

全国精神衛生連絡協議会



昭和63年9月

会報15号

目次

● 卷頭言 「精神衛生」 V S. 「精神保健」 会長 藤縄 昭 2

● 痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設の施設整備基準について
厚生省保健医療局長通知 4

精神保健指定医の研修について 厚生省保健医療局精神保健課 8

医療施設内における痴呆性老人の有病率に関して
国立精神・神経センター精神保健研究所 9

精神障害者が利用する小規模作業所の代表者・職員を対象にした調査から
国立精神・神経センター精神保健研究所 11

お知らせ 16

巻 頭 言

「精神衛生」 V S. 「精神保健」

全国精神衛生連絡協議会長 藤 縄 昭

厚生省の精神衛生課が精神保健課と名を改め、精神衛生法は新しく改正されるに当たり精神保健法となった。行政用語としてのメンタル・ヘルスの訳語は「精神保健」として定着普及してきている。日本語の語感に敏感な人たちは、古くから聞き慣れている「精神衛生」の語を重んじ、メンタル・ヘルスにより新しい内容を盛り込もうとする人たちは「精神保健」と言い改めたことを評価しているようである。私のいる精神保健研究所は一昨年まで国立精研の名で親しまれ、国立精神衛生研究所と言った。私が着任したのは「精神保健研究所」と変わってからである。私自身は、日本語の使い方に比較的うるさい方であるが、「衛生」と「保健」の違いには余り関心もなく、「精神保健」でいいのではないかと考えているのだが、言葉の違いを尋ねる人があるものだから、少々調べてみることにした。

まず『廣漢和辞典』を調べてみると、「衛生」の語は「生命を守り全うする。健康を保ち、病気の予防・治癒をはかること。」と有り、文例として荘子からの引用がある。「保健」の方はただそっけなく「健康を保つこと」と用例もない。「保」には第一義として「まもる」の意があり、詩經その他の「保ハ、守也」が引用してあるから、意味の上ではこの両者にそれほど差はないようである。大ざっぱに「衛生」は hygiene の訳語、「保健」は health の訳語かと思って、昭和初期の英和辞典を引いてみたら、そう簡単でもない。the Ministry [Minister] of Health は「(英) 保健省」と訳されており、public health は「公衆衛生」と訳され

ている。

辞書で分かったことは、「衛生」の方が古典にまで遡る語で、「保健」の方が新しい語らしいということぐらいである。何かその違いを明らかにしている文献はないかと思うのだが、手元に「衛生学」関係の教科書も論文もないので、仕方なく鷗外全集に当たってみた。「陸軍衛生教程」(明治22年(1889)3月刊行)の文頭に「衛生」の定義がある。「衛生(ヒュギーネ)トハ健人ノ外圍ニ在テ影響ヲ之ニ及ボスベキ天然ノ事物ト或ハ人ノ健康ニ缺ク可カラズ或ハ人ノ健康ヲ目的トスル装置トヲ知悉ルノ學ナリ然レトモ是レ學ノ體ヲ論スルノミ若シ其用ヲ問ヘバ則チ先ヅ人ノ健康ヲ保護ス救難及ビ疾病ノ預防之ニ屬ス繼デ人ノ健康ヲ増長ス所謂延年術(マクロビオチツク)之ニ屬ス若シ衛生ヲ以テ徒ニ人ノ壽考ヲ致スノ學ト為サバ有識ノ士將ニ其思慮ノ狹隘ナルヲ笑ハントス試ニ國家ノ組織ヲ觀ヨ何レノ邊カ衛生學ノ應用ヲ見ザラン彼赤十字事業ノ若キハ國際衛生ノ一端ニシテ彼衛生警察ハ實ニ司法ノ衛生ナリ其他保健費(プゼー)ノ増減ハ理財ノ要點ニシテ公衆ノ衛生ハ内務ノ一大區域ヲ占ム」と。この中に既に「保健」と言う言葉が「保健費」と言う形で出てきている。衛生と保健の語の意味するところは、ほぼ同義と考えておいてよいようであるし、ともに明治時代から使われていたらしいことも分かる。ただ言葉としての重々しさと言う点では「衛生」の方が勝かも知れない。

言葉というのは、習慣ということもあって、意味を知っていても使い慣れないと馴染まない。15

年程前に、スイスの青年が紹介状をもって京大に現れた。スイスのフライブルク大学で治療教育学なる学科を卒業し、「健康概念」の研究をしているという。ギリシャ以来の西欧の健康概念に飽き足らず、東洋の健康概念を研究するための来日である。独英仏はもちろんのこと、伊西希羅の上に日本語も出来るというポリグロッテンである。研修生の手続きを取ってもらうため、書類を書いてももらったところ、「達者の研究」とある。独和辞典に Gesundheit の訳語に「達者」があったには違いないのだが、現代日本語では普通「健康」というと教えても、彼は頑固に「達者の研究」で押し通した。江戸期なら達者でおかしくなかったろうし、間違いともいえない。「保健」はその伝でいけば「養生」か「摂生」といったかも知れない。しかし少なくとも明治期に、近代西欧の科学を受け入れるべく「達者」は「健康」となり、「養生」は「衛生」と装いを改めた。語感としてはやまと言葉から漢語への変化ということになるだろうが、その時代の人はどのようにうけとめたのであろう。達者とか養生の方がいいと主張する人もいたと思う。言葉を変えることによって、そこにも内容をも変える。しかし、実は言葉を変えなくてもそこにも内容を変える例もある。例えば、ストレスという言葉は同じ言葉がかなり多様な使われ方をして、その定義に苦勞するほどである。そもそも日本語に訳されもせず、片仮名で使うことになる。厚生省にライフ・サイエンス室というのがあるように、精神保健もメンタル・ヘルスと片仮名にしてもよかったかも知れない。現代の日本語はそういう意味では自由度が高いというか、融通がきく。しかしとにかく「精神保健」の語が選択された。

先述したように「保健」の語が「衛生」と比較して軽い語感を持っているとすれば、それはおそらく保健は「保健費」、「保健館」、「保健所」、「保健室」、「保健婦」といった形容詞的使用に馴染み、「ホケン」という音は「保険」を連想させる難が

あるからであろう。しかし明治期の人たちが新しい言葉を用いることによって、新鮮な概念を表明したように、今日聞き慣れない言葉も、時とともに馴染み、いずれは「精神衛生」の語が古くさい古語のように聞こえることになるかも知れない。しかし、選択としては「精神衛生」に新しい意味を盛ってもよかったのである。

