

# 会報

昭和44年10月

第5号

## 全国精神衛生協議会に望む

東京都精神衛生協会会長 新 福 尚 武

こと新しくいうまでもないことであるが、わが国の精神衛生対策は欧米にくらべて根本的に立ちおくれた。根本的というのとは、根本理念において、根本姿勢において、という意味である。そして、その後の歩みもまことにたどたどしく、関係者をいらさらせている。

精神神経学会内における最近の一連の動きがこういう事態から発した、学会指導層に対する責任追及という面をもっていることは認めざるをえない。そのかぎり、真剣、真摯な反応であるといってよい。卒直に言って、全国精神衛生協議会も、このような困難の防止に、事態の改善に十分な社会的役割を果たしてきたことはいえないであろう。きびしい歴史的、社会的制約のもとにそれなりの活動を展開し、いろいろの青写真をつくってはきたが、それは徹底的といわれて致し方ないものでなかったかと思う。

東京都精神衛生協議会を例にとってみても、協議会の仕事は会員の片手間である。つまり、片手間で

やれることしかやっていない。また、やれない。だから、プランづくりは得意でも、実行には弱い。せいぜいパンフレットをつくって配布するぐらいのことしかやれない。これが今日の問題多い大東京の精神衛生協議会かと思うとまったく情ない。しかし、若干の例外はあっても、全国の精神衛生協議会いずれも大同小異ではあるまいか。それは事態の深刻さにくらべて不均り合いに弱い力しかもっていない。

われわれはここで組織を拡大し充実しなければならない。そのためには、これまでの精神医療機関、精神病院に密着した機構から脱出する必要があるのであるまいか。真の意味の精神衛生運動の展開には政治、経済、文化各方面の幅広い理解と支援が必要であり、精神神経学会や精神病院協会よりはより広い基盤の上に立つ必要があると思う。このことが容易ならぬことであることはいうまでもないが、今やそういう段階にきていることを痛感し、今後の発展を望みたい。

# 第17回 精神衛生全国大会ご案内

準備委員会会長 松田 鎮雄

このたび、第17回精神衛生全国大会を日本精神衛生連盟、中国地区精神衛生連絡協議会、広島県、広島市の共催により、厚生省をはじめ関係各団体のご協力をえて、平和都市広島において開催することになりました。

近来、社会の進歩と複雑化に伴って、精神衛生の問題に対する一般の関心は一段と高まると同時に認識されつつあります。

この問題を家を守る婦人、将来をにやう青年、また最近特に問題になっている酒などの観点からとらえて、日頃、深いご理解のある皆様と一堂に会して、語り合い解決を見出すことは誠に意義深いものがあると存じます。

この趣旨をご了解のうえ、多数ご参加くださいます、十分に大会の成果をあげることができまよう祈念いたし、ここにご案内申し上げます。

昭和44年9月

各位 殿

第17回精神衛生全国大会

## 1. 第1分科公開討議会

とき 昭和44年11月5日(水) 13.00~16.00

ところ 広島医師会館

テーマ 「婦人」——結婚と離婚——

司会者 鳥取大学教授 大熊 輝雄

講師 広島家庭裁判所調停委員

長崎 芳子

広島原爆障害対策協議会生活相談員

早川 美子

関東労災病院精神科医長

畑下 一男

東京工業大学名誉教授 宮城 音弥

中国新聞社論説委員 林 水月

開会 13.00

ところ 広島市公会堂

(1) 大会式典

とき 13.00~14.30

開 幕

高松宮殿下ご臨席

開会のことば

あいさつ

式 辞

高松宮殿下おことば

表 彰

祝 辞

祝電披露

分科公開討議会報告

閉会のことば

高松宮殿下ご退場

(2) 公開座談会

とき 14.30~17.00

テーマ 酒と精神衛生

司会者 広島大学教授 小沼 十穂

講師 東邦大学教授 額田 榮

大東文化大学講師

日本酒害防止協会国際部長

山室 武甫

広島県精神病院協会副会長

長尾病院長 長尾 邦雄

全日本断酒連盟顧問・国際アルコール

および・薬物中毒協議会実行委員

下司 孝麿

作家 なた・いなだ

## 3. 大会式典ならびに公開座談会

とき 昭和44年11月6日(木)

開場 12.00

# 第17回 精神衛生全国大会ならびに関連行事日程

日	時	行 事	場 所	主 催
昭和44年 11月4日 (火)	14.00~17.00	全国精神衛生連絡協議会 { 理事会 14.00~15.00 総 会 15.00~17.00	中国新聞社	全国精神衛生連絡協議会
	13.00~17.00	全国精神障害者家族会	広島医師会館	全国精神障害者家族連合会
11月5日 (水)	10.00~12.00	全国指定病院長会議	広島医師会館	日本精神病院協会
	10.00~12.00	全国精神衛生センター所長 及び精神衛生相談所長会議 全国精神衛生センター及び 精神衛生相談所研究協議会	広島県歯科医師会館	全国精神衛生センター所長及 び精神衛生相談所長会
	13.00~16.00	第17回 精神衛生 全国大会 第1分科公開討議会 「婦人」——結婚と離婚—— 第2分科公開討議会 「青年」——世代の断層——	広島医師会館  中国新聞社	日本精神衛生連盟 中国地区精神衛生連絡協議会 広島県精神衛生協会 広島市
11月6日 (木)	10.00~12.00	精神衛生鑑定医会議	中国新聞社	厚生省
	13.00~14.30	第17回 精神衛生 全国大会 大 会 式 典	広島市公会堂	日本精神衛生連盟 中国地区精神衛生連絡協議会 広島県精神衛生協会 広島市
	14.30~17.00	公 開 座 談 会 「酒と精神衛生」		



昭和45年度精神衛生課関係予算要求概要

事項及び項目	昭和44年度 予算額	昭和45年度 要求額	差 増 減 引 額	摘 要
(精神衛生対策費)	千円	千円	千円	
1. 精神衛生制度調査費	27,967,243	31,613,176	3,645,933	1. 制度改善検討費 1,408千円→1,424千円
2. 精神衛生総合センター 調査費	3,823	4,060	237	2. 制度改善調査費 2,415千円→2,636千円 準備調査会 年6回開催
3. 地域精神衛生対策費	0	6,264	6,264	1. 精神衛生相談員資格認定講習会費 年1回 2地区 対象 100人 根拠法令 精神衛生法施行令第6条 942千円→1,056千円 (受講者出席旅費:保健所運営費) 987千円
	942	82,864	81,922	2. 保健所精神衛生担当医師地区別講習会費 年3回 8地区 対象 832人 0 →2,888千円 (受講者出席旅費:保健所運営費) 4,385千円 〔保健所運営費補助金:地域衛生 対策分 20,354千円→54,781千円 補助率 $\frac{3}{10}$ 精神科嘱託医 350人→500人 訪問指導 8,114件→41,813件〕
				3. 精神病院技術職員等研修費 委託先(社)日本精神病院協会 対象 医師, 事務長, 看護長, PS PSW, NSW, OT 0 →11,170千円
				4. 精神衛生思想普及費 委託先 日本精神衛生連盟 0 →5,000千円
				5. 地域精神衛生特別都市対策費巡回 指導班設置費補助金 交付対象 都道府県 政令市 補助率 $\frac{1}{2}$ 対象 47カ所 72班 検診車 10台整備 嘱託医師備上げ延 7,488人

4. 精神衛生医療費	27,632,120	30,799,290	3,167,170	CP. PSW 保健婦備上げ延 22,464人 0 →62,750千円
ア. 措置入院費	26,982,221	29,859,474	2,877,253	補助率 $\frac{1}{2}$ 交付対象 都道府県 措置人員 75,000人→79,000人 単価(年額) 453,080 <sup>71</sup> 円→477,029 <sup>45</sup> 円 護送対象 20,625人→20,131人 単価 職員分 320円→950円 患者分 213円→400円
イ. 通院医療費	602,652	844,571	241,919	公費負担率 $\frac{1}{2}$ 交付対象 都道府県 補助率 $\frac{1}{2}$ 対象人員 47,000人→57,500人 単価(月額) 4,274 <sup>13</sup> 円→4,896 <sup>06</sup> 円
ウ. 法施行事務費	47,247	95,245	47,998	補助率 $\frac{1}{2}$ 交付対象 都道府県 1. 指定病院等指導監査費 5,457千円→10,457千円 2. 診査費 16,870千円→27,399千円 3. 鑑定医等会議費 4,656千円→9,301千円 4. 保健所等指導事務打合せ費 729千円→1,507千円 5. 調査等事務費 6,652千円→16,565千円 6. 診療報酬支払事務委託費 12,883千円→16,036千円 7. 精神障害者移送用特殊自動車購入費 0 →11,250千円 8. 診療報酬請求明細書事務整理費 0 →2,730千円
5. 精神衛生センター費	69,961	112,005	42,044	補助率 $\frac{1}{2}$ 交付対象 都道府県 対象施設 23カ所→29カ所 補助対象人員(1カ所当り) A級 7人→7人 B級 2人→2人 職員俸給 医師 511,128円→1,181,880円 その他 330,660円→505,200円
ア. 精神衛生センター運営費	19,817	46,164	26,347	補助率 $\frac{1}{2}$ 交付対象 都道府県 1. 施設整備費 6カ所→6カ所 単価(1m <sup>2</sup> 当り)
イ. 精神衛生センター整備費	50,144	65,841	15,697	

