

全国精神保健連絡協議会

会報

平成6年10月

会報27号

目次

- 巻頭言 ……………国立精神・神経センター精神保健研究所長 大塚俊男…… 2
- 精神保健法等の一部を改正する法律の施行について …………… 3
- 精神保健法等の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について …………… 8
- 保健所における精神業務運営要綱の一部改正について …………… 9
- 精神保健法に係る運用上の留意事項について …………… 10
- 精神障害者社会復帰促進センターの指定について …………… 11
- 痴呆性老人対策に関する検討会報告書 …………… 15
- 地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律案要綱 …………… 32
- 当面の精神保健対策について（公衆衛生審議会意見書） …………… 36

国立精神・神経センター精神保健研究所 着任の御挨拶

本年3月に定年で御退官になった藤縄昭所長の後任として4月15日付けで、私は国立精神・神経センター精神保健研究所長を拝命致しました。

なお藤縄先生には、所長として6年10か月と長い期間在任され、当精神保健研究所の研究活動の向上、職員の指導など研究所の発展に御尽力されたのみならず、多くの役職につかれ、わが国の精神保健の発展に多大な貢献をされてきました。その御功績により厚生大臣より名誉所長の称号を、授与されています。また全国精神保健連絡協議会の会長として、全国精神保健連絡協議会の円滑な運営、総会の開催、会報および「地方精神保健」誌の発行などに御努力されてきました。この間、当連絡協議会も一段と発展が見られ、現在では全国45ヶ所の都道府県に設置されるに至りました。

私は、当研究所に着任するまでは、約2年間国立下総療養所の所長として、国立の一精神療養所で現場の精神医療に取り組み、種々の問題を抱えた精神医療の現状を直接目でみてきました。これからは研究所において、これらの経験をもとに精神保健研究の推進のみならず、わが国の精神保健

精神保健研究所長

大塚俊男

行政の抱える諸問題に当研究所の職員とともに、シンクタンクの役割として微力ながら力を注いで行きたいと考えております。そのためには皆様の御協力と御支援を切望致すところです。

御存じのように本年4月より精神保健法の一部改正が実施され、精神障害者の社会復帰の一層の促進と精神障害者の人権に配慮しつつ、適正な医療及び保護を実施するために精神障害者地域生活援助事業、精神障害者社会復帰促進センター、大都市の特例に関する事項などが改正となっています。また地域保健法が6月には国会で可決成立し、地域保健の総合的見直しが行われています。このような状況のもとで、多くの精神障害者に対する地域精神保健活動体制や今後どう活動を展開し進めてゆくべきかなど、当面の課題に地方精神保健協（議）会の皆様はじめ、地域の精神保健関係者とともに協力し合いながら、取り組んで行かなければならないと思っております。終わりにあたり、皆様の今後の御活躍と御発展をお祈りし、着任の御挨拶とさせていただきます。

精神保健法等の一部を改正する法律の施行について

〔平成6年3月14日 厚生省発健医第51号〕
厚生事務次官依命通知

「精神保健法等の一部を改正する法律」は、平成5年6月18日法律第74号をもって公布され、これに伴い、厚生省組織令及び老人保健法施行令の一部を改正する政令（平成5年12月27日政令第400号）、精神保健法施行規則等の一部を改正する省令（平成6年3月14日厚生省令第9号）等が公布されたところであるが、今回の改正の基本的な考え方及びその内容は、下記のとおりであるので、十分に御了知の上、改正の趣旨を踏まえ、貴管下市町村を含め関係団体、関係機関等に対しその周知徹底を図るとともに、適正な指導を行い、その実施に遺憾なきを期されなく、命により通知する。

記

第1 改正の基本的な考え方

精神保健対策については、昭和62年の精神衛生法の改正後、様々な改善が見られるところであるが、今日なお、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るとともに、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を実施することが重要な課題となっている。

今回の改正は、こうした諸状況を踏まえ、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るとともに、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を実施するため、精神障害者地域生活援助事業、精神障害者社会復帰促進センター等に関する事項、仮入院に関する事項その他の事項に関して精神保健法その他の関係法律を見直し、所要の措置を講ずるものである。

第2 主要な改正事項の内容等

1 国及び地方公共団体の義務等に関する事項

- (1) 国及び地方公共団体の義務に、3(1)の地域生活援助事業を充実することによって精神障害者等が地域生活に適應できることができるよう努力することを加えたこと。
- (2) 医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は地域生活援助事業を行う者は、その施設を運営し、又はその事業を行うに当たっては、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るように努めなければならないこととしたこと。
- (3) 国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業を行う者は、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならないこととしたこと。

2 精神障害者の定義に関する事項

精神保健法の対象者である精神障害者の範囲の明確化及び用語の適正化を図るため、精神障害者の定義を「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」としたこと。なお、改正の前後で精神障害者の範囲には、何ら変更はないこと。

3 精神障害者地域生活援助事業に関する事項

- (1) 精神障害者の社会復帰の促進を図るため、都道府県、市町村、社会福祉法人、医療法人等は、精神

障害者地域生活援助事業（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、相談その他の日常生活上の援助を行う事業をいう。以下同じ。）を行うことができることとしたこと。

なお、事業の実施については、都道府県を除き、社会福祉事業法（昭和28年法律第45号）の定めるところによるものとされたこと。

(2) 精神障害者地域生活援助事業の普及を図るため、国、都道府県は、その事業に要する費用に関して補助することができることとしたこと。

4 地方精神保健審議会に関する事項

地方精神保健審議会の委員及び臨時委員に都道府県知事が任命することができる者として、精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業に従事する者を加えることとしたこと。

5 保護者に関する事項

(1) 保護義務者の名称を「保護者」に改めたこと。

(2) 保護者は、入院措置の解除された精神障害者を引き取るに当たり必要があるときは、当該精神病院若しくは指定病院の管理者又は当該精神病院若しくは指定病院と関連する精神障害者社会復帰施設の長に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、及び必要な援助を求めることができることとしたこと。

(3) 保健所長は、入院措置の解除された精神障害者と同居する保護者等については、必要に応じ、精神保健に関する業務に従事する職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市の長が指定した医師をして、精神保健に関する相談に応じさせ、及びこれらの者を訪問し精神保健に関する適当な指導をさせなければならないこととしたこと。

6 医療施設における相談・援助に関する事項

精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者は、当該施設において医療を受ける精神障害者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及びその保護者等との連絡調整を行うように努めなければならないこととしたこと。

7 精神障害者社会復帰促進センターに関する事項

(1) 厚生大臣は、次の業務を適正かつ確実に行うことができると認められる民法（明治29年法律第89号）第34条の法人を、全国を通じて1個に限り、精神障害者社会復帰促進センター（以下「センター」という。）として指定することができることとしたこと。

ア 精神障害者の社会復帰の促進に資するための啓発活動及び広報活動を行うこと。

イ 精神障害者の社会復帰の実例に即して、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発を行うこと。

ウ イに掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰の促進に関する研究を行うこと。

エ 精神障害者の社会復帰の促進を図るため、イの研究開発の成果又はウの研究の成果を、定期的には又は時宜に応じて提供すること。

オ 精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業の業務に関し、当該事業に従事する者及び当該事業に従事しようとする者に対して研修を行うこと。

カ その他精神障害者の社会復帰を促進するために必要な業務を行うこと。

(2) 精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の設置者、精神障害者社会復帰施設の設置者及び精神障害者地域生活援助事業を行う者は、センターの求めに応じ、センターが(1)のイ及びウの業務を行うために必要な限度において、センターに対し、精神障害者の社会復帰の促進を図るための相談並びに訓練及び指導に関する情報又は資料等を提供することができることとしたこと。

(3) センターは、(1)のイ及びウの業務に係る情報及び資料の管理並びに使用に関する規程を作成し、厚生大臣の認可を受けなければならないこととしたこと。

(4) センターの役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、(1)のイ及びウの業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならないこととしたこと。

8 仮入院等に関する事項

(1) 仮入院の期間の限度を1週間としたこと。

(2) 精神障害者は、精神病院又は精神保健法若しくは他の法律により精神障害者を収容することのできる施設以外の場所に収容してはならないとする規定を削除したこと。

9 大都市の特例に関する事項

精神保健法において、都道府県が処理することとされている事務又は都道府県知事その他の都道府県の機関若しくは職員の権限に属するものとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）においては、政令の定めるところにより、指定都市が処理し、又は指定都市の長その他の機関若しくは職員が行うものとしたこと。

10 罰則

センターの役員等に係る秘密保持義務の違反等に関し罰則規定を設けたこと。

11 関係法律の改正

(1) 社会福祉事業法の改正

社会福祉法人等が適切に精神障害者地域生活援助事業を実施できるよう、精神障害者地域生活援助事業を、新たに第2種社会福祉事業としたこと。

(2) 医療法の改正

医療法人が精神障害者地域生活援助事業を実施できるよう、医療法人の附帯業務に精神障害者地域生活援助事業の実施を加えたこと。

(3) 栄養士法等の改正

精神障害者の社会復帰の一層の促進を図る観点から、精神障害者であることを絶対的欠格事由としている栄養士、診療放射線技師、調理師、製菓衛生師等の免許及びけしの栽培の許可について、相対的欠格事由としたこと。

12 施行期日等

(1) 施行期日

精神保健法等の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）は、平成6年4月1日から施行すること。

ただし、9の大都市の特例については、平成8年4月1日から施行すること。

(2) 経過措置

改正法の施行に伴う経過措置として、改正法の施行の際現に精神障害者地域生活援助事業を行って

いる国及び都道府県以外の者については、平成6年6月30日までに事業経営地の都道府県知事に届け出なければならないこととしたこと。

精神保健法等の一部を改正する法律の施行について

〔平成6年3月14日 健医発第281号〕
〔厚生省保健医療局長通知〕

精神保健法等の一部を改正する法律（平成5年法律第74号。以下「改正法」という。）の施行については、別途本日付け厚生省発健医第51号をもって厚生事務次官より通達されたところであるが、改正法の施行に当たっては、特に下記に掲げる事項に十分留意の上、関係制度の円滑な実施につき遺憾なきを期されるところと、貴管下市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

記

第1 精神障害者の定義に関する事項

精神保健法においては、従来、精神障害者の定義を「精神病者（中毒性精神病者を含む。）、精神薄弱者及び精神病質者」と規定し、精神に障害のある者を包括的に捉えて同法の施策の対象とされてきたところであるが、今日、精神医学上の用語法においては、現行定義規定では精神に障害のある者を包括的に表現するものとして適当でないことに鑑み、今般、同法における精神障害者の定義規定が見直され、「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」とされたこと。

なお、今般の定義規定の改正は、現行の定義規定を精神医学上の用語に合わせて見直すものであり、従来の定義規定による対象範囲と変わるものではないこと。

第2 精神障害者地域生活援助事業に関する事項

精神障害者地域生活援助事業は、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、相談その他の日常生活上の援助を行うものであり、今後における精神障害者の社会復帰の一層の促進を図る上で重要な事業であること。このため、今後、精神障害者地域生活援助事業の積極的な普及を図ることが必要であり、同事業の実施は、地域においてきめ細かく推進することが必要であることから、社会福祉法人、医療法人等の民間が主体となって事業を実施するよう積極的に働きかけを行う必要があること。これにより、改正後直ちに地方公共団体自らが事業を実施するものではないこと。特に、市町村については、行政需要及び財政状況等を勘案の上、自主的な判断に基づき精神障害者地域生活援助事業を実施できるものであり、画一的に事業の実施を求めるものではないこと。一方、民間における取組みが不十分である地方公共団体においては、これを補完する取組みが必要であること。

なお、国は、従来どおり、精神障害者地域生活援助事業を実施できるものであること。

第3 地方精神保健審議会に関する事項

今般、地方精神保健審議会において、精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業の実情等を踏まえ、た調査審議を可能とするため、新たに、同審議会の委員及び臨時委員に「精神障害者の社会復帰の促進を

