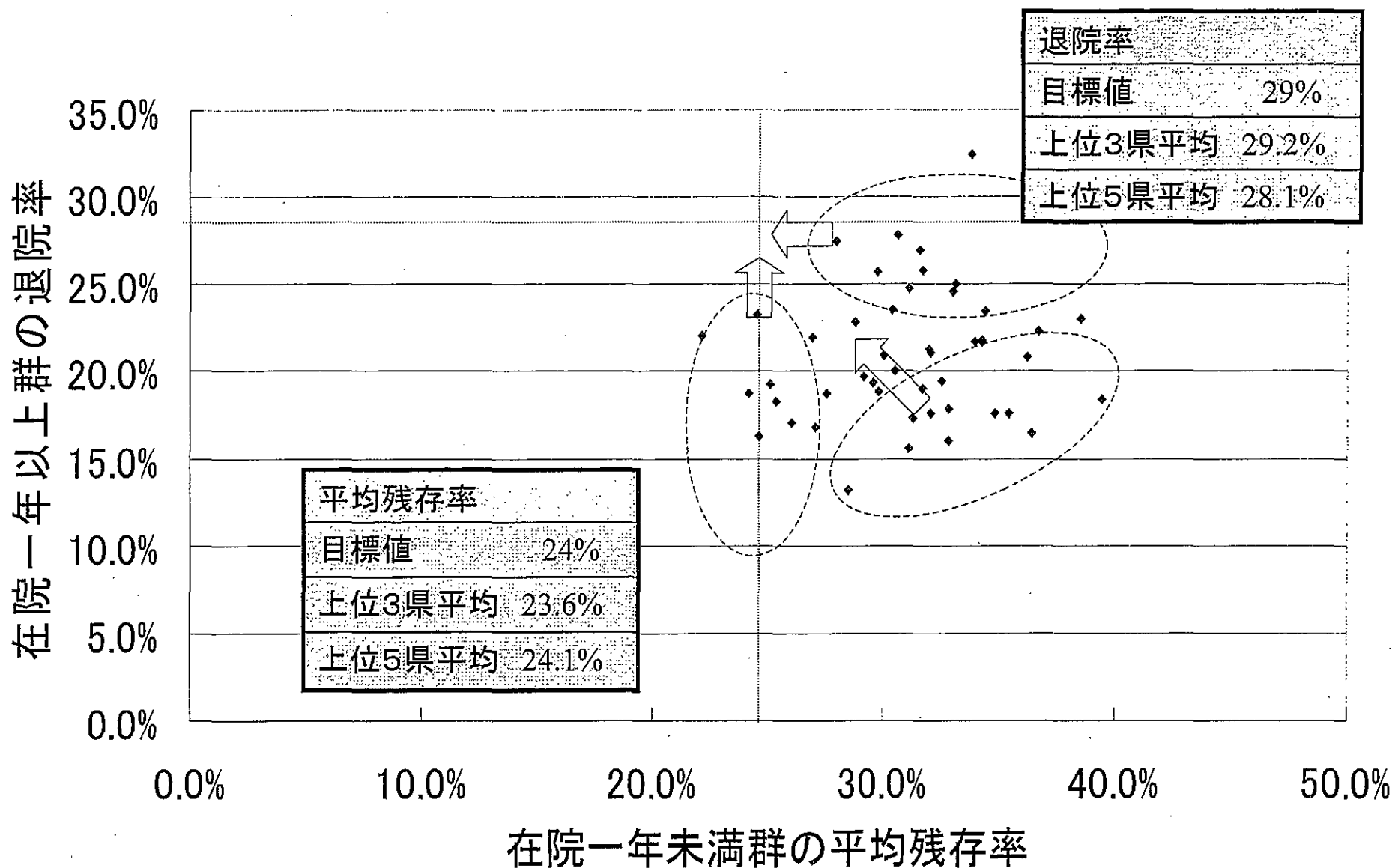


(別紙5)

## 平均残存率、退院率の現状



## 達成目標の実現による必要病床数の減少

(別紙6)

新規入院患者及び1年以上入院患者の退院促進について、現時点において上位3～5県で達成されている目標数値(平均残存率、退院率)を、各都道府県が目指すべき達成目標として設定。  
(1年未満:平均残存率24%、1年以上:退院率29%)

