精神保健福祉

2011年4月
衛生学公衆衛生学講座
上鹿渡和宏

大項目

1．精神保健対策のあゆみ
2．精神障害者の医療
3．地域精神保健福祉対策
4．精神障害者福祉と社会復帰対策
5．発達段階・思春期の精神保健

1．精神保健対策のあゆみ

1-1．歴史的経緯
1-2．精神保健福祉法
「精神保健及び障害者福祉に関する法律」

1-1．歴史的経緯

- 昭和25年「精神衛生法」の制定
  - 都道府県に精神病院の設置の義務付け、私宅監置の廃止、精神衛生鑑定医制度、精神衛生相談所が規定された。
- 昭和40年「精神衛生法」の改正←ライシャワー事件
  - 地域精神衛生活動の整備を図る。保健所を精神保健行政の第一線機関として位置づけ、技術指導援助機関として精神衛生センターの設置、**通院医療公費負担制度**の規定。
- 昭和62年「精神保健法」　←宇都宮病院事件
  精神衛生法の改正
  - 任意入院制度、通信・面会の権利確保、精神保健指定医制度、精神医療審査会制度、応急入院制度などを規定。5年ごとの見直しも盛り込まれた。
- 平成7年「**精神保健及び障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）**」　←障害者基本法
  - 社会参加が目的の中に明示。精神障害者保健福祉手帳制度、生活訓練施設・授産施設・福祉ホーム・福祉工場の4類型の法的な位置づけ、通院患者リハビリテーション事業の法定化、市町村の役割の明示、医療費の保険優先先が規定。
- 平成9年「精神保健福祉士法」制定
  - 精神保健福祉士が国家資格化。

宇都宮病院事件

病院職員の暴行による患者の死亡が1年後に発覚（1984年）、暴力と恐怖による患者支配、無資格の患者を医療職として働かせたなど人権侵害が明らかに。

→この事件がもとで日本政府は国連の場で精神衛生法の抜本改正を約束。任意入院制度、精神病院内の公衆電話設置、精神保健指定医制度、入院者の異議申し立ての声を反映させるための精神医療審査会が都道府県に設置等1987年の精神保健法につながる

1-2．精神保健福祉法

「精神保健及び障害者福祉に関する法律」

- 第一条（**目的**）この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、障害者自立支援法と相まつてその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。
- 第五条（**定義**）この法律で「精神障害者」とは、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をいう。
- 第六条（**精神保健福祉センター**）　都道府県は、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための機関（以下「精神保健福祉センター」という。）を置くものとする。
- 第十八条（**精神保健指定医**）厚生労働大臣は、その申請に基づき、（中略）精神保健指定医に指定する。

1-2. 精神保健福祉法

「精神保健及び障害者福祉に関する法律」

- 精神保健指定医

  申請に基づき、以下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た者を厚生労働大臣が指定

  ① 5年以上の診療経験と３年以上の精神科診療の経験を有する

  ② 厚生労働大臣が定める精神障害に関する診断又は治療に従事した経験を有する

  ③ 厚生労働大臣又はその指定する者が行う研修の過程を修了している

- 入院形態
- 精神障害者保健福祉手帳（第45条）

精神障害者保健福祉手帳

- 精神保健福祉法第45条
- 平成7年に手帳制度創設
- 精神障害があるため長期にわたり日常生活や社会生活に相当な制限を受ける者を対象として精神障害者福祉の枠組みをつくり、社会復帰を促進、自立と社会参加の促進を図ることを目的としている。
- 支援策①通院医療費の公費負担、②各種税制の優遇措置、③生活保護の障害者加算などの申請と認定手続きの簡素化、④公共交通機関の運賃割引、携帯電話、各種施設利用料割引。312,794人が所持(H15)。
- 市町村の申請窓口より、県知事に本人が申請。



精神障害者保健福祉手帳

表31　精神障害者保健福祉手帳の所持状況

各年度末現在

	手帳所持者数(人)		手帳所持者数(人)
平成8年度('96)	59 888	平成14年度('02)	256 017
9 ('97)	97 172	15 ('03)	298 021
10 ('98)	127 437	16 ('04)	335 064
11 ('99)	157 270	17 ('05)	382 499
12 ('00)	185 674	18 ('06)	404 883
13 ('01)	216 056	19 ('07)	442 728

