

全国精神保健福祉連絡協議会

会 報

平成17年4月

会報48号

目 次

巻頭言	2
平成17年度精神保健福祉施設関係予算の概要 (厚生労働関係部局長会議資料から抜粋)	3
平成17年1月19日(水)厚生労働省において厚生労働関係部局長会議が開催され、平成17年度精神保健福祉施設関係予算等について説明があった。ここには、精神保健福祉施設関係の予算等の資料を参考に供します。	
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」	6
精神保健福祉法等の改正の概要	20
障害者自立支援法案の概要	22

巻 頭 言

厚生労働省から平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が、また、同年10月に「今後の障害保健福祉施策の改革のグランドデザイン案」が発表され、これらを踏まえて、本年2月に精神保健福祉法の改正を含む障害者自立支援法案が今国会に提出されました。

改革ビジョンでは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策を進めるため、当面の精神医療改革の重点施策として、入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保、患者への情報提供と精神医療の透明性の向上等に取り組むことが提示されています。

これらを受けて、①精神医療審査会や措置入院、医療保護入院に係る定期病状報告の見直し、改善命令等に従わない精神病院に関する公表制度等の導入等精神病院等に対する指導監督体制の見直し、②精神科救急医療体制の確立に向けた法的整備、任意入院患者に関する病状報告制度の導入、市町村における相談体制の強化等精神障害者の適切な地域医療等の確保等を精神保健福祉法の改正や省令、告示の改正の中で行う、との考えが厚生労働省から示されています。

この精神保健福祉法等の改正とともに、精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の精神病床の機能分化や地域医療体制の整備が図られて、我が国の精神医療の改革が進められることを期待しています。

また、障害者自立支援法案は、障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、身体障害者、知的障害者や精神障害者に対し共通の制度の下で一元的に障害福祉サービスを提供する仕組みが創設されています。

精神障害者に対する社会復帰施策や福祉施策については、これまで精神保健福祉法の改正等によりその充実が図られてきましたが、必ずしも十分でなく、さまざまな課題があります。障害者自立支援法案では、障害種別に関わりない共通の障害福祉サービス等が行われることになっており、精神障害者に対しても身体障害者や知的障害者と同じように福祉施策の充実が期待されますし、これまで課題となっていた居住支援や就労支援についての体系が強化されていること、障害福祉サービスの費用について、在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改められていること等は極めて重要と考えます。

これらの法案については、いろいろなご意見やご指摘もあると思いますが、新たな改革を進める良い機会ですので、関係者で新たな制度や今後の精神保健医療福祉施策の進め方等についての議論が活発に行われることを期待します。

全国精神保健福祉連絡協議会・会長 上田茂

平成17年度精神保健福祉施策等関係予算の概要

	16年度予算	17年度予算案
	〈89,400〉	〈106,332〉
	98,431百万円	→ 114,218百万円
	注：〈 〉は、精神保健福祉課計上分を再掲	
在宅福祉サービス及び精神障害者社会復帰施設の充実、良質かつ適正な精神医療の効率的な提供等により、精神保健医療福祉対策の充実向上を図る。		
また、心神喪失者等医療観察法の施行に伴う、指定医療機関の運営、医療従事者等の人材の養成等に必要		
な所要額を確保する。	〈3,013〉	〈4,086〉
1. 在宅福祉サービスの充実等	3,013百万円	→ 4,086百万円
(1) 精神障害者居宅生活支援事業の充実	2,995百万円	→ 4,070百万円
・精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）	883百万円	→ 1,786百万円
・精神障害者短期入所事業（ショートステイ）	143百万円	→ 136百万円
・精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）	1,969百万円	→ 2,148百万円
	（注）平成18年1月の負担金化に伴う11ヵ月予算	
(2) 精神障害者訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修事業の実施	17百万円	→ 16百万円
	〈18,940〉	〈20,086〉
2. 精神障害者社会復帰施設の充実	18,940百万円	→ 20,086百万円
(1) 精神障害者生活訓練施設（授産寮）	6,360百万円	→ 6,615百万円
(2) 精神障害者福祉ホーム	993百万円	→ 1,099百万円
(3) 精神障害者（入所・通所）授産施設	5,298百万円	→ 5,563百万円
(4) 精神障害者小規模通所授産施設	1,328百万円	→ 1,643百万円
(5) 精神障害者福祉工場	338百万円	→ 338百万円
(6) 精神障害者地域生活支援センター	4,623百万円	→ 4,827百万円
	〈351〉	〈667〉
3. 地域精神保健福祉施策等の推進	1,163百万円	→ 1,578百万円
(1) 地域精神保健福祉特別対策	96百万円	→ 397百万円
①社会的入院解消のための退院促進支援事業	63百万円	→ 162百万円
精神病院に入院している精神障害者のうち、退院訓練を行うことにより退院が可能な者に対し、活動の場を与え、精神障害者の自立を促進し、社会的入院の解消に資する事業。		
②こころの健康づくり対策事業	33百万円	→ 105百万円

