

第1章

精神保健医療福祉政策の動向と 精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム

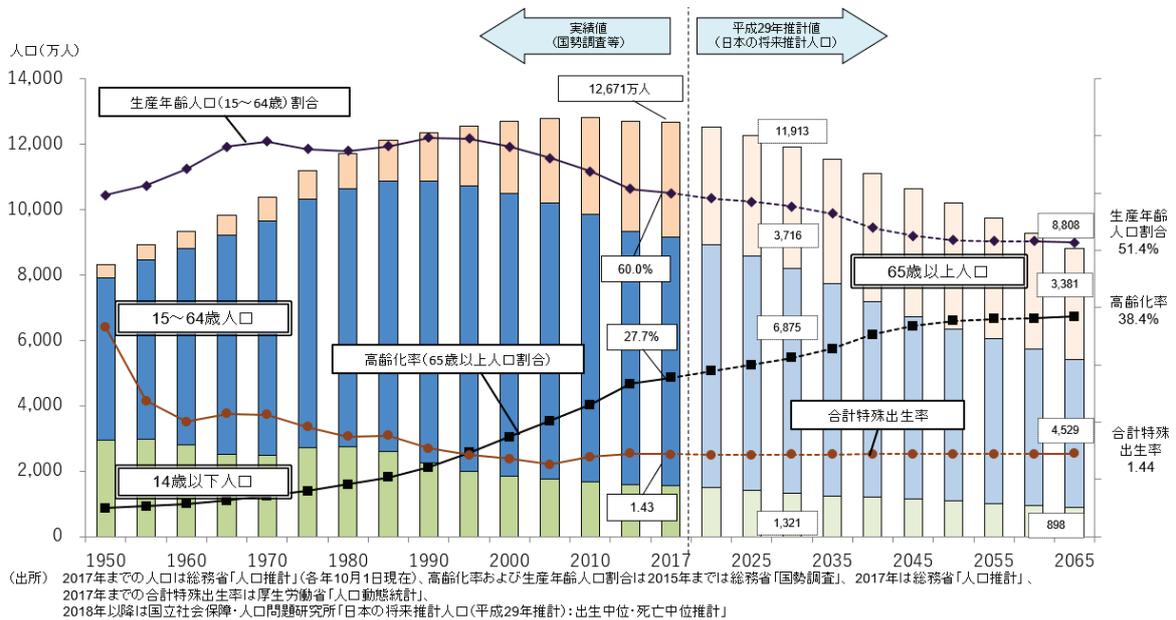
1 精神医療及び障害福祉サービス等のデータ

(1) 日本の人口の推移

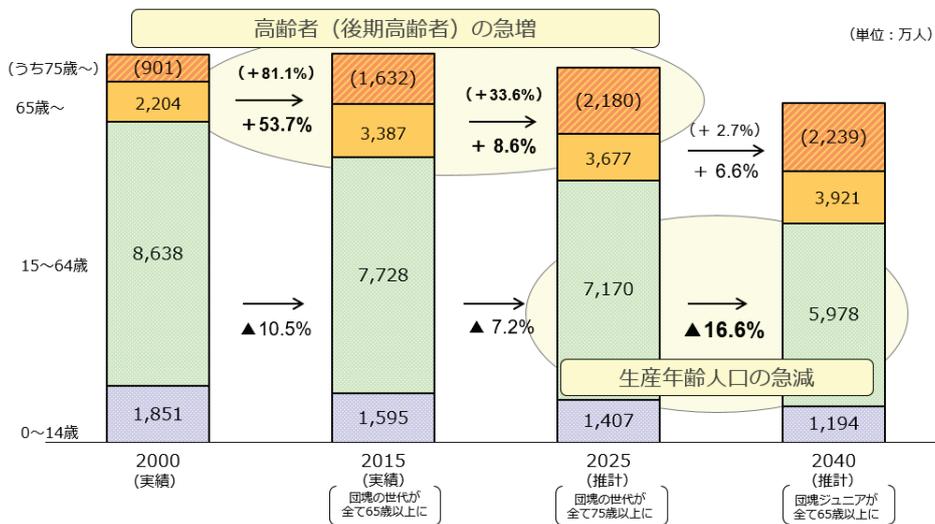
日本の人口は今後減少することが予測され、2065年には9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台になると予測されています。(図表1)

2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後に緩やかになります。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速することが予測されています。(図表2)

図表1：日本の人口の推移



図表2：人口構造の変化

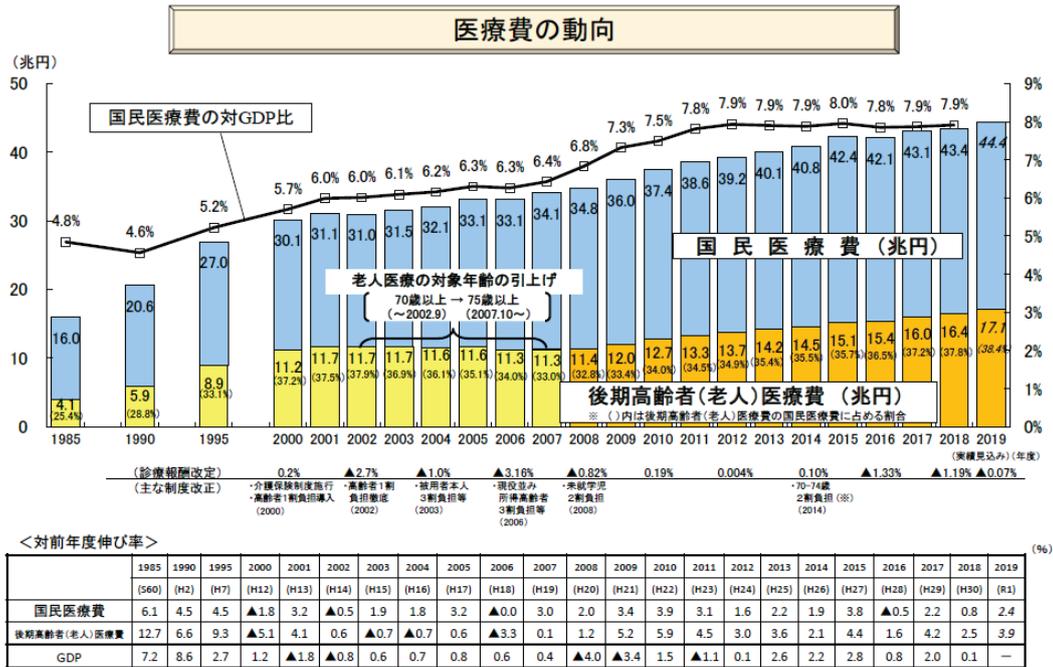


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」

(2) 医療費の動向

平成30年度の国民医療費は43兆3,949億円、前年度からは0.8%の増加、一人当たりの医療費は34万3,200円となっています。また、医科診療医療費に占める精神及び行動の障害の割合は、6.1%となっています。

図表3：医療費の動向



注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。
注2 2019年度の国民医療費及び後期高齢者医療費、以下同じ。は実績見込みである。2019年度分は、2018年度の国民医療費に2019年度の国民医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることで推計している。
(※) 70-74歳の一部の負担割合の予算凍結措置解除(1割→2割)、2014年4月以降新たに70歳に達した者が42割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

- ◆ 医療費の規模
43兆3,949億円 (前年度比0.8%増)
対国民所得では、10.73%
- ◆ 65歳以上の高齢者医療費の規模
26兆2,828億円 (構成割合60.6%)
- ◆ 一人当たりの医療費
全年齢では、33万9,900円 65歳以上高齢者では、73万8,300円
- ◆ 診療報酬別
医科診療医療費は31兆3,251億円 (構成割合72.2%)
うち、入院医療費は16兆5,535億円 (同38.1%) 入院外医療費は14兆7,716億円 (同34.0%)
医科診療医療費以外である、歯科診療医療費は2兆9,579億円 (同6.8%)、薬局調剤医療費は7兆5,687億円 (同17.4%)、入院時食事・生活療養費は7,917億円 (同1.8%)
- ◆ 医科診療医療費における傷病分類別の状況