→ 達成目標をベースに今後10年間の必要病床数を試算すると、2015年には必要病床数は約7万床減少。

	現在 (2003年)	2010年	2015年	現在との差
全体の病床数	約35.4万床	約31.7万床	約28.2万床	約7.2万床 → <u>約7万床</u>
うち1年未満	(約10.7万床)	約9.7万床	約8.6万床	(約2.1万床)
うち1年以上	(約24.8万床)	約21.9万床	約19.6万床	(約5.2万床)

※ 現在の病床数の内訳については、全体の病床数を平成14年6月時点の1年未満・1年以上入院患者数の比率で按分した。

(試算の前提)

- 1 全国を一つの地域として計算(流入等はない、加算はない等)
- 2 退院率、平均残存率は、10年間の中間年で全国目標との差を1/2解消
- 3 都道府県ごとの退院率に係る特別の退院促進目標はゼロ
- 4 新規入院率は、現在の実績
- 5 人口変動は、4区分(20歳未満、40歳未満、65歳未満、65歳以上)で、将来人口推計に基づき変動。
- 6 平成18年からの10年間で計算
- 7 病床利用率は、0.95

「こころのバリアフリー宣言」  
 ～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～

(別紙7)

【あなたは絶対に自信がありますか、心の健康に？】

第1：精神疾患を自分の問題として考えていますか（関心）

- ・ 精神疾患は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります。
- ・ 2人に1人は過去1ヶ月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は精神疾患にかかるといわれています。

第2：無理しないで、心も身体も（予防）

- ・ ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけましょう。
- ・ 自分のストレスの要因を見極め、自分なりのストレス対処方法を身につけましょう。
- ・ サポートが得られるような人間関係づくりにつとめましょう。

第3：気づいていますか、心の不調（気づき）

- ・ 早い段階での気づきが重要です。
- ・ 早期発見、早期治療が回復への近道です。
- ・ 不眠や不安が主な最初のサイン。おかしいと思ったら気軽に相談を。

第4：知っていますか、精神疾患への正しい対応（自己・周囲の認識）

- ・ 病気を正しく理解し、焦らず時間をかけて克服していきましょう。
- ・ 休養が大事、自分のリズムをとりもどそう。急がばまわれも大切です。
- ・ 家族や周囲の過干渉、非難は回復を遅らせることも知ってください。

【家族・社会の支援が大事、共生の社会を目指して】

第5：自分で心のバリアを作らない（肯定）

- ・ 先入観に基づくかたくなな態度をとらないで。
- ・ 精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です。
- ・ 誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります。

第6：認め合おう、自分らしく生きている姿を（受容）

- ・ 誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに生きることが自然な姿。
- ・ 誰もが他者から受け入れられることにより、自らの力をより発揮できます。

第7：出会いは理解の第一歩（出会い）

- ・ 理解を深める体験の機会を活かそう。
- ・ 人との多くの出会いの機会を持つことがお互いの理解の第一歩となるはずです。
- ・ 身近な交流の中で自らを語り合えることが大切です。

第8：互いに支えあう社会づくり（参画）

- ・ 人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を共に作り上げよう。
- ・ 精神障害者も社会の一員として誇りを持って積極的に参画することが大切です。

# 指針の趣旨を踏まえた各主体別の取組の方向性

## 1 当事者・当事者家族

実施主体	対象者	ポイント
当事者・当事者家族	当事者・当事者家族	・精神疾患等について正しい情報入手し、理解を深めた上で、自ら精神疾患に対して適切に対応できるようにすること
	地域住民	・当事者等が主体となって、様々な地域活動と連携し、障害別を超えた情報発信の中心となる取組を推進すること

## 2 保健医療福祉関係者、地域活動関係者

実施主体	対象者	ポイント
保健医療福祉関係者	保健医療福祉関係者	・精神障害者に関わる専門職の再教育や、専門職どうしが自らの資質を高め合い、連携しあうこと
	地域住民	・特に、精神障害者に関わる施設や事業者が周辺住民に対して積極的に情報発信を進めること
地域活動関係者(民生委員、ボランティア等)	地域住民	・住民の身近な相談相手として、地域社会の先導役となる地域活動関係者自身が、当事者とのふれあい等を通じて精神疾患等について正しく理解し、それを地域住民に広げていくこと。

## 3 雇用や教育の関係者

実施主体	対象者	ポイント
雇用の関係者	管理監督者	・管理監督者自身が精神疾患等を正しく理解し、雇用者の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応できること ・精神障害者が雇用され、働く意欲が高まるような環境づくりを行うこと
	雇用者	・精神疾患等について自らの問題として正しく理解し、ストレスコントロールを行うなど、適切に対応すること
教育の関係者	教職員	・教職員自身が精神疾患等を正しく理解し、児童・生徒の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応すること
	児童・生徒	・心の健康に関する適切な情報提供の際には児童・生徒の発達段階を考慮すること