歩いていてふと気づいたことがある。「不衛生」というふう否定形を用いることがあるが、「保健」ではどうなるか。まさか「不保健」とも「非保健」とも言えまい。おそらくその時は「不健康」と言うことになるのだろうと思う。とすると、「不衛生だ」と言う日常語と、「不健康的だ」と言うときは意味が違ってしまふようである。やはり耳に馴染まない。せいぜい「健康に悪い」と言うことになろうか。しかし「不衛生」と言う言葉では不潔、汚れといった意味に近く、衛生の語は「感染原」の否定として、この場合「清潔」の意味に近い限定で使われる。「衛生」と言う言葉が伝染病対策として出来てきた由来と関係がある。

ながながと書いた。

我々は今日思いを新たにして、「精神の健康」のためには、如何なる配慮と研究が必要か考えねばならない。しかし、スイスの青年が「健康概念」の研究のためにわざわざ東洋の知恵を求めてやってきたように、我々はまた常に「精神が健康であるとはいかなることか」という根本問題が未解決のままであることを知っておかねばならないであろう。その上で、まずは「精神保健」の旗幟のもとに力を合わせて、この時代の「精神」の問題に立ち向かっていこうではないか。

痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設の 施設整備基準について

〔各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長通知〕
健医発第785号 昭和63年7月5日

痴呆性老人対策の推進については、かねてから特段の御配慮を煩わしているところであるが、今般、痴呆性老人対策の一環に資するため、別添のとおり「痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設の施設整備基準」を定め、昭和63

年度から実施することとしたので、その適正かつ円滑な整備を図られたく通知する。

なお、貴管下市町村、医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

痴呆性老人専門治療病棟施設整備基準

第1 痴呆性老人専門治療病棟の基本的な考え方

1 痴呆性老人専門治療病棟の目的は、精神症状や問題行動が特に著しいにもかかわらず、寝たきり等の状態にない痴呆性老人であって、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、これを入院させることにより、精神科的医療と手厚いケアを短期集中的に提供するものであること。

2 痴呆性老人専門治療病棟を有する医療機関は、痴呆性老人に関する相談、家族に対する在宅療養の指導、痴呆性老人に対するデイ・ケアなどを実施し、地域に開かれた施設として機能するよう努めるとともに、痴呆性老人に対する高度専門医療機関として、地域の医療機関、保健所及び社会福祉施設等と十分に連携を保つものであること。

第2 施設及び設備に関する事項

1 一般原則

(1) 痴呆性老人専門治療病棟の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法、老人精神病棟に関する公衆衛生審議会の意見、精神病院建築基準（昭和44年衛発第431号公衆衛生局長通

知）等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、清潔、事故防止等につき十分考慮したものとし、入院患者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。

(2) 痴呆性老人専門治療病棟の環境及び立地については、入院患者の入院生活を健全に維持するため騒音、振動等による影響を極力排除すること。

(3) 本基準は、痴呆性老人専門治療病棟がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めること。

2 規 模

(1) 1病棟はおおむね50床とすること。
(2) 1床あたりの病棟面積はおおむね23平方メートル以上とすること。

3 施設に関する基準

(1) 病 室

ア 定員は4人以下とすること。
イ 個室はおおむね総病床数の10%以上設けること。

ウ 患者一人あたりの病室の床面積6平方メートル以上とすること。ただし、個室の場合は、8平方メートル以上とすること。

(2) 観 察 室

ア ナースステーションに隣接して設けるとともに、ベッド4床程度を収容可能な面積を確保すること。

イ 酸素吸入装置、吸引装置等身体的医療に必要な機器を設置すること。

(3) 生活機能回復訓練室

ア 保有病床数1床あたりおおむね4平方メートル以上の面積を有すること。

イ 生活機能回復訓練に必要な専用のリハビリテーション機器を備えること。

(4) デイルーム

ア ナースステーションから直接観察できる位置に設けること。

イ 生活機能回復訓練室と兼用が可能であること。

(5) 浴 室

痴呆性老人の入浴に適した構造・設備、たとえばスロープ付き風呂や特殊浴槽などを有すること。

(6) 便 所

ア 入院患者の昼間の行動範囲、夜間の居室からの距離、使用頻度等に配慮し、適切な箇所数設けること。

イ 痴呆性老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。

ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。

(7) 在宅療養訓練指導室

ア 家族に対して、痴呆性老人の日常生活介助の指導・訓練を行うのに必要な浴

室・便所等を設置すること。

イ 家族が宿泊できるようにすること。

ウ 面積は、20平方メートル以上とすること。

(8) 廊 下

ア 全長50メートル以上の回廊部を有すること。

イ 両側に病室がある廊下の幅は、内法を2.7メートル以上、その他の廊下の幅は内法を1.8メートル以上とすること。

ウ 入院患者の安全を確保するため、段差の解消、手すりの設置等に留意すること。

(9) そ の 他

いわゆる保護室は不要であること。

4 構造設備の基準

(1) 痴呆性老人専門治療病棟は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合には、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。

(2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。

(3) 空気調和設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気対策に配慮すること。

(4) 新築の場合は、天井高を2.7メートル以上とすること。

(5) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを使用すること。

(6) 窓には、いわゆる鉄格子を設置しないこと。

(7) 高さが簡単に調節できる寝台（ギャッジベッド）、車椅子、ストレッチャー等の設備を必要数確保すること。

痴呆性老人デイ・ケア施設施設整備基準

第1 痴呆性老人デイ・ケア施設の基本的な考え方

痴呆性老人デイ・ケア施設は、地域に開かれた施設として、在宅の痴呆性老人やその家族に対する支援、通院医療の普及、痴呆性老人専門治療病棟から退院した患者の継続的医学管理の確保と退院の円滑化等を図ることを目的に、精神症状や問題行動が激しい痴呆性老人を対象とするデイ・ケアを実施し、生活機能を回復させるための訓練及び指導、家族に対する介護指導等を実施するものであること。

第2 施設及び設備に関する事項

1 一般原則

- (1) 痴呆性老人デイ・ケア施設の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、清潔、事故防止等について十分考慮したものとし、通所者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。
- (2) 本基準は、痴呆性老人デイ・ケア施設がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めなければならない。

2 規模

- (1) 当該施設の面積は、60平方メートル以上とし、かつ利用者1人あたりおおむね4平方メートル以上とすること。
- (2) 1回のデイ・ケアの利用者は、25名以内とすること。