図るための事業に従事する者」が追加されたが、「精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業に従事する者」については、精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助事業を行う施設等において訓練、指導等の業務に従事する者であること。

第4 保護者に関する事項

「保護義務者」は、精神障害者の身近にあって、適切な医療及び保護の機会を確保し、きめ細かく精神障害者の権利・利益を擁護するためのものであるが、今般、他の保健医療制度等における名称との均衡に配慮し、その名称が「保護者」とされたこと。なお、今般の改正によって、改正前の保護義務者の機能に変更はないものであること。

また、保護者に対し、保健・医療・福祉の各分野における支援を促進するため、今般、保護者に関し、入院措置の解除された精神障害者を引き取るに当たり必要があるときは、当該精神病院若しくは指定病院の管理者又は当該精神病院若しくは指定病院と関連する精神障害者社会復帰施設の長に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、及び必要な援助を求めることができることとされたこと。

さらに、保健所長は、入院措置の解除された精神障害者と同居する保護者等については、必要に応じ、精神保健に関する業務に従事する職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市の長が指定した医師をして、精神保健に関する相談に応じさせ、及びこれらの者を訪問し精神保健に関する適当な指導をさせなければならないこととされたこと。

第5 医療施設における相談・援助に関する事項

今般、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図る観点から、精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者は、当該施設において利を受ける精神障害者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及び保護者等との連絡調整を行うよう努めなければならないこととされたが、「精神障害の医療を提供する施設」には、精神病院のほか、精神科を標榜する診療所が含まれるものであること。

第6 精神障害者社会復帰促進センターに関する事項

精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るため、厚生大臣の指定法人として、精神障害者社会復帰促進センター（以下「センター」という。）が設けられたこと。

今般の改正においては、センターの業務の円滑な運営を確保するため、精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の設置者、精神障害者社会復帰施設の設置者及び精神障害者地域生活援助事業を行う者は、センターの求めに応じ、センターが精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発等の業務を行うために必要な限度において、センターに対し、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導に関する情報又は資料で厚生省令で定めるものを提供することができることとされたが、「精神障害の医療を提供する施設」には、精神病院のほか、精神科を標榜する診療所が含まれるものであること。また、精神障害の医療を提供する施設の設置者、精神障害者社会復帰施設の設置者及び精神障害者地域生活援助事業を行う者がセンターの求めに応じて行う資料又は情報の提供は、法令に基づく守秘義務の範囲内において行われるものであること。このため、厚生省令で定める情報又は資料は、精神障害者の社会復帰の促進を図るための相談並びに訓練及び指導に関する情報又は資料、並びにこれらの相談並びに訓練及び指導を受けた精神障害者の性別、生年月日及び家族構成並びに状態像の経過に関する情報又は資料（個人を識別できるものを除く。）に限られるものであること。

第7 仮入院に関する事項

今般、精神障害者等の人権を擁護する観点から、近年における精神科の診断技術の向上を踏まえ、仮入院の期間の限度が3週間から1週間に改められたこと。

このため、改正法の施行後においては、仮入院による診断を1週間以内に実施し、その後は、当該者の退院又は他の入院形態への移行を円滑に実施するよう徹底を図られたいこと。

第8 法定施設外収容禁止規定に関する事項

精神保健法第48条の法定施設外収容禁止規定は、旧精神病患者監護法（明治33年法律第38号）における私宅監置制度及び旧精神衛生法における保護拘束制度の廃止に伴い、その趣旨を入念的に明らかにするために規定されてきたところであるが、今日においては、本規定は当初の目的を達成したものであり、一方で、本規定が誤解されて運用されていることが指摘されていることから、今般、削除されたものであること。

なお、精神障害者の不当な拘束については、今後とも、刑法（明治40年法律第45号）の監禁罪の適用がありうるものであること。

また、病院等の管理者は、臨時応急の場合を除いて、精神障害者を精神病室でない病室に収容しないこととする医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第10条の取扱いには変更はないものであること。

第9 大都市の特例に関する事項

大都市の特例については、平成8年4月1日から実施されることとされたところであるが、事務委譲の範囲等を定める政令については、追って、各都市の実情等を踏まえながら、制定する予定であること。

第10 精神障害者の資格制限の緩和に関する事項

今般、精神障害者であることを絶対的欠格事由としている栄養士の資格等について、精神科における治療技術の向上、医薬品の開発の進展等を踏まえ、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図る観点から、相対的欠格事由とされたこと。

各都道府県及び市町村においては、今般の法改正の趣旨を踏まえ、精神障害者に係る資格制限及び利用制限に関しては、必要最小限とするべく、関係条例、規則等の見直しを行うよう、特段の配慮をされたいこと。

第11 その他

これまで通知している本職通知のうち、「保護義務者」とあるのは、改正法の施行日（平成6年4月1日）より、「保護者」と読み替えるものであること。

精神保健法等の一部を改正する法律による改正後の 精神保健法の運用上の留意事項について（通知）

〔平成6年3月14日 健医精発第11号〕
厚生省保健医療局精神保健課長通知

精神保健法等の一部を改正する法律（平成5年法律第74号。以下「改正法」という。）の施行については、本日付け厚生省発健医第51号をもって厚生事務次官通知及び健医発第281号厚生省保健医療局長通知により

それぞれ通知されたところであり、また、精神保健法等の一部を改正する法律の施行期日を定める政令（平成5年政令第399号）により、改正法の施行期日が本年4月1日とされたところである。改正法による改正後の精神保健法（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）の運用に当たっては、特に下記に掲げる事項に十分留意の上、関係制度の円滑、かつ、適正な実施につき遺憾なきを期されるとともに、貴管下市町村を含め、関係者、関係団体に対する周知徹底方につき配慮されたい。

記

第1 精神障害者の定義に関する事項

今般の精神障害者の定義規定の改正は、現行の定義規定を精神医学上の用語に合わせて見直すものであり、従来の定義規定による対象範囲と変化はないものであること。このため、法の対象となる精神障害者は、従来どおり、精神分裂病圏、躁うつ病圏、中毒性精神障害、症状性若しくは器質性精神障害、心因性精神障害、精神薄弱又は精神病質の者であること。また、法第32条の規定による通院医療費の公費負担の対象についても、従前と変更はないものであること。

第2 精神障害者地域生活援助事業に関する事項

精神障害者地域生活援助事業に関しては、平成4年7月27日付け健医発第902号厚生省保健医療局長通知により通知されているところであるが、精神障害者地域生活援助事業の対象となる精神障害者については、自傷他害のおそれのない者であり、また、同事業の実施に当たっては、急性期における医療機関との連絡、通常時における服薬指導等を適切に行うよう徹底を図られたいこと。

第3 地方精神保健審議会に関する事項

今般、地方精神保健審議会の委員及び臨時委員に都道府県知事が任命することができる者として、「精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業に従事する者」が追加されたが、既存の委員及び臨時委員の任期が改正法の施行日以降である場合においては、当該任期の終了後において、「精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業に従事する者」の任命について検討されたいこと。

第4 保護者に関する事項

保護者の名称の変更に関し、条例、規則等の改正が必要となる都道府県及び市町村においては、改正法の施行に合わせて、所要の改正等を行うよう準備をされたいこと。

第5 その他

これまで通知している本職通知のうち、「保護義務者」とあるのは、改正法の施行日（平成6年4月1日）より、「保護者」と読み替えるものであること。

保健所における精神保健業務運営要綱の一部改正について（通知）

〔平成6年3月14日 健政発第207号・健医発第282号〕
厚生省健康政策局長・厚生省保健医療局長通知

精神保健法等の一部を改正する法律（平成5年法律第74号）が、平成6年4月1日から施行されることに

に伴い、「保健所における精神保健業務運営要綱」の一部を下記のとおり改正し、同日から適用することとしたので、通知する。

記

- 1 第2の3(1)のケの次に次のとおり加える。
 - コ 前記の者と同居する保護者等
- 2 別表第1、別表第2及び別表第3中「保護義務者」を「保護者」に改める。

精神保健法に係る運用上の留意事項について（通知）

〔平成6年3月14日 健医発第283号〕
厚生省保健医療局長通知

精神保健法（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）については、平成5年3月における公衆衛生審議会の意見等を踏まえ、今般、精神保健法等の一部を改正する法律（平成5年法律第74号。以下「改正法」という。）により、所要の改正が行われ、本年4月1日から施行されることとされたところであるが、改正法に係る事項以外の下記事項に関しても、同審議会の意見等を踏まえ、本年4月1日から運用上の取扱いを下記のとおりとすることとしたので、通知する。

なお、下記事項については、貴管下市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

記

第1 精神医療審査会に関する事項

精神医療審査会の運営に当たっては、以下の事項に配慮すること。

- (1) 同一人から提出された2回目以降の退院の請求又は処遇の改善の請求については、既に審査を行った合議体とは別の合議体において順次審査を行うこととすること。
- (2) 1回の合議体における事務処理が増大している精神医療審査会においては、合議体の開催回数の調整を行うこと等により事務処理の効率化を推進し、適切な審査を行うことのできる体制を確保すること。
- (3) 精神医療審査会における審査においては、今後とも、患者の代理人である弁護士についても意見聴取の対象となることができると並びに患者本人及びその代理人である弁護士についても意見陳述に参加することができることを周知徹底すること。
- (4) 退院の請求に係る審査結果には、必ず理由の要旨を付記するとともに、可能な限り参考意見を付記するよう努めること。
- (5) 処遇の改善の請求に係る審査結果には、可能な限り参考意見を付記するよう努めること。
- (6) 概ね1年半以上の長期にわたって入院している患者に関しては、精神医療審査会における審査を入念に実施するとともに、実地審査においても、一層入念に入院の必要性等を審査すること。

第2 精神保健指定医に関する事項

今般、精神保健指定医の資質の向上を図るとともに、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図る等の観点から、精神保健法施行規則（昭和25年厚生省令第31号）の一部改正が行われ、精神保健指定医に係る研

修について、入退院に係る診断技術に関する事項及び精神障害者の社会復帰に関する事項が明確化されたところであり、当該研修内容の変更について、関係者への周知徹底を図ること。

また、精神保健指定医の研修は、指定医の資格取得後、5年ごとに受講することが法において義務付けられていることから、研修受講の周知徹底を図ること。

第3 任意入院制度の運用に関する事項

任意入院制度は、精神障害者本人の同意に基づく入院を推進し、精神障害者の人権に配慮した適切な精神医療の機会を確保する等の観点から、設けられたものであるが、未だ、当該者をいわゆる「自由入院」等として、法に基づかない入院形態により入院させる事例が見られることから、精神障害者が自らの意思によって精神病院に入院する場合には、法定の入院形態である任意入院とするよう制度の徹底を図ること。

また、任意入院によって入院する患者については、自らの同意による入院であることに鑑み、その症状に応じて、できるだけ開放的な環境で処遇するよう周知徹底すること。

第4 入院時の告知に係る書面の提示に関する事項

法に基づく入院時の告知に係る書面の提示については、精神障害者本人に対して行うこととしているところであるが、告知内容の精神障害者本人及び保護者等に対する周知徹底を図る等の観点から、必要に応じ、当該書面の写しを精神障害者の保護者等に対しても提示に努めるよう周知を図られたいこと。

第5 指定医の診察に係る患者の搬送に関する事項

法第27条第1項の規定により、申請等に基づく精神保健指定医の診察を行うに際し、当該者を搬送させることとする場合には、当該搬送業務を都道府県知事の業務として適切に実施するようその徹底を図ること。

第6 応急入院に係る指定病院の指定に関する事項

応急入院は、地域における精神科救急において重要な役割を果たすものであるが、未だ、応急入院に係る指定病院の指定が進展していないことから、各都道府県においては、指定の促進について特段の配慮を行うこと。