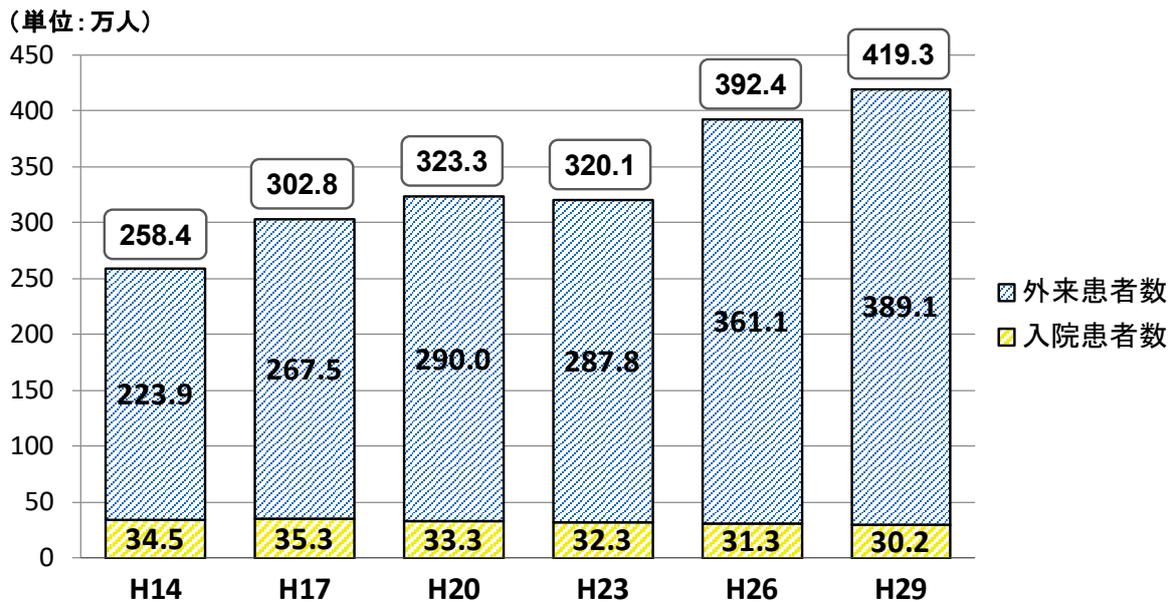
	総数	医科診療医療費に占める割合	内訳	
			入院医療費	入院外医療費
循環器系の疾患	6兆596億円	19.3%	3兆6,882億円	2兆3,714億円
新生物 (含悪性腫瘍)	4兆5,256億円	14.4%	2兆7,966億円	1兆7,290億円
骨格筋系及び結合組織の疾患	2兆5,184億円	8.0%	1兆1,820億円	1兆3,365億円
損傷、中毒及びその他外因の影響	2兆4,421億円	7.8%	1兆8,211億円	6,209億円
呼吸器系の疾患	2兆3,032億円	7.4%	1兆503億円	1兆2,529億円
精神及び行動の障害	1兆9,206億円	6.1%	1兆3,616億円	5,590億円

出典：平成30年度国民医療費の概況 (厚生労働省) (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/18/index.html>)

(3) 精神疾患を有する総患者数の推移

我が国の精神疾患を有する総患者数は、約 419.3 万人（入院患者数：約 30.2 万人、外来患者数：約 389.1 万人）（平成 29 年患者調査）へと急激な増加が続いており、400 万人を超える水準となっています（図表4）。

図表4：精神疾患を有する総患者数の推移



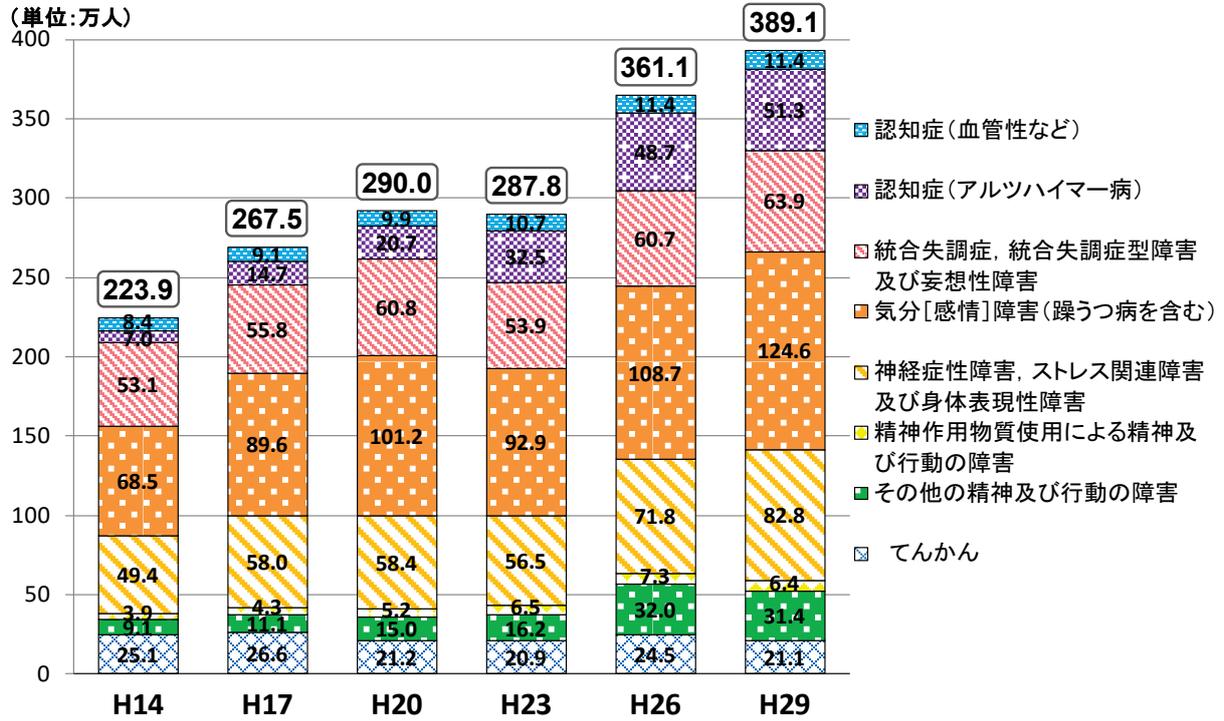
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(4) 精神疾患を有する外来患者数の推移

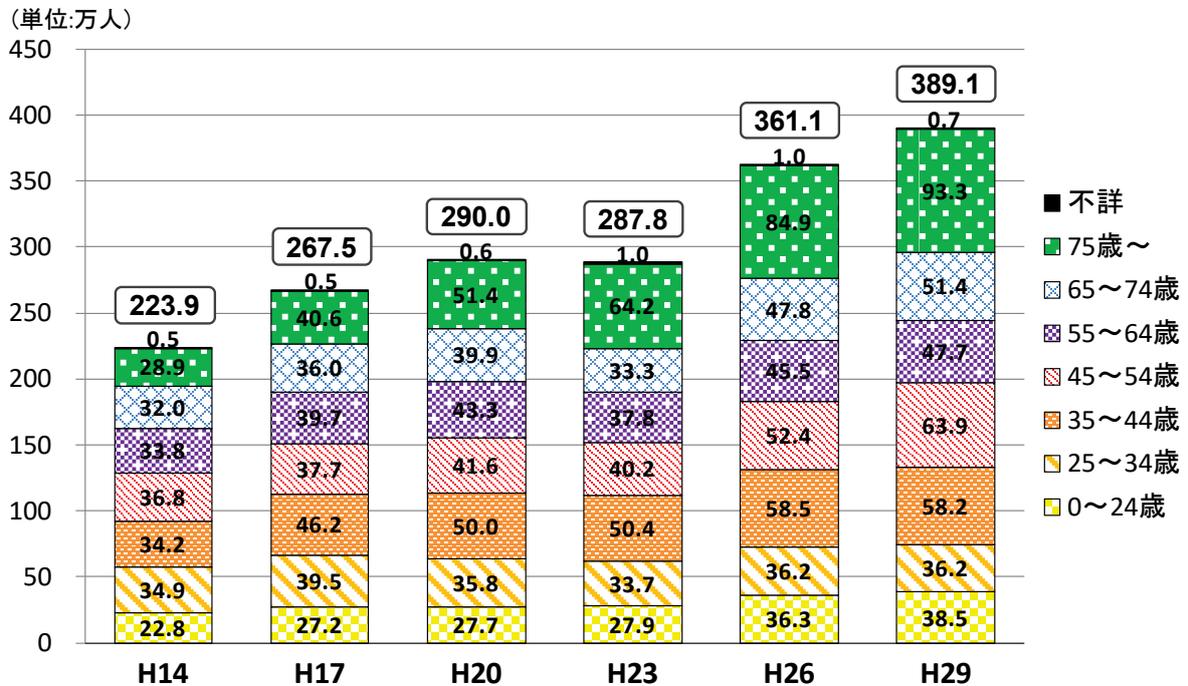
精神疾患を有する外来患者数は、15年前と比べ約 1.7 倍（平成 14 年：約 223.9 万人→平成 29 年：約 389.1 万人）に増加しています。疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が 15 年前と比べ約 7.3 倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約 1.8 倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約 1.7 倍と増加割合が顕著です（図表5）。