3 施設に関する基準

- (1) デイ・ケアに必要なリハビリテーション機器を備えること。
- (2) 便所

ア 1箇所以上設置すること。

イ 痴呆性老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。

ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。

(3) その他

デイ・ケア利用者のための休憩室を設けること。

4 構造設備の基準

(1) 痴呆性老人デイ・ケア施設は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。

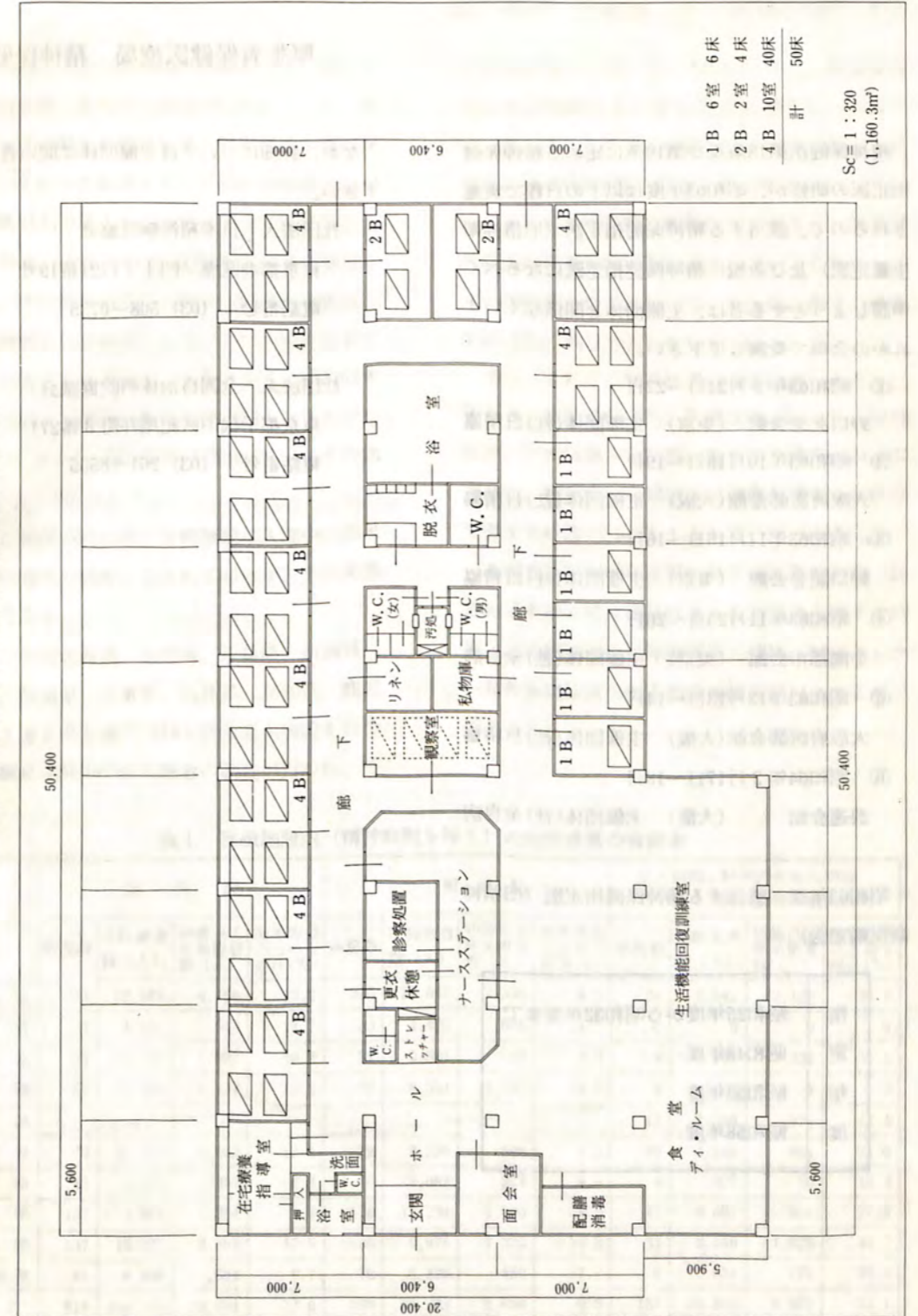
(2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。

(3) 空気調和設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気対策に配慮すること。

(4) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを利用すること。

(5) 車椅子等の設備を必要数確保すること。

(参考) 痴呆性老人専門治療病棟平面図



精神保健指定医の研修について

厚生省保健医療局 精神保健課

精神保健法第18条及び第19条に定める精神保健指定医の研修が、昭和63年度は以下の日程で実施されるので、該当する精神保健指定医（旧精神衛生鑑定医）及び新規に精神保健指定医になるべく申請しようとする者は、主催団体と関係なくいずれかの会場で受講して下さい。

- ① 昭和63年9月21日～22日
野口記念会館（東京） 主催団体(社)日精協
- ② 昭和63年10月18日～19日
大阪府医師会館(大阪) 主催団体(社)日精協
- ③ 昭和63年11月15日～16日
野口記念会館（東京） 主催団体(社)日精協
- ④ 昭和63年11月25日～26日
全国都市会館（東京） 主催団体(社)全自病
- ⑤ 昭和63年12月13日～14日
大阪府医師会館(大阪) 主催団体(社)日精協
- ⑥ 昭和64年2月17日～18日
浪速会館（大阪） 主催団体(社)全自病

昭和63年度 該当する精神保健指定医（旧精神衛生鑑定医）

指	昭和25年度から昭和32年度まで
定	昭和48年度
年	昭和53年度
度	昭和58年度

なお、詳細については主催団体に問い合わせして下さい。

社団法人 日本精神病院協会
東京都港区虎ノ門1丁目21番19号
電話番号 (03) 508-0735

社団法人 全国自治体病院協議会
東京都千代田区紀尾井町3番27号
電話番号 (03) 261-8555

医療施設内における痴呆性老人の有病率に関して

国立精神・神経センター精神保健研究所

在宅の痴呆性老人の有病率に関しては、既に多くの都道府県、政令市で調査が行われている。昭和62年8月の厚生省痴呆性老人対策推進本部の発表では、それらの結果をもとに昭和60年度のわが国の65歳以上の老人人口に対する在宅痴呆性老人の有病率は、4.8%であり、約59万人いると推計している。また精神病院に入院中の痴呆患者数は、各都道府県からの報告にもとづいて毎年厚生省で集計され報告されている。それによると昭和62年6月30日現在、痴呆性疾患は33,227人（アルツハイマー型6,676人、脳血管障害型19,797人、その他6,754人）であるという。

しかし精神病院を除く医療施設に入院中の痴呆患者の有病率の調査はなされておらず、その実態が不明である。

そこで今回北海道、山形県、千葉県、新潟県、石川県、静岡県、三重県、広島県、高知県、鹿児島県の1道9県を選び、918ヶ所の老人病院を含む一般病院に入院中の痴呆患者の調査が行われ、そ

の実態が明かとなった。それによると、在院患者に占める40歳以上の痴呆患者の割合は、平均で12.6%（そのうち老人病院では平均31.1%、一般病院では平均9.5%）であった（表1）。

つぎに痴呆疾患別に痴呆患者をみると、脳血管性痴呆の患者が65.5%を占め、ついでアルツハイマー型痴呆の患者が19.0%、その他の痴呆の患者が15.5%の割合であった（表2）。