精神障害者社会復帰促進センターの指定について（通知）

〔平成6年7月11日 健医発第817号〕
厚生省保健医療局長通知

精神保健対策の推進については、かねてから特段の御尽力を賜っているところであるが、精神保健法等の一部を改正する法律（平成5年法律第74号）により、新たに加えられた精神保健法（昭和25年法律第123号）第51条の2の規定に基づき、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発、啓発・広報活動等を行い精神障害者の社会復帰を促進するため、全国を通じて一個の民法法人を、精神障害者社会復帰促進センター（以下「センター」という。）として厚生大臣が指定することとされたところであり、本日付けの別添厚生大臣告示のとおり、平成6年7月1日付けで、財団法人全国精神障害者家族会連合会がセンターとして指定されたので、御了知願うとともに、その円滑な運営に資するため、下記について留

意の上、貴管下市町村を含め、関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

記

第1 センターとして指定された法人

- (1) 法人名 財団法人 全国精神障害者家族会連合会
- (2) 事務所の所在地 東京都台東区下谷1丁目4番5号
(電話03(3845)5084)

第2 センターの業務について

センターは、精神保健法に基づき新たに指定された指定法人であり、同法第51条の3の規定により、以下の業務を行うものであること。

- (1) 精神障害者の社会復帰の促進に資するための啓発活動及び広報活動を行うこと。
- (2) 精神障害者の社会復帰の実例に即して、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発を行うこと。
- (3) (2)のほか、精神障害者の社会復帰の促進に関する研究を行うこと。
- (4) 精神障害者の社会復帰の促進を図るため、(2)による研究開発の成果又は(3)による研究の成果を、定期的に又は時宜に応じて提供すること。
- (5) 精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業の業務に関し、当該事業に従事する者及び当該事業に従事しようとする者に対して研修を行うこと。
- (6) (1)～(5)に掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰を促進するために必要な業務を行うこと。

第3 センターへの協力について

センターは、その業務の内容・性格上、関係者・関係団体と密接な連携を図っていくことが必要であり、関係者・関係団体の幅広い協力が期待されていること。

特に、精神保健法第51条の4及び同法施行規則第25条の規定により、精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の設置者、精神障害者社会復帰施設の設置者及び精神障害者地域生活援助事業を行う者(以下「精神病院等」という。)は、センターの求めに応じ、センターが第2の(2)及び(3)に掲げる業務を行うために必要な限度において、センターに対し、

- ア. 精神障害者の社会復帰の促進を図るための相談並びに訓練及び指導に関する情報又は資料、
 - イ. アに掲げる相談並びに訓練及び指導を受けた精神障害者の性別、生年月日及び家族構成並びに状態像の経過に関する情報又は資料(当該精神障害者を識別できるものを除く。)
- を提供することができるものとされており、精神病院等において、センターより上記の情報又は資料の提供の求めがあった場合には、適切に取り計らい願いたいこと。

なお、センターについては、精神保健法第51条の5の規定により特定情報管理規程を設けて情報及び資料の適切な管理を図ることを義務づけているとともに、同法第51条の6の規定により、センターの役職員等については、業務に関して知り得た秘密について秘密保持義務を課するなど、プライバシーの保護には十分の配慮がなされているものであること。

痴呆性老人対策に関する検討会報告書

高齢者関係3審議会(老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会)の合同委員会として、「痴呆性老人対策に関する検討会」(座長 水野肇 メンバー別紙)を設置。

検討会は、昨年11月16日に第1回が開催されて以降、11回にわたり開催され、今後の痴呆性老人対策の在り方について議論を展開し、6月28日報告をとりまとめた。

平成6年6月28日

痴呆性老人対策に関する検討会委員名簿

委員

- (座長) 水野 肇 (医事評論家)
石井 岱三 (全国老人福祉施設協議会会長)
糸 氏 英吉 (日本医師会常任理事)
多田羅 浩三 (大阪大学医学部教授)
橋本 泰子 (東京弘済園弘済ケアセンター所長)
望月 弘子 (日本看護協会理事)

参与

- 河崎 茂 (公衆衛生審議会精神保健部会、日精協会長)
笹森 貞子 (呆け老人をかかえる家族の会東京代表)
島 菌 安雄 (国立精神・神経センター名誉総長)
山口 昇 (公立みつぎ総合病院院長)

痴呆性老人対策に関する検討会報告書

はじめに

人口の高齢化とともに痴呆性老人が増加する一方、家庭における介護力が低下していることから、痴呆性老人対策が大きな課題となっている。このような状況を踏まえ、痴呆性老人を含む援護を要する高齢者のためのサービスを充実するため、高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）を中心に、各種の施策が推進されているところである。

痴呆性老人は、今後、大幅な増大が予想されるが、その対策はまだ遅れているといわざるを得ず、将来、高齢者対策における最も重大な分野になると思われる。このため、痴呆性老人対策を総合的に検討するため、昨年11月、高齢者関係3審議会（老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会）の合同委員会として本検討会が設置された。本検討会は、有識者からのヒアリング、現地視察を含め都合11回開催され、精力的に検討を行った。また、本年3月28日、厚生大臣の私的懇談会である高齢社会福祉ビジョン懇談会から「21世紀福祉ビジョン」が発表され、高齢者の介護問題を重視した社会保障制度の構築が打ち出されたので、そうした動向も踏まえ検討を進めた。

その結果、本検討会は、下記の点に重点を置いて、施策を推進すべきであるという結論に達したので報告するものである。

- ① 痴呆についての理解を促進するための意識啓発と情報の提供を充実する。
- ② 痴呆性症状をできるだけ早期に発見し、早期に対応する体制を確立する。
- ③ 痴呆性老人及び家族が必要なときに必要なサービスを利用できる体制を整備する。
- ④ 痴呆についての調査研究を推進する。
- ⑤ 痴呆性老人の権利を擁護する対策を講じる。

I 痴呆性老人の現状と今後の見通し

痴呆は、脳の後天的な障害により、いったん獲得された知能が持続的かつ比較的短期間のうちに失われるものであり、記憶、見当識（時、場所、自分自身や周囲の人物等を正しく認識すること）の障害や理解力、判断力の低下が出現する。

病状の進行に伴い、人格水準が著しく低下し、

- ・妄想、幻覚、せん妄（軽度の意識混濁と興奮傾向や錯乱、比較的活発な幻覚妄想の出現があり、それによる不安などの情動変化や奇異な言動がある。）などの精神症状や徘徊、不潔行為といった行動の異常
- ・衣服の着脱行為の障害、失禁、歩行の障害など日常生活における動作能力の低下といった症状を伴う。

さらには、身体合併症を伴うことも多い。

痴呆は、脳の病変により発生するが、主なものは、脳の血管が詰まったり、出血を起こすことにより発生する脳血管性痴呆と原因不明の脳の変性によって起こるアルツハイマー型痴呆である。我が国においては、従来は脳血管性痴呆がアルツハイマー型痴呆よりも多いといわれてきたが、最近ではアルツハイマー型痴呆

が増加している。

痴呆の根本的な治療方法はまだ確立されていないが、薬物療法等の対症療法、精神療法や心身のリハビリによって症状が軽くなったり、進行が抑えられることも少なくない。しかし、現状においては、治療の効果には限界があることから、痴呆対策としてはケアが中心とならざるを得ないと考えられる。

痴呆性老人の実態については、家族が痴呆の事実を隠したがつたり、地方の判定に多大な労力と費用を必要とするため、全国レベルの調査は行われておらず、一部の痴呆自治体が実施した調査に基づき推計されているのが現状である。厚生省の研究班の行った平成2年現在の推計では、在宅73.9万人、施設内25.5万人の合計99.4万人と推計されている。老人性痴呆疾患の有病率は、高齢になるほど高くなっており、今後、後期高齢者が増加することから、痴呆性老人も増加していくこととなる。2000年の痴呆性老人の数は、前述の厚生省研究班の推計では約150万人とされてきたが、厚生省人口問題研究所の新しい将来推計人口を踏まえた新しい推計によると約160万人程度になると見込まれる（別紙1）。なお、痴呆性老人の実態は、的確な対策を講ずるための基礎であるので、疫学調査をはじめ痴呆性老人の実態を把握するための努力が望まれる。

現在、痴呆性老人の4分の3は在宅で生活しているが、核家族化の進展、女性の社会的活動の活発化、介護者の高齢化等により家族の介護力が低下してきていることを考えると、より一層の社会的対応が求められている。

なお、痴呆は、40歳代、50歳代の初老期においても発生することがあるが、初老期における痴呆は、社会的に重要な役割を担う年齢層において発生することに加え、精神症状や行動の異常等が激しい傾向があるため介護負担が著しいことなど、家族や周辺の者に与える影響が極めて大きい。最近、初老期痴呆の患者も、保健福祉サービスの対象として位置づけられるようになってきているが、痴呆性老人対策を検討する場合、初老期痴呆の患者をも視野に入れていくことが必要である。

II 痴呆性老人対策の推進の方向

痴呆性老人対策は、近年、逐次整備されてきているが、①痴呆に対する理解が国民一般、保健医療福祉関係者とも未だ不十分であること、②早期発見、早期対応の体制が整備されていないこと、③痴呆性老人に対するサービスの受け皿が不足していること、④調査研究を要する問題が多数残されていることなど、なお多くの課題を抱えており、以下のような対策について、できることから早急に着手していくことが強く望まれる。

1 意識啓発と相談・情報提供の充実

(1) 知識の普及と意識啓発

痴呆に対する国民の理解はまだまだ十分ではなく、様々な偏見や誤解も存在し、適切な対応ができないケースがみられる。家族が痴呆に気付かなかつたり、あるいは、痴呆の事実を隠したがつたりして、行政や医療機関等に相談にやって来たときには、介護疲れで共倒れ寸前になっているなど、もっと早く相談に来ていれば適切な対応が可能であったケースも多い。

痴呆についての正確な知識を普及し、痴呆は何ら恥ずべきものではないことを徹底させ、国民の理解を促進するために、啓発、教育活動を積極的に推進すべきである。特に、痴呆の発見に家族の気づき

が大切であることから住民の意識啓発を図るための健康教育が必要である。また、地域の痴呆性老人と接触する可能性の高い交通機関、警察、金融機関、薬局等の関係者の理解を得ることに重点を置くなど啓発・教育活動の内容の改善を図るべきである。さらに、痴呆に関する知識や研究成果を分かり易いパンフレット等にして関係各方面に配布するなど推進すべきである。

痴呆については、現状では、保健医療福祉にたずさわる関係者すべてが必ずしも十分理解しているとは言いがたい。保健医療福祉関係者に対する痴呆問題についての研修を大幅に拡充することが必要であるし、痴呆に関連する情報が提供されるシステムを整備することも重要であろう。この場合、医師会、社会福祉協議会等の関係団体の役割も大きいものがある。また、痴呆についての理解を促進するため、保健医療関係者や福祉関係者の養成の際の教科や資格試験において痴呆問題を積極的に取り上げること有効であろう。

以上などにより、痴呆性老人に対する理解を広め、痴呆対策や研究の推進などに向けての国民的な取り組みに発展させる気運を醸成することが必要であろう。

(2) 相談・情報提供体制の整備

痴呆性老人の家族等がどこに相談に行けばよいかよくわからないケースも多く、総合的な相談窓口を充実することは非常に重要かつ現実的課題である。

高齢者の介護の相談、支援については、在宅介護支援センター（老人福祉法では、新たに「老人介護支援センター」と規定された。）が整備されつつあり、出来るだけ早期にゴールドプランの目標を達成することが望まれる。平成5年度から痴呆相談体制を充実した在宅介護支援センターの普及が進められており、痴呆の相談のレベルアップを期待したい。

痴呆性老人については、単に相談に応じるだけでなく診断を確定し、治療方針あるいは対処方針を決めることが重要である。このため、老人性痴呆患センターの整備を促進することが求められる。2次医療圏に1カ所整備するという目標を早急に達成するため、老人性痴呆疾患センターの整備を医療計画にも盛り込むべきである。

痴呆疾患患者又は患者家族が、相談あるいは受信する場としては、在宅介護支援センター、老人性痴呆疾患センターのほか、保健所、保健センター、市町村役場、福祉事務所、シルバー110番、医療機関等があるが、これらの機関の対応能力にバラツキがあることから、情報提供等により対応能力を向上させるとともに、各機関が地域の中で連携を図るための方策を講ずるべきである。また、相談や受診が専門治療や適切なケアのサービスにつながるようなシステムが地域社会の中で整備されるべきである。