地域に住民が抱える、うつ、ストレス、不眠等のこころの健康問題に関する知識や技術を習得させるための研修会、思春期児童及びPTSDの専門家養成研修等を実施するとともに、地域における自殺予防対策の強化を図る。		
③精神科救急特別対策事業（新規）	0百万円 → 130百万円	
救急患者対策として、24時間、365日、地域の拠点となる病院（精神科救急医療センター）を整備し、急性期に集中的な手厚い医療を提供することにより、患者の早期退院を図る。		
(2) 精神障害者社会復帰施設等実態調査事業（新規）	0百万円 → 67百万円	
社会復帰施設等における報酬体系・利用者負担体系について、平成18年度を目途に見直すこととしており、そのための基礎資料を得ることを目的として、施設等の実態調査を実施。		
(3) 自殺予防対策の推進（一部重複計上）	640百万円 → 855百万円	
・地域精神保健指導者（こころの健康問題）の研修	4百万円 → 4百万円	
職場、地域における自殺の実態、原因、予防対策等に係る調査研究、相談・啓発活動の強化を図るとともに、適切な対応のための知識や対応技術及び地域における自殺予防対策推進方策等を習得させるための指導者研修を行う事業。		
(4) その他	427百万円 → 331百万円	
①精神保健福祉センター特定相談等事業費（運営費）		
地域における精神保健福祉対策の総合的技術センターとして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、知識の普及及び相談指導等を行う事業。		
②高次脳機能障害支援モデル事業		
地方自治体と国立身体障害者リハビリテーションセンターの連携を図りつつ、地域の関係機関の連携の下に各種の制度を活用したサービス提供を試行的に行い支援体制の確立を図る事業。		
③精神障害者社会復帰促進事業等		
精神障害者の社会復帰等に関する調査研究を行うとともに、社会復帰施設職員等に対する研修を行う事業。		
④精神障害者手帳交付事業		
・メニュー事業（障害者自立支援・社会参加総合推進事業）		
	<66,130>	<72,599>
4. 良質かつ適切な精神医療等の効率的な提供	66,130百万円 → 72,599百万円	
(1) 精神医療費の公費負担	53,267百万円 → 60,138百万円	
措置入院費、通院医療費、医療保護入院費に係る公費負担。		
(2) 精神科救急医療システム整備事業（重複計上）	1,785百万円 → 1,670百万円	
精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するため、緊急時における保護・治療を行う救急医療のシステム体制や精神科初期救急医療輪番システムを整備。		
(3) 更生医療・育成医療の給付	11,078百万円 → 10,791百万円	
身体障害者及び身体に障害のある児童等のハンディキャップを除去、軽減するために必要な医療費の給付。		

	<783>	<783>
5. 就労支援の推進	1,600百万円 → 2,208百万円	
(1) 精神障害者小規模作業所運営費助成事業	783百万円 → 783百万円	
(2) 小規模作業所への支援の充実強化事業（仮称）	0百万円 → 353百万円	
自立支援・就労支援等の機能の向上を図りつつ新たな施設類型への移行等を図るため、小規模作業所への支援を強化し、地域での障害者の就労支援を促進を図るための経費。		
(3) 施設外授産の活用による就職促進事業		
障害者が企業等の事業所において授産活動を行い、当該企業等との連携を深め、一般就労が可能な者及び一般就労を希望する者について、授産活動終了後における企業等への就業を促進する経費。		
・メニュー事業（障害者自立支援・社会参加総合推進事業）		
(4) 障害者就業・生活支援センター事業	817百万円 → 1,023百万円	
(5) 重度障害者在宅就労促進特別事業（バーチャル工房支援事業）（仮称）	0百万円 → 50百万円	
在宅の障害者に対して情報機器やインターネットを活用するための能力開発に加え、情報機器を用いて在宅での就労に向けた支援等を行う在宅就労支援事業（バーチャル工房）に対する補助を行う事業。		
	<143>	<7,965>
6. 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に関する医療体制の整備	2,618百万円 → 8,193百万円	
(1) 指定入院医療機関の整備	2,475百万円 → 4,527百万円	
国立（特定独立行政法人）、都道府県立医療機関における指定入院医療機関の整備を図る。		
(2) 指定医療機関の運営（新規）	0百万円 → 3,374百万円	
(ア) 指定入院医療機関		
入院決定を受けた者に対し、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を実施するとともに、指定入院医療機関の運営に必要な経費を確保。		
(イ) 指定通院医療機関		
通院決定を受けた者に対し、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を実施。		
(3) 医療従事者等の人材の養成	91百万円 → 125百万円	
指定医療機関従事者、精神保健判定医等に対して養成研修を実施。		
(4) その他法施行に必要な経費	52百万円 → 167百万円	
法制度の普及啓発、対象者の鑑定入院医療機関から指定入院医療機関への移送等を実施。		
	<0>	<0>
7. 研究の推進	4,926百万円 → 5,750百万円	
精神疾患の疫学調査、原因の究明及び治療法の開発等を対象とした精神・神経疾患研究、障害保健福祉総合研究等の推進。		

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部

平成16年9月

精神保健医療福祉の見直しについては、昨年5月に本対策本部において取りまとめた「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（中間報告）に沿って、今後優先的に取り組むべき課題として掲げられた「普及啓発」、「精神医療改革」、「地域生活の支援」に関し、それぞれ検討会を設置してその具体的な在り方について議論を深めてきた。

今般、これらの検討会における報告書が取りまとめられたことを踏まえ、また、その他の障害者施策に関する研究会等における議論も勘案しつつ、本対策本部として、精神保健医療福祉の見直しに係る今後の具体的な方向性を明らかにするため、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定する。

今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげるものである。

※ 対策本部中間報告に基づく3検討会の取りまとめ

「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」報告書（平成16年3月）

「精神病床等に関する検討会」最終まとめ（平成16年8月）

「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ（平成16年8月）

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深めるよう意識の変革に取り組むとともに、地域間格差の解消を図りつつ、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。

なお、受入条件が整えば退院可能な者約7万人については、全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしており、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10年後の解消を図るものである。

※ 受入条件が整えば退院可能な者は、1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。また、平成11年と14年の患者調査で動態をみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3万人が新たに入院し、このうち約3.4万人が14年時点まで継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。（別紙1,2）

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

① 国民意識変革の達成目標

（目 標）

- 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。

※ 「誰でも精神障害者になる可能性がある」という質問に対し、「そう思う」と回答した者の割合は、平成9年時点で51.8%（全家連調べ）。（別紙3）

（考え方）

- 精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

（目 標）

- 各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする。
- 各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする。