## 4 行政、メディア関係者

実施主体	対象者	ポイント
行政	行政職員	・一般職員及び専門職員ともに精神疾患等について正しく理解し、その知識・技術を日常業務で積極的に活用すること
	地域住民	・当事者とのふれあい等を通じて、精神疾患等について理解を深める機会を積極的に増やすこと
メディア	メディア	・マスコミ関係者の理解や共感を醸成することにより、普及活動効果を高めること
	国民	・メディア自体が主体的に普及啓発をすること(様々な実施主体が行うメディアを介した普及啓発も重要)

# 新しい算定式

(別紙9)

(計算式)

基準病床数 = (一年未満群) + (一年以上群) + (加算部分)

・一年未満群 =  $(\sum A B + C - D) \times F / E 1$

※A:各歳別人口(将来推計、4区分)

B:各歳別新規入院率(実績、4区分)

C:流入患者数

D:流出患者数

E1:病床利用率(95%)

F:平均残存率(目標値)

・一年以上群 =  $[\sum G(1-H) + I - J] / E 2$

※G:各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H:一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分)

I:新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J:長期入院者退院促進目標数(目標値)

(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2:病床利用率(95%)

・加算部分  $\leq (D / E) / 3$

※現行通り。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数)が $\sum A B$ より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

・数値 : 都道府県ごとの数値を用いる。

○ 今後5年間の平均残存率等の目標値については、都道府県ごとに定められる10年後の達成目標と当該都道府県の現状値の中間値を基本とする。

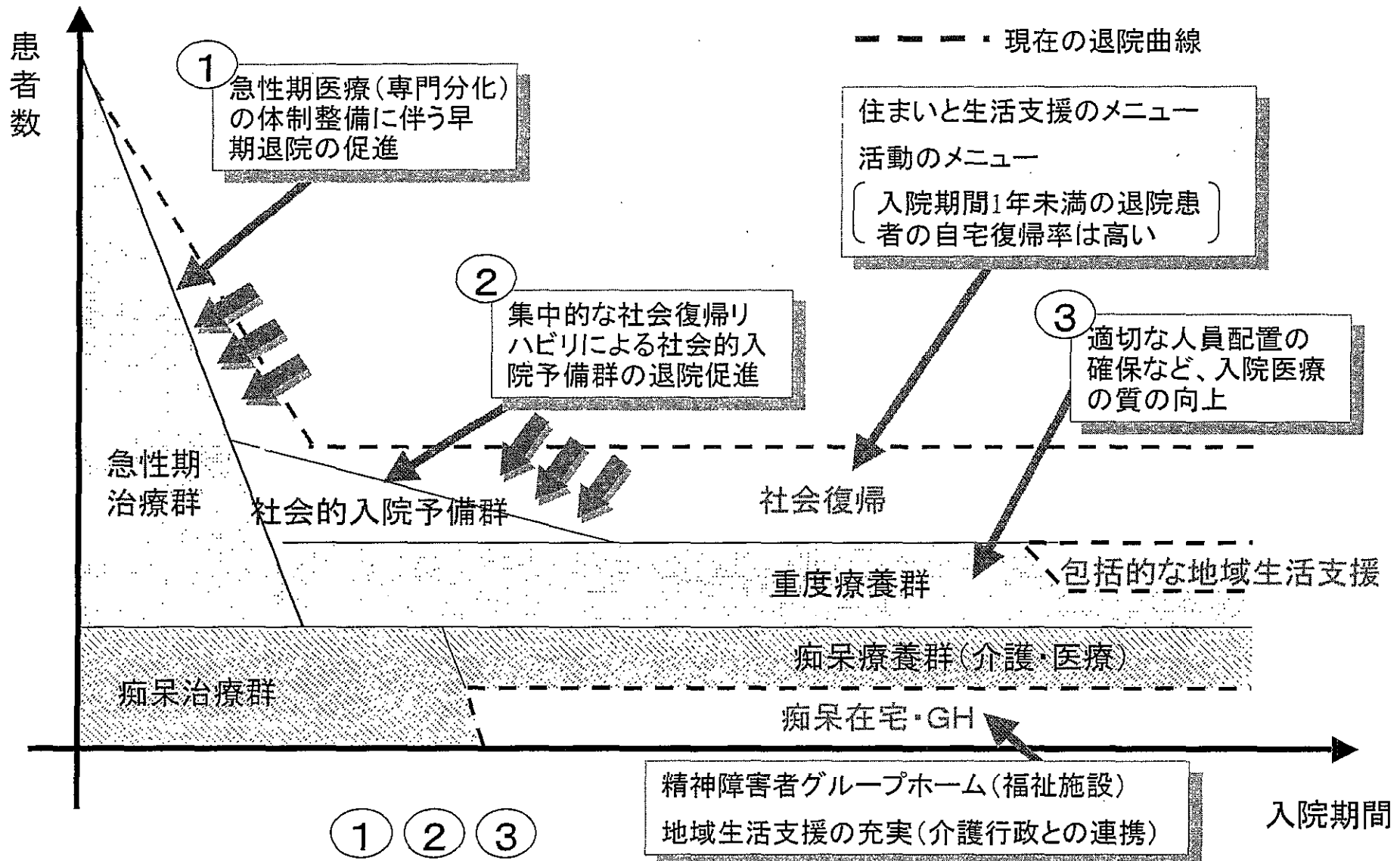
○ 次のいずれの条件も満たす都道府県については、達成目標に加え、長期入院者退院促進目標数(全国平均と当該県の数値との差の一定割合)を設定する。