なお、情報の提供に当たって、医療法の医療機関の広告規制に抵触するケースが考えられるので、医療法を緩和することも検討すべきである。

2 発症予防と早期発見・早期対応の徹底

(1) 発症予防対策

老人性痴呆のうち、アルツハイマー型痴呆については、発生のメカニズムが解明されておらず、有効な予防法が確立していないのが現状である。しかしながら、脳血管性の痴呆については、動脈硬化や脳卒中の予防治療により発症予防が期待できる。また、老後の生きがいを高めることも痴呆の予防には重要であるといわれている。このため、健康づくりや老人保健事業を充実するとともに、高齢者の社会的

な活動を促進するための方策を積極的に講じるべきである。

また、寝たきり老人ゼロ作戦と同じように、つくられた痴呆状態にしないという発想が必要である。そのためには、虚弱な老人を寝たきりや孤独な状態にしないような対応が肝要である。さらに、長期間の無原則な投薬が行われると、薬剤に起因する痴呆様状態を引き起こしかねないので、薬歴管理の整備、向精神薬等の使用ガイドラインの策定等薬剤の使用のあり方を検討すべきである。

(2) 早期発見・早期対応

痴呆は、早期の段階で対応すれば、進行を抑えたり、その後の家族の対応に適切な方向づけが可能であると考えられることから、痴呆の早期発見・早期対応が肝要である。

痴呆を早期に発見するための手法の一つとして、一般の成人病疾患と同じように発見後の指導も含む健康診査を実施することが考えられる。しかし、現状においては検討を要する点が多く、今後手法の開発に向けて積極的に取り組む必要がある。

痴呆に関する健康診査の実施が難しい現段階で、痴呆を早期に発見するためには、家族のほか、普段から高齢者に接しているかかりつけ医や看護婦、地域保健活動を実施している保健婦の役割が重要である。このため、かかりつけ医が早期に痴呆患者を診断できるよう卒後教育をより拡充すべきであり、地域医師会等の役割が重要となる。また、保健婦、看護婦が痴呆を見出す能力を身につけるトレーニングが必要であるし、痴呆対策の観点からも、地域で活動する保健婦を手厚く配置することが必要である。

(3) 的確な診断

痴呆性老人の個別ケアに当たっての必須の条件は、痴呆疾患の的確な診断である。うつ状態などにより痴呆と類似の状態を示すことがあるほか、甲状腺疾患や慢性硬膜下血腫等の治療可能な疾患により痴呆様症状をきたすこともあり、これらの鑑別診断を厳密に行うことが重要である。鑑別診断を適切に行わないと、ある程度治療が可能な疾患などを見逃し、長期にわたる医療・介護を必要とする状態に陥らせてしまうおそれがある。

的確な診断を受けられる状況をつくるため、痴呆の専門家を養成するとともに、老人性痴呆疾患センター等の的確な診断のできる場を普及させるべきである。また、アルツハイマー型痴呆については、現状では、いわゆる除外診断（他の原因による痴呆が全て否定された場合にはじめてアルツハイマー型痴呆の診断がなされる。）が重視されているが、特異的な診断技術を確立するための研究も重要である。

3 治療・ケアの充実

(1) 治療・ケアの方針

痴呆と診断された場合には、患者の状態や生活環境の条件にしたがって適切な治療・ケアの方針をたてなければならない。

痴呆の治療・ケアの基本的理念は、残存能力を生かしていくこと、そして生活機能のレベルを改善していくこと、あるいはおこされた機能の一部の回復を図りながら患者のQOLを改善することである。

痴呆性老人は、生活環境の変化に対応することが困難になりがちであり、痴呆性老人のQOLの向上という観点からは、家族とともに地域社会の中で生活を継続させることが重要である。在宅での生活を可能とするためには、家族の努力とともに、公的なサービスの充実が不可欠である。このため、保健福祉サービスの提供は、在宅でのケアを中心に置きつつ、必要な場合にはいつでも施設が利用できるように

することが必要である。何かあったときにすぐ施設を利用できる安心感は、介護している家族を支えるためにも有効である。

(2) サービス供給体制の整備

痴呆の場合、サービスを利用しようとしても、現実には、在宅サービス、施設サービスとも、地域に十分用意されていなかったり、サービスを申し込むと痴呆性老人というだけで断られるケースがある。痴呆性老人が、状態に応じて適切に利用できるサービスの拡充が不可欠である。こうした観点から、在宅サービス、施設サービスが、ゴールドプラン、老人保健福祉計画等に基づき着実に整備されるべきであり、また、現在、診療報酬、措置費等により行われている痴呆性老人の受け入れ推進策を拡充すべきである。

以上の視点に立ち、まず、在宅サービスについては、現在需要の多いデイ・ケア、デイサービスについては、痴呆性老人向け毎日通所型デイサービス（E型デイサービス）の早急な増設やデイ・ケア施設の充実強化が必要である。デイサービスの普及の一環として、自宅開放等により実施されている民間の小規模なデイサービスを公的に支援することも検討に値する。ホームヘルパー、ショートステイの充実も必要である。在宅での療養を促進するためには、在宅医療を普及するとともに、老人訪問看護ステーションの積極的な活用を図るべきである。また、今般の地域保健制度の改革により、住民に身近な対人保健サービスは、在宅福祉サービスと同様、基本的に市町村により提供されるようになるので、市町村保健婦による訪問指導事業を充実するとともに、他の保健福祉サービスとの連携を強化すべきである。さらに、住宅対策や緊急通報システム等の在宅環境の整備を進めていくことが求められる。

一方、施設サービスについては、老人保健施設、特別養護老人ホームの整備を進めるほか、適切な医療を普及するため老人性痴呆疾患治療病棟・療養病棟について目標をたてて整備を促進することが必要である。また、中軽度の痴呆性老人を受け入れる施設として、養護老人ホームの一層の活用も検討に値する。現状においては、痴呆性老人を受け入れることのできる施設をできるだけ増加させることに力を注がなければならないが、並行して痴呆性老人の医療、介護を行う各種施設（老人ホーム、老人保健施設、老人病院、精神病院）の役割分担を明確にすることも必要であろう。いずれにしても、各種施設間の連携を強化することは極めて重要である。

精神病院においては、処遇や療養環境について、新しい取り組みがなされているが、痴呆性老人対策への取り組みを強化するためにも、全体としてさらにレベルアップしていくことが望まれ、その具体的な対策をたてる必要がある。本年4月の診療報酬改定で、老人性痴呆疾患治療病棟・療養病棟において算定できることになった痴呆性老人に対する集団精神療法は、痴呆性老人の情緒安定や覚醒性の向上等の効果が期待され、より一層の発展に向けて関係者の努力が求められる。また、精神病院は、特別養護老人ホームや老人保健施設に比べて在宅サービスの供給が不十分であり、精神病院においても老人デイ・ケア、重度痴呆疾患デイ・ケアをはじめとする在宅サービスを充実すべきである。

なお、福祉のサービスについては、利用の手続きが煩雑であるといわれており、サービスを利用しやすくするという観点から、手続きの簡素化を図るべきである。

(3) 新しいタイプのサービス

ひとり暮らし老人や夫婦のみの世帯が急増してくることから、痴呆性老人に対するサービスのメニューの一つとして、地域において痴呆性老人が共同生活することのできる小規模な場（グループホー

ム)の整備を検討することが望まれる。グループホームの形態は多種多様であり、施設を新たに建設することも、また、既存の病院、施設を改造したり、民家をそのまま利用することも考えられる。いずれにしても、スタッフを十分トレーニングすることが肝要である。

なお、グループホームの制度化に先立ち、当面、モデル事業を実施すべきである。それにより、対象者、事業主体、経費、施設のあり方等を整理して、グループホームの本格的な実施につなげるのが適当であろう。

(4) サービスの連帯化

地域において痴呆性老人を支えていくためには、サービスを量的に拡充することはもとより、これらのサービス提供機関のネットワークの形成を促進するとともに、ボランティア、民間団体などの参加を促すための施策を講ずるべきである。

個々の痴呆性老人のニーズに対応して、サービスの的確な組合せが重要であることから、地域保健制度の改革と合わせて、市町村のサービス調整チームの活性化が期待される。また、複雑な事例に対応するために、保健所保健福祉サービス調整推進会議における事例検討会の充実が期待される。

(5) 症状に応じた対応

個々の高齢者の日常生活の自立の程度すなわち介護の必要度を、地域や施設等の現場において、保健婦、看護婦、社会福祉士、介護福祉士等が客観的にかつ短時間に判定することを目的として、昨年、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準が策定された。この判定基準を既に策定されている障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準と合わせて活用することにより、痴呆性老人の障害の程度や状態に応じて在宅サービスや施設サービスが適切に選択され、円滑に提供されることが期待される。

また、本年5月に介護計画検討会中間報告がまとめられ、その中で個々の高齢者にふさわしいケアが提供できるようケアの受け手の立場に立って、個々の高齢者の身体機能、認知能力等を客観的かつ全般的に把握し、その評価に基づいたケアプランを策定すべきとの提言がなされている。痴呆性老人に対してもケアプランの策定の普及・推進を図り、特別養護老人ホームや老人病院等におけるケアの質の向上に取り組んでいく必要がある。

(6) マンパワーの養成及び痴呆に関する研修の拡充

痴呆性老人の発見、診断、治療やケアを普及し、レベルを上げるためのポイントは、そのためのマンパワーの養成確保である。マンパワーを養成するため、専門医、一般医、保健婦、看護婦、介護職員等の痴呆に関する研修を質・量ともに大幅に拡充すべきである。

また、痴呆性老人に対するサービスを拡充するためには、痴呆性老人の処遇に当たる者のみならず、事業を運営する者に対しても事業運営のノウハウを研修させたり、また事例集をまとめることも有効であろう。

(7) 家族による介護の支援策

家族による介護のレベルを向上させるため、家族に対する介護研修が必要である。このため、介護実習・普及センターの整備を促進したり、介護教室の充実が求められる。

家庭での介護を支援するため、企業において有給での介護休暇制度(休暇のみならず介護のための遅刻・早退等の時間短縮を含む。)を普及することも望まれる。

4 調査・研究の推進

アルツハイマー型痴呆をはじめとする痴呆疾患については、発生メカニズム、予防方法、治療方法等まだまだ未解明の部分が多く、平成5年11月に開催された高齢化に関する日米合同委員会においても、今後両国において積極的に取り組むべき研究課題とされたものである。この分野の研究は、世界各国がそれぞれに全力を注ぐとともに、国際的に協力し合って研究成果を上げることが必要である。

平成2年度から、ゴールドプランの一環として高齢者の心身の健康の確保、生活の向上を目的とした「長寿科学研究推進十カ年戦略事業」が実施されており、痴呆の研究はこの中の研究分野の一つとして推進されている。しかしながら、高齢化の進行により深刻化していく痴呆の問題を早期に克服するためには、その発生メカニズムの解明等の基礎研究を強力に推進し、予防、治療の研究に発展させていく必要がある。

痴呆の発生メカニズムを解明するためには、脳の基本的メカニズムを明らかにしなければならない。この研究領域は未解明の部分が多く、21世紀の科学技術に残された最後のフロンティアといわれており、脳機能に関する研究成果は痴呆対策はもとより、他の精神・神経疾患にもその波及効果が大きいと期待されるものであり、研究の積極的取組みが望まれる。

また、痴呆の問題はこのままでは高齢化に伴い増大、深刻化の避けられない問題であり、基礎研究を推進する一方で、痴呆性老人の診断、薬物療法を含めた治療やケアを改善する調査研究も充実すべきである。例えば、病院や施設あるいは地域で実施されているケアやリハビリの技術について実態を調査し、評価することも重要であろう。それにより、ケアやリハビリの適切な方法の開発が進展すると思われる。