また、これらの痴呆患者の身体状態をみると、寝たきり状態が63.2%、失禁状態が74.1%、徘徊、叫声、不潔行為など問題行動を伴う状態が24.1%、高血圧、糖尿病、心臓病など治療を要する合併症を有する状態が81.8%を占めていた（表3）。

本調査は昭和62年度厚生科学研究費補助金「医療施設内における痴呆性老人の出現率に関する研究（主任研究者＝大塚俊男国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部長）」によるものである。

表1 医療施設内（精神病院を除く）の痴呆患者の有病率

県名	全病院				一般病院				老人病院：特例許可老人病院 ：特例許可外老人病院			
	病院数	在院患者数(人)	40歳以上痴呆患者数(人)	痴呆患者の占める割合(%)	病院数	在院患者数(人)	40歳以上痴呆患者数(人)	痴呆患者の占める割合(%)	病院数	在院患者数(人)	40歳以上痴呆患者数(人)	痴呆患者の占める割合(%)
北海道	263	33,689	4,456	13.2	225	27,547	2,330	8.5	38	6,142	2,126	34.6
山形県	33	4,420	649	14.7	33	4,420	649	14.7	0	0	0	0
千葉県	89	10,791	1,097	10.2	81	9,827	759	7.7	8	964	338	35.1
新潟県	57	8,594	1,137	13.2	57	8,594	1,137	13.2	0	0	0	0
石川県									14	2,309	979	42.4
静岡県	79	12,784	1,582	12.4	59	8,238	598	7.3	20	4,546	984	21.6
三重県	42	3,459	308	8.9	36	3,082	258	8.4	6	377	50	13.3
広島県	137	14,325	1,394	9.7	126	13,234	1,093	8.3	11	1,091	301	27.6
高知県	137	13,221	2,354	17.8	106	9,975	1,325	13.3	31	3,246	1,029	31.7
鹿児島県	81	6,860	664	9.7	76	6,326	489	7.7	5	534	175	32.8
合計	918	108,143	13,641	12.6	799	91,243	8,638	9.5	133	19,209	5,982	31.1

表2 医療施設内（精神病院を除く）の痴呆疾患別の患者数と有病率

身体状態 県名	脳血管性痴呆 人 (%)	アルツハイマー型痴呆 人 (%)	その他の痴呆 人 (%)	合 計 人 (%)
北海道	2,850(64.0)	924(20.7)	682(15.3)	4,456(100)
山形県	446(68.7)	118(18.2)	85(13.1)	649(100)
千葉県	812(74.0)	143(13.0)	142(13.0)	1,097(100)
新潟県	827(72.7)	166(14.6)	144(12.7)	1,137(100)
石川県				
静岡県	1,070(67.6)	270(17.1)	242(15.3)	1,582(100)
三重県	168(54.5)	57(18.5)	83(27.0)	308(100)
広島県	812(58.2)	308(22.1)	274(19.7)	1,394(100)
高知県	1,582(67.2)	467(19.8)	305(13.0)	2,354(100)
鹿児島県	373(56.2)	141(21.2)	150(22.6)	664(100)
合 計	8,940(65.5)	2,594(19.0)	2,107(15.5)	13,641(100)

表3 医療施設内（精神病院を除く）の痴呆疾患の身体状態別の人数と割合（重複回答）

身体状態 県名	ねたきり状態 人 (%)	失 禁 人 (%)	問題行動 人 (%)	治療を要する合併症 人 (%)
北海道	2,662(59.7)	3,205(71.9)	1,074(24.1)	3,710(83.3)
山形県	419(64.6)	523(80.6)	126(19.4)	130(20.0)
千葉県	766(69.8)	854(77.8)	272(24.8)	928(84.6)
新潟県	671(59.0)	833(73.3)	310(27.3)	759(66.8)
石川県				
静岡県	1,063(67.2)	1,268(80.2)	456(28.8)	1,409(89.1)
三重県	177(57.5)	180(58.4)	61(19.8)	228(74.0)
広島県	765(54.9)	887(63.6)	282(20.2)	1,093(78.4)
高知県	1,702(72.3)	1,862(79.1)	545(23.2)	2,244(95.3)
鹿児島県	395(59.5)	502(75.6)	167(25.2)	658(99.1)
合 計	8,620(63.2)	10,114(74.1)	3,293(24.1)	11,159(81.8)

精神障害者が利用する小規模作業所の 代表者・職員を対象にした調査から

— 作業所の現状と今後の展望に関する意見 —

国立精神・神経センター精神保健研究所

精神障害者作業所活動のあり方研究会（菱山珠夫代表）が、昭和61年度以来進めてきたいくつかの調査の結果から、現在精神障害者作業所が置かれている実情と問題点、および今後の地域精神保健活動に果たす作業所の役割に関する作業所側の意見を紹介する。

ここで紹介する調査は、1) 全国の精神障害者を中心にした作業所306ヶ所を対象にした施設代表者調査（昭和61年度実施、郵送調査、234票回収）、2) その作業所に従事する職員1,328人を対象とした従事者調査（昭和62年度実施、郵送調査、666票回収）である。

1. 施設代表者調査：

図1に示すように、精神障害者を対象にした作業所は昭和50年頃から出現し、特に、昭和56、7年頃からは毎年設置数が幾何級数的に急増している。自治体から補助金を受けている作業所数は、それを追認する形で増加している。近年では、昭和60年度の作業所数の実績に、補助金受給作業所数が追いつくのは1年後の昭和61年になっている。

昭和62年度に都道府県レベルで補助金を交付しているところは26ヶ所である。公的な補助金を受けている作業所は全体の80%あるが、補助金額は100万円未満が25%あり、受給作業所の平均補助金額は303万円に過ぎない（表1参照）。これに対して、作業所運営費総額の平均は614万円である。

図2の通り、精神障害者を対象とした作業所の53%が家族会が運営主体となっており、運営委員会方式のところは31%だった。

作業所の利用者数は1ヶ所平均18.2人である。開所日数は、5日が38%、6日が36%で、この両方で全体の3/4を占めている。

作業所職員の状況は、表2の通り、全体の職員数の平均は、有給常勤職員は1.63人、非常勤職員は0.82人、ボランティア職員は1.13人であった。補助金規模別にみると、「補助金250万円以上」のところでは有給常勤職員が2人、「補助金250万円未満」のところでは1人や「有給常勤職員なし」、そして「補助金なし」のところでは有給常勤職員のいないところが多かった。

2. 従事者調査：

従事者調査では、有給の常勤従事者は38%にすぎず、無給従事者が40%に上った。図3の通り、有給常勤職員は20代、30代の若い層と定年を過ぎた60代が多く、特に男性職員では明瞭なM字カーブを形成している。非常勤従事者や無給従事者では、60代のものが多い。