資料　厚生労働省「保健・衛生行政業務報告」

2. 精神障害者の医療

2-1. 精神保健福祉の疫学

2-2.精神福祉法に基づく入院形態

2-3.精神保健福祉に関する医療費

2-1. 精神保健福祉の疫学

表24　精神障害者数

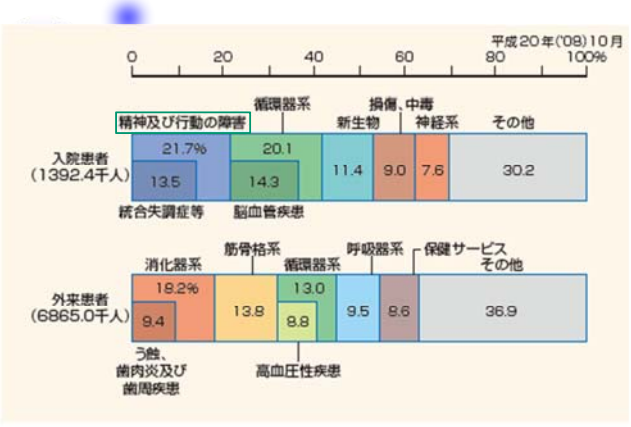
（単位　千人）　　平成17年('05)10月

	総　数	入　院	外　来
V　精神及び行動の障害			
血管性及び詳細不明の認知症	145	54	91
アルコール使用〈飲酒〉による精神及び行動の障害	51	16	35
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	9	1	8
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	757	199	558
気分［感情］障害（躁うつ病を含む）	924	28	896
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害	585	5	580
精神遅滞	68	10	59
その他の精神及び行動の障害	124	13	111
VI　神経系の疾患			
アルツハイマー病	176	29	147
てんかん	273	7	266
精神障害者数	3 028	353	2 675

資料　厚生労働省「患者調査」（総患者数）

注　1）　精神障害者数は，「V精神及び行動の障害」から「精神遅滞」を引いて，「VI神経系の疾患」の「アルツハイマー病」と「てんかん」を足した数である。

2）　総患者数は傷病別に表章単位（性・年齢階級等）ごとの平均診療間隔を用いて算出しているため，合計が傷病ごとの総患者数と合わない場合がある。



資料　厚生労働省「患者調査」

平成18年7月

		一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定　義		精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
				100床以上の病院（注①），並びに大学附属病院（特定機能病院を除く）	左以外の病院		
人員配置基準		医師　16:1 看護職員　3:1 薬剤師　70:1	医師　48:1 看護職員　4:1 看護補助者　4:1 薬剤師　150:1	医師　16:1 看護職員　3:1 薬剤師　70:1	医師　48:1 看護職員　4:1 薬剤師　150:1 経過措置あり	医師　16:1 看護職員　3:1 薬剤師　70:1	医師　16:1 看護職員　4:1 薬剤師　70:1
構造設備基準	必要施設（一般病床に必要な設備以外）	注②	機能訓練室、談話室、食堂、浴室	精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供と患者の保護のために必要な施設		機械換気設備、感染予防のためのしゃ断、必要な消毒施設	機械換気設備、感染予防のためのしゃ断、必要な消毒施設
	病床面積	6.4m²／床以上 （療養病床以外は，既設の場合4.3m²／床以上の特例）					
	廊下幅	1.8m以上 （両側居室2.1m） 既設:1.2m以上 （両側居室1.6m）	1.8m以上 （両側居室2.7m） 既設:1.2m以上 （両側居室1.6m）	1.8m以上 （両側居室2.1m） 既設:1.2m以上 （両側居室1.6m）	1.8m以上 （両側居室2.7m） 既設:1.2m以上 （両側居室1.6m）	1.8m以上 （両側居室2.1m） 既設:1.2m以上 （両側居室1.6m）	1.8m以上 （両側居室2.1m） 既設:1.2m以上 （両側居室1.6m）

注　①　内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院

②　一般病床で必要な設備：各科専門の診療室、手術室、処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所、給食施設、消毒施設、洗濯施設（下線の項目は外部委託で一部緩和）