①人口当たり一年以上入院患者数が全国平均を10%以上上回る都道府県

②退院率(一年以上群)が全国平均を10%以上下回る都道府県

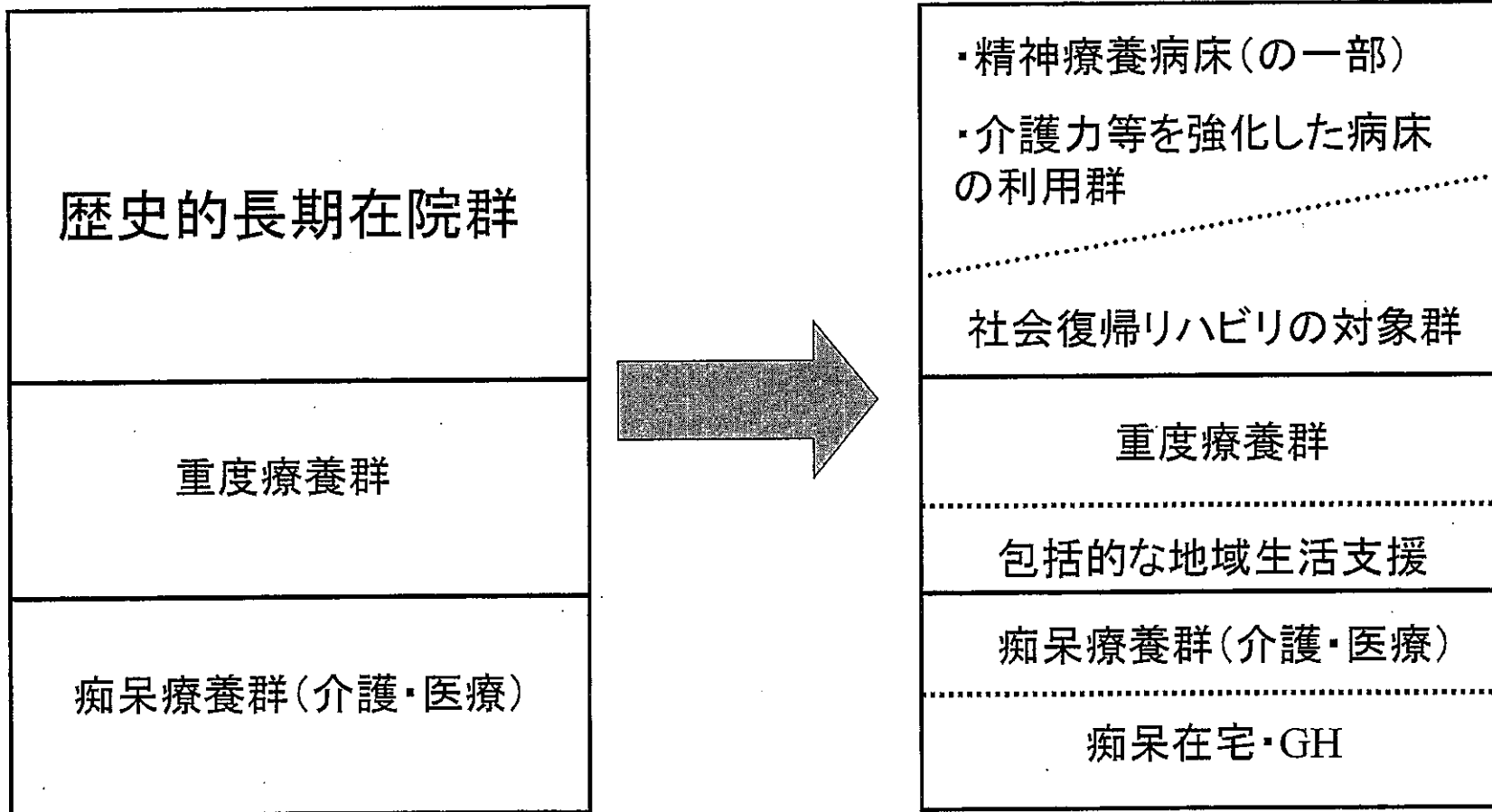
# 病床の機能分化のイメージ

(別紙10)