				25,797円→35,310円
				2. 設備整備費
				初度設備費
				6カ所→6カ所
				単価(1カ所当り)
				A級 3,800千円→3,800千円
				B級 2,500千円→2,500千円
6. 精神障害回復者社会復帰センター費	0	271,023	271,023	補助助率 1/2
				交付対象 都道府県(運営費は他に国立療養所1カ所)
				1カ所200人収容
7. 精神障害回復者社会復帰センター運営費	0	23,728	23,728	対象施設 0→6カ所
				補助対象人員
				1カ所当り34人(所長1人, 事務長1人, 非常勤務医師1人, 事務職員2人, C. P. 5人, PSW16人, OT3人, 看護婦3人, 用務員2人)
				1カ所当り年間所要額39,841千円
				費用徴収分 8,204
				差引 31,637
				初年度1/2月分1/2補助 3,955
4. 精神障害回復者社会復帰センター整備費	0	247,295	247,295	対象施設 0→5カ所
				1. 施設整備費
				1カ所面積 2.640㎡
				単価(1㎡当り) 35,310円
				2. 設備整備費
				単価(1カ所当り) 5,700千円
7. 精神病床整備費	257,822	334,099	76,273	補助率 地方公共団体立 1/2 非営利法人立 1/2
				1. 施設整備費
				地方公共団体立
				新設 300床→300床
				増設 900床→800床
				単価(1㎡当り)
				25,797円→35,310円
				非営利法人立
				増設 200床→200床
				単価(1㎡当り)
				25,797円→35,310円
				2. 設備整備費
				1.400床→1.300床
				単価(1床当り)
				8,500床→19,000円
8. その他	2,575	3,575	1,000	
(優生保護対策費)	14,253	25,214	10,961	
1. 優生保護対策費	4,952	7,478	2,526	1. 優生保護調査費

				委託先 都道府県
				調査対象
				0人→35,000人
				0→5,000千円
				2. 優生保護指定指導費 2,406千円
				対象 1,235人
				年1回 8ブロック
				0→2,406千円
				3. その他 72千円→72千円
				補助率 %
				交付対象 都道府県
				対象人員
				男 112人→120人
				女 369人→453人
				単価
				男 6,738円→9,367円
				女 20,311円→31,823円
2. 優生手術費交付金	9,183	17,618	8,435	
3. その他	118	118	0	
課合計	27,981,496	31,638,390	3,656,894	

## 精神衛生センター運営要領について

衛 発 第 1 9 4 号  
昭和44年3月24日  
都道府県知事 殿

厚生省公衆衛生局長

昭和40年の精神衛生法の一部改正により、保健所を地域精神衛生活動の第一線機関としたことに伴い、従前の精神衛生相談所を廃止して、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置されることとなった。

しかし、現在設置されている精神衛生センターは、組織機構に統一性がなく、業務内容にもかなりの相違があり、その位置づけが必ずしも明確でない。

よって、今般別紙のとおり「精神衛生センター運営要領」を定めたので、今後は関係職員に周知徹底のうえ、精神衛生センターの一層の充実を図り、精神衛生施策の推進に万全を期されたい。

(別紙)

### 精神衛生センター運営要領

精神衛生センター(以下「センター」という。)は、精神衛生法第7条に規定されているとおり、精神衛

生に関する知識の普及を図り、精神衛生に関する調本研究を行ない、また精神衛生に関する相談及び指導のうち複雑困難なものを処理する施設であって、次により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、地域精神衛生活動推進の中核となるための機能を備えなければならない。

#### 1. センターの目標

センターの目標は、地域住民の精神的健康の保持、向上精神衛生障害その他の適応障害の発生子防から障害者の保護に至るまでの広範囲にわたっている。

これが十分に効果を挙げるためには、保健所における精神衛生業務が効果的に展開されるよう、積極的に技術的に技術指導及び技術援助を行なうほか、その他の医療、福祉、教育、矯正、司法、産業等の精神衛生関係諸機関(以下「関係諸機関」という。)と緊密に連絡協調することが必要である。

#### 2. センターの組織

センターの組織は、原則として「総務部」「教育研修部」「調査研究部」及び「精神衛生相談」の4部を置き、職員は、医師(精神科の診療に

経験の深いもの)精神科ソーシャル・ワーカー臨床心理技術者、保健婦、看護婦、作業療法士、検査技術者、統計技術者、その他センターの業務を行なうために必要な職員を置く。所長には精神衛生に造詣の深い医師をあてる。

### 3. センターの業務

センターの業務は、技術指導及び技術援助、教育研修、広報普及、調査研究、資料の収集及び保管、精神衛生相談並びに協力組織の育成などに大別されるが、それらは極めて密接な関係にあり、これらの業務の総合的な推進によって地域精神衛生活動の実践が行なわれなければならない。

#### (1) 技術指導及び技術援助

地域精神衛生活動を推進するためには、保健所及び関係諸機関に対し、専門的立場から、積極的な技術指導ならびに技術援助を行なう。さらに都道府県における精神衛生行政を推進するため、精神衛生主管部局及び関係諸機関に対し、精神衛生に関する意見具申をすることがのぞましい。

#### (2) 教育研修

保健所で精神衛生業務に従事する職員(精神衛生相談員、精神科ソーシャル・ワーカー保健婦、看護婦等)には専門的研修と技術指導を行なうほか、関係諸機関の職員には教育訓練を行ない、関係職員の技術的水準の向上を図る。

#### (3) 広報普及

センターは、全県(都道府)的規模で一般住民に対する精神衛生知識の普及啓蒙を行なうとともに、保健所が行なう広報普及活動に対して専門的立場から指導と援助を与える。広報普及活動の実践に際しては、地域住民の現状をよく把握し、観念的になることをさげなければならない。

#### (4) 調査研究

地域精神衛生活動を推進するために必要な精神衛生上の諸問題を調査研究するとともに、精神衛生に関する統計及び資料を収集整備する。

#### (5) 精神衛生相談

センターにおける精神衛生に関する相談及び指導は、保健所並びに関係諸機関が取扱った事例のうち複雑又は困難なものにつき実施する。センターは、これらの複雑困難な事例を処理するためには、総合的な立場から適切な処置を行なうとともに、必要に応じて関係諸機関の協力を求める。

#### (6) 協力組織の育成

地域精神衛生の向上を図るためには、地域住民による組織的活動が必要である。このため、センターは、精神医療施設や保健所その他の関係諸機関を単位としてつくられた協力組織の育成を図るとともに、他方、都道府県単位の組織を育成強化することに努め、地域精神衛生活動に対する住民の協力参加や各種社会資源の活用を円滑有効に行なう。

また開放的にするよう配慮したこと。

3. 保護室については、暖房装置のほか冷房装置をもうけるようにしたこと。

4. 基準の構成については、一般的に検討を加え、整理統合し、理解しやすいものとしたこと。

この「精神病院建築基準」は、医療法および、建築基準法等に基づく基準のように拘束力を有するものではないが、精神病院の設置および整備にあたっては、なるべく本基準によるよう指導されたい。

なお、本通知に伴ない、昭和29年発第295号「精神病院建築基準」は廃止する。

## 第1. まえがき

精神病院建築基準は、昭和29年に定められたものであるが、その後の精神医学ならびに建築技術の進歩に伴い、必ずしも現状に適應しなくなったので、今般、本改正基準を作成したものである。この基準はさらに今後も改善すべき点があれば修正して実情に即したものとしなければならないと考える。

この基準は、精神病院を建築する場合の望ましい基準を示すものであって、最低基準のような性格をもつものではない。また、この基準は、一応200床ないし300床程度の病院を想定して作成したので、実際に病院を建設するにあたっては、病院の規模に応じてそれぞれその内容を適宜変更することは差し支えない。

建築にあたっては、本建築基準によるもののほか、医療法、建築基準法及び消防法等の法令に準拠して実施されなければならないことはいうまでもない。

## 第2. 基準事項

1. 精神病院においては、建築自体の医療に及ぼす影響が殊に大きいから、その企画設計は、病院長、精神病院管理に経験のある者、精神科担当医師等と建築家との密接な連絡の下に行なわなければならない。また医療看護の都合のみでなく、患者の入院生活の立場が十分に尊重されなければならない。