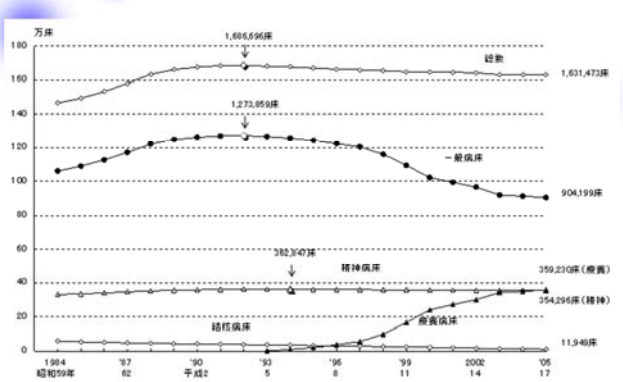
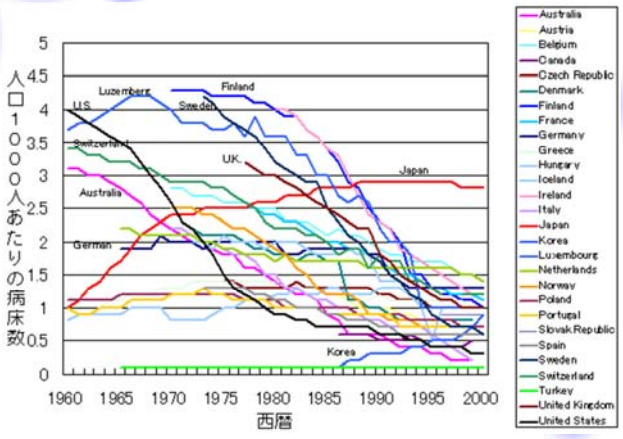
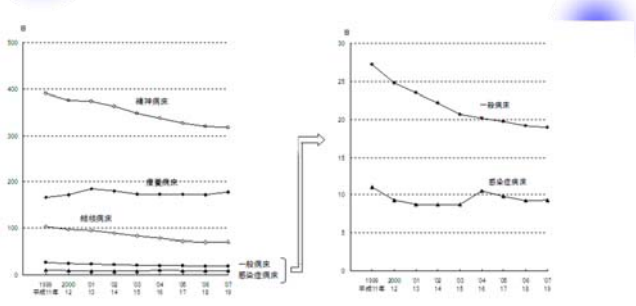


図1 OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移



（出所　平成19年　医療施設(動態)調査・病院報告の概況）



資料　厚生労働省「患者調査」

2-2.精神福祉法に基づく入院形態

- 下記5つの入院形態に関しては、以下の点について理解する。
- 入院の権限の所在(精神病院の管理者、都道府県知事)、患者の症状、入院の条件（同意・届出）、退院
- 任意入院(第22条の3)
- 医療保護入院(第33条)
- 応急入院(第33条の4)
- 措置入院(第29条)
- 緊急措置入院(第29条の2)

20

任意入院(第22条の3)

- 医師の診察による本人の同意による入院
- 入院・退院届けの提出必要なし
- 原則として本人の申し出により退院できる
- 例外として病状により72時間の退院制限あり

21

医療保護入院(第33条)

- 精神保健指定医の診察により精神障害であり、かつ医療および保護の必要性があると判断され、精神障害により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
- 以上の者について精神病院の管理者は、本人の同意がなくとも、以下の人間の同意によって精神病院に入院させることができる
  - 精神保健福祉法上の「保護者」の同意
  - 民法上の扶養義務者の同意
- 入院届・退院届を10日以内に都道府県知事に提出

22

応急入院(第33条の4)

- 医療および保護の依頼があって、精神保健指定医の診察により精神障害があり、医療および保護の必要性があると判断され、精神障害により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で、かつ、「保護者」の同意が得られないがただちに入院させる必要のある者
- 以上の者について都道府県の指定する精神病院の管理者は、本人の同意がなくとも、72時間を限度として入院させることができる

23

措置入院(第29条)

- 都道府県知事は、通報または届出のあった者について、その指定する精神保健指定医に診察させることができる
- 精神保健指定医2名以上による診察の結果、精神障害者で自傷他害のおそれがあると認められた場合には、都道府県知事は、都道府県の設置した精神病院または指定病院に入院させることができる。
- 治療費は全額公費負担