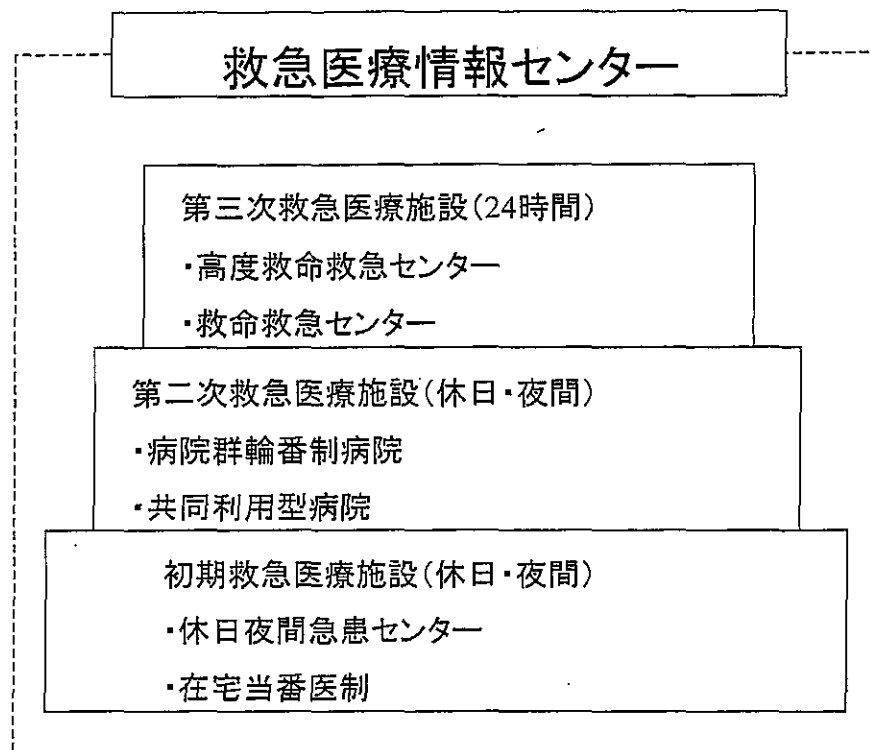
は、病棟・ユニット単位で分化の促進及び評価を進めていく。

## 現在の長期入院群の将来イメージ

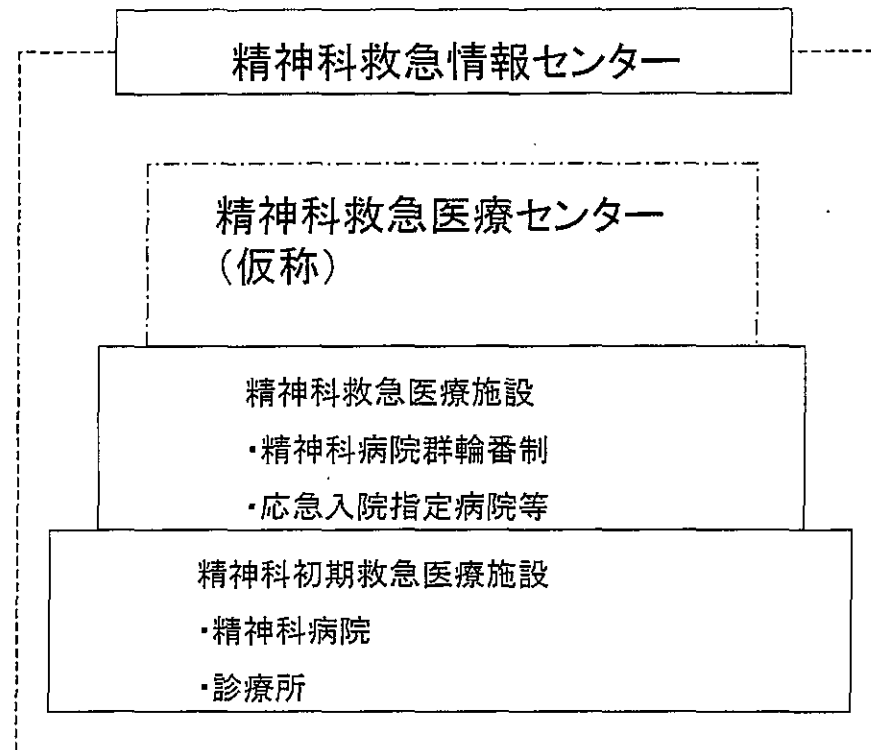