年齢階級別では、全階級で増加傾向ですが、特に後期高齢者（75 歳以上）が顕著であり、15 年前と比べ約 3.2 倍に増加しています（図表6）。

図表5：精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）



図表6：精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）



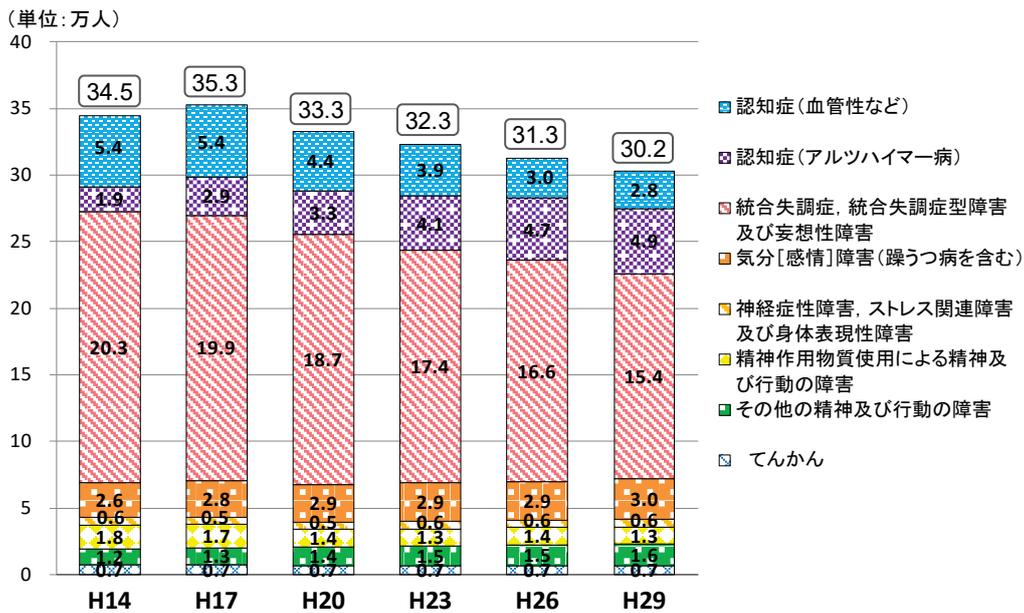
※図5・6、いずれもH23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
 出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(5) 精神疾患を有する入院患者数の推移

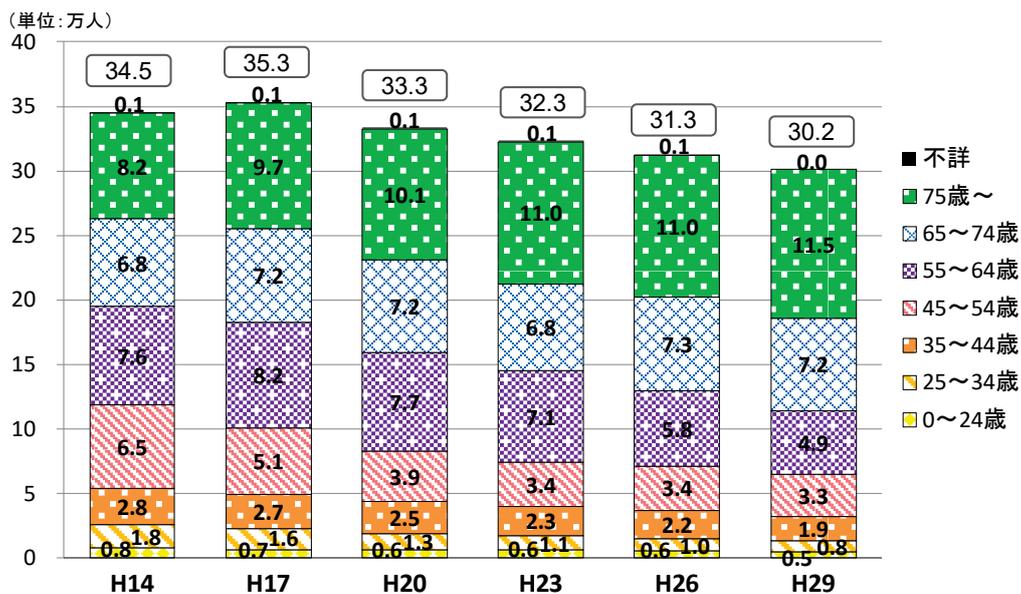
精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割（平成14年：約34.5万人→平成29年：約30.2万人）に減少していますが、疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約2.6倍に増加しています（図表7）。

年齢階級別では、65歳未満の入院患者数は減少傾向ですが、65歳以上は増加しており、特に後期高齢者（75歳以上）の入院患者数は15年前と比べ約1.4倍と顕著です（図表8）。

図表7：精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）



図表8：精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



※図表7・8、いずれもH23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(6) 精神病床における入院患者の在院期間別人数

精神病床でみると、令和元年6月30日時点で約27万人（令和元年精神保健福祉資料）が入院しています。前述の精神疾患を有する入院患者数と同様に徐々に減少傾向ではありますが、1年以上入院患者が約17万人（全入院患者の6割強）、5年以上入院患者が約8万人（全入院患者の3割強）であり、1年以上長期入院患者が全体の半数以上を占めています（図表9）。

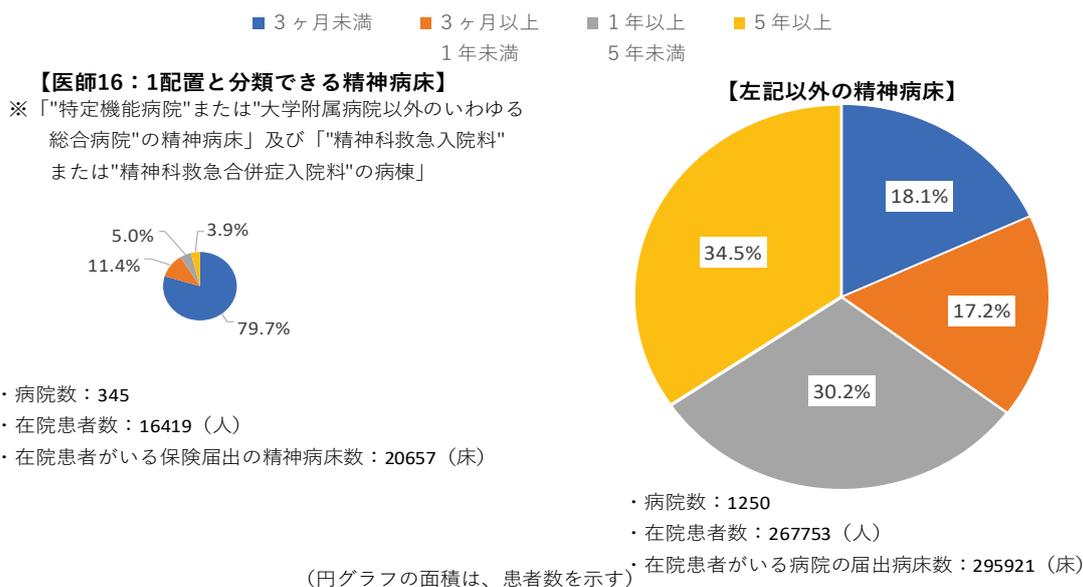
また、医師配置が手厚い傾向にある病床群の入院患者の方が、在院期間が短い傾向です（図表10）。