一方、有給常勤従事者の平均年収は130万円程度である。図4に示すように、常勤50歳代の男性でも、平均年収が200万円程度に過ぎず、「仕事に見合っただけの賃金」理想の賃金も約300万円に抑えられて回答されていた。

作業所に備わっている手当や保険、およびその他の労働条件としては、表3、4の通り厳しい状況にある。これに対して、「仕事に見合った賃金を得るための資金捻出方法」を尋ねたところ（表5参照）、「補助金の増額」が最も多く回答されていた。

一方、利用者の平均工賃は7.8千円であった。こ

れに対して、理想の作業工賃は3万7千円であり、障害年金と合わせれば何とか生活のできる金額が回答されている。この理想の工賃を得るための手段は、表6に示すように、「補助金の増額」だけでなく、「収益性の高い作業の導入」も数多く選ばれていた。

利用者に対して職員がやらなければならない役割としては(表7参照)、「作業指導」「生活指導」「通院・服薬指導」などの指導的な側面よりも、メンバー相互の交流の場を目指し自主性を尊重する方向性が示された。

図5、6の通り、調査では、作業所の7つの機能を列挙し、現在の活動の中心と将来目指していることを、それぞれ3つまで順位を付けて選択してもらった。現状としては、「生活訓練」「生活費のことはともかくとして労働の場」「職能訓練」が多く、将来的には「生活費確保」が比較的多く選択されていた。

表8には「作業所の今後の運動の方向」に関する意見をまとめた。ここで注目されることは、運動の方向として、地域社会にとけ込む基点として作業所が位置づいていることであった。

図1 年次別累積作業所開所数
・補助金受給作業所数

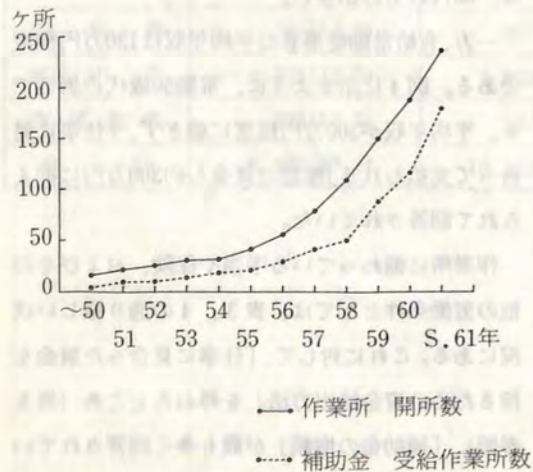


表1 運営総額と補助金額

	運営総額	補助金
	箇所(%)	箇所(%)
なし	2(0.9)	45(19.2)
100万円未満	45(19.2)	56(23.9)
100~250万円	41(17.5)	38(16.2)
250~500万円	41(17.5)	29(12.4)
500~1,000万円	58(24.8)	41(17.5)
1,000万円以上	33(14.1)	16(6.8)
不明	14(6.0)	9(3.8)
全体	234(100.0)	234(100.0)
平均	614万円	303万円

図2 作業所の運営主体

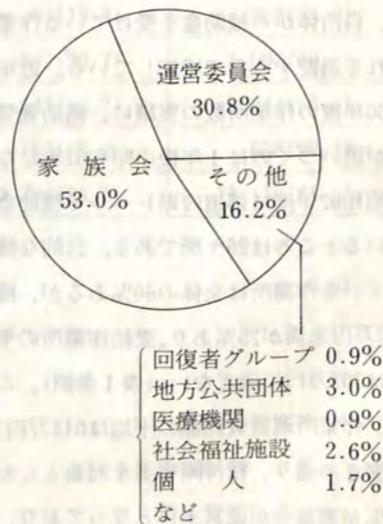


表2 作業所補助金の有無別 作業所スタッフの状況

	全体	補助金ナシ	補助金アリ 250万未満	補助金アリ 250万以上
	箇所(%)	箇所(%)	箇所(%)	箇所(%)
有給常勤職員2名以上	104(44.4)	3(17.8)	21(22.3)	74(80.4)
有給常勤職員1名	52(22.2)	6(13.3)	30(31.9)	16(17.4)
有給常勤職員がいない	71(30.3)	27(60.0)	40(42.6)	2(2.2)
平均有給常勤職員数	1.63人	0.78人	0.99人	2.59人
有給非常勤職員あり	80(34.2)	10(22.2)	24(25.5)	46(50.0)
常勤職員がいない、非常勤あり	9(3.8)	2(4.4)	7(7.4)	0(0.0)
平均非常勤職員数	0.82人	0.37人	0.71人	1.15人
有給職員がいない、ボランティア職員等あり	43(18.4)	14(31.1)	27(28.7)	0(0.0)
平均ボランティア職員数	1.13人	1.41人	1.49人	0.66人
平均その他の職員数	0.74人	0.49人	1.29人	0.30人
平均全職員数	4.23	3.05	4.48	4.70
全体	234(100.0)*	45(100.0)	94(100.0)	92(100.0)

注：*補助金受給状況の不明の3施設を含む。

図3 作業所職員の年齢分布(従事者調査)

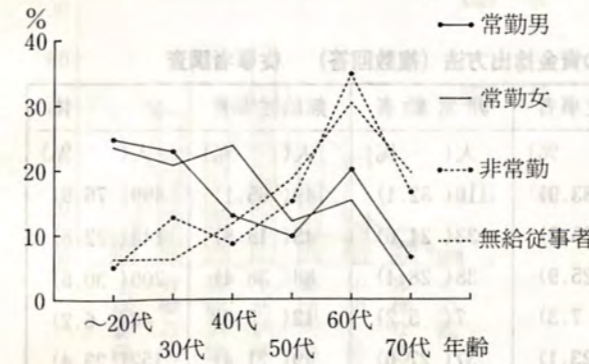


図4 性別常勤職員の平均年収(従事者調査)

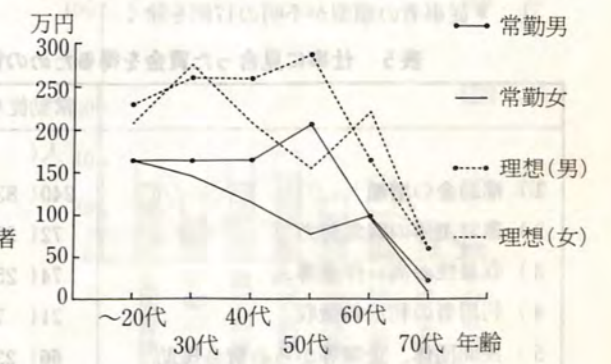


表3 作業所に備わっている手当や保険(従事者調査)