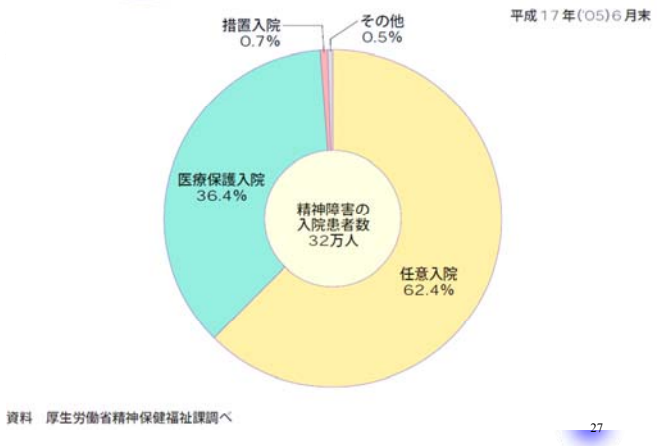
24

緊急措置入院(第29条の2)

- 措置入院に該当する状態の精神障害者について、急速を要し、かつ措置入院の手続きが取れない場合
- 精神保健指定医1名の診察によって、措置入院の用件に該当する者は都道府県知事は72時間を限度として入院させることができる

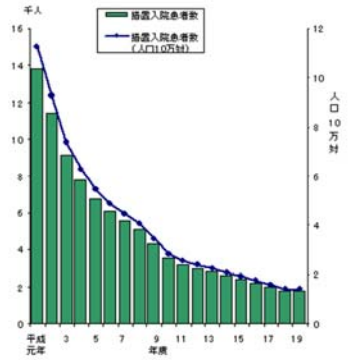
入院形式	権限者	必要条件
任意入院	精神病院管理者	患者本人の同意（書面による意志の確認）
医療保護入院	精神病院管理者	①精神保健指定医の診察 ②保護者の同意
応急入院	精神病院管理者	①精神保健指定医の診察（1人で可） ②72時間以内 （③急を要し、保護者の同意を得ることができないこと）
措置入院	都道府県知事	①自傷他害のおそれ ②2人以上の精神保健指定医の診察と一致した判断
緊急措置入院	都道府県知事	①自傷他害のおそれ ②精神保健指定医の診察（1人） ③72時間以内に限る



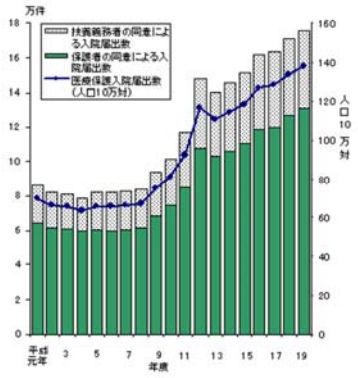


資料　厚生労働省精神保健福祉課調べ

措置入院患者数の年次推移



医療保護入院届出数の年次推移



2-3.精神保健福祉に関する医療費

- **精神障害者通院医療費公費負担制度**
  - **障害者自立支援法**(*)（法律第123号平成17年11月7日）の一部施行により、平成１８年４月１日から自立支援医療費（精神通院医療）として改正（基本的に１０%自己負担、所得や「重度かつ継続」の診断などで上限設定あり）
  - 医療費5%自己負担(所得に無関係)
    医療費３０%の自己負担分の２５%を公費負担とする

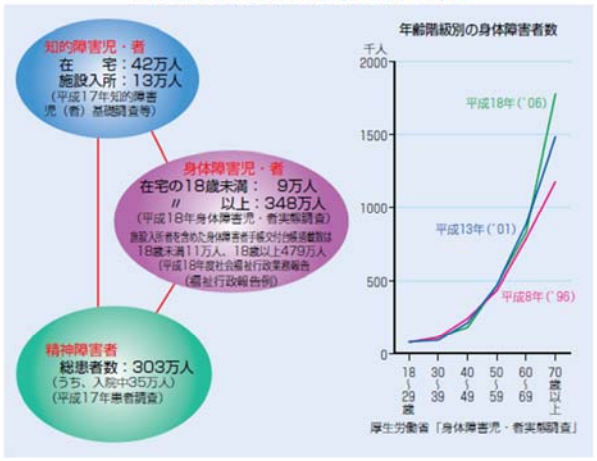
障害者自立支援法

・障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念にのっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設することとし、自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの整備のための計画の作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉法等の関係法律について所要の改正を行う。