# 救急医療システムの考え方(案) (別紙12)

## 一般救急(既存)



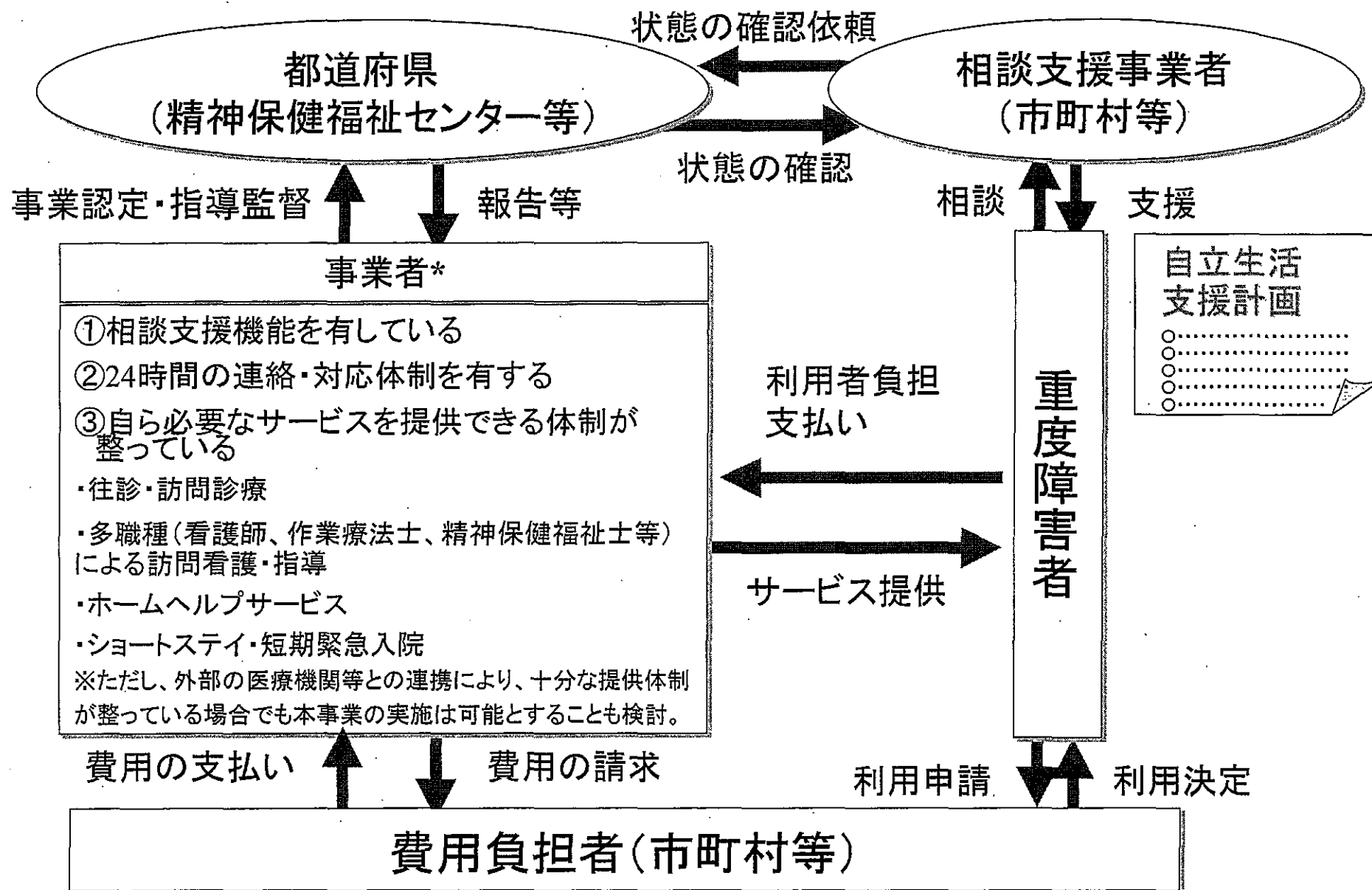
## 精神科救急(案)