このように痴呆については、その発生メカニズムの解明等の基礎研究から予防、治療、リハビリテーション等の応用研究まで幅の広い総合的な研究が必要であり、また、長寿社会における国民の切実な関心事であることから、がんにおける取組みと同様に「対痴呆10カ年総合研究計画(仮称)」を策定し、国家プロジェクトとして研究を推進することも検討に値する。

なお、研究を効果的に進めるため我が国の長寿科学研究の拠点として国立療養所中部病院敷地内に建設が進められている長寿医療研究センター(仮称)をはじめ、国立精神・神経センター等の関係機関における十分な研究体制の整備が望まれる。

5 権利擁護システムの確立

痴呆性老人の権利擁護システムを確立することの重要性が国際的にも取り上げられるとともに、我が国においても各方面で指摘されはじめている。痴呆性老人の権利擁護については、財産権の保護及び身体面の保護の両面がある。

財産権の保護については、成人に対する後見制度として、禁治産制度、準禁治産制度がある。禁治産になれば後見人をつけられるが、相当重くないと禁治産として認定されないし、手続きも面倒で費用もかかる。また、禁治産になった場合には、法律行為はぜ全部剥奪され、選挙権まで取り上げられるので、禁治産にするためらいも見られる。こうしたことから、老人が地域社会で暮らしていくためには、意思能力が十分でない場合に支援する新しい成人後見の仕組みを検討することが必要であると思われる。法務省では、新たな法制度の検討を開始しており、厚生省としてもこうした動きを支援すべきであろう。

身体面の保護については、市町村が情報を得た場合に必要な措置をとることになる。痴呆性老人については、医療又は保護上やむを得ない限度内で身体的拘束や閉鎖的環境への収容など行動の制限をしなくて

はならない場合が少なくない。施設や病院におけるこうした行動制限についても、権利擁護の面での問題点が指摘されるようになってきており、痴呆性老人の権利保護の観点から、適正な手続きを担保する等の対応を検討すべき時期にきている。

痴呆性老人に係る権利侵害については、身内や身近な人が権利侵害をしている場合も多いと言われる。これへの対応につきオンブズマン的な役割を持つ機関も必要となっている。当面は、痴呆性老人に関する相談を充実するため、相談事例を収集・分析し、相談マニュアルを作成したり、相談の担当者の研修を充実することから始めることも必要であろう。また、今後、東京都の社会福祉協議会の精神薄弱者・痴呆性高齢者権利擁護センター（通称すてっぷ）のような機関の設立についても検討に値するであろう。その際には、調査権限の付与等問題解決能力を高めるための方策も必要であろう。

6 家族の会に対する支援

痴呆性老人の4分の3は在宅で生活しており、家族の役割は大変大きい。痴呆性老人を介護する家族が集まって家族会がつくられているケースが多いが、家族の孤立化を避ける意味で大変有意義である。行政では手の届かないきめの細やかな相談を実施したり、また、自宅を開放した託老所を実施しているところもある。

このたび、「呆け老人をかかえる家族の会」が社団法人として厚生大臣に許可されたが、従来の活動を踏まえて、より活発な活動を期待したい。家族の会の活動をより活性化するため行政としても必要な支援をすることが望まれる。例えば、家族の会が痴呆性老人を介護した経験を生かして行っている相談事業を安定的に実施するための支援策などを検討すべきである。

おわりに

地方公共団体の老人保健福祉計画の策定が終了し、地域における高齢者の保健福祉サービスの向上が期待されるが、計画を実現するためにも財源措置及びマンパワーの充実が求められる。老人保健福祉計画が出そうとともに、ゴールドプランも計画期間の半ばあまりが経過し、ゴールドプランの見直しが課題となっている。ゴールドプランを見直す際には、新しい財源措置を行うとともに、本報告書の考えを踏まえ、痴呆性老人対策を充実することを強く希望する。

また、現在、厚生省に高齢者介護対策本部が設置され、介護制度の検討が開始されているが、その中においても痴呆性老人対策の前進に寄与する対応がなされることを期待したい。

〔別紙1〕

痴呆性老人数の将来推計

| 区 分 | 65歳以上の痴呆性老人の数 | 65歳以上の人口に占める割合 |
|-------|------------------|----------------|
| 平成 2年 | 1, 0 0 9, 8 1 9人 | 6. 7 6% |
| 7年 | 1, 2 5 9, 2 3 3 | 6. 9 1 |
| 1 2年 | 1, 5 5 7, 7 2 5 | 7. 1 8 |
| 1 7年 | 1, 8 8 7, 5 9 7 | 7. 6 3 |
| 2 2年 | 2, 2 5 5, 5 1 9 | 8. 1 3 |
| 2 7年 | 2, 6 2 1, 6 4 7 | 8. 3 5 |
| 3 2年 | 2, 9 1 6, 3 6 6 | 8. 9 1 |
| 3 7年 | 3, 1 3 4, 6 2 7 | 9. 6 6 |
| 4 2年 | 3, 3 0 3, 8 0 1 | 1 0. 3 3 |
| 4 7年 | 3, 3 6 5, 2 7 9 | 1 0. 5 4 |
| 5 2年 | 3, 2 4 3, 0 6 0 | 9. 8 8 |
| 5 7年 | 3, 1 4 3, 4 4 3 | 9. 6 7 |

注）・推計は、国立精神・神経センター精神保健研究所 大塚俊男による。

▲在宅痴呆性老人数とその出現頻度（昭和60年全国）

| | 65～69歳 | 70～74 | 75～79 | 80～84 | 85歳以上 | 計 |
|----|--------------|--------------|---------------|----------------|----------------|---------------|
| 男性 | 1.6%(28,496) | 3.0%(45,108) | 5.3%(53,924) | 9.7%(52,598) | 16.7%(42,748) | 4.4%(222,874) |
| 女性 | 0.8%(19,299) | 2.5%(51,495) | 5.1%(75,272) | 11.8%(105,102) | 22.9%(121,203) | 5.1%(372,371) |
| 計 | 1.1%(47,795) | 2.7%(96,603) | 5.2%(129,196) | 11.0%(157,700) | 20.9%(163,951) | 4.8%(595,245) |

▲痴呆性老人の割合（65歳以上、昭和60年全国）

| | | 65～69歳 | 70～74 | 75～79 | 80～84 | 85歳以上 | 計 |
|-----------|----|------------|-----------|-----------|-----------|---------|------------|
| 全国65歳以上人口 | 男性 | 1,781,008人 | 1,503,595 | 1,017,428 | 542,243 | 255,975 | 5,100,249 |
| | 女性 | 2,412,411 | 2,059,802 | 1,475,915 | 890,694 | 529,272 | 7,368,094 |
| | 計 | 4,193,419 | 3,563,397 | 2,493,343 | 1,432,937 | 785,247 | 12,468,343 |
| 有病率 | 男性 | 2.1% | 4.0% | 7.2% | 12.9% | 22.2% | 5.8% |
| | 女性 | 1.1% | 3.3% | 7.0% | 15.6% | 29.8% | 6.7% |
| | 計 | 1.5% | 3.6% | 7.1% | 14.6% | 27.3% | 6.3% |

(参考) 平成2年現在の推計老人性痴呆疾患患者数

65歳以上老人性痴呆疾患患者数

| | |
|-----------|--------|
| 精神病院 | 3.3万人 |
| 老人病院 | 5.4万人 |
| 一般病院 | 6.0万人 |
| 老人保健施設 | 1.2万人 |
| 特別養護老人ホーム | 8.3万人 |
| 擁護老人ホーム | 1.3万人 |
| 小計 | 25.5万人 |
| 在宅 | 73.9万人 |
| 合計 | 99.4万人 |

〔別紙2〕

痴呆性老人対策の経緯

| | |
|-------------|---|
| 昭和38年 | 老人福祉法の制定 |
| 昭和52年 | 老人精神病棟の施設・設備整備事業を実施 |
| | 精神症状が強く入院治療を必要とする痴呆性老人等の受け入れ拡充 |
| 昭和55年3月6日 | 老人精神病棟に関する意見について（公衆衛生審議会） |
| 昭和57年 | 老人保健法の制定 |
| 昭和57年11月24日 | 老人精神保健対策に関する意見について（公衆衛生審議会） |
| | 老人の痴呆性疾患の患者に対する通院医療の充実、訪問指導の推進、相談窓口の設置、介護者への教育等、在宅ケア支援のための対策の推進、福祉関係機関等の密接な連携を求める。昭和57年度より老人精神衛生相談事業が始まる。 |
| 昭和59年 | 痴呆性老人処遇技術研修事業 |
| | 各都道府県・指定都市に痴呆性老人を多数処遇している特別養護老人ホームを、一県・市一か所、研修施設として指定し、管内施設の寮母等を対象に痴呆性老人の処遇に関する実践的研修を行う。 |
| 昭和61年 | 厚生省痴呆性老人対策推進本部の設置 |
| | 省外の有識者で構成する痴呆性老人対策専門委員会での議論を踏まえて検討。 |
| 昭和62年 | ・国立療養所におけるモデル事業開始 ・特別養護老人ホームの措置費における痴呆性老人加算の創設 |
| 昭和62年8月26日 | 厚生省痴呆性老人対策推進本部報告 |
| | 痴呆性老人対策については、調査研究の推進、発生子防対策の充実、在宅保健福祉対策、施設整備、その他の基盤整備を総合的に実施していくことが必要と指摘。 |
| 昭和63年 | ・老人性痴呆疾患治療病棟及び老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の創設 ・老人保健施設痴呆性老人加算承認施設の創設 |
| 昭和63年8月 | 痴呆性老人対策専門家会議提言 |

診断や処遇方針の策定と各種サービスの紹介等を一体的に行える専門的相談窓口の設置や夜間・休日における対応体制の整備、家族に対するケア教室の実施、施設の着実な整備等を求める提言。

- 平成元年 老人性痴呆疾患センターの創設
平成元年12月 高齢者保健福祉推進十年戦略（ゴールドプラン）の策定
平成2年6月 福祉8法の改正（在宅サービス、老人保健福祉計画の策定、措置権の町村への移譲等）
平成2年度 ①老人性痴呆疾患診断・治療マニュアル（医療機関用）、②痴呆性老人相談マニュアル（相談機関用）、③痴呆性老人ケアマニュアル（特別養護老人ホーム、老人保健施設、デイサービスセンター用）を作成
- 平成3年 ・老人性痴呆疾患療養病棟の創設
・老人保健施設痴呆専門棟の創設
- 平成4年 ・65歳未満の初老期痴呆患者が老人保健施設に入所可能となる。（平成3年の老人保健法等の改正）
・デイサービスセンター（E型）の創設

毎日でも受け入れが可能な痴呆性老人専用のデイサービスを実施

- 平成5年4月 福祉8法の改正のうち老人保健福祉計画と措置権の移譲の規定が施行される。
平成5年10月 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の作成

保健婦、看護婦、社会福祉士、介護福祉士等が痴呆性老人の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定するための基準

- 平成5年度 都道府県・市町村老人保健計画の策定

〔別紙3〕

痴呆性老人対策の概要

I 発生予防対策・啓発普及

- ① 健康づくり、生きがい対策
- ② 老人保健事業（健康教育、健康相談等）
- ③ 痴呆性老人問題シンポジウムの開催

II 相談体制の整備等（情報・相談・紹介ネットワークの構築）

- ① 老人性痴呆疾患センター
 - ・ 保健医療・福祉機関と連携を図りながら、老人性痴呆疾患患者等について、専門医療相談、鑑別診断・治療方針の選定、夜間・休日の救急対応、ケースワーク機能を行うほか、医療福祉サービスの情報を提供。
 - ・ 現在107ヶ所（平成6年度予算）
- ② 老人精神保健相談事業
 - ・ 保健所において、老人性痴呆疾患等に関する相談、指導等を実施。
- ③ 高齢者総合相談センター（シルバー110番）
 - ・ 高齢者及びその家族等の抱える保健、医療、福祉等に係る各種の心配ごと、悩みごとに対する相談に応じるセンター。
 - ・ 現在47ヶ所（平成6年度予算）
- ④ 在宅介護支援センター
 - ・ 在宅介護に関し、身近なところで専門家による介護の相談や指導が受けられ、市町村の窓口に行かなくても必要なサービスが受けられるよう調整する24時間体制のセンター。
 - ・ 平成5年度からモデルセンターにおいて、痴呆相談事業を充実。
 - ・ 現在2,400ヶ所（平成6年度予算）
- ⑤ 高齢者サービス総合調整推進事業
 - ・ 高齢者の多様なニーズに最も適切なサービスを提供するため、都道府県・指定都市に「高齢者サービス総合調整推進会議」、市町村に「高齢者サービス調整チーム」を設置して、保健・医療・福祉等の各種サービス提供の総合的推進体制の確立を図る。

