祉行政の第一線機関であつて、生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、老人福祉法および母子福祉法に定める援護、育成および更生の措置に関する事務をつかさどつている。

昭和四十年末現在、全国各都道府県に三八一、市に六六三、町村に各一、計一、〇四六

カ所の福祉事務所が設けられ、その業務を行なうために必要な、社会福祉主事、精神薄弱者福祉司等必要な職員が配置されている。

児童相談所

児童相談所は児童福祉法によつて各都道府県ごとに設置され、一八歳未満の児童の福祉に関するいろいろなすべての相談、指導、医学的、心理学的、教育学的、社会学的および精神衛生上の判定を行なつたり、必要な調査あるいは児童の一時保護を行なつている。このため所長には精神衛生に関し学識経験を有する医師をおくほか、心理判定員および児童福祉司をおいて前記の業務にあたつている。児童相談所は、児童福祉行政の第一線現業機関であり、昭和四十一年五月末現在全国に一三五ヵ所ある。

精神薄弱者更生相談所

精神薄弱者更生相談所は、精神薄弱者に関する問題につき家庭その他からの相談に応じたり、一八歳以上の精神薄弱者の医学的心理学的および職能訓練的判定を行ない、ならびにこれに付随した必要な指導を行なうほか必要に応じ巡回相談指導を行なつている。このため、精神科医、心理判定員、精神薄弱者福祉司等の職員が配置されている。

精神薄弱者更生相談所は、各都道府県ごとに設けられて、昭和四十一年三月現在その数は四七である。

児童福祉施設

精神薄弱児施設および精神薄弱児通園施設は、精神薄弱の児童を入所またはかよわせて保護すると共に独立自活に必要な知識と技能を与える施設であり、四十一年三月現在全国にそれぞれ二一九ヵ所、五六ヵ所ある。

情緒障害児短期収容施設は、軽度の情緒障害を有するおおむね一二歳未満の児童を短期間収容し、または保護者のもとからかよわせて治療や生活指導を行なつて情緒障害をなおす施設で全国に四ヵ所ある。

教護院は、不良行為をなし、またはなすおそれのある児童を入院させて、教護することを目的とする施設で全国に五八ヵ所ある。

保護施設

救護施設は身体上又は精神上著しい欠陥があるために独立して日常生活の用を弁ずることのできない要保護者を収容する施設で、更生施設は身体上または精神上の理由により養護および補導を必要とする要保護者を収容する施設で、昭和四十年末現在全国にそれぞれ一〇八ヵ所、四〇ヵ所ある。

精神薄弱者援護施設

精神薄弱者援護施設は一八歳以上の精神薄弱者を入所させて、これを保護するとともにその更生に必要な指導訓練を行なう施設であり、昭和四十年末現在全国に六九ヵ所ある。

老人福祉施設

養護老人ホームおよび特別養護老人ホームは、六五歳以上の老人で身体上若しくは精神上の理由で居宅において養護をうけることが困難なものまたは常時の介護を必要とするものを収容して養護を行なう施設で、全国にそれぞれ七〇二ヵ所、二七ヵ所ある。

(十) 精神衛生関係の団体

日本における精神衛生関係諸団体の連絡を密にし、その協力により精神衛生事業の飛躍的発展をはかることを目的として、日本精神衛生連盟があり、同連盟には、日本精神衛生会、日本精神病院協会、復光会、全日本精神薄弱者育成会、矯正協会、精神衛生普及会、日本精神薄弱者愛護協会、全日本特殊教育研究連盟、全国救護協議会、教育と医学の会、全国精神衛生連絡協議会、全国精神障害家族連合会の一二団体が加盟し、それぞれ精神衛生の発展のために各種活動を行なつている。