### 2. 敷地

(1) 敷地の選定にあたっては、できるだけ社会とのつながりを保てるような土地を送定すること。

(2) 選定する土地は、病院を建設するにふさわしい環境であることはいうまでもないが、特に交通機関が便利で水利がよく、かつ、排水の処理が成能な場所を選ぶこと。

(3) 敷地の面積は、病院の特徴、地域条件によっても異なるが、一般に建築面積以外に屋外運動場、作業用地等がとれるだけの広さが必要である。

### 3. 配置

病院全体の配置計画としては、十分な敷地面積を有する場合には、平面に広がる方が自然との親しみ、開放感等が得られ、各病棟ごとにそれぞれの特徴を生かしやすい。しかし、敷地、設備等の関係で分散することができない場合は

高層化するのやむを得ないであろう。いずれにせよ、全般的配置は、治療、管理、経費等の観点から十分検討したうえで、最も効率的に計画する必要がある。

### 4. 建物

(1) 建築全体として統一があり、精神医療に適する内容及び外観を備え、明るくて親しみやすいものとする。

内装及び外装についての仕上げや色彩のみならず、周辺の樹木の植込み、庭園計画等環境造成にも周到な配慮が必要である。

(2) 建物は、耐震耐火構造とする。堅固であることは自然であるが、精神病院ということにこだわりすぎて、あまりにも閉鎖的になりすぎないようにする。

### 5. 設備

(1) 保安、避難等の設備を完備することはいうまでもないが、患者の健康保持のため、換気、採光、照明、防湿等の設備に特に留意する。

(2) 暖房は、温水、蒸気等を採用し、直接火気を使用することは避けること。

(3) 基準看護、基準給食、基準寝具設備が行なえるよう配慮すること。

### 6. 部門

(1) 病院内の諸施設は、それぞれの機能に従って次の各部に分ける。

①病棟部 ②中央診療部 ③外来診療部  
④生活療法施設部 ⑤サービス部 ⑥管理部  
⑦宿舍部

(2) 外来患者は、入院患者と明確に区分できるように考慮すること。

## 第3. 病棟部の設計

### 1. 基本事項

(1) 病棟部は看護上、管理上30床ないし50床の看護単位を基本とし、性別、年令別、病態別、病状別に応じた区分をする。男女の患者は分離するが、男女の病室が明確に区分されていれば同一病棟内でも差し支えない。

(2) 患者の在院期間は、比較的長期にわたることが多く、肉体的には健康のものが多いので、医療面のみならず生活面についても細心の考慮を払わなければならない。そのため病室とディルームは区別し、また、できるだけ戸外に出られやすいように設計し、生活が無味単調になることを避け、生活空間はなるべく変化ある豊かなものとする。

## 精神病院建築基準の改正について

精神病院の建築基準については、昭和29年発第295号「精神病院建築基準について」により指導されているところであるが、最近の精神医学ならびに建築技術の実情に合致させるため、中央精神衛生審議会において検討のうえ、その議をへて、今般別紙のとおり「精神病院建築基準」を改めることとした。

改正の要点は次のとおりである。

1. 精神病院の規模について、従来は病床数400床程度を標準としていたのを200床ないし300床を標準とすることとしたこと。

2. 患者の居室については、長期在院という実情にかんがみ、出来る限り家庭的雰囲気を持たせ、

(3) 病棟部には、次の室又は機能を営む場所を必要とする。ただし、これらの室の一部については、必ずしも別々に設ける必要はなく、兼用することも差し支えない。

ア. 病室

一般病室、保護室、合併症病室。

イ. 患者の生活的施設

デイルーム、食堂、配膳室、浴室、便所、洗面所、足洗場、患者用洗濯室及び物干場、面会室、患者私物格納庫。

ウ. 診療及び看護関係施設

診察室、処置室、看護員室、看護員仮眠室、汚物処理室、職員便所、リネン室。

エ. その他の施設

倉庫、掃除具置場。

(4) 病棟部の面積は、病室以外に生活面のスペースを必要とするので、病棟共通部分を含めて、一床当たり約20平方メートル（約6坪）程度とする。

(5) 合併症病棟を設ける場合は、一般病棟と区分し、種類の異なる合併症患者ごとに分離又は隔離できるよう配慮する。また、中央配膳、中央食器消毒方式を採用する場合でも伝染性の合併症患者のみは、病棟配膳、病棟消毒とする。

(6) 保護室の数は、収容する患者の種類によって異なるが、一般には全病床数の5%程度とする。

(7) 病棟内の開口部は、室内を明るくし夏の通風をよくするために開口部を十分に設ける必要があるが、同時に脱院等事故防止の方策を講じる必要がある。

注1. 病室にあっては、その床面積の14分の1以上に相当する面積を直接外気に面して開放できるようにすること。(医療法施行規則（以下「医規」という。）第16条)

2. 採光のための窓その他の開口部を設け、その採光に有効な部分の面積は、病室にあっては床面積の7分の1以上、病院のその他の居室にあっては床面積の10分の1以上とする。(建築基準法第28条)

(8) 病棟の鍵は、非常の際の混乱を避けるためすべて共通のものとする。

参考I. 病室は、地階には設けないこと。第3階以上に病室を設ける場合は、その建物を耐火構造としなければならない。(医規第16条、建築基準法施行令（以

下「建令」という。）第107条)

注1. 病室の床面積は、内法によって測定することとし、患者1人を収容するものにあたっては6.3平方メートル以上、患者2人以上を収容するものにあたっては患者1人につき4.3平方メートル以上とすること。(医規第16条)

2. 小児だけを収容する病室の床面積は、前注1に規定する病室の床面積の3分の2以上とすることができる。ただし、1の病室の床面積は、6.3平方メートル以下であってはならない。(医規第16条)

II. 第2階以上に病室を設ける場合は、患者の使用する屋内の直通階段を2以上適当に配置しなければならない。(医規第16条、建令第121条)

注1. 階段及び踊場の幅は、内法を1.2メートル以上とすること。(法規第16条)

2. けあげは0.2メートル以下、踏面は0.24メートル以上とすること。(医規第16条)

3. 適当な手すりを設けること。(医規第16条)

III. 第3階以上に病室を設ける場合は、避難に支障がないように避難階段を2以上設けなければならない。

ただし、直通階段のうち一又は二を避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。(医規第16条、建令第123条)

注1. この避難階段の出入口の戸にくぐり戸を設ける場合は、高さを1.3メートル以上、幅を0.8メートル以上とすること。(医規第16条)

IV. 患者が使用する廊下の幅は、内法を1.2メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は、内法を1.6メートル以上としなければならない。(医規第16条)

2. 病室

(1) 一般病室

ア. 病室が個人の生活場所となるには4床ないし6床（最大）以下がのぞましい。

イ. 病室は洋室（ベット式）、和室（畳式）を

問わず、生活場所としての雰囲気を出すことが必要である。例えば、洋室にする場合には、テーブル、椅子、戸棚、ロッカー等を置き、和室の場合には、押入れ、私物入れ場所、縁側等を設ける。押入の内部は不燃性とし、天井は天井裏へ入れないように堅固なものとする。

ウ. 各部屋のドア又は引違い戸は、病状視察の上からその一部を透明硝子にすることが便利である。しかし、患者の立場からいうと落ちつかない気分がするので、患者の種類によっては、遮へいしなければならないこともある。

(2) 保護室

ア. 保護室は、個室で10平方メートル（6帖）程度の広さとする。

イ. 他患者に悪影響がないように配慮する。堅固であることが必要であるが、そのために圧迫感を与えないように考慮し、時には普通病室として使用し得るような配慮も必要である。

ウ. 保護室のまわりでは細部設計に特別の注意を払い、採光、換気、通風、冷暖房等の環境条件には特に必要がある。

窓は特に採光、通風、換気がよく操作容易で堅固なものであるよう考慮する。一般廊下側にはあまり露骨にのぞきこむ感じを与えない小窓をつける。壁は堅固で、外傷の危険が少なく、しかもやわらかい感じのするものがよい。例えば板張りとし部屋の四隅は丸くする。床は縁甲板張りで頑丈な板がよい。モルタル塗りは冬季に寒く、また陰惨な感じを与えるのでよくない。掃除に便利であるように床面との境は丸くする。扉は外面開きとし、内面に把手をつけないで堅固なものとする。

便所を設ける場合は水洗式とし、不潔にならないようにその設計には特に注意が必要である。

エ. 暖房設備は患者の暴行によってラジエーターが破損したり、ラジエーターそのものによって外傷を受けないようにするためカバーが必要である。また、二室の間仕切壁に埋込むことも双方からの会話のおそれがあるので、特別の考慮が必要である。室内の温度は廊下より調節できるようにするのがよい。

(3) 合併症病室

ア. 合併症病棟を設けない場合は、一般病棟内に合併症状、精神症状の別に収容できるように個室を多く設ける。この場合、洋式（ベット式）が望ましい。

イ. 伝染性の合併症患者を収容する病室は、他の病室と明確に遮断又は隔離しなければならない。

3. 患者の生活的施設

入院患者の大部分は、他科の入院患者とは異なり、常時臥床の必要のない者が多く、日中の生活は殆んど起きているのが常態であるので、生活スペースを十分に考慮することが必要である。したがって、患者用の家具や調度品を入れて、入院生活を活動的でしかもくつろいだ家庭的雰囲気の中で楽しくすごせるように配慮すべきである。