※1 平均残存率、退院率の意味、現状については、別紙4、5の通り。

※2 既に現時点で目標を達成している都道府県は、少なくとも現在の水準を維持。

※3 この目標の達成により、別紙6の通り約7万床相当の病床数の減少が促される。

（考え方）

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

(3) 国、都道府県、市町村における計画的な取り組み

- 国においては、今後10年間で5年ごとの第一期と第二期に区分し、第一期における改革の成果を評価しつつ、第二期における具体的な施策群を定める。この場合、精神障害、身体障害、知的障害それぞれの特性を踏まえつつも、3障害に共通した問題については障害の枠を超えた体制整備を行うものとする。

また、下記のように都道府県単位で定められた計画を基に、国としての全国レベルでの計画等を定

め、計画的にサービス供給体制を整備する仕組みを導入する。

- 都道府県単位で(2)の達成目標を実現するため、地域実態を正確に把握し、行政と地域の専門家や当事者等が意見交換を行いつつ、医療と保健・福祉が連動した計画的な取り組みを進める。
- 医療分野では、都道府県ごとに、医療計画において(2)の達成目標を反映した精神病床に係る基準病床数を算定するとともに、その実現のための当該都道府県での具体的方策について数値目標を明示した計画の策定を促す。
- 保健・福祉分野では、精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、これに基づき、都道府県等が計画的に社会復帰施設を含め供給体制を整備する仕組みを導入する。

<都道府県単位での平均残存率の改善の手法>

急性期等の医療の充実等を図ることにより、直接的に早期退院を実現するとともに、新規の長期入院患者の発生をできる限り防止する。

ア 病床の機能分化（強化）等

- ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の病床の確保
- ・ 救急医療体制の強化等、都道府県単位での分化の促進
- ・ 各病院における急性期等への人員の再配置

イ 入院形態別の退院促進

- ・ 措置入院等を受け入れる病院の人員配置の向上
- ・ 都道府県における実地検査等の充実

<都道府県単位での退院率の改善の手法>

社会復帰リハの強化と地域生活支援体制の充実により、長期入院患者の退院を促す。

ア 病床の機能分化（強化）等

- ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養等の病床の確保

イ 地域における体制づくり

- ・ 再編後の住・生活・活動等の支援体制の充実
- ・ 各病院における精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への人員の再配置

2 改革の基本的方向と国の重点施策群

(1) 国民意識の変革

① 精神疾患に関する国民意識の現状

国民の間で、精神疾患に関する基本的な認識はいまだ十分ではない。同じ精神疾患でも痴呆症に関しては、自分もいつなるかわからないという認識を多くの人が持っている一方、統合失調症や気分障

害などの精神疾患に関しては、多くの人が自分は無縁だと考えているのが実情である。また、一部の国民の間には精神障害者は危険であるという漠然とした誤った認識がある。

② 施策の基本的方向

○ 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書を踏まえ、「精神疾患を正しく理解する」「態度を変え行動する」という二つの側面を重視しつつ、当事者とのふれあいの機会を持つなどの地域単位の活動と、マスメディア等の様々なメディアを媒体とした活動の二つの活動を訴求すべき対象者に応じて進めていく。

○ 精神疾患に関する基本的な情報を、地域住民、職場の管理監督者・同僚等に対して、共感的理解ができるよう生活感情に近づく形で提供し、その主体的な理解を促していく。また、当事者・当事者家族も精神疾患に対する誤解等のために「内なる偏見」とらわれたり、症状、薬の副作用等について過剰な不安を持つことがないように、主体的な理解を深めるよう促していく。

○ 精神疾患の正しい理解に基づき、これまでの態度を変え（あるいはこれまで通りに）適切に行動するように促していく。精神疾患や精神障害者に対して誤解等のある人についても、交流等を通じて理解が深まることにより、障害者への基本的な信頼感が高まる、障害者に接する際に適切に対応できるという自信が高まる等の心理的な変化を促し、行動変容につなげる。

③ 当面の重点施策群

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

○ 「こころのバリアフリー宣言（別紙7）」が、国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力をを行う。

○ 毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として、政府公報や公共広告、マスメディアの特集等、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進める。

○ 別紙8のような主体別の取組を総合的に進めるため、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援する。

○ 地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図る枠組みを整備する。

(2) 精神医療体系の再編

① 精神医療の現状

○ 精神病床数を国際間で比較すると、各国における精神病床の定義の違いを考慮する必要があるが、諸外国が一様にここ数十年間で病床削減・地域生活支援体制強化等の施策を通じて人口当たりの病

床数が減少していることに対し、我が国では関係施策が必ずしも十分でなかったことから、病床数は概ね横ばいで推移している。

○ 人口当たりの精神障害者数と精神病床数の関係については、障害者数に比べて病床数が少ない地域や多い地域があるなど、都道府県間の格差が見られる。この病床数の地域間格差は、もっぱら長期入院患者数の格差により生じているが、新規入院患者の残存率についても、地域間で2～3倍程度の格差がある。また、措置入院等についても、大きな地域間格差が生じている。

○ 退院患者の退所先については、入院期間1年未満で退院した者の約8割が家庭に復帰しているのに対し、1年以上で退院した者は、家庭復帰と他の病院への転院が平均してそれぞれ3割強となるなど、現状では入院後1年までという期間が、社会復帰を促進する一つの重要なポイントとなっている。

② 施策の基本的方向

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し

○ 精神病床に係る医療計画上の基準病床数の算定について、当面、入院期間を1年で区分し都道府県ごとに設定される各目標値を反映する新たな算定式を導入する。将来的には、疾病別の入院動態に応じた方式に移行することを目指し基礎的な研究を深める。