表13-2 諸外国の病院・病床・実数・率

国	年次	実数					率(人口10万対)				
		病院数	病床数				病院数	病床数			
			総数	結核療養所	精神病院	一般その他の病院		総数	結核療養所	精神病院	一般その他
アラブ連合(エジプト)	62	1,247	56,947	8,583	4,085	44,279	4.6	209.0	31.5	15.0	162.5
カナダ	62	2,924	255,192	7,350	67,430	180,412	15.7	1,372.0	39.5	362.5	970.0
メキシコ	62	1,925	62,964	…	11,663	51,301	5.2	169.1	…	31.3	137.8
アメリカ	63	19,038	2,163,839	42138	779.736	1,341,965	10.1	1,142.4	22.2	411.7	708.5
アルゼンチン	62	2,253	129,870	9,547	21,454	98,869	10.5	606.5	4.6	100.2	461.7
チリ	61	…	36,026	…	…	…	…	458.5	…	…	…
コロンビア	63	572	46,822	2,711	17,142	36,969	3.8	310.1	18.0	47.3	244.9
ベネズエラ	63	326	28,484	2,925	4,349	21,210	4.0	349.8	35.9	53.4	260.4
セイロン	62	…	37,124	2,215	2,490	32,419	…	355.5	21.2	23.8	310.5
台湾	62	…	7,495	289	650	6,556	…	74.3	2.5	5.6	66.2
イイ日フタ	58	12,530	161,258	…	…	…	3.1	39.3	…	…	…
イスラエル	63	128	16,744	404	5,425	10,915	5.4	704.7	17.0	228.3	459.4
本	64	6,838	833,606	61,487	117,758	654,370	7.0	857.7	63.3	121.2	673.2
イリピン	61	394	27,249	1,274	5,000	20,975	1.4	96.7	5.4	17.7	74.1
ンイ	62	1,024	21,162	500	4,940	15,722	3.7	75.6	1.8	17.6	56.2
オーストリア	63	312	77,693	4,797	11,924	60,972	7.1	1,083.3	66.9	166.3	850.1
デンマーク	62	226	45,341	656	10,648	34,037	4.9	975.7	14.1	229.1	732.2
フィンランド	63	713	55,279	5,970	18,803	30,506	15.7	1,216.8	131.4	413.9	671.5
フランス	59/62	…	607,570	34,687	85,864	487,019	…	1,292.8	73.8	182.7	1,036.5
東ドイツ	63	791	206,863	21,304	28,604	156,955	4.9	1,285.3	132.4	177.7	975.2
西ドイツ	62	3,651	604,932	38,707	95,306	470,919	6.7	1,104.6	70.7	174.0	859.9
ハンガリー	63	492	94,315	9,230	2,624	82,461	4.9	934.6	91.5	26.0	817.4
アイスランド	61	40	1,833	188	275	1,370	22.0	1,007.1	103.3	151.1	752.2
アイルランド	62	431	57,912	2,533	19,357	36,022	15.3	2,050.7	89.7	685.4	1,275.6
アイタリア	61	2,518	459,950	67,598	113,040	279,312	5.0	921.7	135.5	226.5	559.7
オランダ	61/62	1,602	174,080	4,524	26,000	143,556	13.6	1,457.6	38.3	220.1	1,216.9
ノルウエー	62	1,286	59,572	2,055	10,410	47,107	35.3	1,637.0	56.5	286.1	1,294.5
ポーランド	63	2,198	261,987	28,592	34.722	198,673	7.2	853.6	93.2	113.1	647.3
ポルトガル	63	605	52,493	8,689	9,049	34,755	6.7	580.9	96.1	100.1	384.6
スペイン	63	1,551	140,437	15,237	39,329	85,871	5.0	451.9	49.0	126.6	276.3
スエーデン	62	998	123,071	4,380	33,449	85,242	13.2	1,627.9	57.9	442.3	1,127.3
スイス	60	430	67,722	3,251	18,588	45,883	5.7	905.4	53.6	248.5	613.4
イングランド・ウエールス	63	…	610,722	…	…	…	…	1,134.9	…	…	…
北アイルランド	63	107	18,538	338	5,934	12,266	7.4	1,280.2	23.3	409.5	847.1
スコットランド	63	758	78,065	1,624	21,245	55,176	14.5	1,489.2	31.0	405.4	1,053.3
ユーゴスラビア	62	…	101,428	14,802	9,131	77,495	…	538.5	78.6	48.5	411.4
オーストラリア	62	9,195	123,542	…	32,113	91,429	18.6	1,154.1	…	300.0	854.1
ニュージランド	64	377	28,481	49	9,031	19,401	14.5	1,098.0	1.9	348.1	747.9
ソ連	63	…	2,043,900	…	…	…	…	909.4	…	…	…

(注) 国により病院の定義が異なるので，ここではW.H.Oに従い類似医療施設を一括して計上した。なお，カナダ，アメリカ，ハンガリー，オランダ，ノルウエーは従来計上されていなかつた。other esterblish ment.（一般外科，整形外科，眼科，がん慢性病，リハビリテーション，らい，その他等）が新たに加わつている。フイリピンには公的以外の施設が加わつたので前年との推移をみる際はこれらを考慮されたい。

日本の施設，病床数には，一般，歯科診療所は含まれていない。

資料 World Health Statistics Volume 3.