図表9：精神病床における在院期間別入院患者数（各年6月30日時点での入院）



※毎年公表される値であるが、便宜上、平成15年～令和元年は隔年で掲載している
出典：「精神保健福祉資料」より作成

図表10：精神病床を有する医療機関における医師配置別入院患者数



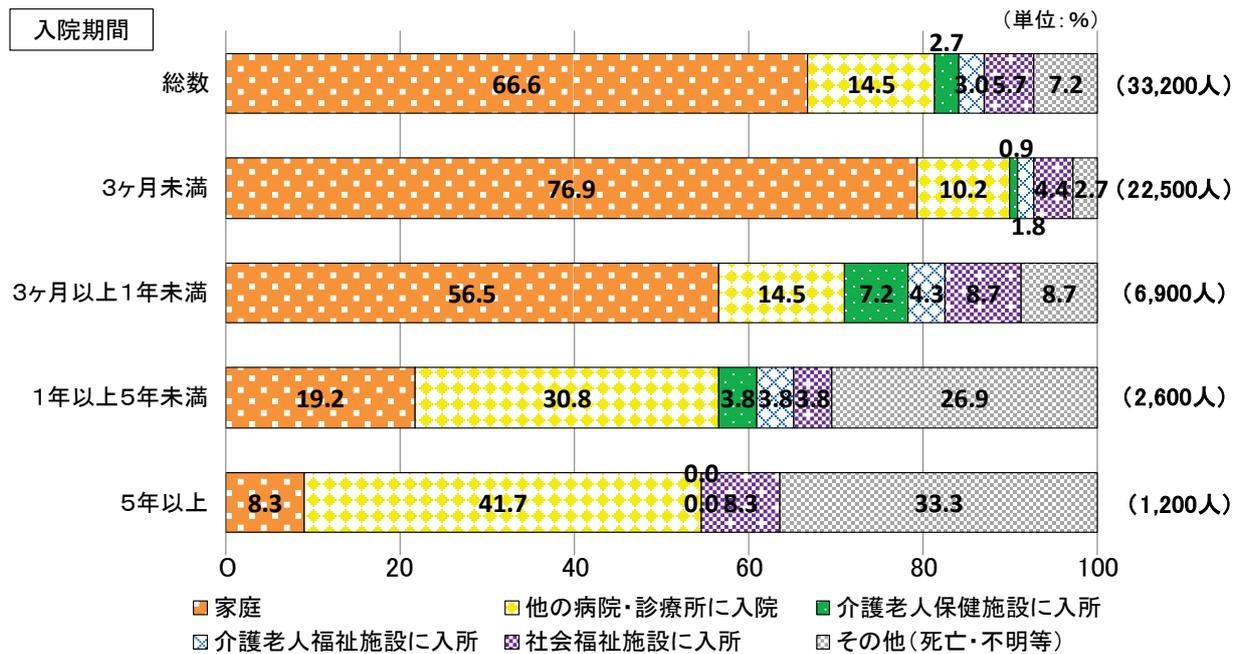
出典：平成29年度「精神保健福祉資料」より作成

(7) 退院後の行先

精神病床からの退院患者の退院後行先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所に入院」となっています。

しかしながら、入院期間別にみると、「3ヶ月未満」及び「3ヶ月以上1年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1年以上5年未満」及び「5年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所に入院」が最も高い割合を占めています。

図表 11：平成 29 年精神病床退院患者の退院後の行先



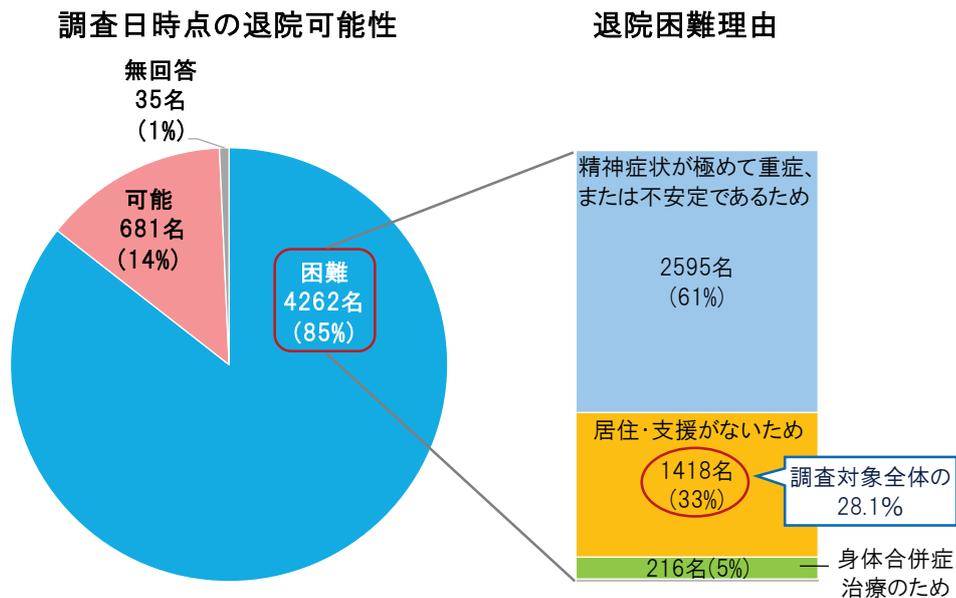
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(8) 退院の可能性や見通し

精神病床を有する医療機関における1年半以上の長期入院患者の退院可能性をみると、退院困難者のうち約3割は、「居住・支援がないため」退院が困難と回答しています。

また、精神療養病棟の入院患者においては、その約4割が、在宅サービスの支援体制が整えば退院が可能と回答しています。

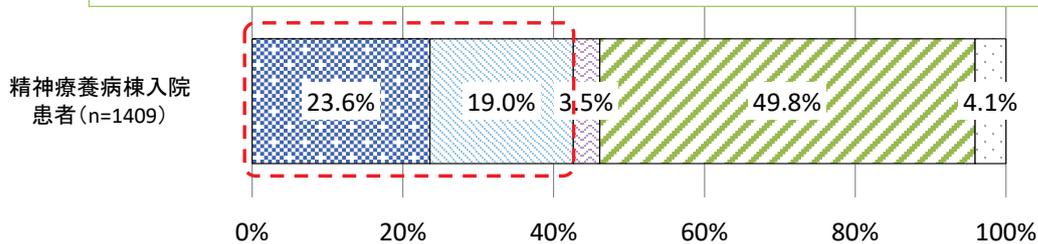
図表 12：精神病床を有する医療機関における1年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由



出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

図表 13：精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し

○ 精神療養病棟に入院する患者の約40%が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。



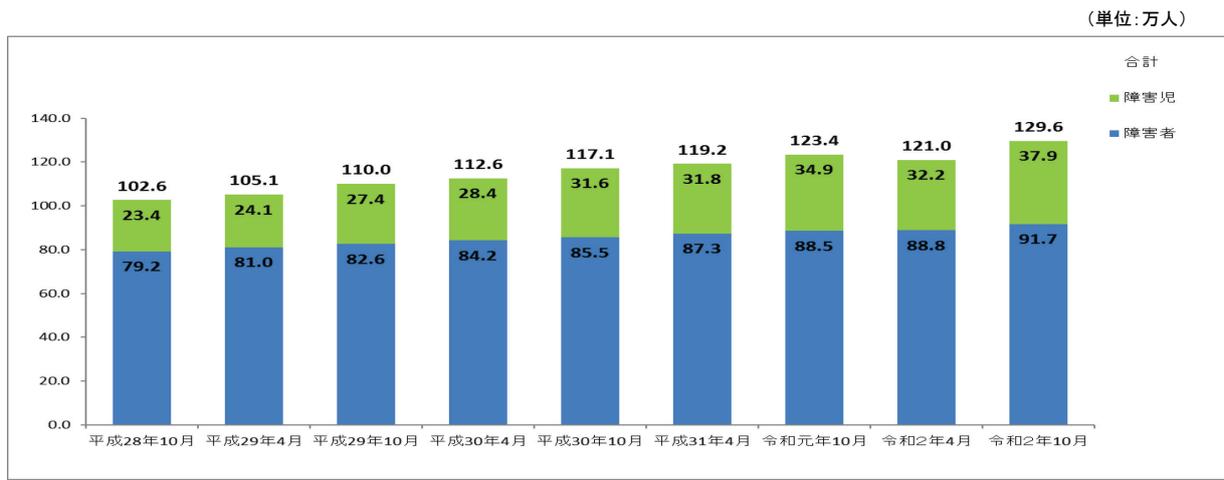
- 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能
- 在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能
- 在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来退院可能
- 状態の改善が見込まれず将来の退院を見込めない
- 無回答