○ 高いニーズがあるにも関わらず地域の精神病床数の状況等により整備が進まない児童思春期に係る病床等について、医療計画上における取扱いについて検討し結論を得る。

イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備

○ 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室（ユニット）単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。

○ 緊急時に24時間対応できる精神科救急医療体制を整備するとともに、重度障害者も地域生活の選択肢を確保できる包括的サービスの事業の在り方の検討を行い、またデイ（ナイト）ケア・訪問看護についても、福祉サービス利用者等との違いを検証しつつ、良質な通院・訪問医療体制の姿について明確にする。

ウ 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

○ 措置入院や医療保護入院で入院した患者については、行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを確認しつつ、早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みを検討する。

また、任意入院患者については、原則として開放処遇を受けることを徹底させる。

○ 病状の早期回復等の観点から、患者に対して適切に診療情報を提供するとともに、精神医療審査会、指導監査等を通じて、精神医療の質の向上を図る。

③ 当面の重点施策群

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式等の見直し

○ 新たに導入する算定式は別紙9とし、平成17年度から実施する。

○ 算定式内の病床利用率については、5年後における実態を踏まえ、必要に応じて、見直しをする。

イ 患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進

○ 別紙10を基本に、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により早急に検討を進め、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。

○ 痴呆患者について、痴呆疾患センターの機能を活用し、患者の病態に応じて適切に治療や介護を受けられるような処遇体制の具体像を明確にする。

○ 別紙11のように、日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要な長期入院の高齢者群について、既存の精神療養病床などの社会資源を活用する他、介護力等を強化した病床などの施設類型の具体像を明確にする。

○ 上記の他、アルコール、薬物、うつ、ストレス関連障害等の専門病床の在り方について検討を進め、その具体像を明確にする。

ウ 地域医療体制の整備

○ 別紙12のように、精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、地域ごとの社会資源を活かして、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。また、その評価結果を支援内容に反映する仕組みを設ける。

○ 別紙13のように、精神症状が持続的に不安定な障害者（例えばGAF30点以下程度を目安）も地域生活の選択肢を確保できるよう、24時間連絡体制の下、多職種による訪問サービス、短期入所（院）、症状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を、普及面を重視しつつ明確化する。

- 医療デイ（ナイト）ケアや訪問看護については、通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者と病状や必要な支援等の違いの有無について分析を行いつつ、医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る。

エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保

- 措置入院を受け入れる病院について、別紙14のように病棟の看護職員配置を3：1以上にするなど医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。
- 措置入院患者の在院期間の短縮化を踏まえ、事務量や費用も勘案しつつ、現状の定期病状報告の頻度の見直しや都道府県による実地審査の強化の必要性について結論を得る。
- 医療保護入院について、定期病状報告の様式の見直しなど病識の獲得等の取り組みを促す仕組みを設ける。
- 保護室の利用や身体的拘束等の患者の行動制限が、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳の整備を進める。
- 入院患者の処遇上必ず行われなければならない閉鎖病棟への電話設置について、硬貨収納式電話機（旧ピンク電話）等の設置や、携帯電話の活用を図る。
- 任意入院患者について、開放処遇が徹底され、また開放処遇の制限が適正に運用されていることを確認するため、必要に応じ、監査の見直しを行う。
- 重度の痴呆で判断能力が欠けていたり、閉鎖病棟等で長期間処遇されている任意入院患者について、都道府県等の判断で病状報告を求められることができる仕組みについて検討する。

オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上

- 一部地域で行われている、一定の圏域単位（二次医療圏域、障害保健福祉圏域等）で医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者にわかりやすく提供する仕組み（パンフレット、ホームページ等）を全国的に進める。
- 精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。また、既存の第三者による評価を積極的に推進する。
- 当面、地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に

関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みについて研究に着手する。

- 別紙15のように、都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みの具体化を図る。
- 精神医療審査会については、現行の委員構成の下での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、今後の在り方を検討する。

(3) 地域生活支援体系の再編

① 地域生活支援体制の現状

- 精神障害者の一般住宅等で生活したいというニーズは強いが、貸主等において緊急時の対応等に不安が強く十分な提供がなされていない。社会復帰施設等（入所系、精神障害者グループホームも含む）の利用者には障害程度としては軽度の者が多く、また退所する者のうち約3割は病院へ入院するなど、地域へ送り出す機能が弱く、地域生活支援体制の確立の第一歩となる住まい対策の強化が急務である。
- 社会生活機能の回復等を目的とした施設としては、社会復帰施設や精神科デイケアがあり、いずれも急速に増加しているが、例えば授産施設からの退所者は利用者の約2割で、そのうち就労に移行した者は約2割（常用雇用は約6%）に過ぎず、就労支援、自立支援等の機能を高めることが急務である。
- 精神障害者社会復帰施設等（入所系・通所系）の整備状況やホームヘルプサービス等の利用状況は、他障害に比較してその水準が低いとともに、都道府県・市町村ごとの差異が大きい。また、市町村の人的体制も、その規模等により格差が大きく、人材育成等を進めることが急務である。

② 施策の基本的方向

ア ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編

- 別紙16のように、今後の障害者本人を支える新たな地域生活支援体系として、重層的な相談支援体制を中心に、住・生活・活動の総合的な支援体系を整備する。
- 障害者のライフステージや障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等を行うため、厚生労働科学研究等において、基礎的なデータの分析や各種調査等に基づく検討を進め、その成果を関係自治体、関係機関等に提供する。

イ 重層的な相談支援体制の確立

- 相談支援体制については、別紙17のように、市町村による相談支援体制を基礎に、障害保健福祉圏域、都道府県の3層構造（基礎的な生活圏域を考慮すると4層構造）の体制を標準として、