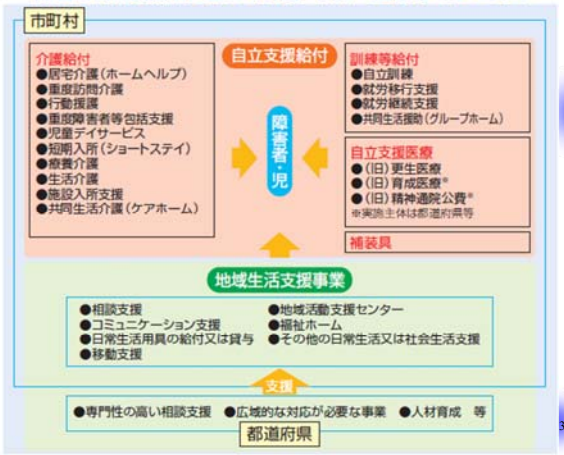
障害者自立支援法

・（第4条：定義）この法律において「障害者」とは、身体障害者福祉法第四条に規定する身体障害者、知的障害者福祉法 にいう知的障害者のうち十八歳以上である者及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五条 に規定する精神障害者（知的障害者福祉法 にいう知的障害者を除く。以下「精神障害者」という。）のうち十八歳以上である者をいう。

三障害とは、身体、知的、精神の障害



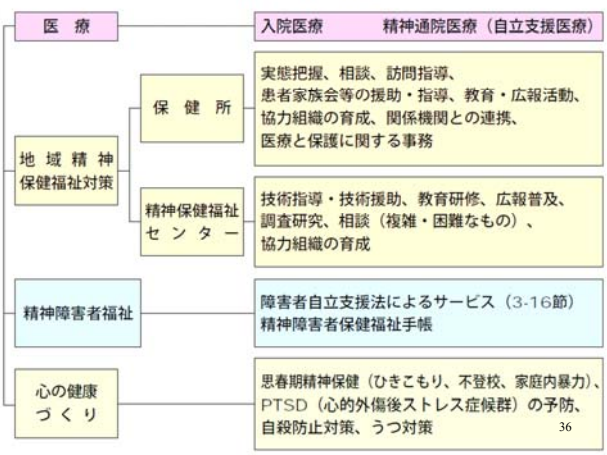
障害者自立支援法に基づく介護・訓練・医療等のサービス



3．地域精神保健福祉対策

3-1.保健所
3-2.精神保健福祉センター
3-3.市町村
3-4.デイケア

<精神保健福祉対策>



3-1.保健所

- 地域における精神保健活動の第一線機関である。
- 管内の精神保健福祉に関する実態把握
- 精神保健福祉相談
- 訪問指導
- 患者家族会などの活動に対する援助と指導
- 教育・広報活動と協力組織の育成
- 関係諸機関との連携活動
- 医療と保護に関する事務

37

3-2.精神保健福祉センター

- 地域精神保健福祉活動を技術面から指導・援助する機関。
- すべての都道府県・指定都市に設置し、精神科医、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、保健師などの専門技術職員が配置されている。
- 保健所と精神保健関係諸機関に対する技術指導と技術援助
- 同機関の職員に対する教育研修
- 精神保健に関する広報普及
- 調査研究
- 精神保健相談
- 協力組織の育成

38

3-3.市町村

- 平成11年の「精神保健福祉法」改正に伴い、市町村における相談体制が強化された。
  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する。（１８年１月施行）
- 精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業、精神障害者社会適応訓練事業の利用に関する相談、助言。

39

3-4.デイケア

- 社会復帰を目的として、医療チームがレクレーション、社会技能訓練を通じて行う治療行為。
- 精神科外来治療の一形態。保険診療が適用され、精神障害者通院医療費公費負担制度の対象。
- 保健所、精神保健福祉センター、デイケア施設等で行われている。夜間のものにナイトケア（日中就労など）がある。