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

(9) 障害福祉サービス等の利用者数の推移

障害福祉サービス等の利用者数は、年々増加しています。令和2年10月時点において、障害福祉サービス等の利用者約91.7万人のうち、精神障害者の利用者数は25.8万人であり、3割弱を占めています。精神障害者利用者数の過去1年間の伸び率は7.9%であり、身体障害者及び知的障害者に対する伸び率(それぞれ0.7%と3.1%)を大きく上回っています。

図表 14：利用者数の推移（6ヶ月毎の利用者数推移）
（障害福祉サービスと障害児サービス）



○令和元年10月→令和2年10月の伸び率(年率)…… 5.0%

このうち

身体障害者の伸び率……	0.7%
知的障害者の伸び率……	3.1%
<u>精神障害者の伸び率……</u>	<u>7.9%</u>
障害児の伸び率……	7.7%

(令和2年10月の利用者数)

身体障害者……	22.2万人
知的障害者……	42.1万人
<u>精神障害者……</u>	<u>25.8万人</u>
難病等対象者…	0.4万人(3,593人)
障害児……	39.2万人(※)

(※障害福祉サービスを利用する障害児を含む)

出典：厚生労働省

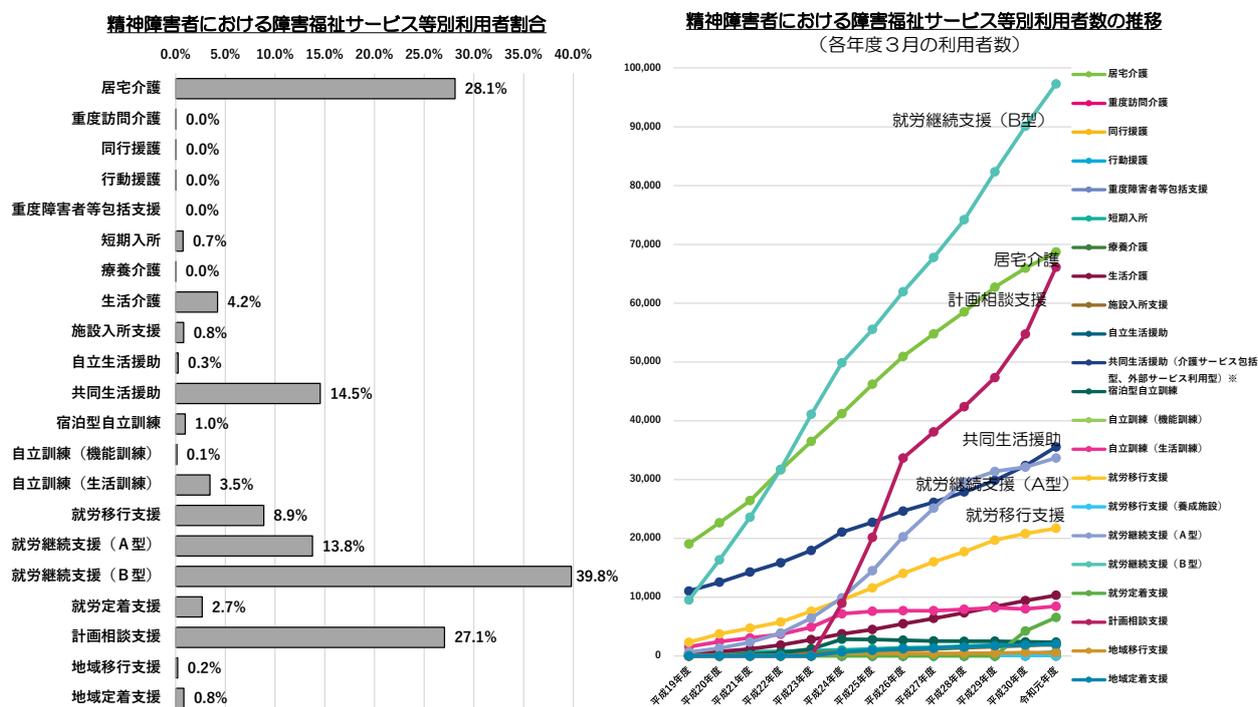
(10) 精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移

精神障害者における障害福祉サービス別利用者数の推移をみると、令和2年3月時点で就労継続支援（B型）の利用者数が約9万人超、約4割の利用で最も多く、次に居宅介護がそれに続きます。増加割合で見ると、計画相談支援が、平成24年の総合支援法の施行による障害福祉サービス化以降大きく増加しています。

一方、地域移行支援や地域定着支援、宿泊型自立訓練などは利用者数が低く、課題の整理が必要です。

図表 15：精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

○ 地域生活を営む対象者に利用される「就労継続支援（B型）」、「計画相談支援」などのサービス利用が多く、地域移行支援や地域定着支援、自立生活援助のサービスの利用は少ない。



出典：国保連データ（令和2年3月サービス提供分の利用者数まで）を基に精神・障害保健課にて作成

(11) 精神保健調査日本調査 (World Mental Health Japan Survey)

精神保健調査日本調査は、厚生労働科学研究「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」(WMHJ22013-2016) (主任研究者：川上憲人 東京大学大学院医学系研究科教授) において、精神障害の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動への影響等を明らかにすることを目的に実施されたものです。(ファースト調査は、2002-2006年に実施)

①調査方法等

2013-2015年度までに、関東地方、東日本、西日本で調査を行い、2450人に以下の質問項目について面接調査及び自己記入式調査票による調査を行いました。

図表 16：世界精神保健日本調査 (WMH-J2) における全回答者の基本属性

属性	回答者数	%	属性	回答者数	%		
性別	男性	1160	47.3	学歴	中学校	222	9.1
	女性	1290	52.7		高校	944	38.5
年齢	25-34歳	455	18.6	専門学校(専修課程/入学資格・中卒以上)	79	3.2	
	35-44歳	466	19.0	専門学校(高等課程/入学資格・高卒以上)	304	12.4	
	45-54歳	454	18.5	短期大学、高等工業専門学校(高専)	238	9.7	
	55-64歳	509	20.8	大学	598	24.4	
	65-75歳	566	23.1	大学院	59	2.4	
婚姻状態	結婚している	1770	72.2	欠損値	6	0.2	
	別居している	12	0.5	現在の雇用状況	現在働いている	1458	59.5
	離婚した	118	4.8	自営業	229	9.3	
	死別した	106	4.3	求職中(失業中)	23	0.9	
	未婚	444	18.1	一時解雇(一時帰休)	7	0.3	
家族形態	単身	191	7.8	退職した	217	8.9	
	夫婦のみ	556	22.7	家事	407	16.6	
	子と同居(二世帯)	985	40.2	学生	41	1.7	
	親と同居(二世帯)	371	15.1	産休中	16	0.7	
	親および子と同居(三世帯)	286	11.7	病気休業中	12	0.5	
	その他の親族と同居	36	1.5	障害のために働けない	19	0.8	
	親族以外と同居	11	0.4	その他(具体的にたずねる)	18	0.7	
	これ以外の世帯	13	0.5	欠損値	3	0.1	
	欠損値	1	0.0				
移動能力	一人で外出可能	2425	99.0				
	一人で外出できない	25	1.0				

図表 17：世界精神保健日本調査 (WMH-J2) における質問項目

- ・ 属性およびスクリーニング
- ・ うつ病
- ・ 躁病
- ・ パニック障害
- ・ 特定の恐怖症
- ・ 広場恐怖
- ・ 全般性不安障害
- ・ 物質使用障害
- ・ 心的外傷後ストレス障害
- ・ てんかん
- ・ 精神病スクリーニング
- ・ 自殺傾向
- ・ サービス利用
- ・ 東日本大震災
- ・ 人口統計要因
- ・ 雇用状態
- ・ 経済的状态
- ・ 結婚
- ・ 子供
- ・ 子供時代
- ・ 引きこもり
- ・ 面接者の観察