- 急性期については、現在の仕組みを基本としつつ、入院直後の機能の向上、ユニット制の導入等について検討する。
- 社会復帰リハについては、その患者像を明確にしつつ、1年以内を目途に地域ケアに円滑に移行できることを目指し、精神保健福祉士や看護師等が、患者の社会復帰意欲を高めつつ、病院外の地域資源(医療的支援、福祉的支援、当事者同士の支え合い等)を活用する仕組みを基本とする。
- 重度療養については、その患者像を明確にしつつ専門的な入院医療を行える体制を確保する。



# 包括的に地域生活を支える仕組み (別紙13)



\*相談支援事業者が本事業を実施することも想定。

## 措置入院患者を受け入れる病院の基準(案)

- 措置入院を受け入れる病院としての基準  
常勤の精神保健指定医が二名以上  
病院規模・病床数は不問
- 措置入院患者を適切に治療できる病棟の基準  
3:1以上の看護職員配置
- 治療や処遇の質を担保するための基準  
行動制限最小化委員会の設置
- その他

(別紙15)

# 実地指導に基づく改善計画の公表の仕組み(案)

(現行:精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十八条の七)

現行

都道府県による実地指導

入院患者の処遇  
が基準に合致しない、または不相当

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処遇の改善のために必要な措置」を命令

命令に従わない

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限するよう命令

案

都道府県による実地指導

入院患者の処遇  
が基準に合致しない、または不相当

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処遇の改善のために必要な措置」を命令