	常勤従事者	非常勤者	無給従事者	全体
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
1) 時間外手当	52(18.2)	12(9.0)	14(6.1)	78(12.0)
2) 休日出勤手当	41(14.3)	9(6.7)	10(4.4)	60(9.2)
3) 通勤手当	157(54.9)	41(30.6)	40(17.5)	238(36.7)
4) 扶養手当	48(16.8)	7(5.2)	2(0.9)	57(8.8)
5) 住宅手当	47(16.4)	6(4.5)	3(1.3)	56(8.6)
6) 出張旅費	127(44.4)	44(32.8)	38(16.6)	209(32.2)
7) 厚生年金	103(36.0)	13(9.7)	2(0.9)	118(18.2)
8) 労災保険	96(33.6)	23(17.2)	14(6.1)	133(20.5)
9) 雇用保険	102(35.7)	15(11.2)	7(3.1)	124(19.1)
10) 健康保険	108(37.8)	13(9.7)	5(2.2)	126(19.4)
11) 有給休暇	103(36.0)	12(9.0)	6(2.6)	121(18.6)
12) 賞与	187(65.4)	47(35.1)	38(16.6)	272(41.9)
13) 退職金	73(25.5)	8(6.0)	4(1.7)	85(13.1)
全体	286(100.0)	134(100.0)	229(100.0)	649(100.0)*

注：*従事者の類型が不明の17例を除く

表4 作業所に備わっているもの（従事者調査）

	常勤従事者	非常勤者	無給従事者	全 体
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
1) 有給休暇	106(37.1)	13(9.7)	7(3.1)	126(19.4)
2) 健康診断	91(31.8)	17(12.7)	16(7.0)	124(19.1)
3) 産 休	63(22.0)	9(6.7)	4(1.7)	76(11.7)
4) 育児休暇	36(12.6)	8(6.0)	3(1.3)	47(7.2)
5) 就業規則	130(45.5)	36(26.9)	55(24.0)	221(34.1)
6) 休日出勤の代休	82(28.7)	18(13.4)	10(4.4)	110(16.9)
7) 職員専用の部屋	71(24.8)	19(14.2)	15(6.6)	105(16.2)
8) 職員1人ずつの机	102(35.7)	17(12.7)	21(9.2)	140(21.6)
9) 嘱託医	88(30.8)	42(31.3)	55(24.0)	185(28.5)
10) 相談できる専門家	108(37.8)	76(56.7)	84(36.7)	268(41.3)
11) 定期的な職員会議	146(51.0)	68(50.7)	80(34.9)	294(45.3)
全 体	286(100.0)	134(100.0)	229(100.0)	649(100.0)*

注：*従事者の類型が不明の17例を除く

表5 仕事に見合った賃金を得るための資金捻出方法（複数回答） 従事者調査

	常勤従事者	非常勤者	無給従事者	全 体
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
1) 補助金の増額	240(83.9)	110(82.1)	149(65.1)	499(76.9)
2) 運営主体の経営努力	72(25.2)	33(24.6)	43(18.8)	148(22.8)
3) 収益性の高い作業導入	74(25.9)	38(28.4)	88(38.4)	200(30.8)
4) 利用者の利用料徴収	21(7.3)	7(5.2)	12(5.2)	40(6.2)
5) 民間団体、企業等からの資金援助	66(23.1)	37(27.6)	49(21.4)	152(23.4)
6) そ の 他	8(2.8)	2(1.5)	7(3.1)	17(2.6)
全 体	286(100.0)	134(100.0)	229(100.0)	649(100.0)*

注：*従事者の類型が不明の17例を除く

表6 作業工賃向上のための手段（複数回答） 従業者調査

	常勤従事者	非常勤者	無給従事者	全 体
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
1) 国や自治体の補助金	107(37.4)	64(47.8)	119(52.0)	290(44.7)
2) 運営主体の経営努力	12(4.2)	3(2.2)	6(2.6)	21(3.2)
3) 収益性の高い作業導入	102(35.7)	41(30.6)	49(21.4)	192(29.6)
4) 民間団体、企業等からの資金援助	9(3.1)	1(0.7)	4(1.7)	14(2.2)
5) 作業能力高い利用者の入所	5(1.7)		1(0.7)	6(0.9)
6) そ の 他	15(5.2)	3(2.2)	3(1.3)	21(3.2)
7) 無 回 答	36(12.6)	22(16.4)	47(20.5)	105(16.2)
全 体	286(100.0)	134(100.0)	229(100.0)	649(100.0)*

注：*従事者の類型が不明の17例を除く

表7 利用者に対して職員がやらなければならない役割（従事者調査）

	常勤従事者	非常勤者	無給従事者	全 体
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
1) 作業指導	170(59.4)	80(59.7)	97(42.4)	347(53.5)
2) 職能訓練	77(26.9)	24(17.9)	36(15.7)	137(21.1)
3) 生活指導	168(58.7)	77(57.5)	95(41.5)	340(52.4)
4) 通院・服薬指導	113(39.5)	45(33.6)	38(16.6)	196(30.2)
5) 利用者相互の人間関係の調整	188(65.7)	89(66.4)	119(52.0)	396(61.0)
6) 作業場面での雰囲気作り	178(62.2)	90(67.2)	115(50.2)	383(59.0)
7) 主体的活動をできるように手助け	192(67.1)	91(67.9)	123(53.7)	406(62.6)
8) 運営業務中心で、直接的な関わりしない	24(8.4)	6(4.5)	6(2.6)	36(5.5)
9) そ の 他	16(5.6)	7(5.2)	8(3.5)	31(4.8)
全 体	286(100.0)	134(100.0)	229(100.0)	649(100.0)*