②調査結果

ICD-10 診断による主要な精神障害の生涯有病率は、図表 18 注 1) に示した「いずれかの精神障害」では、約 23%となっています。

図表 18：ICD-10 診断による主要な精神障害の生涯有病率（性別）

	男性 (N=1160)		女性 (N=1290)		合計 (2450名)		χ^2
	%	人数	%	人数	%	人数	
気分(感情)障害							
重症うつ病エピソード	2.2%	25	3.2%	41	2.7%	66	2.4
中等症うつ病エピソード	1.6%	18	2.4%	31	2.0%	49	2.3
軽症うつ病エピソード	1.0%	12	0.9%	12	1.0%	24	0.1
全てのうつ病エピソード	4.7%	55	6.5%	84	5.7%	139	3.6
躁病エピソード	0.7%	8	0.7%	9	0.7%	17	0.0
軽躁病	0.2%	2	0.1%	1	0.1%	3	0.4
気分変調症	0.9%	11	1.9%	24	1.4%	35	3.6
いずれかの気分(感情)障害	5.4%	63	8.1%	105	6.9%	168	7.0 **
神経症性・ストレス性障害							
パニック障害	0.5%	6	1.2%	16	0.9%	22	3.6
パニック障害をともなわない広場恐怖	0.5%	6	1.4%	18	1.0%	24	4.9 *
社会恐怖(社交不安障害)	1.6%	18	2.6%	34	2.1%	52	3.5
特定の恐怖症†	(2.8%)	(7)	(7.4%)	(20)	(5.1%)	(27)	5.7 **
全般性不安障害	1.3%	15	2.7%	35	2.0%	50	6.2 *
外傷後ストレス障害	0.3%	4	1.6%	20	1.0%	24	9.2 **
いずれかの神経症性・ストレス性障害	3.6%	42	7.0%	90	5.4%	132	13.5 **
精神作用物質による精神および行動上の障害							
有害な使用-アルコール	22.4%	260	8.4%	108	15.0%	368	94.3 **
アルコール依存症	0.3%	4	0.0%	0	0.2%	4	4.5 **
有害な使用-薬物	0.3%	4	0.4%	5	0.4%	9	0.0
薬物依存症	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	
いずれかの精神作用物質による障害	22.8%	265	8.5%	110	15.3%	375	96.6 **
いずれかの精神障害	28.0%	325	18.2%	235	22.9%	560	33.3 **

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, χ^2 検定(人数の期待値が5人未満のセルを含む比較は参考値)。

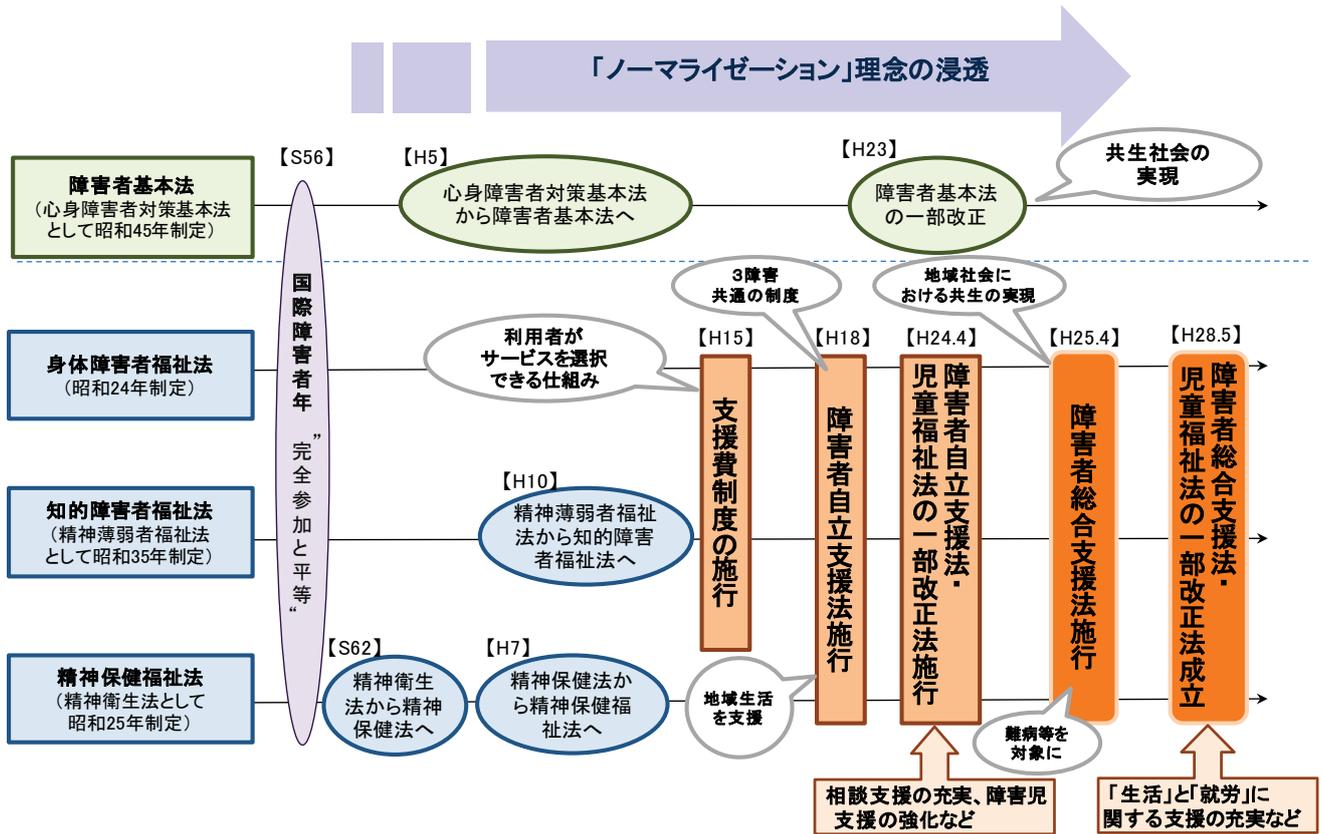
† 特定の恐怖症は平成25年度調査でのみ調査したため、有病率は25年調査の対象者のみを分母とした数値を括弧書きで示した。

注1) 疾患グループは以下のとおり。いずれかの気分障害=うつ病エピソード、躁病エピソード、軽躁病エピソード、気分変調症。いずれかの神経症性・ストレス性障害=パニック障害、広場恐怖、社会恐怖(社交不安障害)、全般性不安障害、外傷後ストレス障害。いずれかの精神作用物質による障害=アルコールの有害な使用あるいは依存症、薬物の有害な使用あるいは依存症。いずれかの精神障害=以上のいずれかの精神障害。