(1) デイルーム

病室以外にもっぱら患者の談話、娯楽、生活療法等の用に供するための室を設けること。

(2) 食堂

患者が一度に食事できるような広さが必要である。この場合、スペース等の関係で独立して設けることができない場合は、デイルームの一部を食堂としてもよい。

(3) 配膳室

ア. 配膳室は、食堂と区切り、膳はカウンターから受渡しする。

イ. 設備としては、食器洗場、配膳台、食器戸棚等を整備する。

(4) 浴室

ア. 浴室は、各病棟内に設けることが望ましい。

イ. 看護者が入浴の介補をする必要がある場合を考慮して、できるだけ広めに設計する。

ウ. なるべく上がり湯及びシャワーを取付ける。脱衣場には、鏡、休重計等を設置することが望ましい。

(5) 便所

ア. 便所は男女別に設ける。

イ. 便所は、看護員室から出入りの監視ができる位置に設け、水洗式とし、防臭、換気には充分配慮する。職員用便所は別に設ける。

ウ. ドアは、内部から鍵のかからないようにする。顛倒等を考慮して病室の廊下面と同じ高さにし、下駄は用いないですむよう

にする。

#### (6) 洗面所

必ずしも一室を設ける必要はなく、廊下の一側にアルコーブをとったり、窓から流しを持ち出しにしたりして、使用に当って便利のように設備する。この場合、洗面介補の必要ある患者もいるので、それに便利であるように考慮する。

#### (7) 足洗場

屋外の出入口に近接して、なるべく設けるように考慮する。

#### (8) 患者用洗濯室

患者自身の持物を簡単に洗える場所を設ける。洗面所等を利用してよい。電気洗濯機を置くよう考慮されればさらに便利である。また、簡単な干し場を付設する。

#### (9) 面会室

看護員室の近くに設ける。

#### (10) 患者私物格納庫

一室を設けて出し入れに便利のように棚を設け、かつ換気を十分にすることがある。

### 4. 診療及び看護関係施設

#### (1) 診察室

看護員室に隣接した位置に設ける。

#### (2) 処置室

診察室の隣に位置するよう設け、必要に応じて電気ショック治療室及びインシュリンショック室等として使用できるよう設備する。

#### (3) 看護員室(ナースステーション)

常に患者と接し易いように、病棟中央部で特に見透しのよい所に設ける。外部との連絡は電話の外に非常ベル等を設ける。診療録、看護日誌及び薬品器具の戸棚、作業台、机、椅子、コンセント等を予め設け、戸棚にはすべて鍵がかかるようにする。

#### (4) 看護員仮眠室

看護員室の近くに設け、通風には特に配慮する。

#### (5) 職員便所

患者用便所とは別に設ける。

#### (6) 汚物処理室

汚物が簡単に廃棄、消毒、洗浄され、失禁患者の汚染衣類等汚物が洗濯されるような設備が必要である

#### (7) リネン室

### 5. その他の施設

#### (1) 倉庫

#### (2) 掃除具置場

## 第4. その他各部の設計

以下の各部に設けるべき室及び施設は、次のとおりである。これらの各室は、必ずしも独立した室を意味するものではなく、教室をまとめてよく、また機能に応じてさらに細分された室を設けてもよい。

### 1. 中央診療部

高度の設備を有するものや、病棟部、外来診療部の各部から共用される諸施設は、外来診療部にも病棟部にも置かず、中央診療施設として何れからの連絡にも便利な位置に設けることが望ましい。

#### (1) 検査室

ア. 心理検査室 病棟部及び外来診療部の双方から使用できるようにする。

イ. 脳波室 病棟部及び外来診療部の双方から使用できるようにし、電氣的にシールドすると共に特に湿気を避けるよう留意する。

ウ. その他の検査室 一般臨床検査及びその他必要に応じ、病理組織、化学、細菌等の検査室を設ける。

註) 臨床検査施設は、喀痰、血液、尿糞便等について通常行われる臨床検査のできるものでなければならない。(医規第20条第5号)

(2) X線室 病棟部及び外来診療部の双方から使用されるもので、透視室、撮影室、暗室、フィルム事務室等が必要である。

(3) 手術室、主として病棟部から使用されるもので手術室及び準備室を設ける。

(4) 中央滅菌材料室 医療器具材料の消毒はすべて一括してここで行なう。

(5) 歯科診療室 主として入院患者用のもので小規模病院では省略してもよい。

(6) 薬局 院内及び外来投薬に便利な位置に置く、調剤室、製剤室、薬品庫(冷暗所)等が必要である。

註) 調剤所の構造設備は次によること。(医規第16条第1項第16号)

イ. 採光及び換気を十分にし、且つ、清潔を保つこと。

ロ. 冷暗所を設けること。

ハ. 感量10ミリグラムの天秤及び500ミリグラムの上皿天秤その他調剤に必要な器具を備えること。

(7) 解剖室 霊安室、礼拝堂と接して設ける。

#### (8) 研究室

### 2. 外来診療部

外来診療部においても病棟部と同じように落ちつきがあり、親しみやすい外観と構造が必要である。

外来診療部としては、外来診療室、相談室、処置室を主とし、特殊設備を要する診療施設、検査室等は、中央診療施設として中央化するのがよい。

(1) 待合室 一般待合、薬局待合、診察待合、入院待合等諸種の性格を持つ。

精神科の診察は他科にくらべて時間がかかるので、待合時間が長くなる。

その間に患者の心が動揺して診察を受けにくくなることも多いので待合場所は廊下等を利用するのではなく、できるだけ一室を設け、落ちつきのある、快適な雰囲気の出るよう設備することが必要である。また、患者には附添人が多いことも考慮してスペースを考える必要がある。

(2) 相談室 室内は、落ちついた親しみのある雰囲気となるように配慮する必要がある。室数は2室程度がよい。

(3) 診察室 通常2室以上あればよい。一部に検査用の暗室スペースが必要である。

(4) 処置室 診察室の隣に位置するよう設け、必要に応じて電気ショック治療室及びインシュリンショック室等として使用できるよう設備する。

(5) その他 受付、案内、会計窓口、下足預り所、便所等必要な設備を設ける。

### 3. 生活療法施設部

入院患者の生活療法として作業療法及びレクリエーション療法等を行なうための施設で病棟部とは別に設ける。これらの施設は病院の規模に応じて考慮する必要があるが、農場、運動場等は相当の面積を要するので、計画の当初から配慮されていなければならない。

#### (1) 作業療法施設

ア. 治療施設 農場、園芸場、畜産舎、木工室、印刷室、手芸室、裁縫室等がある。

イ. 付属施設 事務室、更衣室、休憩室、浴室、洗面所、便所、倉庫等がある。

#### (2) レクリエーション療法

ア. 屋外施設 野球場、バレーコート、テニスコート、プール等がある。

イ. 屋内施設 集会室、遊戯室、娯楽室、図

書室、体育館、等がある。

### 4. サービス部

サービス部は特に設備を能率的にし、従業員の働きやすい環境とする。

#### (1) 給食施設

ア. 給食施設は、病棟配膳室との連絡を十分考慮して位置を定めなければならない。

イ. 給食施設には、下拵室、調理室、特別調理室、食品庫、配膳室、配膳車置場、食器洗浄消毒室、事務室等を設ける。

注1. 給食施設は入院患者のすべてに給食することのできる施設とし、調理室の床は耐水材料をもって洗浄及び排水に便利な構造とし、直火式炊事の場合にはかまどの周囲2メートル以上にわたり防火構造とし、食器及び野菜の消毒施設をそなえなければならない。

(医規第20条第8号)

2. 食堂、調理室、配膳室には、はえが入らないようにするため、窓に金網を張る等必要な設備を設けること。(医規第16条第1項第17号)

(2) 給水施設 自家給水の場合は、消毒設備を設ける。

(3) 暖房施設 ボイラー室、石炭庫、灰置場等を設ける。

(4) 消毒施設 S・K消毒室を含む。

注1. 消毒施設は病室、食堂、調理室又は配膳室から相当な間隔を保って設けることただし、これらの構造設備が完全で、かつ、他を汚染するおそれがない場合は、この限りでない。(医規第16条第1項第15号)

(5) 洗濯施設 仕分け整理室、アイロン室、乾燥機物干し場を含む。

(6) 汚物処理施設 焼却炉、浄化槽、便槽、汚物溜等を含む。

注1. 汚物処理施設又は便槽その他の汚物溜は、病室、食堂、調理又は又は配膳室から相当な間隔を保って設けること。ただし、これらの構造設備が完全でかつ、他を汚染するおそれがない場合は、この限りではない。(医規第16条第1項第15号)