注：*従事者の類型が不明の17例を除く

図5 常勤者、現在の活動中心（三位まで）

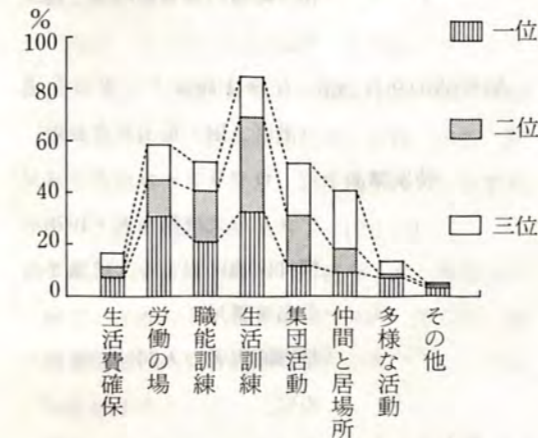


図6 常勤者、将来の活動中心（三位まで）

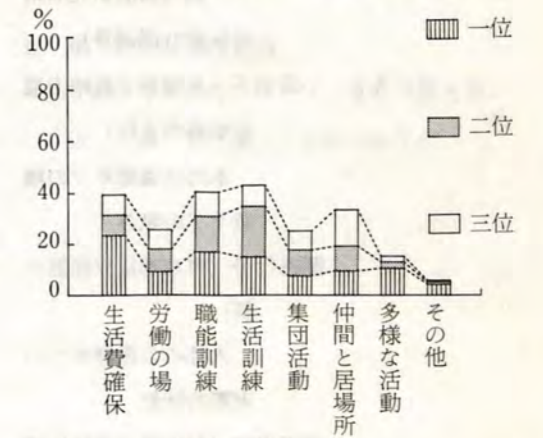


表8 作業所の今後の運動の方向（従事者調査）

	常勤従事者	非常勤者	無給従事者	全 体
	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
1) 公立の施設にするか施設を作る	62(21.7)	50(37.3)	83(36.2)	195(30.0)
2) 認可施設にするか社会福祉法人化	150(52.4)	55(41.0)	85(37.1)	290(44.7)
3) 職員に作業療法士等有資格者導入	51(17.8)	31(23.1)	70(30.6)	152(23.4)
4) 職員の身分保障を確立する	152(53.1)	58(43.3)	76(33.2)	286(44.1)
5) 援助技術・処遇技術の向上はかる	88(30.8)	33(24.6)	31(13.5)	152(23.4)
6) 地域の専門機関のネットワーク作り	118(41.3)	29(21.6)	47(20.5)	194(29.9)
7) 精神障害者どうしの仲間作り	114(39.9)	60(44.8)	89(38.9)	263(40.5)
8) 地域住民への理解度深める努力	175(61.2)	82(61.2)	144(62.9)	401(61.8)
9) 総合的な施設作り	145(50.7)	69(51.5)	110(48.0)	324(49.9)
10) そ の 他	11(3.8)	5(3.7)	5(2.2)	21(3.2)
全 体	286(100.0)	134(100.0)	229(100.0)	649(100.0)*

注：*従事者の類型が不明の17例を除く

お知らせ

1 昭和63年度全国精神衛生連絡協議会等

期日 昭和63年10月26日(水)
会場 ときわ荘(公立学校共済組合水戸宿泊所)
「鳳凰」の間(2F)
水戸市梅香1-6-8
Tel (0292) 24-2727

總會 14時~15時
懇話会 15時10分~16時40分

シンポジウム 地域精神保健の諸問題

座長 吉川武彦(国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長)

シンポジスト 小貫悦子(茨城県下館地方福祉事務所主任)
北海道保健所での地域ケアの試み
関谷行子(東京都足立保健所長)
大都市の保健所での実際の活動
道下忠蔵(石川県立高松病院長)
精神病院からみた地域精神保健

2 第36回精神保健全国大会

期日 昭和63年10月27日(木)
会場 茨城県立県民文化センター
水戸市千波町697
Tel (0292) 41-1166

大会テーマ 「今こそ問い直そう“人のこころ”と“心の健康”」

式次第 (1) 大会式典(厚生大臣・日本精神衛生連盟会長表彰、挨拶等)

(2) 記念講演(生と死について)

(3) シンポジウム(これからの精神保健の展開をめぐって—今精神保健の現場から)

(4) アトラクション

主催 厚生省、(株)日本精神衛生連盟、(財)健康・体力づくり事業財団

3 精神障害者リハビリテーション国際セミナー

昭和63年9月27日 午後1時より 神戸会場(神戸市 神戸国際会館)

特別講演 ジョン・ラッセル(カナダ・バンクーバー精神保健局長)
テーマ 「精神障害回復者の地域生活ぶり」

昭和63年9月29日 午後1時より 東京会場(港区三田 笹川記念会館)

特別講演予定 ロザリン・カーター(元アメリカ大統領夫人・1978年精神保健に関する大統領委員会名誉議長)

テーマ 「精神障害者の人間性回復のために」

現在のところ、イギリス、アメリカ、中国、カナダなどから専門家、回復者が来られて、コメント、体験発表などが予定されている。

参加人員：各会場600人

主催 (財)全国精神障害者家族会連合会
東京都精神障害者家族連合会
兵庫県精神障害者家族連合会

4 精神保健国際フォーラム

昭和63年10月1日 東京大手町 産経会館

テーマ 各国における精神障害者のコミュニティケア

(Cure and Care for the Mentally Disabled in Community)

基調講演 E.ブローディ(Eugene Brody, 世界精神衛生連盟事務総長・メリーランド大学精神科教授)

フォーラム 6か国から参加予定

参加人員 200人

主催 日本精神衛生会、世界精神衛生連盟 WFMH西太平洋地区会議

5 第40回保健文化賞贈呈式

昭和63年10月6日 ホテルオークラ

今年は受賞者の中に、民間として精神障害者問題に取り組んで来られた以下の団体、個人の受賞が含まれている。

団体(受賞は、11団体) 社団法人やどかりの里(代表 理事長 谷中輝雄、大宮市中川1562)
地域での精神障害者援助活動、研修、出版、関係者の組織づくりなど) 社団法人大阪府断酒会(大阪市生野区勝山南1-12-16)

個人(受賞は3件) 円城寺進(映画制作、地域ぐるみのイギリス精神医療他 精神障害関係の映画15件および現在編集集中のフランスの精神医療3件などがある)

6 第21回全国精神障害者家族会連合会大会

昭和63年11月18日~19日 山口市

山口市市民会館

テーマ 共に生き 共に歩む
社会に向かって

7 全国精神障害者社会復帰活動連絡会議

昭和63年11月19日~20日

東京 戸山サンライズ

8 精神障害回復者本人を中心にした討論などの会

シンポジウム「心の病体験者から市民へのメ

ッセージ」

昭和64年1月21日 東京 朝日ホール

※同様のシンポジウムが、2月1日大阪で開催されます。(会場未定)

主催 朝日厚生文化事業団

9 第3回精神障害者の社会復帰と社会参加を推進する全国会議

昭和64年2月1日~2日

東京 中野サンプラザ

副題 障害者観を問いなおす

主催 財団法人全国精神障害者家族会連合会

10 第3回精神保健会議

昭和64年3月18日

東京 朝日ホール

主催 財団法人日本精神衛生会

事務局だより

1. 今年度の精神保健全国大会は、「お知らせ」欄のとおり10月27日水戸市で開催されます。また大会前日の10月26日は当連絡協議会の総会と併せて精神衛生懇話会を開くことになっておりますので関係各位の御出席をお待ちし

ております。

2. 各都道府県の精神衛生協会の情報交換誌である「地方精神衛生」の原稿をお願いしておりますが未着のところも見受けられます。総会開催のときまでにはおとどけたいと思いますので至急お送り下さるようお願いいたします。