III 在宅対策

- ① ホームヘルプサービス事業
 - ・ 身体上又は精神上の障害があって日常生活を営むのに支障がある老人の家庭に対してホームヘルパーを派遣し、介護、家事、相談、助言等を行う。
 - ・ 現在59,005人（平成6年度予算）
- ② ショートステイ事業
 - ・ 寝たきり老人等の介護に代わって、当該老人を一時的に特別養護老人ホーム等に入所させる。

・ ショートステイの一類型ナイトケア事業は、痴呆性老人の状態又は家族の事情により、夜間の介護が困難で必要と認められた人を、一時的に夜間のみ特別介護老人ホーム等で保護。

・ 現在24,274床（平成6年度予算）

③ デイサービス事業

・ 特別介護老人ホーム等に設置されるデイサービスセンターにおいて、日帰りで介護サービス（生活指導、日常動作訓練、入浴、給食等）を提供。

・ 平成4年度から、痴呆性老人対策を対象として、毎日受け入れ可能なタイプ（E型）を実施。

・ 現在5,180ヶ所（平成6年度予算）

④ デイ・ケア

・ 重度痴呆患者デイ・ケア料

精神症状及び行動異常が著しい痴呆患者の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的として行う。（病院及び診療所）

・ 精神科デイ・ケア料

精神障害者の社会生活機能回復のため、精神科医師の指示及び十分な指導、監督のもとに、一定の医療チームにより、通常の外来診療に併用して行われる。（病院及び診療所）

・ 老人デイ・ケア料

脳血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆のほか、脳の外相、代謝障害などさまざまな要因による痴呆等の精神症状を有する高齢者の心身機能の回復又は維持を図るため、個々に応じたプログラムに従ってグループごとに行う。（病院及び診療所）

・ 老人保健施設デイ・ケア施設療養費

通所者に対し、老人保健施設デイ・ケアによる施設療養を行ったときに算定する。

⑤ ナイト・ケア

・ 精神科ナイト・ケア料

精神障害者の社会生活機能回復のため、精神科医師の指示及び十分な指導、監督のもとに、一定の医療チームにより通常の外来診療に併用して夕方から行われる。

・ 老人保健施設ナイト・ケア

⑥ 痴呆性老人に対する訪問指導

痴呆性老人に対し、市町村保健婦等を訪問させて、本人及びその家族に対して必要な保健指導を行う。

⑦ 痴呆性老人に対する老人訪問看護療養費

・ かかりつけ医の指示に基づき、老人訪問看護ステーションから看護婦等が在宅の痴呆性老人を訪問し、看護サービスを行う。

・ 老人訪問看護ステーションの指定状況389ヶ所（平成6年3月現在）

⑧ 日常生活用具給付等事業

痴呆性老人徘徊感知機等。

⑨ 在宅医療

・ 痴呆患者在宅療養指導管理料

精神症状及び行動異常が著しい通院中の痴呆患者又はその家族等家庭で患者の看護に当たる者に対して、

適切な療養の方法及び看護の方法、行動異常等の発生及び症状の悪化への対処方法等の指導を行った場合に同一暦月に月1回に限り算定。

・ 精神科訪問看護指導料

入院中の患者以外の精神障害である患者又はその家族等に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健婦、看護婦等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合、週2回を限度として算定。

IV 施設処遇

① 精神病院

○ 老人性痴呆疾患治療病棟

・ 精神症状や問題行動の著しい老人性痴呆疾患患者に対し、短期集中的に治療を行う施設。

・ 64施設（平成5年7月1日現在）

○ 老人性痴呆疾患療養病棟

・ 精神症状や問題行動を有し、慢性期に至った老人性痴呆疾患患者に対し、長期的に治療を行う施設。

・ 20施設（平成5年7月1日現在）

○ 重度痴呆患者収容治療料

・ 精神症状及び行動異常が特に著しい痴呆患者を収容し、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的として行う看護、訓練、指導を行う。

・ 在宅の老人性痴呆疾患患者の生活機能回復のための訓練、指導等を行う施設。

・ 30施設（平成5年7月1日現在）

② 国立療養所老人性痴呆疾患治療・研修事業

・ 国立療養所において老人性痴呆疾患の治療及び医療従事者の研修を実施。

・ 現在8ヶ所（平成6年度予算）

③ 老人保健施設

・ 開設状況（平成4年10月現在）

施設数 661施設

定員 54,380床

・ 痴呆性老人については、行動制限を必要とする者や入院による治療を必要とする者は原則として対象とならず、痴呆のための日常生活の自立が困難で、その状態が継続すると認められる中高度以上の痴呆患者を対象。

○ 痴呆専門棟加算

・ 痴呆性老人のうち、不潔行為等の問題行為により、介護が相当程度必要と認められるものに対し、施設ケアの充実と介護家族の負担軽減を図るもの。

・ 16ヶ所（平成4年10月現在）

○ 痴呆性老人加算承認

・ 痴呆のため日常生活上の自立が困難であり、その状態が継続すると認められるものであって、痴呆の程度が中高度以上に該当する寝たきりの状態にない入所者に対し、集団的に適切な介護等を行うもの。

- ・ 現在180ヶ所（平成4年10月現在）

④ 特別養護老人ホーム

- ・ 開設状況（平成4年10月現在）
- ・ 施設数 2,576施設
定員 182,280床
- ・ 身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とする老人であって居宅において適切な介護を受けることが困難なものを入所させて、日常生活に必要なサービスを提供する施設。
- ・ 一定の割合以上の痴呆性老人を受け入れた場合には、一定額を措置費に加算。
- ・ 個室の整備や痴呆性老人の安全性に配慮した既存施設の改修工事等の施設整備を推進。

V 基盤づくり

① 介護学習・普及センター

- ・ 老人介護の実習等を通じて地域住民への介護知識、介護技術の普及を図るとともに、老人介護意識の啓発、福祉用具等の展示を行う。

② 職員の養成確保

- ・ 昭和62年度から臨床医、保健所技術職員、市町村保健婦等に対して、痴呆性老人に関する専門的な知識及び技術の研修を実施。
- ・ 平成3年度から内科開業医を対象とした地域における社会資源の活用、人権に配慮した処遇方針の決定等老人性痴呆疾患に係る一般研修を実施。
- ・ 昭和59年度から特別養護老人ホームにおける痴呆性老人処遇技術研修を実施。

VI 調査研究

① 長寿医療研究センター（仮称）の整備（国立療養所中部病院）

② 長寿科学総合研究（アルツハイマー型痴呆の病因、病態、治療に関する研究等）

③ 官民共同研究（ヒューマンサイエンス振興財団）

痴呆性老人対策に関する検討会の開催状況について

| | | |
|------|------------|--|
| 第1回 | 平成5年11月16日 | 検討会設置の経緯、痴呆の概要及び検討の進め方等についての説明、協議 |
| 第2回 | 12月13日 | 松原市での意見聴取、施設（水間病院）の見学 |
| 第3回 | 平成6年1月24日 | 有識者からの意見聴取 ・痴呆性老人のグループホームについて（医療法人久幸会今村病院、精神障害者社会復帰施設援護寮ニコニコ寮理事長 稲庭千弥子氏） ・家族の会を通じての痴呆性老人対策について（呆け老人をかかえる家族の会代表 高見国生氏） |
| 第4回 | 2月23日 | 有識者からの意見聴取 ・アルツハイマー型痴呆に関する研究の現状と課題について（厚生省大臣官房厚生科学課長 小野昭雄氏、国立療養所中部病院院長 井形昭弘氏） ・「すてっぷ」の概要と痴呆性老人の権利養護について（東京精神薄弱者・痴呆性高齢者権利養護センター室長 長谷川信氏） |
| 第5回 | 3月22日 | 有識者からの意見聴取 ・精神保健の立場からみた痴呆性老人対策について（厚生省保健医療局精神保健課長 平良専純氏） 新年度の痴呆性老人対策予算、4月1日改定診療報酬について説明 検討項目の整理 |
| 第6回 | 4月5日 | 痴呆性老人対策の具体的な対策について自由討議 |
| 第7回 | 4月26日 | 痴呆性老人対策の具体的な対策について自由討議 |
| 第8回 | 5月20日 | 有識者からの意見聴取 ・地域保健の制度改正と痴呆性老人対策について（厚生省健康政策局計画課長 伊藤雅治氏） ・痴呆支援のための地域サポートシステムづくりについて（平塚保健所保健婦 栗城佳司子氏） ・痴呆性老人の将来推計について（国立精神・神経センター精神保健研究所 大塚俊男氏） |
| 第9回 | 5月31日 | 有識者からの意見聴取 ・痴呆性老人のための通所ケアの実際について（東京弘済園弘済ケアセンター所長 橋本泰子氏） 報告書（素案）の検討 |
| 第10回 | 6月14日 | 報告書（案）の検討 |
| 第11回 | 6月28日 | 報告書の決定 |

地域保健対策強化のため関係法律の整備に関する法律案要綱

第一 改正の趣旨

急激な人口の高齢化、疾病構造の変化等に対応した地域保健対策を総合的に推進し、その強化を図るために、地方公共団体及び国の責務の明確化、地域保健対策の推進に関する基本指針及び人材確保支援計画の策定、保健所及び市町村保健センターに関する規定の整備等の措置を講ずるとともに、母子保健事業の実施、診療所の開設届出の受理等の地方公共団体の地域保健対策に係る事務の再編その他所要の措置を講ずること。

第二 保健所法の一部改正の要点

一 法律の題名及び総則に関する事項

- 1 法律の題名を「地域保健法」に改めること。
- 2 この法律の目的を、地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所の設置その他地域保健対策の推進に関し基本となる事項を定めることにより、母子保健法その他の地域保健対策に関する法律による対策が地域において総合的に推進されることを確保し、もって地域住民の健康の保持及び増進に寄与することとする。 (地域保健法第一条関係)
- 3 地域住民の健康の保持及び増進を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、我が国における急速な高齢化の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に的確に対応することができるように、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念とすること。 (地域保健法2条関係)
- 4 次の事項を国及び地方公共団体の責務とすること。 (地域保健法第3条関係)
 - (1) 市町村(特別区を含む。以下同じ。)は、当該市町村が行う地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上に努めなければならないこと。
 - (2) 都道府県は、当該都道府県が行う地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上、調査及び研究等に努めるとともに、市町村に対し、(1)の責務が十分に果たされるように、その求めに応じ、必要な技術的援助を与えることに努めなければならないこと。
 - (3) 国は、地域保健に関する情報の収集、整理及び活用並びに調査及び研究並びに地域保健対策に係る人材の養成及び資質の向上に努めるとともに、市町村及び都道府県に対し、(1)及び(2)の責務が十分に果たされるように必要な技術的及び財政的援助を与えることに努めなければならないこと。

二 地域保健対策の推進に関する基本指針に関する事項

- 1 厚生大臣は、地域保健対策の推進に関する基本指針を定めなければならないものとする。 (地域保健法第4条第1項関係)
- 2 基本指針は、次に掲げる事項について定めるものとする。 (地域保健法第4条第2項関係)
 - (1) 地域保健対策の推進の基本的な方向
 - (2) 保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項
 - (3) 地域保健対策に係る人材の確保及び資質の向上並びに五の1の人材確保支援計画の策定に関する