2 精神保健医療福祉政策の動向

精神保健や精神医療、障害福祉における取組として、これまでに我が国では様々な議論や政策的展開が図られてきました。

図表 19：障害保健福祉施策の歴史

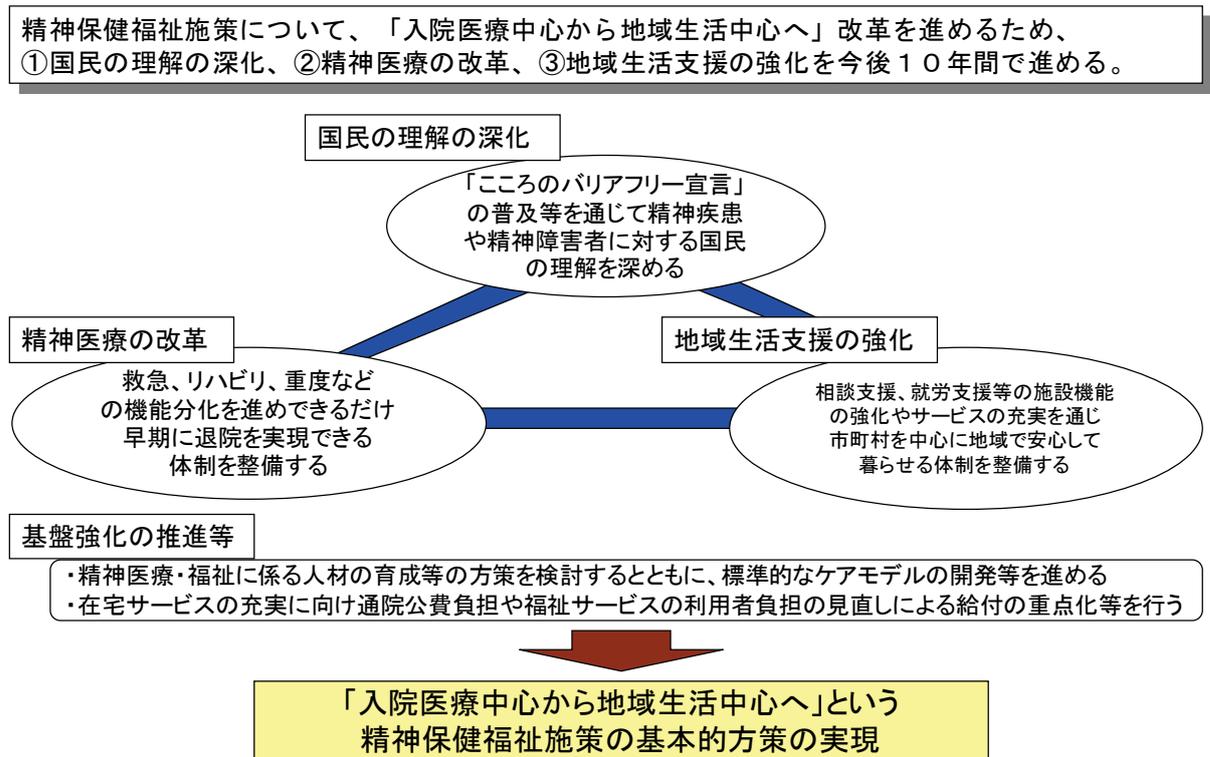


図表 20：精神領域におけるこれまでの経緯一覧

平成 14 年 12 月	社会保障審議会障害者部会精神障害分会 報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」 * I
平成 15 年 5 月	精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」 * II
平成 16 年 9 月	厚生労働省精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」 * III
平成 18 年 4 月	障害者自立支援法施行
平成 21 年 9 月	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」 * IV
平成 22 年 5 月	厚生労働省障害保健福祉部「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」
平成 25 年 4 月	障害者総合支援法施行
平成 25 年 6 月	精神保健福祉法改正 平成 26 年 4 月施行
平成 26 年 4 月	「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」 * V
平成 26 年 7 月	厚生労働省「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめ * VI
平成 29 年 2 月	厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」 * VII

- I 平成7年の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に名称変更）の改正を経て、精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実が図られました。しかしながら、その成果が十分ではないことから、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進め、精神保健医療福祉施策全般の充実向上を図ることが重要であるとして、平成14年12月、社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」が示されました。同月、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が設置されています。
- II 平成15年5月に、精神保健福祉対策本部の「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）」が出されました。それに基づき「普及啓発」、「精神医療改革」、「地域生活の支援」に関する3つの検討会が開催されました。この報告を踏まえ、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、平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示されています。
- この改革ビジョンでは、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示されました（図表21）。

図表21：精神保健医療福祉の改革ビジョンの枠組み



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

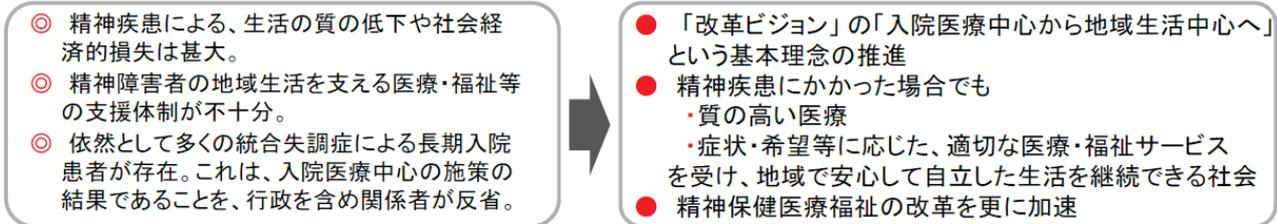
出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課「我が国における精神保健医療福祉施策の動向」

Ⅲ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本指針として、国民各層の意識の変革や、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年間で進めるとされました。また、「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」についても、併せて10年後の解消を図ることが盛り込まれました。

Ⅳ 平成21年9月に、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期5か年（平成21年9月以降）の重点施策群の策定に向けた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）が提示されました。「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速させることとされました（図表22）。

図表22：「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】



出典：「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）

V 平成 26 年 4 月の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」の施行に伴い、法第 41 条第 1 項の規定に基づき、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が定められました。入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定めたものです。1 年未満で退院できるよう、質の高い医療を提供し退院支援等の取組を推進するとともに、1 年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進することなどが明記されました（図表 23）。

図表 23：良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（概要）

厚生労働省資料	厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)
○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。	
1. 精神病床の機能分化に関する事項 ○機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。 ○地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。 ○急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。 ○入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。 ○1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。	
2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項 ○外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。 ○アウトリーチ(多職種のチームによる訪問支援)を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。 ○在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。 ○精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。 ○医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。	
3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項 ○精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。 ○チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。	
4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項 ○保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。 ○非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。 ○自殺対策(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。 ○精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。	

VI 平成 26 年 7 月に、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」（長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ）が公表されました。

主に、下記が打ち出されています。

- ①長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像として、「退院に向けた意欲の喚起」、「本人の意向に沿った移行支援」、「地域生活の支援」を徹底して実施
- ②長期入院精神障害者本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起」、「本人の意向に沿った移行支援」などの「退院に向けた支援」、居住の場の確保や地域生活を支えるサービスの確保として「地域生活の支援」、また、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう自治体が助言・支援に努める「関係行政機関の役割」
- ③病院の構造改革として「入院医療について精神科救急等地域生活を支えるために医療等に人員・治療機能を集約することが原則」、「地域移行を進めることによる病床の適正化」

Ⅶ 平成29年2月に、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書がとりまとめられました。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進し、精神障害者の一層の地域移行を地域において具体的な政策手段により実現していくため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という新たな政策理念が明記されました。

この政策理念を基軸としつつ、既存の取組等による成果を踏まえ、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるような方策を検討することが示されています。

図表 24：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）（抜粋）

（平成29年2月8日）

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。（通常国会に関係法律の改正案を提出）

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

（1）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

（2）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

（3）精神病床のさらなる機能分化

- 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、平成37（2025）年の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

出典：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）

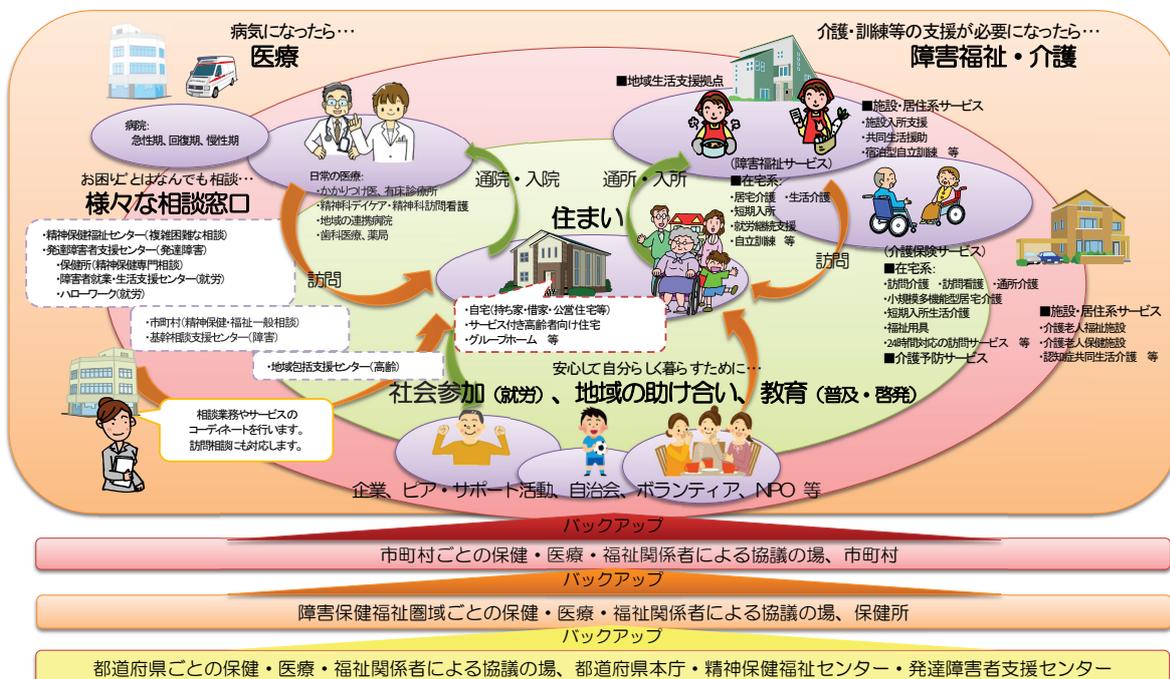
3 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保されたシステムのことを指します。