2. 汚物処理施設には、はえが入らないようにするため、窓に金網を張る等必要な設備を設けること。

(医規第16条第1項第17号)

- (7) 消防用施設 消火器、簡易消火用具、消火栓その他の消火設備、火災警報設備、すべり台、避難はしご等の避難設備その他必要な設備を設けること。
- (8) 電気室
- (9) 機械室
- (10) ガレージ
- (11) 職員用諸施設 食堂、更衣室、洗面所、便所、休憩室、等を設ける。
- (12) その他 売店、理容室、公衆電話室などは患者の利用に便利な場所に設ける。
5. 管理部
- 管理部は従来のいわゆる「本館」式の観念にとられず、利用者が接近し易い位置に能率的に配置すべきである。
- (1) 院長(副院長)室 事務との連絡密なる位置におく。
- (2) 事務室 事務長はなるべく事務と同一室とする。文具類、書類倉庫を含む。
- (3) 看護事務室 外来診療部が小規模の場合には病棟部に近く位置する。
- (4) 応接室 院長用は院長室内の一部にとってもよい。事務用は出入商人等の応接に当てるものであるから余り病院内に入り込まない位置が望ましい。医局員用は医局の近くに置く。

- (5) 会議室 診療、運営管理、研修等に使用する。
- (6) 講義室。
- (7) 医局 医局員の執務が行なわれる。必要に応じソーシャルワーカー、心理技術者等の事務室を考慮する。
- (8) 図書室
- (9) 医療記録室 診療録その他の医療記録の整備保管を行なう。
- (10) 電話交換室 電池室、休憩室を含む。
- (11) 事務倉庫 管理部の用度、器材等を収める。
- (12) 宿直室。
- (13) 守衛詰所。
- (14) 用務員室。宿泊設備を考慮する。
- (15) 湯沸室。
- (16) 浴室、洗面所、便所(職員専用)
- (17) 霊安室、礼拝室。
6. 宿舎部
- 宿舎部には医師、看護婦及び看護人その他職員のための宿舎を設ける。これらは病院との連絡容易なる位置に男女別に設ける。
- (1) 看護婦宿舎。
- (2) 看護人宿舎。
- (3) 職員宿舎。

43. 11. 8. 発会式と特別講演(北海道精神衛生センター指導部長 黒田知篤)

▲秋田県精神衛生協会

総会と特別講演(43. 5. 1)

児童の精神衛生(弘大教授 佐藤時治郎)

精神衛生指導者講習会

43. 10. 17. 本協会県北支部(能代市)

精神病の概念(島田病院長 島田久一郎)

老人の精神衛生(公立米内沢総合病院医長 鈴木昭男)

犯罪と精神障害(大館市立総合病院医長 今井 篤)

43. 10. 22. 本協会県南支部(大曲市)

児童の精神衛生の考え方と扱い方(国立精研部長 中川四郎)

ゼミナール

(佐藤恵一、中川四郎、杉田 孝、畠 就康、菅原幸也)

43. 11. 30. 県と共催(秋田市)

精神衛生行政について(県厚生部長 堀江友男) 最近の精神障害者の治療について

(秋田神経精神病院長 後藤忠久)

老人の精神衛生について

(仙台国見台病院 正藤重昭)

▲宮城県精神衛生協会

第8回精神衛生東北ブロック研究協議大会

43. 10. 5 ( ) 仙台市の宮城県民会館で、宮城県精神衛生協会会長 石橋俊実氏(東北大名誉教授)を会長として、下記の通り開催された。

特別講演 東洋と西洋 笠松章(東大教授)

第1分科会

テーマ「精神衛生から見た自動車運転免許の問題」

司会者

東北大学教授 和田豊治

副司会者

東北大学助教授 堀 浩

話題提供者

東北大学講師 小笠原 暹

宮城県警察本部 交通部運転免許課長 村上敬一郎

秋田県警察本部 交通部管理官兼交通指導官 菅原順平

小松タクシー株式会社総務部長 三戸部勝雄

岩手県公安委員 岩手医科大学教授 三田 俊定

東北大学教授 北村 晴朗

山形県警察本部 交通聴聞主宰官警視 岸 三男

新潟県精神衛生協会副会長 新潟大学教授 沢 政一

福島県立医科大学助教授 尾野成治

岩手県精神衛生協会会長 岩手医科大学教授 切替辰哉

青森県精神衛生協会会長 弘前大学教授 佐藤時治郎

第2分科会

テーマ「進学と精神衛生」

司会者

宮城県築館高等学校校長 庄司豊義

副司会者

宮城県教育庁指導主事 伊藤亀久夫

話題提供者

教師の立場から

岩手県盛岡市大宮中学校長 吉田 栄

秋田県立秋田南高等学校教諭 芋田 匡

カウンセリング立場から

山形県立山形中央高等学校教諭 荻野光也

父兄の立場から

宮城県第一女子高等学校PTA 阿部華子

会員

教育委員会の立場から

青森県教育委員会指導主事 田中光世

新潟県教育庁指導主事 田辺啓三

精神科医の立場から

福島県精神衛生協会常務理事 医療法人一陽会病院長 寺山晃一

第3分科会

テーマ「精神障害者の社会適応をはばむもの」

司会者

宮城県名取病院医療局長 菊地 潤

副司会者

東北会病院P. S. W 鈴木美枝

話題提供者

医師の立場から

新潟県立療養所悠久荘副院長 堀内憲政

ソーシャルワーカーの立場から

財団法人郡山精神病院分院 雲雀ヶ丘病院 金森 淳

家族の立場から

山形県主婦 皆川と志

府 県 だ よ り

▲北海道精神衛生協会

第12回精神衛生北海道大会(43. 10. 27-岩見沢)

主題 家庭と精神衛生

司会 福島正治(北海道教育大学教授)

(1) 思春期の精神衛生問題について

牧 陽一(牧病院長)岡不二太郎(北大教授)

黒田知篤(北海道精神衛生センター指導部長)

佐々木正(岩見沢女高長)

(2) 共稼の精神衛生問題について

中村芳男(空知病院長)

滝本常吉(岩見沢市議会民生常任委員長)

吉田英治(岩見沢社会福祉協議会副会長)

吉岡ナツ子(岩見沢婦人団体連絡協議会委員会)

(3) 嫁と姑の精神衛生問題について

野宮留夫(野宮病院長)

広田孝子(岩見沢市生活学校委員長)

高杉田鶴子(北海道婦人団体連絡協議会会長)

吉村マス(道生活学校推進委員)

(4) 講 評

石橋猛雄(北海道精神衛生協会会長)

福島正治(北海道教育大学教授)

吉田 稔(岩見沢市総合病院精神科医長)

支 部 結 成

苫小牧地方精神衛生協会

43. 10. 17. 発会式と特別講演(北海道精神衛生

センター相談部長 足立金三)

北見地方精神衛生協会



- 地域の立場から  
秋田県 佐藤友三郎
- 職場の立場から  
岩手県盛岡市 矢崎須磨  
みちのくあかね会常務理事
- 行政の立場から  
宮城婦人少年室長 馬島三千代
- 病院の立場から  
弘前精神病院長 桜田 高

### ▲新潟県精神衛生協会

#### 総会と精神衛生講演会

43. 11 新潟支部共催  
43. 11 上越支部共催

### ▲石川県精神衛生協会

#### 総会と精神衛生講演会 (43. 9. 26) 金沢市 200人

- 乳幼児の発達と精神衛生  
(神戸大学教授 黒丸正四郎)

#### 巡回講演会

43. 11. 17 石川郡松任町  
精神衛生 沢田幸平 (金沢大学教授)  
道下忠蔵 (県立高松病院長)
43. 11. 22 小松市  
精神衛生 山口成良 (金沢大学助教授)  
中野 光 (金沢大学助教授)

#### 精神衛生研究会 (43. 11. 22) 金沢市

県社会教育センター

#### 受験期の精神衛生

- 司会 沢田幸平 (金大教授)  
教育心理学の立場から 沢田忠治 (金大教授)  
精神科医の立場から 松原太郎 (病院長)  
現場教師の立場から 辰巳 明 (高校教諭)  
親の立場から 平島幸子  
受験期を経験した学生の立場から  
多田治夫 (金大助教授)

#### 地域精神衛生講習会 43. 11. 25~27 (3日間) 金沢市

(県精神衛生センターと共催)

- 対象 保健婦、精神科看護職員 240名  
講師 松原太郎、稲木公彦、道下忠蔵、菊地順二、  
多田治夫、刑部 侃、大野芳二、鳥居方策。

#### 精神衛生研修会 (43. 12. 16) 金沢市 200人

- テーマ 生活療法の基礎  
小林八郎 (国立武蔵療養所医務部長)

### ▲神奈川県精神衛生協会

#### 県下精神病院対抗ソフトボール大会

43. 9. 5~6 (2日間) 相模原市昭石グラウンド

#### 座談会 43. 11. 2. 県精神衛生センター

- 児童と精神衛生——精薄児を中心として——  
原山三郎 (協会理事)  
広瀬 誠 (横須賀共済病院小児科医長)  
矢野幸和 (県立川崎児童相談所指導課長)  
上野道子 (横浜市立保土ヶ谷小学校特殊学級担当)  
大野俊子 (言語障害児をもつ親の会)