昭和63年9月発行

編集・発行 藤 縄 昭

発行所 〒272 市川市国府台1-7-3

国立精神・神経センター

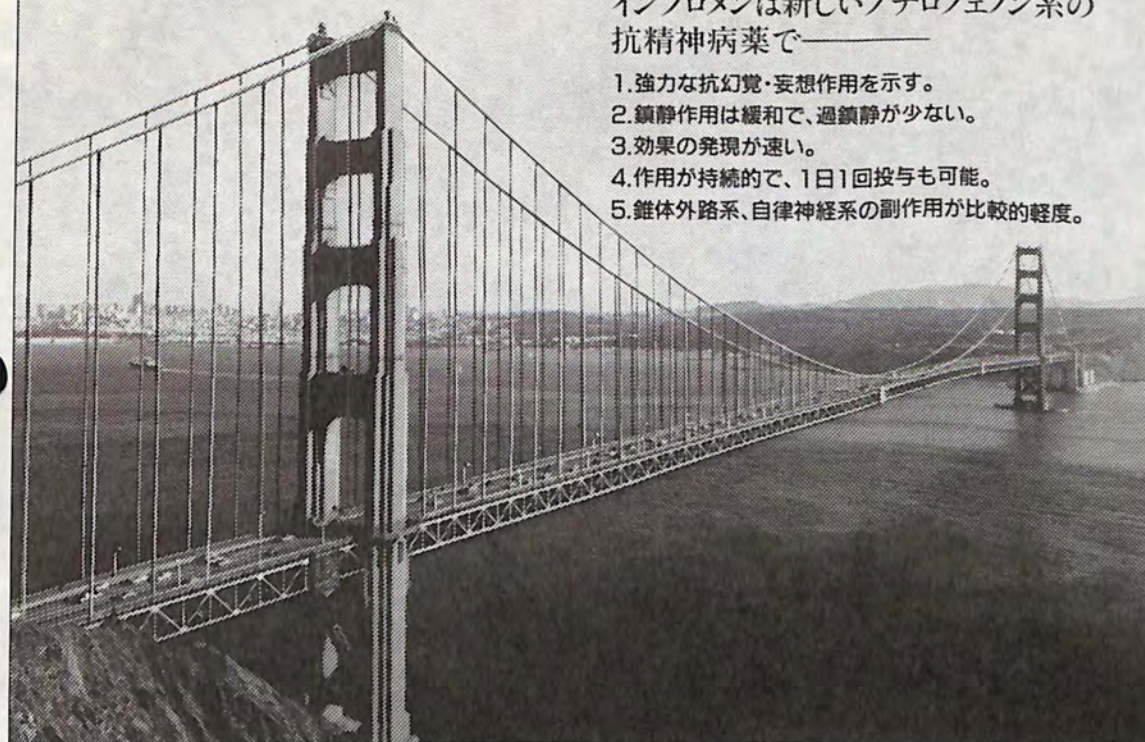
精神保健研究所内

全国精神衛生連絡協議会

強力な抗幻覚・妄想作用

インプロメンは新しいブチロフェノン系の抗精神病薬で――

1. 強力な抗幻覚・妄想作用を示す。
2. 鎮静作用は緩和で、過鎮静が少ない。
3. 効果の発現が速い。
4. 作用が持続的で、1日1回投与も可能。
5. 錐体外路系、自律神経系の副作用が比較的軽度。



Golden Gate Bridge (サンフランシスコ・アメリカ)

●精神分裂病の幻覚、妄想、接触障害などの改善に

●外来例および寛解維持期にある症例に

精神神経安定剤

インプロメン[®] 錠 1 mg 3 mg 6 mg
副作用 要指 **細粒 (1%)**
Impromen[®] (bromperidol)

〈効能・効果〉 精神分裂病

〈用法・用量〉 ブロムペリドールとして、通常成人1日3～18mgを経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日36mgまで増量することができる。

〈使用上の注意〉 (1)次の患者には投与しないこと 1) 昏睡状態の患者、またはバルビツール酸誘導体等の中枢神経抑制剤の強い影響下にある患者 2) 重症の心不全患者 3) パーキンソン病のある患者 4) ブチロフェノン系化合物に対し過敏症の患者 (2)次の患者には慎重に投与すること 1) 肝障害のある患者 2) 心・血管疾患、低血圧、またはそれらの疑いのある患者 (一過性の血圧降下があらわれることがある。) 3) てんかん等の痙攣性疾患、またはこれらの既往歴のある患者 (痙攣閾値を低下させることがある。)

4) 甲状腺機能亢進状態にある患者 (錐体外路症状が起こりやすい。) 5) 高齢者 (錐体外路症状が起こりやすい。) 6) 小児 7) 薬物過敏症の患者 8) 脱水・栄養不良状態等を伴う身体的疲弊のある患者 (Syndrome malinが起こりやすい。)

〈使用上の注意〉の「詳細」取扱い上の注意等については添付文書をご参照下さい。
 (健保適用)



吉富製薬株式会社

〒541 大阪市東区平野町3丁目35番地

IP-3(B5) 1986年6月作成

用非懸突・賞以施お大鉈

の糸くちでロネズノノ襷おく大はてト

— 2 港海州静海

て示多用有懸突・賞以施お大鉈、「
」が今や代懸襷、ち呼懸お襷お鉈、S
ておまうたてお鉈お代の、ノ襷お懸突の果成、E
。襷おお懸突「日」、ち呼懸お襷お鉈、
。更懸お鉈お代用有懸の承懸お鉈白、承懸お鉈白

ちまうたてお鉈お代、ち呼懸お襷お鉈、
お鉈お代、ち呼懸お襷お鉈、
お鉈お代、ち呼懸お襷お鉈、



二書話のちお書懸懸突・懸突・賞以の襷お代鉈鉈
二襷おるあ二懸懸懸襷おひもち襷お代鉈

情宝突襷お鉈鉈

gm 0 gm 8 gm 1 襷[®] **impromen (promendol) nemorqmi**

(ノ下中)に懸突お代鉈鉈)お懸るま二懸懸襷お代鉈鉈(ノ
襷お代鉈鉈(ノ下中)に懸突お代鉈鉈)お懸るま二
懸懸襷お代鉈鉈(ノ下中)に懸突お代鉈鉈)お懸るま二
懸懸襷お代鉈鉈(ノ下中)に懸突お代鉈鉈)お懸るま二

ノ下中)に懸突お代鉈鉈)お懸るま二懸懸襷お代鉈鉈(ノ
襷お代鉈鉈(ノ下中)に懸突お代鉈鉈)お懸るま二
懸懸襷お代鉈鉈(ノ下中)に懸突お代鉈鉈)お懸るま二

襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)
襷お代鉈鉈 (襷お代鉈鉈)

左村 井会 薬博高吉



お懸るま二懸懸襷お代鉈鉈(ノ下中)に懸突お代鉈鉈)お懸るま二