40

4．精神障害者福祉と社会復帰対策

4-1．社会復帰施策
4-2.地域生活と自律に向けての援助および精神障害者福祉
4-3.精神保健福祉士
4-4.障害者プラン・新障害者プラン
4-5.国民の心の健康づくり
4-6.心神喪失者等医療観察法
4-7.精神疾患・精神障害者に関する正しい理解に向けて
4-8.発達障害支援

41

4-1．社会復帰施策

- 精神障害者社会復帰施設は精神保健法(S63年施行)で法定化され、精神障害者援護寮、精神障害者通所、入所授産施設の整備・運営が開始された。
- 平成7年、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場が法定化。
- 平成11年、精神障害者地域生活支援センター法定化。

42

4-2.地域生活と自律に向けての援助および精神障害者福祉

・S63年「精神病院から社会復帰施設へ」、H5年「社会復帰施設から地域社会へ」の流れの中、グループホームが法定化された。

・地域において共同生活を営む精神障害者に対し、世話人を配置して食事の世話、服薬指導などの日常生活に必要な援助を行うもの。H16年1,375ヶ所。

4-3.精神保健福祉士

・平成9年に「精神保健福祉士法」が法制化。精神保健福祉士は、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、精神障害者が日常生活を営んで行く上での相談・助言・指導を行う。

・　平成10年度より精神保健福祉士試験が始まり、21,911人が登録(H16年度末現在)、20年度末で39,131人が登録。

精神保健福祉士

活躍の場

国家資格取得





4-4.障害者プラン・新障害者プラン

・平成14年「重点施策実施5か年計画」(新障害者プラン)。

・　基本的考え方：「共生社会」の実現

①障害のある方々が活動し、社会に参加するカ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などに取り組むものとされており、関係省庁の施策が横断的に盛り込まれている。

表28　精神障害者社会復帰施設と精神障害者居宅生活支援事業の概要

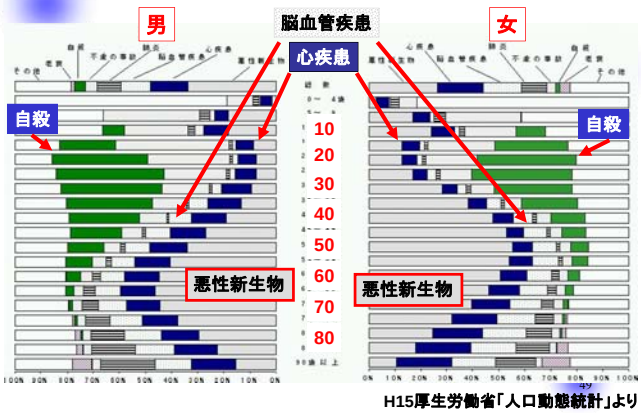
事業種別	精神障害者社会復帰施設								精神障害者居宅生活支援事業		
	精神障害者生活訓練施設	精神障害者福祉ホーム	精神障害者福祉ホームB型	精神障害者授産施設 通所授産施設	精神障害者授産施設 入所授産施設	精神障害者授産施設 小規模通所授産施設	精神障害者福祉工場	精神障害者地域生活支援センター	ホームヘルプサービス	ショートステイ	グループホーム
定員	20名以上	10名以上	おおむね20名	20名以上	20名以上30名以下	10名以上20名未満	20名以上	—	—	—	4名以上
事業概要	精神障害者のため家庭において、日常生活を営むのに支障がある精神障害者が日常生活に適応することができるように、低額な料金で、居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図る施設	現に住居を求めている精神障害者に対し、低額な料金で、居室その他の設備を利用させるとともに、日常生活に必要な便宜を供与することにより、その者の社会復帰の促進及び自立の促進を図る施設		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施設	雇用されること及び住居の確保が困難なものを一定期間入所させて、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施設	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施設	地域の精神保健及び精神障害者の福祉に関する各般の問題につき、精神障害者からの相談に応じ、必要な指導及び助言を行うとともに、併せて保健所、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設等との連絡調整、その他の援助を総合的に行う施設	精神障害のために日常生活を営むのに支障のある精神障害者につき、その者の居宅において食事、身体の清潔の保持等の介助その他の日常生活を営むのに必要な便宜であって厚生労働省令で定めるもの（介護等）を供与する事業	精神障害者であって、その介護等を行う者の疾病その他の理由により、居宅において介護等を受けることが一時的に困難となったものにつき、精神障害者生活訓練施設その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、介護等を行う事業	地域において共同生活を営むのに支障のない精神障害者につき、これらの者が共同生活を営むべき住居において食事の提供、相談その他日常生活上の援助を行う事業