各主体の機能の強化や基盤整備を進める。

- 重層的な相談支援体制の下、個々の障害者の処遇については、総合的な「自立生活支援計画」を策定する仕組みを導入する。
この相談支援の質の向上を図るとともに、社会的な合意を得るため、障害程度等について一定の目安となる尺度を明確にし、また各層ごとの機能に応じたガイドラインの作成・普及等を進める。
- 相談支援体制の一環として、障害者の地域生活を支援する上で権利擁護を必要とするケースについて対応できるような枠組みの整備を進める。

ウ 市町村を中心とした計画的なサービス提供体制の整備

- 身体障害者、知的障害者と同様、精神保健福祉（在宅・施設）については、市町村が実施主体となることを基本として、その提供体制の整備を進める。
- 精神保健福祉に関し、現在、ノウハウや社会資源が乏しい小規模な市町村については、都道府県や国のバックアップによる知識の蓄積や人材育成、業務のアウトソーシングの枠組みの確保等、段階的な環境整備を進める。

③ 当面の重点施策群

改革の第一期において、次のような取り組みを進める。

ア 障害程度等の尺度の明確化

- 当面は、生活機能を積極的に評価するという考え方を加味しつつ、GAFを活用するが、将来的には、障害を生活機能というプラス面から捉えるICF（世界保健機関：国際生活機能分類）の普及状況や他障害での取り組みとの整合性を図りつつ、市町村等でも実施可能な尺度を整備することが必要である。

イ 住居支援体制の強化

- 別紙18のように、障害者の単身入居を推進していくため、緊急時の連絡先や身元保証を求める住居提供者等のニーズに対応するなど、公的な障害者の住居支援・保証体制を障害保健福祉圏域ごとに確保することを進める。
- グループホームが重度の精神障害者にも対応できるよう、24時間の連絡体制を確保するなど、利用者の状態等に応じて機能の強化・分化を進める。また、社会復帰に向けた自信を高めるため、長期入院患者の体験的な利用について規制緩和等を進める。

- 住まいの場の機能を持つ入所系の社会復帰施設について、利用者の状態等に応じ、できるだけ速やかな地域移行を支援する機能を強化する。
- 障害者に係る公営住宅の利用実態等の調査結果や上記の施策の実施状況を踏まえ、公営住宅への精神障害者の単身入居や、グループホームとしての活用を進める方策を講ずる。
- 日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要な高齢障害者にふさわしい生活の場の選択肢となる施設の在り方について、既存の精神療養病床などの社会資源の活用や介護力等を強化した病床などの医療面での対応と整合性を図りつつ、その具体像を明確にする。

ウ 雇用の促進

- 障害者雇用問題研究会（厚生労働省職業安定局高齢・障害雇用対策部長の私的懇談会）報告書（平成16年8月）を踏まえ、障害者の雇用義務制度に関し、精神障害者の雇用を実雇用率に算定すること等により、採用後精神障害者を含め、精神障害者を雇用している事業主の努力を評価する制度を整備するとともに、在職精神障害者や新規雇用に対する支援を充実させる。
- 在宅就業による就業機会の拡大を図るために、在宅障害者への発注に対する奨励、在宅就業支援団体の育成等を行う。
- 「障害者の就労支援に関する今後の施策の方向性」（障害者の就労支援に関する検討会議、平成16年7月）を踏まえ、公共職業能力開発施設における障害者訓練の拡充や多様な委託先を活用した職業訓練の効果的な実施、障害特性に応じた支援の強化を図る。

エ 就労支援・活動支援体制の強化

- 既存の福祉工場の規制緩和や機能強化を進めるとともに、企業等での就労への円滑な移行が可能となるよう、施設外授産や職場適応訓練等の効果的な活用を図る。
- 別紙19のように、既存の授産施設等を継続的就労、就労移行支援、自立訓練、憩いの場と機能面から再編し、標準的なサービス内容等を明確にする。また、複数の機能を小規模な単位で組み合わせて持つことや入所者だけではなく地域の障害者への開放を可能とすること、他の手段で代替可能な規制の緩和等を進める。
- 多様な利用形態にある精神科デイケアの機能を、患者の症状やニーズに応じて機能の強化・分化を図る。
- 障害者自らがその意欲と能力に応じて職業生活を設計・選択できるよう、雇用、福祉、教育等の関係機関からなる総合的な相談支援機能を充実し、一人ひとりに合った総合的な支援プログラ

ムを作成・実施するとともに、地域資源の連携強化を図るため、雇用・就業に関する地域の相談支援窓口としての公共職業安定所の機能を強化する。

- 本人のニーズに応じ、企業への雇用等のステップアップを図っていく場合に、福祉部門と雇用部門が就業に関する各種の情報やノウハウを共有するとともに、雇用・就業に向けた職業評価手法を検討する。
- 地域での就労面と生活面の支援を一体的に行う障害者就業・生活支援センターについて、公共職業安定所との連携も考慮し、その強化・拡充を図る。

オ 居宅生活支援体制の充実

- ホームヘルプサービスについては、他の障害における同様の仕組みとの均衡を図りつつ、サービス内容に応じた単価設定、短時間の単価設定等を行う。
- 専門性を特に必要としない社会参加的なニーズについては、多様な形態・主体によるサービス提供を進める。
- ショートステイについて、入院予防的に利用するなど、本人の心身の状況等に応じて利用できる選択肢の拡大を図る。また、ショートステイの利用に関する人数制限の撤廃等を進める。
- 現在の精神科救急システムに加え、必要に応じ、短期間家庭から離れてケアを受けられるシステムについて具体像を明確にする。
- 精神障害者保健福祉手帳に係るサービスの充実を図るため、その信頼性向上の観点から、現行の様式を見直し、写真を貼付する。
- 障害者の社会的自立を促す面や障害者のエンパワメントの面で非常に有効なピアサポート等について、自主性・自立性を尊重しつつ、その振興、活用を図る。
- 各地域で当事者と専門職、ボランティア等が一体となって取り組んで成果をあげている生活支援活動について、情報提供等を行い全国的に普及させる。