基本的事項

- (4) 地域保健に関する調査及び研究に関する基本的事項
- (5) 社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項
- (6) その他地域保健対策の推進に関する重要事項

3 厚生大臣は、基本指針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、公衆衛生審議会の意見を聴かなければならないものとする。 (地域保健法第4条第3項関係)

三 保健所に関する事項

- 1 都道府県は、保健所を設置する場合には、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、医療法第30条の3第2項第1号に規定する区域、老人福祉法第20条の9第2項に規定する区域及び老人保健法第46条の19第2項に規定する区域を参酌して、保健所の所管区域を設定しなければならないものとする。 (地域保健法第5条第2項関係)
- 2 保健所の事業として新たに、医事及び薬事に関する事項並びに治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項等を加えるとともに、事業の対象としてエイズを明示すること。 (地域保健法第6条関係)
- 3 保健所は、新たに、地域住民の健康の保持及び増進を図るため必要があるときは、次に掲げる事業を行うことができるものとする。 (地域保健法第7条関係)
 - (1) 所管区域に係る地域保健に関する情報を収集し、整理し、及び活用すること。
 - (2) 所管区域に係る地域保健に関する調査及び研究を行うこと。
- 4 都道府県は、設置する保健所は、2又は3に定めるもののほか、所管区域内の市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助を行うことができるものとする。 (地域保健法第8条関係)
- 5 運営協議会について、地方公共団体が任意に設置できるものとする。 (地域保健法第11条関係)
- 6 厚生大臣は、保健所を設置する地方公共団体に対し、保健所の設置及び運営に関し適切と認める技術的助言又は勧告をすることができるものとする。 (地域保健法第16条関係)
- 7 保健所運営費交付金に係る規定を削除すること。

四 市町村保健センターに関する事項

- 1 市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導、健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設とし、市町村が設置することができるものとする。 (地域保健法第18条関係)
- 2 国は、予算の範囲内において、市町村に対し、市町村保健センターの設置に要する費用の一部を補助することができるものとする。 (地域保健法第19条関係)
- 3 国は、五の1の町村が市町村保健センターを整備しようとするときは、その整備が円滑に実施されるよう適切な配慮をするものとする。 (地域保健法第20条関係)

五 地域保健対策に係る人材確保の支援に関する計画に関する事項

- 1 都道府県は、当分の間、基本指針に即して、政令で定めるところにより、地域保健対策の実施に当たり特にその人材確保を支援する必要がある町村について、町村の申出に基づき、地域保健対策を円滑に実施するための人材確保支援計画を定めることができるものとする。 (地域保健法第21条第1

項関係)

- 2 人材確保支援計画は、次に掲げる事項について定めるものとする。 (地域保健法第21条第2項関係)
 - (1) 人材確保支援計画の対象となる町村 (以下「特定町村」という。)
 - (2) 特定町村の地域保健対策を円滑に実施するための人材の確保又は資質の向上の基本的方針に関する事項
 - (3) 都道府県が実施する特定町村の地域保健対策を円滑に実施するため人材の確保又は資質の向上に資する事業の内容に関する事項
 - (4) その他特定町村の地域保健対策を円滑に実施するための人材の確保又は資質の向上に関し都道府県が必要と認める事項
- 3 国は、政令で定めるところにより、予算の範囲内において、人材確保支援計画に定められた2の3の事業を実施する都道府県に対し、当該事業に要する費用の一部を補助することができるものとする。 (地域保健法第22条第1項関係)
- 4 国は、3に規定するもののほか、人材確保支援計画を定めた都道府県が、当該人材確保支援計画に定められた事業を実施しようとするときは、当該事業が円滑に実施されるように必要な助言、指導その他の援助の実施に努めるものとする。 (地域保健法第22条第2項関係)

第三 母子保健法の一部改正の要点

一 総則に関する事項

- 1 都道府県は、この法律の規定により市町村が行う母子保健に関する事業の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、その設置する保健所による技術的事項についての指導、助言その他当該市町村に対する必要な技術的援助を行うものとする。 (母子保健法第8条関係)
- 2 市町村は、母子保健事業の一部について、病院若しくは診療所又は医師、助産婦その他適当と認められる者に対し、その実施を委託することができるものとする。 (母子保健法第8条の2関係)
- 3 都道府県及び市町村は、母子保健事業の実施に当たっては、学校保健法、児童福祉法その他の法令に基づく母性及び児童の保健及び福祉に関する事業との連携等に努めなければならないものとする。 (母子保健法第8条の3関係)

二 母子保健の向上に関する措置に関する事項

- 1 妊娠、出産又は育児に関する保健指導、3歳児に対する健康診査その他の健康診査について、都道府県から市町村へ移譲すること。 (母子保健法第10条、第12条及び第13条関係)
- 2 妊娠、出産又は育児に関する保健指導を行う対象に、妊産婦の配偶者を加えること。 (母子保健法第10条関係)
- 3 1歳6か月児に対する健康診査を市町村の事務として法定化すること。 (母子保健法第12条第1号関係)
- 4 新生児又は妊産婦に対する訪問指導等の実施について、都道府県知事から市町村長へ移譲すること。 (母子保健法第11条及び第17条関係)
- 5 市町村が行う1歳6か月児及び3歳児に対する健康診査に要する費用は、当該市町村の支弁とし、都道府県及び国がその3分の1をそれぞれ負担するものとする。 (母子保健法第21条、第21条の2

及び第21条の3関係)

三 国及び地方公共団体の責務に関する事項

- 1 国及び地方公共団体は、妊産婦並びに乳児及び幼児の心身の特性に応じた高度の医療が適切に提供されるよう、必要な医療施設の整備に努めなければならないとする。 (母子保健法第20条の2関係)
- 2 国は、乳児及び幼児の障害の予防のための研究その他母性並びに乳児及び幼児の健康の保持増進のための必要な調査研究の推進に努めなければならないとする。 (母子保健法第20条の3関係)

第四 児童福祉法の一部改正の要点

- 一 保健所の業務として、疾病により長期にわたり療養を必要とする児童の療育についての指導を加えること。 (児童福祉法第18条の3関係)
- 2 保健所長は、疾病により長期にわたり療養を必要とする児童につき、診査を行い、又は相談に応じ、必要な療育の指導を行うことができるものとする。 (児童福祉法第19条関係)

第五 栄養改善法の一部改正の要点

- 一 栄養改善に関する事項についての相談及び栄養指導 (特に専門的な知識及び技術を必要とするものを除く。)の実施について、都道府県から市町村へ移譲すること (栄養改善法第8条及び第8条の2関係)
- 二 都道府県は、一により市町村が行う業務の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、その設置する保健所による技術的事項についての協力その他当該市町村に対する必要な援助を行うものとする。 (栄養改善法第8条の2関係)

第六 医療法の一部改正の要点

診療所及び助産所の開設の許可、届出の受理その他の監督権限を都道府県知事から保健所を設置する市の市長及び特別区の区長へ移譲すること。

第七 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律の一部改正の要点

施術所の開設の届出の受理その他の監督権限を都道府県知事から保健所を設置する市の市長及び特別区の区長へ移譲すること。

第八 歯科技工士法の一部改正の要点

歯科技工所の開設の届出の受理その他の監督権限を都道府県知事から保健所を設置する市の市長及び特別区の区長へ移譲すること。

第九 臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律の一部改正の要点

衛生検査所の登録その他の監督権限を都道府県知事から保健所を設置する市の市長及び特別区の区長へ移譲すること。

第十 柔道整復師法の一部改正の要点

施術所の開設の届出の受理その他の監督権限を都道府県知事から保健所を設置する市の市長及び特別区の区長へ移譲すること。

第十一 薬事法の一部改正の要点

- 一 医薬品の一般販売業 (卸売一般販売業を除く。)及び特例販売業に関する許可その他の監督権限を都道府県知事から保健所を設置する市の市長及び特別区の区長へ移譲すること。
- 二 保健所を設置する市及び特別区に薬事監視員を置くこと。

第十二 伝染病予防法の一部改正の要点

- 一 伝染病に汚染した家等の交通遮断及び病毒感染の疑いがある者を隔離する権限等について、都道府県から保健所を設置する市へ移譲すること。
- 二 伝染病が保健所を設置する市と他の市町村との区域にわたり流行した場合等においては、一にかかわらず都道府県知事が検疫等の事務を行うことができるものとする。

第十三 優生保護法の一部改正の要点

優生保護相談所の設置の認可の権限について、厚生大臣から都道府県知事、保健所を設置する市の市長及び特別区の区長へ移譲すること

第十四 その他

- 一 第二から第十三までに掲げる事項のほか、関係法律について所要の改正を行うものとする。
- 二 この法律は、公布の日から施行するものとする。ただし、第二の三（七を除く。）、第三（第三の三を除く。）から第十三までについては、平成9年4月1日から施行するものとする。等。（附則第1条関係）
- 三 この法律の施行に関し必要な経過措置を定めるとともに、関係法律について所要の規定の整備を行うものとする。等。（附則第二条から第四十一条まで関係）

当面の精神保健対策について（意見）

〔平成6年8月10日 厚生大臣 井出 正一殿〕
〔公衆衛生審議会 会長 石丸隆治〕

精神保健法については、昨年6月、精神障害者の社会復帰の促進と適正な医療及び保護を行う観点から、その一部が改正され、大都市特例に係る部分を除き本年4月1日から施行されている。

また、昨年12月には、心身障害者対策基本法が改正されて障害者基本法が成立し、精神障害者がこの法律の対象として明確に位置づけられることとなった。

これらの法律改正等を通じて、精神障害者の社会復帰対策等について一定の進展が図られてきているが、他方、早急に取り組まなければならない課題もなお多く残されている。

このため、本審議会においては、平成6年3月以降こうした諸課題について検討を行い、当面の精神保健対策の方向と具体的施策について、下記のとおり取りまとめたので意見具申する。政府においては、本意見書の趣旨に沿って、今後、所要の措置を講ずる必要がある。

記

1 当面の施策の方向

精神障害者については、他の障害者に比べ社会的な偏見が存在するなど、ノーマライゼーションの実現に至る道のりには、なお多くの課題が残されている。こうした課題を解決していくためには、国民に対する精神障害者に関する正しい理解について啓発普及を進めるとともに、国や都道府県のみならず、市町村、保健医療関係団体、保険者、企業、諸団体、地域住民等あらゆる関係者が、精神障害者を取り巻く諸問題を理解し、積極的に精神障害者の社会復帰・社会参加を支援していく必要がある。

このためには、当面、以下の分野について施策を総合的に推進していく必要がある。

第1は精神障害者の社会復帰対策の推進である。社会復帰施設等の精神障害者の社会復帰対策は、その歴史が浅いこと等により十分な水準に達しているとはいえない状況である。このため、今後、社会復帰施設やグループホーム事業等の計画的かつ積極的な推進を図るとともに、精神障害者に対する社会復帰対策の充実について検討していく必要がある。

第2は、地域におけるより良い精神医療の確保である。精神医療においては、通院医療の普及は見られるものの、基本的には病院に収容して医療と保護を行うことが中心となっている。今後の精神医療は、精神障害者の社会復帰・社会参加を促進する観点から、地域において社会復帰施設等との連携を図りつつ、より良い医療を目指していく必要がある。

第3は、緊急時にも適切な精神医療が受けられる体制の整備である。精神障害者の在宅生活を支援し、地域の中で安心して暮らしていけるようにするためには、現行の救急医療対策では必ずしも十分な対応が行われていない精神科の救急医療対策について、その整備が必要である。

第4は、地域精神保健対策等を進めるに当たっての広い意味での予防対策や社会復帰の基盤の整備の推進である。精神障害者に対する社会復帰の支援や日常生活上の助言等を行うとともに、地域住民に対する相談等に応ずるため、精神保健センターや保健所等における地域精神保健対策を推進する必要がある。また、併せて、企業や保険者による地域精神保健対策への取組みを進める必要がある。