4-5.国民の心の健康づくり

・ストレス対策を含む心の健康づくり対策の推進は、精神保健福祉行政の課題。平成7年の精神保健法の改正では、精神障害者の福祉の増進と国民の精神保健の向上を図ることを目的に法の名称が精神保健福祉法と改められた。ひきこもり、PTSD(心的外傷後ストレス症候群)、自殺への対応を図っている。

・トピックス：自殺対策基本法の成立(平成18年6月15日)　社会問題としての対策推進。

性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合



H15厚生労働省「人口動態統計」より

4-6.心神喪失者等医療観察法

・心神喪失または心神耗弱で殺人、放火などの重大な犯罪が行われる事例では、被害者のみならず精神障害を有する者にとっても病状ゆえに加害者になる点で不幸である。こうした者に対して継続的かつ適切な医療の実施を確保し、観察と指導を行うことによって、病状の改善と再発防止を図り、社会復帰を促進することを目的としている。「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」(平成15年7月)が公布。

4-6.心神喪失者等医療観察法

・患者の継続的かつ適切な医療の確保
・再犯防止
・社会復帰
・保護観察所の社会復帰調整官が通院・社会復帰にかかわる観察指導を実施。

4-7.精神疾患・精神障害者に関する正しい理解に向けて

・精神疾患に対する正しい理解や偏見の解消が重要。
・平成16年3月「『こころのバリアフリー宣言』ー精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針」が策定(心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会)。

4-8. 発達障害者支援について

- 発達障害は、精神障害の1つとして障害者自立支援法の対象。
- H17年4月発達障害者支援法施行
- 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、その他通常低年齢で発症する脳機能障害と定義
- 地域支援体制の整備、支援手法の開発、情報提供・普及啓発、専門的人材の養成

発達障害者支援法
(平成17年4月施行)

- 第4条
  国民は、発達障害者の福祉について理解を深めるとともに、社会連帯の理念に基づき、発達障害者が社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。(国民の責務)

特別支援教育について

特別支援教育：

- 従来の特殊教育の対象の障害（*視覚障害，聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱、言語障害、情緒障害*）だけでなく、
- 対象でなかったLD、ADHD、高機能自閉症も含めて障害のある児童生徒に対してその一人一人の教育的ニーズを把握し、当該児童生徒の持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育を通じて必要な支援を行うもの。

特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議の答申（平成15年）

特別支援教育

① これまで特殊教育の範囲であった児童生徒の障害の重度、重複化への対応（盲学校、聾学校、養護学校を特別支援学校として一本化）

① 学習障害、注意欠陥多動性障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群など、一般の小、中学校に在籍する児童生徒への対応

平成14年文部省によって実施された調査では知的発達に遅れはないものの、学習面や行動面で著しい困難を持っている児童の割合は**6．3%**と報告

5．発達段階・思春期の精神保健

- 乳幼児期、学童期、思春期など発達に応じた理解が必要
- 発達の偏りという理解の重要性
- 問題行動や症状をどうみるか、理解するか
- 虐待、発達障害、不登校等が絡んだ問題
- うつ、自己評価の低下、孤立感等の問題
- 学校精神保健に関しては、関係者の共通理解と連携が重要

子どもの孤独感・自己評価

15歳の子ども自身の幸福度（ウェルビーイング）への否定的評価の高さ（他国の3倍）
孤独を感じている子どもが多い（3割の子が答えた）

「豊な国における子どものウェルビーイング概観」ユニセフ2007

日米中韓の高校生男女約7千人にアンケート（2010）
男女ともに「私は価値のある人間」と自己評価する高校生の割合、日本が最低で36．0%、米国は89．1%、中国は87．7%、韓国でも75．1%

「高校生の心と体の健康に関する調査」報告書から
財団法人日本青少年研究所　　産経新聞2月24日