表14-2　精神病床数，入院患者数，利用率等現状　（43.5.31現在）

	人口 (42.10.1)	精神病床数	月末在院患者数	月末在院措置患者数	普及率・利用率等		
					人口万対普及率	措置率	利用率
北海道	5,220	12,075	12,654	3,199	23.1	25.3	104.8
青森	1,427	2,600	3,027	869	18.2	28.7	116.4
岩手	1,402	2,289	2,626	842	10.3	32.1	114.7
宮城	1,773	2,972	3,031	981	16.8	32.4	102.0
秋田	1,265	2,527	2,837	949	20.0	33.5	112.3
山形	1,251	1,844	2,175	1,119	14.7	51.4	118.0
福島	1,972	4,758	4,687	1,760	24.1	73.6	98.5
茨城	2,065	4,725	5,197	1,659	22.9	31.9	110.0
栃木	1,531	3,319	3,549	1,482	21.7	41.8	106.9
群馬	1,621	3,070	3,061	1.070	18.9	35.0	99.7
埼玉	3,318	5,605	6,230	1,685	16.9	27.0	111.2
千葉	2,889	6,649	64,99	1,500	23.0	23.1	97.7
東京	11,166	19,560	21,991	5,387	17.5	24.5	112.4
神奈川	4,763	9,074	9,589	3,163	19.1	33.0	105.7
新潟	2,392	4,411	5,066	2,086	18.4	41.2	114.8
富山	1,025	2,208	2,339	745	21.5	31.9	105.9
石川	988	2,388	2,631	733	24.2	27.9	110.2
福井	749	1,571	1,478	558	21.0	37.8	94.1
山梨	765	2,156	2,261	844	28.2	37.3	104.9
長野	1,958	4,085	4,786	2,486	20.9	51.9	117.2
岐阜	1,720	2,448	2,808	1,305	14.2	46.5	114.7
静岡	2,979	3,960	4,627	2,168	13.3	46.9	116.8
愛知	4,998	7,589	8,242	2,395	15.2	29.1	108.6
三重	1,516	3,787	3,536	1,026	25.0	29.0	93.4
滋賀	858	1,729	1,608	426	20.2	26.5	93.0
京都	2,154	4,582	4,903	1,046	21.3	21.3	107.0
大阪	6,991	13,263	14,657	3,295	19.0	22.5	110.5
兵庫	4,419	7,452	8,113	2,171	16.9	26.8	108.9
奈良	854	1,880	1,845	435	22.0	23.6	98.1
和歌山	1,035	2,544	2,584	1,134	24.6	43.9	101.6
鳥取	575	1,386	1,371	476	24.1	34.7	98.9
島根	802	1,672	1,669	596	20.8	35.7	99.8
岡山	1,663	4,302	4,256	1,265	25.9	29.7	98.9
広島	2,337	5,503	6,305	1,581	23.5	25,1	114.6
山口	1,528	3,508	4,064	1,445	23.0	35.6	115.8
徳島	804	2,963	2,893	1,245	36.9	43.0	97.6
香川	902	2,337	2,296	828	25.9	36.1	98.2
愛媛	1,434	3,325	3,665	1,001	33.2	27.3	110.2
高知	802	2,631	2,863	1,163	32.8	40.6	108.8
福岡	4,001	13,296	13,549	5,663	33.2	41.8	101.9
佐賀	866	2,487	2,464	711	28.7	28.9	99.1
長崎	1,630	5,053	5,207	1,269	31.0	24.4	103.0
熊本	1,761	6,177	6,338	1,807	35.1	28.5	102.6
大分	1,173	3,271	3,756	1,211	27.9	32.2	114.8
宮崎	1,078	3,859	3,801	1,572	35.8	41.4	98.5
鹿児島	1,823	6,797	6,350	3,181	37.3	50.1	93.4
合計	100,243	215,687	229,484	73,532	21.5	32.0	106.4

第16回精神衛生全国大会並びに関連行事日程表

日	時	事	項	会	場	主	催	者
11月12日（火）	午　後 1.00～5.00	全国精神衛生連絡協議会理事会及び総会		県民会館会議室		全国精神衛生連絡協議会		
11月13日（水）	午　前 9.00～12.00	全国指定病院長協議会		相　楽　園		日本精神病院協会		
		公立精神衛生センター所長及び相談所長会議		兵庫県精神衛生センター会議室		公立精神衛生センター所長及び相談所長会		
		全国精神障害者家族会		県庁西庁舎地下大ホール		全国精神障害者家族連合会		
	午　後 1.00～4.00	第16回精神衛生全国大会分科公開討論会	その1 “都市化”にともなう精神衛生	県民会館大ホール		日本精神衛生連盟，近畿精神衛生連絡協議会，兵庫県精神衛生協会，兵庫県，神戸市		
			その2 “子どもの幸せのために”	教育会館大ホール				
11月14日（木）	午　前 10.00～12.00	精神衛生鑑定医協議会		県民会館大ホール		厚　生　省		
	午　後 1.00～2.00	第16回精神衛生全国大会	大　会	神戸国際会館大ホール		日本精神衛生連盟，近畿精神衛生連絡協議会，兵庫県精神衛生協会，兵庫県，神戸市		
	2.00～4.00		公開座談会 “現代をこう生きる”					
11月15日（金）～11月21日（木）		第16回精神衛生普及運動				厚生省，都道府県，指定都市		