さらに、このような従来、国、都道府県による入院医療を中心とした施策に加え、国、都道府県、市町村、保健医療関係団体、保険者、企業、諸団体、地域住民等のそれぞれが主体となって、社会復帰対策、地域における質の高い精神医療、緊急時の医療体制、地域精神保健対策等を柱とする総合的な施策を推進していく必要がある。そのような施策の展開の一環として、精神医療における従来の公費負担の在り方についても見直しを行うとともに、併せてこれまで十分進んでいなかった精神障害者の社会復帰対策等について一層の充実が図られるよう配慮する必要がある。

また、昨年の障害者基本法の成立により、国、都道府県及び市町村の障害者施策に関する計画策定の規定が設けられたが、こうした計画の中においても精神障害者対策が適切に位置付けられる必要がある。

2 具体的施策

(1) 社会復帰対策

精神障害者の社会復帰を促進し、地域における生活を支援していくため、以下の対策を講じていく必要がある。

ア 精神障害者の社会復帰施設やグループホーム事業等については、精神保健法施行後約6年を経過しているにもかかわらず、なお、未設置の府県があることなどを踏まえ、政府及び地方公共団体が十分な連携を確保しつつ、中長期的な観点に立って、精神障害者の社会復帰を促進するため、社会復帰施設等について計画的かつ積極的な整備・普及を進めること。

イ 精神障害者の社会復帰を促進するため、社会復帰促進に有効な技術等の研究開発を推進すること。平成5年の精神保健法の改正において設けられた精神障害者社会復帰促進センターに対し、精神障害者の社会復帰を促進するための啓発広報や訓練、指導に関する研究開発、研修等の業務が円滑に行われるよう支援の充実を図ること。

ウ 都道府県や市町村において地域の実情に応じて実施されている在宅の精神障害者の生活訓練、地域

住民との交流、家族に対する相談等自治体の自主的な取組みについて、精神障害者の社会復帰を促進するため、その積極的な支援、育成を進めること。

エ 社会復帰施設の職員の研修やボランティア活動の振興など、精神障害者の社会復帰を促進していくためのマンパワーの養成、確保を進めていくこと。

オ 社会復帰対策の推進のためには、施策の対象者が明らかになる仕組みが必要であり、身体障害者や精神薄弱者の福祉制度においては手帳制度が設けられているが、精神障害者については税制上の適用に関する証明書を除きこのような仕組みは設けられていない。精神障害者の社会復帰を促進する観点から、社会復帰施策の対象であることを証明する仕組みの在り方について検討すること。その際、証明は申請に基づくものとするとともに、プライバシーへの配慮についても十分検討すること

カ 通院患者リハビリテーション事業の充実を図ることと併せて、就労後の適切なフォローアップなど効果的な支援方策について検討すること。また、地域における精神障害者のための社会資源として活用可能な施設等を調査し、その情報を住民に還元すること。

キ 精神障害者の社会復帰の過程においては、様々な生活上の支援が必要であることから、関係機関の連携等その対応の在り方について検討すること。

(2) 医療対策

精神医療については、精神障害者の人権に配慮した適切な医療の確保とともに、地域におけるより良い医療を目指していくため、以下の対策を講じていく必要がある。

ア 入院医療に関し、精神病院の病棟構造を近代化し、病状に応じてできる限り開放的な環境で治療が受けられるような基盤を整備すること。

イ 精神障害者に対する適切な治療と社会復帰を進めるため、通院医療やデイケア事業の推進を図るとともに、医療機関における社会復帰指導の推進や医療機関と社会復帰施設との連携を図ること。

ウ 精神医療におけるチーム医療を充実するため、臨床心理技術者や精神科ソーシャルワーカーの資格制度の創設について検討すること。

エ 入院中などの精神障害者が身体合併症を併発した場合には、精神病院内で対応できないこともあるため、関係者の協力を得て一般病院等で治療が行える体制を地域において確保すること。

オ 今後、顕著な増加が見込まれる老人性痴呆疾患について、適切な精神医療が提供できる体制を確保すること。併せて、精神医療施設における機能分化を図り、急性期、慢性期それぞれのニーズに応じて、また、老人性痴呆疾患のほか、アルコール依存症、児童・思春期精神障害等、疾患特性に応じた適切な医療を行えるような体制について検討していくこと。

カ 精神医療の公費負担制度について、現行制度発足当時に比べ医療保険の給付率の充実、精神障害者に関する理解や社会復帰の進展、薬物療法等の治療技術の進歩など精神医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、公的医療保険制度の基盤の上に公費による負担を組み合わせた仕組みとすること。

その際、国民健康保険等影響の大きい保険者の負担の問題に配慮するとともに、精神障害者の社会復帰対策等の一層の充実を図り、併せて患者負担の軽減について検討すること。

(3) 緊急時の医療体制

現行の一般救急医療対策は、主として身体疾患に対する医療体制を確保する観点から整備されており、必ずしも精神疾患に十分対応できるシステムにはなっていない。緊急時の精神医療体制の確保を図るた

め、以下の対策を講じていく必要がある。

ア 精神医療においても、他の疾患に関する救急医療対策と同様、地域において緊急を要する症状等が生じた場合に、迅速かつ適切な医学的対応が可能な体制を構築すること。

イ 応急入院指定病院の指定に当たっては頭部コンピューター断層撮影装置(CT)の設置が要件とされているが、医療機器の共同利用等近隣の医療機関との連携によって対応が可能な場合もあることから、応急入院指定病院を指定する際の設備要件の見直しについて検討すること。

(4) 地域精神保健対策等

精神障害者の社会復帰を促進していくためには、本年6月に成立した地域保健法等も踏まえ、保健所等における広い意味での予防や社会復帰の基盤となる地域精神保健対策等の推進が必要である。このため、以下の対策を講じていく必要がある。

ア 精神保健センターや保健所において、こころの健康相談、思春期精神保健、アルコール関連問題等に関する相談や、精神障害者及びその家族に対する日常生活自立、就労援助等のためのきめ細かな支援を進めること。

イ 企業や保険者による職場におけるストレス対策やアルコール関連問題対策などの精神保健活動に関し、その進め方や精神科医の関与の在り方等職域の精神保健対策について検討すること。

ウ 社会復帰に関係する各機関の相互連携を確保するため、社会復帰推進のため連絡協議の場の設置について検討すること。地域精神保健対策を進める上での市町村に期待される役割や市町村と他の機関との連携の在り方等について検討すること。

3 おわりに

精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療を確保するとともに、精神障害者の社会復帰の促進を図り、併せて、国民の精神的健康の保持・増進を図ることを基本理念とする精神保健法が、昭和63年7月に施行されて以来、今日まで約6年が経過したが、この間、関係者の努力により同法に基づく各種の施策が展開されてきた。また、このような施策の展開によって「精神病院から社会復帰施設へ」という施策の流れが形成され、さらに、昨年の精神保健法の改正により「社会復帰施設から地域社会へ」という新しい流れが形成されつつある。

しかしながら、このような施策の流れは未だ緒についたばかりであり、精神障害者に対する社会的偏見が除去され、精神障害者が社会の様々な分野に参加する真のノーマライゼーションを実現するためには、なお多くの課題が残されている。特に、最終的に就労をめざすという視点からの社会復帰対策のみでなく、地域の中での生活を支援していく視点からのいわゆる「福祉対策」については、その歴史が浅いこと等の理由から他の障害者施策に比べて十分でないという指摘がある。このため、精神障害者に対する「福祉対策」については、さらに専門的観点から研究を行う必要がある。

事務局だより

1 平成6年度の総会は、10月28日(金)に第42回精神保健全国大会の開催が予定されていますので、その前日の10月27日(木)岡山市において開催する予定です。

何卒万障お繰り合わせのうえご参集の程お願い申し上げます。

2 事務局では、皆様からの本協議会の運営に関連する興味ある事例等の投稿をお待ちしています。

平成6年10月 発行

編集・発行 大塚俊男

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

全国精神保健連絡協議会



抗うつ剤 (劇指要指)

デジレル[®]錠 25・50

塩酸トラゾドン Desyrel[®]Tablets

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は添付文書をご覧ください。

Upjohn

資料請求先
日本アップジョン株式会社 医薬情報部
東京都新宿区西新宿2-6-1



[禁煙]が[医療]になりました

ニコレットは日本で初めての医療用禁煙補助剤です。

特徴

- ①ニコチンを含有するガム製剤で、たばこ煙中の有害物質であるタール・一酸化炭素などを含有しない。
- ②ニコレット投与によるニコチンの吸収は喫煙時に比べて穏やかである。
- ③禁煙時にあらわれる離脱症状の発現を抑制する。
- ④プラセボガムを対照とした臨床試験で禁煙率を指標とした有効性が認められた。
- ⑤禁煙指導との併用により高い臨床効果(禁煙率・有効性)を示す。

【効能・効果】

循環器・呼吸器・消化器疾患などを基礎疾患に持ち、医師により禁煙が必要と診断された喫煙者が医師の指導の下に行う禁煙の補助

【用法・用量】

喫煙欲求が生じた時、本剤1回1個をゆっくりと間をおきながら約30分間咀嚼する。通常、1日6～12個の投与より始めて1日の総投与量を次第に減らし、1日1～2個となった段階で投与を終了する。初期使用量は喫煙の状況により適宜増減するが、1日30個を限度とする。投与中は2～4週ごと又はそれ以下の間隔で禁煙の進行状況を検討し、本剤の継続投与の必要性を判断しながら、通常3ヵ月をめどに投与を行なうが、6ヵ月を超えて投与しないこと。

【使用上の注意】

1. 一般の注意

- (1)本剤は、医師等による適切な禁煙計画・指導の補助として用いること。(2)本剤は禁煙意志があり、循環器・呼吸器・消化器疾患等を基礎疾患に持つ患者であって、禁煙の困難な喫煙者に用いること。(3)本剤の投与開始にあたって、本剤の使用に関する説明書を患者に与えること。(4)本剤服用中あるいは服用直後には喫煙させないこと。

2. 次の患者には投与しないこと。

- (1)非喫煙者 (2)妊婦 (3)心筋梗塞発症直後の患者 (4)重篤な狭心症の患者 (5)重篤な不整脈の患者 (6)側頭下顎関節疾患の患者

3. 次の患者には慎重に投与すること

- (1)甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、インシュリン依存性糖尿病の患者 (2)高血圧、血管攣縮性疾患の患者 (3)口内炎、咽頭炎の患者 (4)食道炎、消化性潰瘍などの消化器系疾患のある患者 (5)狭心症、心筋梗塞のある患者 (6)義歯等の歯科的処置が施された患者

4. 相互作用

禁煙により、次の医薬品では、喫煙時の薬剤に対する反応性が変化し、作用が増強する可能性がある。また、ニコチンは血中コルチゾール、カテコールアミンの量を増加させるので、アドレナリン作動薬・遮断薬は喫煙状況により調節

が必要である(フェナセチン、カフェイン、テオフィリン、イミプラミン、ペンタゾシン、フロセミド、プロプラノロール)。

5. 副作用

(1)口腔 口内・咽頭刺激感、ときに咽頭痛、口内炎、舌の荒れ、味覚倒錯等があらわれることがある。(2)消化器 嘔気、ときに腹部不快感、しゃっくり、胸やけ、食欲不振、下痢、おくび等があらわれることがある。(3)中枢神経系 ときに頭痛、めまい等があらわれることがある。(4)その他 ときに動悸、胸部不快感、胸部刺激感、皮疹、顔面紅潮、顔面浮腫、気分不良、思考減退、眠気があらわれることがある。

※その他の使用上の注意については、製品添付文書をご参照下さい。

◎カビファルマシア登録商標

禁煙補助剤

新発売

ニコレット®
NICORETTE®

ニコチン製剤

[薬価基準適用外]

製造発売元

マリオン・メル・ダウ株式会社

〒530 大阪市北区中之島6丁目2番40号

[資料請求先] **マリオン・メル・ダウ株式会社 マーケティング**

〒530 大阪市北区中之島6丁目2番40号