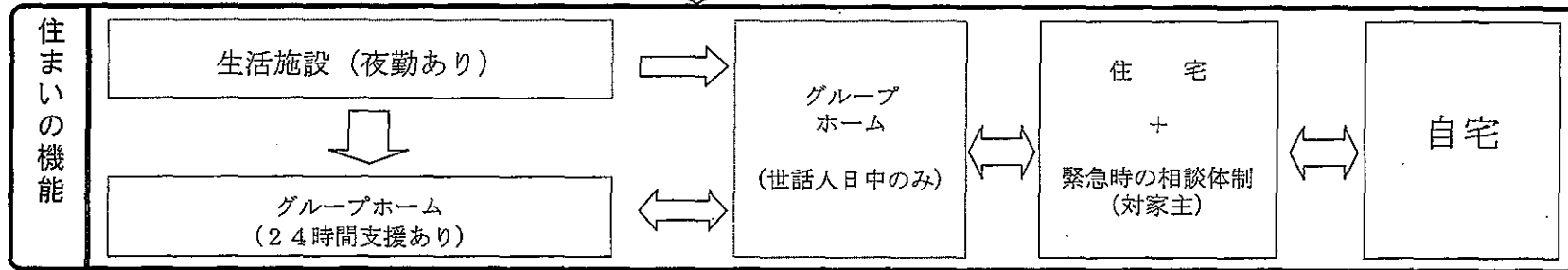
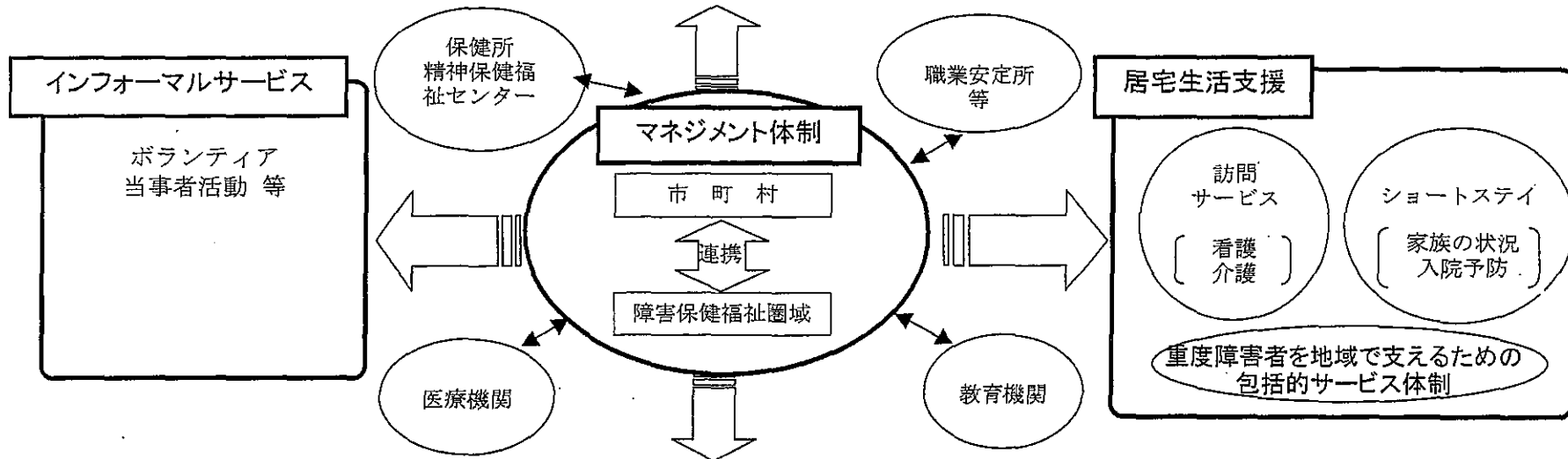
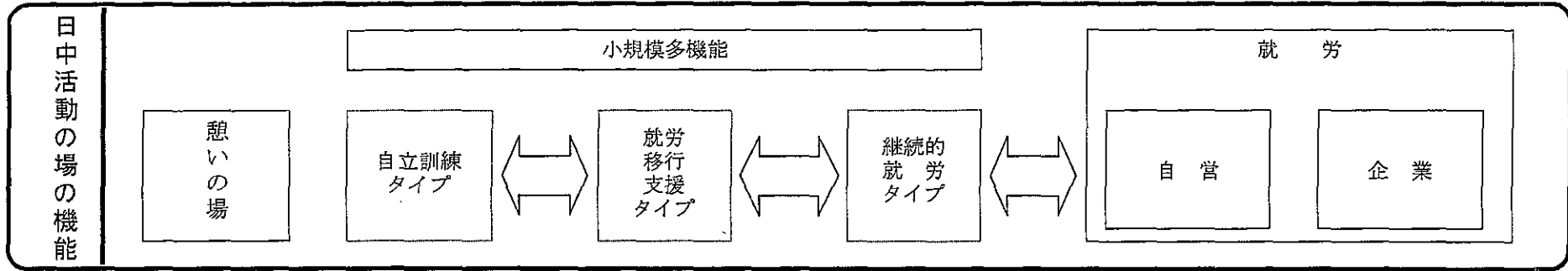
命令に従わない

改善計画等の内容を公表

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限するよう命令

# 再編後の住・生活・活動支援体系（精神保健福祉）

（別紙16）



## 障害者の相談支援(ケアマネジメント)体制(案)

- 都道府県、障害保健福祉圏域、市町村の三層（生活圏域も含める場合には四層）構造の相談支援体制となるよう、各機関の育成等を行う。
- 相談支援事業については、施設整備等を伴わないものも念頭に、法律上、居宅生活支援事業の一類型と位置づける。（法律上、その中立性に配慮）
- 相談支援の内容等は次のようなイメージとする。
  - ・ 生活全般の総合的なもの
  - ・ 福祉サービス等の利用決定に係るもの（自立生活支援計画）

### 《 都道府県 》

- 専門判定機関により、障害者の状態の判断等、各種相談支援事業者のスーパーバイズを行う。



### 《 障害保健福祉圏域 》

- 市町村単位の相談支援事業者のスーパーバイズ、危機介入的な専門性の高い案件への対応等を行う中核的な事業者を確保（住宅入居支援等のサービスを行うことも想定）。
- 市町村単位の相談支援事業者の中から、圏域の中核となる事業者を都道府県が指定。



### 《 市町村 》

- 市町村単位の相談支援機能（市町村又は民間の相談支援事業者）を確保。
- 実施主体である市町村の指定に基づき、事業者は、ソーシャルワーク的業務等を実施。



### 《 生活圏域 》

- 支援を必要とする障害者の発見、プライマリー的な相談、事後的なモニタリング等を中心とするコミュニティーワーク機能として位置づける。