#### 県下精神病院対抗コーラスコンクール (43. 11. 5)

青少年ホール

#### 教育関係者研修会 (43. 11. 29)

県精神衛生センター

#### 学校の精神衛生に関して

猪瀬 正 (横浜市大教授)

### ▲静岡県精神衛生協会

#### 精神衛生大会 (43. 11. 5) 静岡市

テーマ 青少年の問題行動について

- 司会 田原幸男 (県立病院養心荘院長)  
家庭上の問題 鈴木国男 (吉原林間学園長)  
教育上の問題 田中鉄也 (静大助教授)  
司法行政上の問題

友浦洋二 (県警本部防犯少年課長)

#### 社会精神医学上の問題

平原鎮夫 (県精神衛生センター長)

#### 精神衛生講演会

43. 6. 7 問題児の病因について (庄司辰雄) 御殿場
- " 6. 11 精神薄弱について (溝口正美) 清水
- " 6. 21 衛生管理と職場のカウンセラー (中沢正寿) 富士
- " 7. 23 患者の社会復帰について (平原鎮夫) 榛原
- " 8. 9 精神衛生について (平原鎮夫) 熱海
- " 8. 12 家庭における精神衛生について (野村 博) 修善寺
- " 8. 22 精神衛生について (平原鎮夫) 藤枝
- " 10. 5 職場の人間関係 (田原幸男) 清水
- " 11. 10 シンナー遊びについて (庄司辰雄) 沼津

- " 11. 19 青少年の問題行動について (田中鎮也) 天竜
- " 11. 28 一般精神衛生について (平原鎮夫) 静岡
- " 12. 5 家庭の精神衛生について (平原鎮夫) 富士宮
- " 12. 9 地域の精神衛生 (平原鎮夫) 南伊豆
- " 12. 10 地域の精神衛生 (平原鎮夫) 賀茂

#### 精神衛生研修会

42. 8. 12 職場の集団心理 (中沢正寿) 三島
- " 8. 15 " " 浜松
- " 8. 19 " " 富士
- " 8. 20 " " 清水
43. 9. 30 精神疾患の早期発見についての医学的考察 (田原幸男) 静岡
- " 10. 1 " (庄司辰雄) 沼津
- " 10. 15 " (朝山種光) 浜松

### ▲大阪精神衛生協議会

#### 研究例会

43. 5. 21 大阪市  
テーマ 老人とその問題  
講師 岡村重夫 (阪市大教授)  
黒住 章 (桃山学院大学教授)  
有馬寅之助 (大阪市立弘済附属病院医長) 岩田克夫 (大阪老人ホーム長)  
井上文男 (中宮病院老人科部長)
43. 7. 19 大阪市  
テーマ 働く意欲と心の健康  
——老後の仕事——  
講師 橘 覚勝 (阪大名誉教授)  
中川俊哉 (関務協事務局長)  
山崎義節 (日立造船)  
入江武徳 (大阪社会福祉協議会)  
京藤学太郎 (双葉化学商会専務)  
五十嵐兼次 (大阪老人クラブ連合会事務局長) 太城藤吉 (阪大助教授)
43. 9. 25 八尾市  
テーマ 老後の生き方

——老人をとりまく家族関係——

- 講師 小寺清孝 (府公衛研)  
太城藤吉 (阪大助教授)  
西尾太郎 (大阪家裁判事)  
梁 忠雄 (山本病院長)

### ▲山口県精神衛生協会

#### 精神衛生大会 43. 7. 16 徳山市

- 公開座談会 精神薄弱をめぐる諸問題  
教育の立場から 亀井定雄 (山大教授)  
精薄の原因および予防  
小林 茂 (山大助教授)
- 施設の実情  
小山宣治 (県立このみ園児童指導員)
- 精薄者対策の現状  
齊藤 昇 (県労働民生婦人児童課長)
- 山口県特殊教育の現状と将来計画  
河村太市 (県教育庁管理課特殊教育係長)
- 親の立場から  
山根 功 (県精薄者育成会会長)
- 映画 「太陽の子」「ほくの発見」

#### 講習会および研修会

43. 8. 23 山口市 山口南ロータリークラブ  
精神衛生について  
中村敬三 (山大教授)
43. 8. 28~29 山口市 保健所保健婦  
精神障害者と家族 その他  
水津和夫 (防府病院長)
43. 11. 28 下関市 (下関地区精神衛生大会)  
慢性アルコール中毒について

### ▲佐賀県精神衛生協会

#### 精神衛生大会 43. 10. 30 佐賀市

- 特別講演 交通事故をいかに防ぐか  
——精神衛生の立場より——  
末永一男 (久留米大学教授)

#### 第6回精神病院対抗ソフトボール大会

43. 9. 29 佐賀市

### ▲沖縄精神衛生協会

#### 精神衛生大会 43. 2. 9

- 巡回無料診療 43. 1. 8~43. 12. 25 (月2回)  
沖縄本島北部の本島半島  
名護保健所内に精神衛生臨時クリニック開設  
(毎木曜)

## 北海道立精神衛生センターの現状

北海道立精神衛生センター所長 吉川 万雄

北海道の面積は、四国、九州に山口県を加えた広大なものである。人口は約540万、人口密度は $km^2$ 当り66.5と全国最低である。保健所は札幌5、小樽1函館1の政令市立をふくめて52カ所、実働保健婦数は保健所222名、これに開拓、市町村その他を含めて総計811名である。精神病院は96施設（官公立38、私立及び医療法人58）精神病床数12,679床で、1万対23.5床と全国平均より少ないが、18保健所管内に精神科医がおらず、施設の偏在が甚だしい。

官公立、及び総合病院の科としての併設精神科の比率が全国平均に比べて高いこと、精神衛生法32条の通院医療公費負担制度が、全国一に利用されていることなどが、北海道の精神衛生状況の特徴である。

地域精神衛生活動の全道の元締として、当センターが札幌市の一角に設置されたのは昨年4月、現定員が揃ったのは昨年9月であり、いまようやく初期の方向づけが固まりつつあるところである。

所内組織は、精神科医であり、保健所長を歴任した所長のもとに、指導部と相談部及び事務部門があり、指導部は外廻りの研修指導教育、モデル地区活動の企画、相談部は所内相談診療、家族会等民間団体の育成、移動精神衛生センターの企画などの責任を持つが、実施は両部一体となって活動している。

### 事業の内容を説明すると

#### 1) 技術指導及び技術援助。

現在のところ主力は保健所にそそがれており、所長、次長課長会議における説明にはじまり、道内を7つに分けたブロック会議、保健所における保健婦研修会等を極力利用し、地域精神衛生活動の具体的な進め方についての方向づけを行っている。

また、個別に有志の保健婦その他の職員の精神衛生上の調査研究の指導や援助もしている。

#### 2) 教育研修。

本道には政令市をのぞいて精神衛生相談員はいまだにおかれていない。全道から10名の保健婦がえらばれて、資格取得のための厚生省主催研修会（於東京）に巡遊された。今後数年にわたって継続されるはずである。当センターとし

ては、本年度中に一般保健婦10名1週間の実地研修を2回行なう予定になっている。

開所以来、保健婦、医療相談員、精神衛生相談員、予防課職員、保健所長など、（ときには町村の関係職員も）の自由な参加を求めて、月1回（第4火曜日）午後半日を使って、公開症例研究会を開催してきた。全道より20～50名の出席者があり盛況である。

その他当所以外で計画した保健婦講習会にも積極的な後援をして、技術向上につとめている。

#### 3) 広報普及。

壁新聞、パンフレットの作製、ラジオのスポットニュースへの寄稿、精神衛生協会等の発行する雑誌の編集と寄稿がおこなわれている。

#### 4) 調査研究。

1) モデル地区育成、当所の近くにある江別保健所管内（1市1村、人口6万6千人）を、当職員の技術的研究と研修生の実習フィールドという意味を含めて、精神衛生地域活動のモデル地区に指定し、地元保健所の協力をえて活動をしている。

2) 地域精神衛生活動の拠点は、保健所に中心のあるのは当然であるが、地域に幅広く活動の浸透することを目指して、学校精神衛生にも目を向けるべく、教育委員会を通じて、上記江別保健所管内の小中学生父兄を対象として3,500人のアンケート調査を行った。現在、電算機によって分析集計中である。