カ 社会復帰施設の機能評価と報酬体系の見直し

- 利用者とサービス提供者の対等な契約関係を確保する観点から、社会復帰施設等に係る一定の情報を、施設内に掲示し、利用者に説明し、又は対外的に公開を義務づける仕組みを設ける。
- 当事者によるNPOを含め、設置主体に関わらず、できるだけ参入は自由とする一方で、実績

評価の体制を強化しサービスの質と量の向上を図る。

- 機能の再編後において、各施設が期待される機能を前提として、入所期間、退所者の再入院の状況や就労の実績など、その機能が十分に果たされているかを評価する指標を明確にする。また、福祉分野でも、第三者による評価の仕組みを計画的に整備する。
- サービスの質と効率性の向上、制度の公平の観点から、報酬体系について、施設ごとの努力・実績が反映されない現行の施設単位の支払方式から、努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直す。
また、これに伴い、報酬請求実務の簡素化・効率化を進める。

キ 社会復帰意欲を促す相談支援体制の整備

- 一次的な役割を担う市町村がその業務を受託できる相談支援事業者を居宅支援事業等の一類型として制度的に位置づける。また、これらの事業者等の中立性・公平性を確保する仕組みを設ける。
- 障害保健福祉圏域においては、市町村単位の相談支援体制のスーパーバイズ的な役割を担いつつ、専門性が高い危機介入的な事例や広域的調整が必要な住居支援的な事例等について中心的な役割を担うものとして、既存の地域生活支援センター等の機能強化を段階的に図る。
- 都道府県においては、精神保健福祉センター等の機能強化や、判定に係る標準化の取り組みを進める。
- 別紙20のように、個々の障害者の処遇については、市町村やその委託を受けた相談支援事業者等が、ケアマネジメントを活用し総合的な「自立生活支援計画」を策定し、これに基づくサービスの給付決定等がなされる仕組みとする。
- 障害種別、疾病の違い、年齢の違い等に関係なくケアマネジメントができる人材を育成するため、養成課程や研修の在り方について検討し、都道府県を中心とした人材育成体制を確立する。
- 他の障害と同様、地域で暮らす障害者の権利擁護を必要とするケースや、その解決方策等の知識の普及を図るとともに、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度等の事業について利用の促進を図る。
- 長期入院患者等の円滑な地域生活への移行を図るため、病院との連携の下、病状が安定している者について、都道府県等が状況の確認を行い、相談支援（ケアマネジメント）を通じて退院促進の取り組みを行う退院促進事業の充実強化を図る。

ク 市町村を中心とした地域生活支援体制への円滑な移行

- 別紙21のように、精神障害者に対する総合的かつ効率的なサービス提供のため、基本的に市町村が「自立生活支援計画」の下、居宅生活支援事業や社会復帰施設の利用について給付決定等する仕組みとする。
- 相談支援（自立生活支援計画の作成を含む）や報酬に係る審査支払の外部委託、保健師等の専門職や関係職員の研修実施など、現在の市町村の人的・物的な状況を踏まえつつ、市町村を支援する仕組みを整備する。
- 都道府県は、市町村間の広域調整、専門性の高い事例等への参与、判定等の実施、必要な人材育成など、市町村を支援する機能を高めることを促す。
- 円滑な移行を進めるため、規模が小さい市町村等については、過重な負担とならないよう、関係事務の共同実施の枠組や都道府県が関与した形で一定の経過的な枠組みを講ずる。

(4) 精神保健医療福祉施策の基盤強化

① 人材・財源配分の現状

- 精神医療分野における人材数については、諸外国と大きな差はないが、精神病床の数が多いことから、病床当たりでは少ない数となっており、精神病床の機能分化等に応じて、各病院の人員の急性期等への再配置、精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への再配置等が課題となってくる。
一方、地域生活支援体制に係る人材については、質・量ともに不十分であり、障害種別、疾病の違い、年齢の違い等に関係なく対応できるよう福祉分野の人材の再教育や、就労支援の分野への企業関係者の参画、各種専門職の確保等が課題となってくる。
- 医療・福祉サービス総額で見ると、精神は、身体・知的（支援費等）の約3倍の資源投入量であるが、その大部分を占める精神科医療費約2兆円（入院時食事療養費を含む）のうち入院が約8割を占めており、高齢者医療、介護保険等と比較してもその比重が高い。また、精神科医療費以外の精神保健福祉分野の財政構造（国庫）についても、通院公費負担等の医療が約7割、福祉等が約3割と医療の比重が高い。なお、多くの各都道府県も、ほぼ同様の状況である。

② 今後の基本的方向

- 病床や施設機能の再編、相談支援体制の確立の進捗状況等に応じ、既存の人材の再教育・再配置、新規の人材確保を行う仕組みを具体化する。
- 既存の精神保健福祉施策において医療・福祉双方で重点化・効率化を行いつつ、どのような支援