3) 保健所訪問カード、病院月報、その他の資料をもとにして、全道の疫学的研究もすすめられている。

#### 5) 精神衛生相談。

1) 所内相談、予約制による精神衛生相談を週3日開き、相談、診断、心理脳波検査の他に、精神療法、遊戯療法等が行なわれている。

2) 社会復帰学級、9月から発足すべく、鋭意準備中であるが、分裂病者のグループワークを中心に実規的プログラムがねられている。（男女各5名、週2日6ヵ月コース）

3) 移動精神衛生センター 避地の出張相談を、4～6名の職員がチームを組み、1保健所管

内3～5日間、各町村にわけて巡回する。これは地元保健所の指導をかねて、協同で行なわれ、昨年2カ所、本年3カ所に出動した。

#### 6) 協力組織の育成。

患者家族会、精神衛生協会、婦人団体の精神衛生活動の育成などが行なわれている。

はじめに述べたように、北海道は極めて広大であって、地域格差もまた大きい。センターの設置される前から、各地の熱心な精神科医は、精神衛生協会や、保健所との連携というかたちの中で、既に地域中心の活動が進められていたところもあり、地域活動が、それぞれの地区の特徴を活かして、地域の関係者の相互の有機的な連携の中から、地域団体の主導性をもって展開されることを目標としている。

センターは、その積極的な援助をしながら、各地域の発展の推移を全道の視野から把握し、衛生部その

他の関連機関と密接な連携のよとに大局的方向づけをめぐしている。

現存までに、精神衛生行政の推進のために、「保健所における地域精神衛生活動の進め方試案」「北海道の精神衛生」「通院医療とその背景」「全道精神障害者の実態」などの資料が、主管部局や関連機関に提出され利用されている。

区分	医師	臨床心理師	ソーシャルワーカー	保健婦	作業療法士	看護婦	事務	計	備考
定数	3	2	2	1	1	1	4	14	
現員	3	2	2	1	1	1	4	14	



北海道精神衛生センター前景



移動精神衛生センター  
実施後の症例検討会（宗谷HC管内枝幸町にて）

## 精神病院における作業療法の現況

—各職員のこれに対する態度意見を中心として—

三重県立高茶屋病院 井上正吾

## 第1章、はじめに

作業療法の必要性を、今更云々する要もないと思われるが現在の精神病院における主要な治療法として、精神療法及び薬物療法と併んで3本の柱を形成している。

シモンに始まる生物学的作業療法と戦後のアメリカにおける集団精神療法の立場からの心理社会的な作業療法がめざましく、更にリハビリテーションの立場からの考え方も加わってきた。しかし、これ等の作業療法の盛衰は時の医師、看護者、作業員等の信念や情熱やその時代を流れる精神科治療や病院精神医学の方向などによるものである。また、政治、経済や社会情勢も影響しているのである。これ等は世界的な課題ではあるが日本では更にこれを行う、O・T・Rの問題や、点数化の問題があり、しかもこれ等を論ぜずしてO・Tの進歩はありえない。

## 第2章、作業療法の現況

現在各精神病院で行われている狭義の作業療法はその内容や従事職員等の点からみてもまちまちである。昭和38年12月に元吉功氏が私立精神病院について、同じ時期に筆者が自治体立精神病院について、「作業療法の現況」を調査報告しているがその後、全国的なレベルに於ての調査はみない。又私の実感としてはその後の五年間に、作業療法の実施上において著しい変化はなかったのではないと思われる。ただ最近所謂、外勤療法(ナイト・ホスピタル形式の院外勤務作業)が普及して来たのであるがこの実施方法や考え方について江副勉氏の云う様にまことにまちまちである。蛇足ながら38年の発表の元吉や井上の論文から作業療法の現況をのべてみたい。

## ①作業療法参加率

まづ作業療法に参加している患者の率であるが私立の227病院の平均値では36.7%となり一方公立の26病院の平均値は42.3%となっている。まづ40%前後の患者が狭義の作業療法に参加している事になる。

## ②作業従事職員

またこの作業療法を指導する職員であるが私立病院では専任職員は全作業職員の27.5%であり、公立病院では18.5%と、ともに少い。いづれも看護職員が多くその80%程を占めている。更に患者6人に1人の割で従事している事になる。

## ③作業療法の種目

院内作業と院外作業においてみるに院内作業で最も多くの病院で採用しているのは清掃90%、公立(70%)、洗濯80%(70%)、炊事70%(42%)等病院の維持に必要な種目であり指導よろしきをうれば作業療法として利用できる。

次いで園芸78%(84%)、農耕75%(84%)、裁縫73%(73%)、動物飼育44%(39%)等でありその他紙加工、造花、貼物等と何等かの生産物を期待するものがある。更にあみもの60%(80%)、人形づくり20%(42%)、織物5%(3.8%)等生産物や働くと言う事よりも創意工夫を増進する事に重点をおいたものは案外少い。

## ④作業施設

これ等作業に必要な施設が整備されているか否かであるが農地64%(80%)、畜産66%(43%)、園芸65%(86%)、山林15%(19%)、作業センター35%(38%)、裁縫場33%(54%)、木工場20%(34%)、印刷工場15%(12%)であり、いづれにしろ施設は貧弱である。

## ⑤経費

作業療法に要する費用として作業患者1人、1日宛私立病院としては108円、公立病院100円でありその内訳として人件費63%(90%)となる。

## ⑥院外作業について

院外作業を採用している病院は50%(70%)にあり、その種目は農耕、養豚、養鶏、園芸その他農家の手助が第1群としてあり第2群は各種工場、第3群として特に対人交渉の多い作業(商店手助、家事手助等)となっているが参加の多いのは第2群、第1群、第3群の順である。その作業報酬のあり方、事故の補償等についてもいまだ定まったものはない。

## 第3章 作業療法に対する医師の態度意見

昭和43年1月に夫々専門の立場をもつ精神科医に対して100項目からなる作業療法に対する態度意見を調査した。この結果の1部は病院精神医学に掲載してあるが、これ等の医師達は精神病理、精神分析等の立場にある者、臨床遺伝学、病態生理の立場をとる人、病院精神医学、生活臨床、集団精神療法等に重点をおいている人達であったが夫々の意見を要約すると次のようになる。即ち、

## ①精神分析療法的立場、精神病理

(i) 葛藤的対人関係から対仕事関係へ切り換える。そこは対人の経験の保護、緩和された1場面であり、そこでの経験をもとにして治療者との間で何らかの精神的次元で統合し直す。更にそれを1貫させて、1貫性とか同1性を養って行く。(白石)これは従って個別である。

(ii) 創造或いは生産された作品に対して、愛情と価値とを発見し彼等の自己実現、内的成熟、心的持続をもたらす、従って喜びと興味の持てるO・Tであり自然のリズムを体感するため土木の素材と大地に接する作業がよいということになる(藤藤)

(iii) 「作業(活動)を通じて精神症状の改善と活動欲求や葛藤の浄化を促し併せて正常な対人関係の樹立に導こうとする精神療法(山村)」であり、つまり精神分析等は作業しながら行われるのが普通である。そうすることにより、作業療法がより徹底的に操作される。(山村)

## ②病態生理、臨床遺伝、薬物精神療法等の立場

(i) 作業療法は主として慢性経過の精神分裂病者の社会復帰を目的とする、広義の精神療法である。つまり、作業という身体的な活動を通じて病態生理に好結果をもたらす、自然治癒力を高める(竹村)ものである。ただ、根治療法とは云えない。

(ii) 作業療法はleiblichな治療法であり、身体、精神の総合体に作用してその効果をあらわす。(加藤)

(iii) 摂取栄養が身体の発育、健康保持増進に必要な如く、作業は社会人としての人間の成長、発育、社会的適応性の保持、発展に役立つものである。つまり、作業は人間の社会化に有効なのである。(若生)

(iv) 作業も薬物の如く個別である。この際、

作業を与える時期が重要で、又治療者の治療的知識を見逃がされてはならない。(藤田)

## ③生活臨床、病院精神医学、社会(地域)精神医学の立場

(i) 組織的作業を通じて治療的に管理された小集団、大集団社会に適応させ本人にその社会での役割を意識させる。ここで作業は強制的働きかけの意味はなく、作業の結果が自己評価を高めるものでなければならない。(高木)

(ii) 作業は意欲減退、自閉の壁を打ち破る対症療法を効果的にするよい環境作りとなる(小坂、神岡)

(iii) 「喪失した生産の仕事と承認された人間関係を回復する手段」で薬物療法と共に車の両輪をなす(長坂)

(iv) 「何らかの生産物を伴った作業を通じて生活を規則化し、意欲を向上させ、集団生活、対人交渉へ訓練を計る、社会復帰教育的働きかけ(岡田)」である。

(v) 作業の形式の、マンネリ化は危険であり、社会の誤解を招かぬ様に(岡田)更に院内職員全般の作業への協力をうる様に努力する必要がある。

以上を要約すると精神療法を作業療法士という人格と各種の作業(場面、材料、仕事等)を与えることにより精神障害者の人間関係の改善と社会復帰を促進する(鈴木)身体面での好影響もleiblichな治療的意味を通じて生活への意欲を亢進させ、自然治癒力を高め社会化させて行く、従って対人関係の豊富さ、一貫した作業、個別的で多種なる作業が必要で、又、小集団、大集団の力動の利用も必要である。又、O・Tに対する期待は次の様なもので

(1) 作業療法士(又は作業療法専任職員)はどのような能力が必要かについては後述の如く病院長のそれと略同様である。

① 性格的には攻撃的、意地悪、かたくな人でなく優越感、劣等感共に持っていない、更に怠け者でない反面、余り熱狂的でない人が望まれる。プラスの性格としては病者が同一化出来る人、自分だけ働きすぎない人、反面厳然と命令出来る人が追加される。

② 専門技術としては創意工夫性があり、仕事の段取り、手配も出来る必要がある。

この事は作業療法を盛んに採用している病院長の意見とはほぼ同様である。

これ等を小括するに医師は夫々の立場によって作業療法に対する期待がことなるも(1)非言語的な精神

療法である。(2)身体(脳)に対してもよい効果をあたえる。(3)社会復帰のための手段である。(4)その他となる。

しかし実践の場において、この期待に副う様作業療法を行いその効果をあげうるか否かに関しては皆、楽観はしていない。

#### 第4章 作業療法士の態度意見

昭和43年1月に精神科勤務のO・T・R16名精神科作業療法協会に属するO・T・A29名から得たアンケート結果であるが、詳しくは協同研究者の大橋博氏が「理学療法と作業療法」に掲載している。これの1部をのべれば次の様になる。

① O・Tとして独自の役割が明確になっているか。

O・T・Rでは、生活療法全般にわたっての指導者、リハビリテーション学院の依託実習生の指導、作業センター責任者、作業療法専従が25%のみであった、他は病棟主任、作業病棟の夜勤兼務その日の病棟勤務人員の都合で、病棟の応援をする等役割がはなはだあいまいな実情である。

O・T・Aの場合、「あなたの職場でO・Tを認めていますか」との問いにほとんどが「認めている」と回答している。例外としては、若干名が病棟の宿直もやらせられるので病院側が看護者の介助的なものと思っているとしていた。

② O・T・Rに病院は何を要請しているかのように思っていると思うか。

40%が生活療法全般にわたっての指導者として要請され、そのように待遇されている。

③ O・Tを志した動機・目的

O・T・Rでは精神科のリハビリテーションを正しい方向にもっていくために。

(1) 看護の限界を知ってより治療的なO・Tの必要性を感じた。

(2) より深く患者を理解しようと思った。

(3) 未開拓な分野が多く残されているので経験を生かしたい。

(4) 従来の経験が学問的に正しいかを知るためになどと、ほとんどの人が動機を有しており精神科のリハ医療にはO・Tは不可欠なものであると全員が感じていた。

O・T・Aでは、

(1) 最もすぐれた療法と思ったから

(2) 患者の社会復帰を促進させるために

(3) 生活療法の中核となるのがO・Tと考えた

から

(4) 看護者1人ひとりがO・Tとなる心構えが必要と感じたから

(5) 患者の個性に合った技術を修得させるのがたいせつと思ったから

(6) 精神科O・Tを科学的になど、65%はそれぞれに前述のような動機をもってしたが、35%は動機はなく、病院側の要請でO・T・Aとなったとしていた。

④ 国家試験について

O・T・Rは大多数があこの程度は当然としており、そのうちの半数が世界的水準から考えて現行以上のきびしさが必要としていた。また精神科O・Tの試験には、精神科の問題をより深く専門的に掘り下げてやり、身障の問題を削除しては、との少数意見もあった。

O・T・Aでは、約65%がO・Tの身分は確立するためにも一応目標ができたことはよい、としているが、そのうちの大多数は試験がきびしすぎるとして、精神科O・Tや、O・T・Aの制度化を望んでいた。

⑤ 精神科O・Tが軌道に乗っていない理由

(1) 診療報酬としての点数化がなされていないので予算の裏づけがない。

(2) 人員不足のため日常の業務に追われて理論的な評価をする余裕がない。

(3) O・T自身の問題として、研究不足をとり上げO・Tとしての自覚と責任を持つべきである。

(4) 他部門の認識不足、無理解。主に以上4点の隘路があるとして、(1)を60%、(2)を50%、(3)を35%、(4)を20%としてO・T・RとO・T・Aが取り上げていた。

以上を要約するにO・T・Rは作業療法に深い関心と、モラルの高揚がみられるし、自分自身への期待像も適確であると思われる。少くともこれ等の熱意をうらぎる事なく、仕事の隘路である、点数化、人員不足や他部門の無理解を解決し、更に本人達の勉強を願いたいのである。

#### 第5章 看護職員の態度意見

1. 昭和43年9月に自治体立の精神病院又は精神科の看護婦長に対して「精神科作業療法に対する態度意見」をアンケート方式により調査した。その回収率は約70%であり、前2章の医師やO・Tの態度意見と同様O・Tを有効にするために、主要なる意見と思われる。

この結果の詳細は看護学雑誌に松本ちよ氏により掲載予定であるが1部を抄録すると次の様である。即ち(1)全員O・Tを有効とみとめている。

(2)作業療法士が専任で行うのがよいとするのが圧倒的に多い。(3)O・Tの重点は①生活の場への積極的働きかけを通じ生活圏拡大する70%。②人間関係に重点をおく集団心理療法である46%。③身体的活動32%におかれている。そのため作業種目の中でよいと思われるもの5つに農耕、園芸、畜産、美化清掃、手工芸等の順で指定している。(4)O・Tと他部門の協力関係は47%がチームを組んでいると答えているが66%が作業療法中患者に看護者がついていてとしている。(5)医師が有効だと思っているとしているもの58%。(6)作業療法を今後盛んにするために大切だと思う事については①施設の拡充60%、作業種目の多様化47%等。②O・T・Rの定数化及び増員62%、その資質の向上31%等。③更に院長や医師の関心を高める58%、看

護職員や関連職員の協力を深める78%。の三項目を重点としてあげている。

#### 第6章 まとめ

1. 作業療法に対して期待するものは医師、O・T、看護職員間にそれ程異なつたものはない。
2. しかし、実行の段階でO・Tを中心とする、専従職員の質量ともの向上、施設の拡充、作業種目の多様化、他職員の関心と協力を更に高める事等において難点がある。
3. 又医学的にみても作業分析や、作業療法の効果判定、更に作業療法の実施についての基準の不足等が隘路となっている。
4. 日本の精神病院はその80%以上が私立にたよっているところから、或る程度の企業性が要求され作業療法についても適切な保険の点数化が叫ばれている。

昭和44年10月1日 発行

発行人 村松常雄

編集人 佐分利輝彦

発行所 東京都千代田区霞ヶ関2の1

厚生省公衆衛生局精神衛生課内

全国精神衛生連絡協議会

印刷所 千葉県市川市市川南2-7-2

株式会社 弘文社

1. 研究の目的と意義  
本研究は、日本の経済成長と社会変革の関係を明らかにすることを目的とする。特に、戦後高度経済成長期における労働市場の動向と雇用の安定性を重点的に分析する。

2. 研究の範囲と対象  
本研究は、戦後から平成時代までの長期的なデータを対象とする。主要な変数として、労働参加率、失業率、雇用の安定性（長期雇用率）などを取り上げる。地域別・産業別の差異についても検討する。

3. 研究方法  
定量的な分析手法として、時系列分析とパネルデータ分析を用いる。また、質的な分析として、労働市場の構造変化や政策の影響についても考察する。

4. 結論  
戦後高度成長期には、労働市場が急激に拡大し、雇用の安定性も高かった。しかし、平成以降は、労働市場の縮小と雇用の不安定化が進んでいる。政府は、労働市場の活性化と雇用の安定性の確保に努めるべきである。

5. 参考文献  
日本経済研究センター (2010) 日本経済の成長と労働市場の動向。東京：日本経済研究センター。

6. 今後の課題  
今後の研究として、労働市場の動向と雇用の安定性をさらに詳しく分析する必要がある。また、労働市場の構造変化や政策の影響についても、より詳細な分析を行う必要がある。

7. 謝辞  
本研究は、関係者の協力と支援によって進められた。ここに感謝の意を表す。

8. 脚注  
本研究は、関係者の協力と支援によって進められた。ここに感謝の意を表す。

項目	内容
研究の目的	日本の経済成長と社会変革の関係を明らかにすること
研究の範囲	戦後から平成時代までの長期的なデータ
研究方法	時系列分析とパネルデータ分析
結論	戦後高度成長期には労働市場が急激に拡大し、雇用の安定性も高かった。しかし、平成以降は労働市場の縮小と雇用の不安定化が進んでいる。
参考文献	日本経済研究センター (2010) 日本経済の成長と労働市場の動向。東京：日本経済研究センター。
今後の課題	労働市場の動向と雇用の安定性をさらに詳しく分析する必要がある。
謝辞	関係者の協力と支援によって進められた。ここに感謝の意を表す。
脚注	本研究は、関係者の協力と支援によって進められた。ここに感謝の意を表す。