が障害者には必要で、そのためにはどれくらいの費用が必要なのかなど、国民が納得し得るものを示しながら、新規財源の確保について社会的な合意を得る取り組みを進める。

③ 当面の検討事項

- 本改革の一環として行う都道府県単位の計画策定や病床機能分化の進捗状況を踏まえつつ、必要な人員の将来見通し等を行い、その育成・再教育等の方策について検討する。
- 障害程度等の尺度の明確化、障害者のライフステージや障害程度等の違いに応じたサービスメニューの整理、標準的なケアモデルの開発等を通じて、国民が納得し得るような障害程度別の必要な費用額について検討する。
- その費用が急増している通院公費負担については、次のような点を踏まえつつ、医療提供の実態、利用者の症状や経済状況、地域間格差等について分析を進め、必要な対応について検討し早急に結論を得る。
 - ・ 生活習慣病と同様に誰でも罹りうる疾患という認識ではなく、精神疾患を人格の障害等と捉える昭和30年代の認識に基づき制度化されたこと
 - ・ 現在は精神科を受診するという精神的な障壁を下げる役割を担っていること
 - ・ 社会的な自立のためには一定の負担感を持つことも必要な面があること
 - ・ 低所得者にとっては生活の負担の軽減という役割を担っていること
 - ・ 現在の負担水準は平成7年当時における医療保険の自己負担割合との均衡等で定められたが、医療保険の見直しにより、他の疾病と比較して負担が相対的に軽くなっていること
- 入院者数（対人口）に大きな地域間格差が生じている措置入院について、これを受け入れる病院の医療体制の見直し等による影響を見極めつつ、格差の解消策について検討し早急に結論を得る。
- 社会復帰施設や居宅支援事業について、利用目的・利用率等の利用実態や、利用者の症状や経済状況等の分析を進め、入所施設利用者と地域で暮らす者とのバランスや受けたサービス量とのバランスも考慮しつつ、必要な対応について検討し早急に結論を得る。

精神保健福祉法等の改正の概要

1. 精神病院等に対する指導監督体制の見直し

1. 医療内容に係るチェック体制の見直し

○精神医療審査会の委員構成の見直し（法改正）

退院請求等を審査するために都道府県に置かれる精神医療審査会について、審査事務の増大等を踏まえ、都道府県の裁量を拡大する観点から、合議体を構成する5名の委員を一定の条件の範囲内で定めることができるものとする。（18年10月施行）

（現行）		（見直し後）	
精神保健指定医	3人	精神保健指定医	2人以上
法律家	1人	→ 法律家	1人以上
その他	1人	その他	1人以上

○措置入院に係る定期病状報告の頻度見直し（省令）

○医療保護入院患者の定期病状報告の様式の見直し（省令）

○隔離及び身体拘束等の行動制限について一覧性のある台帳の整備（告示）

2. 改善命令等に従わない精神病院に関する公表制度等の導入（法改正）

厚生労働大臣又は都道府県知事は、精神病院の管理者が改善命令等に従わない場合において、現行の入院医療の提供に関する制限措置に加え、当該精神病院の名称等の情報を公表することができるものとする。また、その後入院医療を命じた場合には、その旨を公示しなければならないものとする。（18年10月施行）

2 精神障害者の適切な地域医療等の確保（救急医療体制・退院促進）

1. 精神科医療体制の確立に向けた法的整備

○緊急時における入院等に係る診察の特例措置の導入（法改正）

精神科救急医療体制のセンター的機能を都道府県単位で整備することに併せて、緊急時における運営面でのルールを明確化することにより、救急体制の早期の整備に資することを目的として、一定の要件（倫理会議による事後評価等）を満たすと認められる医療機関において、医療保護入院、応急入院等に係る診察につき、緊急やむを得ない場合において、精神保健指定医以外の一定の要件を満たす医師の診察により、その適否を判断し、一定時間（概ね12時間）を限り入院等させることができる枠組みを整備する。（18年10月施行）

○措置入院の指定病院に係る指定に関する基準の見直し（告示）

2. 任意入院患者の適切な処置の確保

○任意入院患者に関する病状報告制度の導入（法改正）

任意入院患者の開放処遇を徹底する観点から、都道府県知事が、条例で定めるところにより、一定の要件に該当する任意入院患者を入院させている精神病院（一定の基準に該当するものに限る）の管理者に対し、病状等の報告を求めることができるものとする。（18年10月施行）

○開放処遇に係る処遇基準のより一層の明確化（任意入院）

○任意入院の入院後も一定期間ごとに同意書を提出させる仕組みの導入（省令等）

3. 市町村における相談体制の強化（法改正）

市町村における相談体制を強化するため、市町村は精神障害者の福祉に関する相談等に応じなければならないものとするとともに、精神保健福祉に関する相談等を行う精神保健福祉相談員を置くことができるものとする。（18年1月施行）

3 その他の改正事項

1. 精神保健指定医関係の見直し

○精神保健指定医の指定に関する政令委任事務の明確化（法改正）

精神保健指定医の指定に関する政令委任事務の明確化を図る。（18年10月施行）

○精神保健指定医の要件に係るケースレポートの対象症例の見直し（告示）

2. 地方精神保健福祉審議会の必置規制の見直し（法改正）

現在、各都道府県に必置を義務付けている地方精神保健福祉審議会について、その設置を都道府県の裁量に委ねるとともに、指定病院の取消しの際の意見聴取機関について、同審議会が置かれていない場合には医療法に規定する都道府県医療審議会が担当するものとする等の改正を行う。（18年1月施行）

3. その他

○「精神分裂病」の「統合失調症」への呼称の変更（法改正）

精神障害者の定義規定中の「精神分裂病」という用語について、関係学会等における呼称変更やその定着状況を踏まえ、「統合失調症」に改める。（公布日施行）

○精神障害者保健福祉手帳への写真の貼付（省令）

精神保健福祉法改正により法から削除される主な項目

平成17年10月施行

・通院医療に関する事項（第32条～第32条の4）

〈新体系では〉

新法で自立支援医療として規定

平成18年1月施行

・精神障害者居宅生活支援事業に関する事項
（第50条の3～第50条の3の4）

新法で障害福祉サービス等として規定

・地方精神保健福祉審議会に関する事項
（第10条 第11条 第50条の2の5第2項）

都道府県の任意設置に転換

平成18年10月施行

・精神障害社会復帰施設に関する事項
（第50条～第50条の2の5）

新法で障害福祉サービス等として規定

障害者自立支援法案の概要

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

1 障害者自立支援法による改革のねらい

1 障害者の福祉サービスを「一元化」

サービス提供主体を市町村に一元化。障害の種類（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供。

2 障害者がもっと「働ける社会」に

一般就労へ移行することを目的とした事業を創設するなど、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるよう、福祉側から支援。

3 地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」

市町村が地域の実情に応じて障害者福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用も視野に入れて規制を緩和する。

4 公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」

支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化、明確化する。

5 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化

(1) 利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」

障害者が福祉サービス等を利用した場合に、食費等の実費負担や利用したサービスの量等や所得に応じた公平な利用者負担を求める。この場合、適切な経過措置を設ける。

(2) 国の「財政責任の明確化」

福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改める。

障害者私立支援法

障害種別にかわりのない共通の給付等に関する事項について規定

身体障害者福祉法

- ・身体障害者の定義
- ・福祉の措置 等

知的障害福祉法

- ・福祉の推量 等

精神保健福祉法

- ・精神障害者の定義
- ・措置入院等 等

児童福祉法

- ・児童の定義
- ・福祉の推量 等

2 法案の概要

(1) 給付の対象者

- ・身体障害者、知的障害者、精神障害者、障害児

(2) 給付の内容

- ・ホームヘルプサービス、ショートステイ、入所施設等の介護給付費及び自立訓練（リハビリ等）、就労移行支援等の訓練等給付費（障害福祉サービス）
- ・心身障害の状態の軽減を図る等のための自立支援医療（公費負担医療）等

(3) 給付の手続き

- ・給付を受けるためには、障害者又は障害児の保護者は市町村等に申請を行い、市町村等の支給決定等を受ける必要があること。
- ・障害福祉サービスの必要性を明らかにするため、市町村に置かれる審査会の審査及び判定に基づき、市町村が行う障害程度区分の認定を受けること。
- ・障害者等が障害福祉サービスを利用した場合に、市町村はその費用の100分の90を支給すること。（残りは利用者の負担。利用者が負担することとなる額については、所得等に応じて上限を設ける。）

(4) 地域生活支援事業

- ・市町村又は都道府県が行う障害者等の自立支援のための事業（相談支援、移動支援、日常生活用具、手話通訳等の派遣、地域活動支援等）に関すること。

(5) 障害福祉計画

- ・国の定める基本指針に即して、市町村及び都道府県は、障害福祉サービスや地域生活支援事業等の提供体制の確保に関する計画（障害福祉計画）を定めること。

(6) 費用負担

- ・市町村は、市町村の行う自立支援給付の支給に要する費用を支弁すること。
- ・都道府県は、市町村の行う自立支援給付の支給に要する費用の四分の一を負担すること。
- ・国は、市町村の行う自立支援給付の支給に要する費用の二分の一を負担すること。
- ・その他地域生活支援事業に要する費用に対する補助に関する事項等を定めること。

(7) その他

- ・附則において利用者負担を含む経過措置を設ける。
- ・附則において精神保健福祉法をはじめとする関係法律について所要の改正を行う。

3 施行期日

- 利用者負担の見直しに関する事項のうち自立支援医療（公費負担医療）にかかるもの 平成17年10月
- 新たな利用手続き国等の負担（義務的負担化）に関する事項、利用者負担の見直しに関する事項のうち障害福祉サービスにかかるもの等 平成18年1月
- 新たな施設・事業体系への移行に関する事項等 平成18年10月

編集後記

- ◎ 本48号においては、厚生労働省の平成17年度精神保健福祉施設関係予算の一部及び精神保健福祉対策の概要、検討会報告書を紹介させていただきました。
- ◎ 平成17年度の精神保健福祉全国大会（第53回）は、平成17年10月21日（金）に岩手県で開催される予定となっております。当協議会の総会及び理事会は例年どおり全国大会の前日の10月20日（木）に同じく岩手県で開催する予定ですので、あらかじめ日程等を調整の上、ご参集願います。
ご意見、ご感想がありましたら事務局までご一報をお願い致します。
- ◎ 平成17年3月末に精神保健研究所が千葉県市川市から東京都小平市に移転しました。新たな気持ちで取り組みますのでよろしくお願い致します。

〒187-8502 東京都小平市小川東町4-1-1

国立精神・神経センター精神保健研究所内

全国精神保健福祉連絡協議会事務局

TEL 042-346-1942

FAX 042-346-1994

五 結 語

本論文係根據作者多年從事「科學史」之教學經驗，以及近年來在國內外學術界之研究心得，而撰成之。全文共分五章，第一章為緒論，第二章至第四章分別論述科學史之教學目標、教學內容及教學方法，第五章為結論。

科學史之教學，不僅是知識之傳授，更重要的是培養學生之科學素養。科學素養之培養，應包括科學精神、科學方法、科學態度及科學價值觀之養成。科學精神之養成，應強調科學之求真、求實、求新、求異之精神。科學方法之養成，應強調科學之觀察、實驗、推理、驗證之過程。科學態度之養成，應強調科學之客觀、公正、誠實、負責之態度。科學價值觀之養成，應強調科學之服務社會、造福人類之價值。

科學史之教學，應與科學教育相結合，使學生在學習科學知識之同時，也能了解科學之發展過程，並培養其對科學之興趣與熱愛。科學史之教學，應注重學生之參與與探究，使學生在學習過程中，能主動思考、積極參與，並培養其解決問題之能力。

科學史之教學，應與社會教育相結合，使學生在學習科學知識之同時，也能了解科學與社會之關係，並培養其對社會之責任感。科學史之教學，應注重學生之實踐與應用，使學生在學習過程中，能將科學知識與實際生活相結合，並培養其解決實際問題之能力。