このしくみが、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念を支えるものになり、また、多様な精神疾患等に対応するための土台づくりとしての基盤整備にもつながることが期待されます。

図表 25：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



出典：平成 30 年 6 月 27 日 第 90 回障害者部会資料を一部改変



「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築範囲は、日常生活圏域単位が基本となります。

その上で、精神科医療機関・その他の医療機関・障害福祉サービス等事業所等・市町村による包括的かつ継続的な連携支援体制の確保が求められます。

(2) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において重視すべきこと

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築には、以下のポイントが重要です。

① 地域住民の理解増進

すべての人が生きやすい社会を形成するうえでは、地域住民の精神障害者に対する理解が必要不可欠です。障害や年齢、性別、その他様々な要因による差別や偏見（いわゆる「スティグマ」）を解消していくことが重要です。

② 精神障害者本人の希望・ニーズ

精神障害者本人を中心として支援の輪をつくりあげることが、最も基本的な視点になります。本人の希望やニーズを引き出し、そのうえで一人ひとりに応じた支援が形成されていくことが大切です。

③ 地域アセスメントに基づく目標設定とロードマップの作成及び検証

まず初めに、「地域アセスメント」を行う必要があります。その上で課題抽出を行い、その認識を関係者間で共有します。その後、目標設定と役割分担及びロードマップを作成し、具体的な各取組を実施します。適宜評価・検証しながら、PDCA サイクルを回していくことが求められます。

④ 支援者間のネットワークによる協働

地域の基盤整備を進めるうえで、基本となる資源は既存のネットワークです。今ある連携体制の促進と新たな形成が求められます。

⑤ 保健所の役割

地域移行支援・地域定着支援等推進の中心的役割が求められます。また、精神障害者が地域生活を継続する上で、危機介入が必要な場合もあります。保健所のリーダーシップの発揮が、大変重要です。

⑥ 精神医療の役割

精神障害者を取り巻く状況や精神疾患の特徴などを鑑みると、精神医療が担う役割は大変重要であることは言うまでもありません。症状のゆらぎがあることが、精神障害の特徴のひとつでもあり、医療の適切な介入及び継続的な関わりが、地域における安心して継続した暮らしを実現するうえで必要不可欠です。

⑦ 障害福祉サービス等の利用と社会参加（就労等）の促進

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築のためには、地域に存在する多様なニーズ及びそれらに対応したサービス等を整備していく必要があります。介護や生活支援におけるニーズに対応するのみならず、本人の社会参加の機会創出も大変重要です。

このような体制整備のためには、市町村等が中心となって、福祉を起点とした基盤整備を行っていくことが求められます。

(3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構成する要素には、大きく、「地域の助け合い・教育（普及啓発）」、「住まい」、「社会参加（就労）」、「保健・予防」、「医療」、「障害福祉・介護」があります。

図表 26：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素



【各構成要素の内容（一例）】

「地域の助け合い・教育（普及啓発）」

＜地域住民の精神障害への理解促進＞

- ・当事者や家族等と連携した精神障害の理解促進に向けた効果的な普及・啓発の推進
- ・精神障害者地域生活サポーター（仮称）の養成

「住まい」

＜精神障害者が地域で暮らす場（住まい）の確保＞

- ・精神障害者の住まい確保に係る課題等の実態把握と、必要なグループホーム、高齢者向け住まい等の整備
- ・自立生活援助サービスなど地域支援の充実・活用等による公営住宅等への入居促進、精神障害者が入居可能な賃貸住宅の登録促進、マッチング・入居支援
- ・精神障害者の円滑な住まい確保にむけた地域関係者への手引きの作成、周知
- ・住宅セーフティネット制度の周知、居住支援協議会との連携

「社会参加（就労）」

＜精神障害者の希望や適性を踏まえた就労（復職）支援の充実＞

- ・精神障害者の社会参加促進のための効果的な支援事例の収集・ノウハウの共有
- ・精神医療機関、障害福祉サービス等事業所等とハローワーク、企業の連携促進
- ・精神障害者雇用トータルサポーター、ジョブコーチによる職場定着支援
- ・就労定着支援事業の活用促進
- ・ピアサポーターの活躍の機会の確保

「保健・予防」

＜メンタルヘルス問題全般の早期発見と介入＞

- ・精神的不調に対するセルフチェック、援助希求行動促進のための啓発
- ・精神保健相談業務の充実、窓口の周知、相談ルートの整備
- ・必要な支援（医療を含む）へのアクセスの確保
- ・家族支援の充実
- ・ひきこもり支援、自殺予防施策等との連携

「医療」

＜精神障害者が適時適切に必要な医療にアクセスするための体制整備＞

- ・保健・医療的アウトリーチの充実と効果的な支援のあり方（医療と保健の連携など）の検討
- ・精神科救急医療体制整備
- ・地域の身体科医療機関、学校、職場、行政等との連携

＜精神障害者を地域で支える医療の強化＞

- ・多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の推進
- ・外来機能（デイケア、訪問サービス、ケースマネジメント）の強化
- ・精神医療と身体科医療の連携
- ・入院患者の早期の地域移行・地域定着に資する取組の実施と検証
- ・長期入院精神障害者の効果的な退院支援プログラムの提示
- ・治療抵抗性統合失調症治療薬の一層の普及
- ・必要な医療の継続支援に資する取組の実施と検証

「障害福祉・介護」

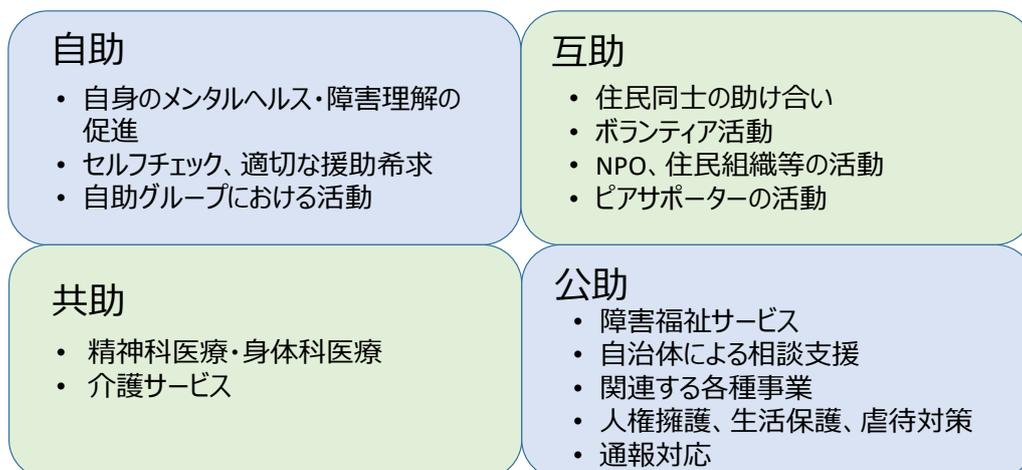
＜精神障害者の地域生活のために必要な障害福祉・介護サービスの確保と利用・連携促進＞

- ・地域移行・地域定着のために必要な基盤整備量の目標を明確にし、障害福祉計画等と整合性をはかりつつ基盤整備を推進
- ・地域相談支援の利用促進
- ・精神障害者支援の質を確保するための障害福祉サービス等事業所等の育成
- ・効果的な支援プラン、ノウハウの共有
- ・介護支援専門員等への効果的な研修等の検討、介護と福祉の連携

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る4つの「助」

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するうえでは、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の4つの助が連動することが大切です。

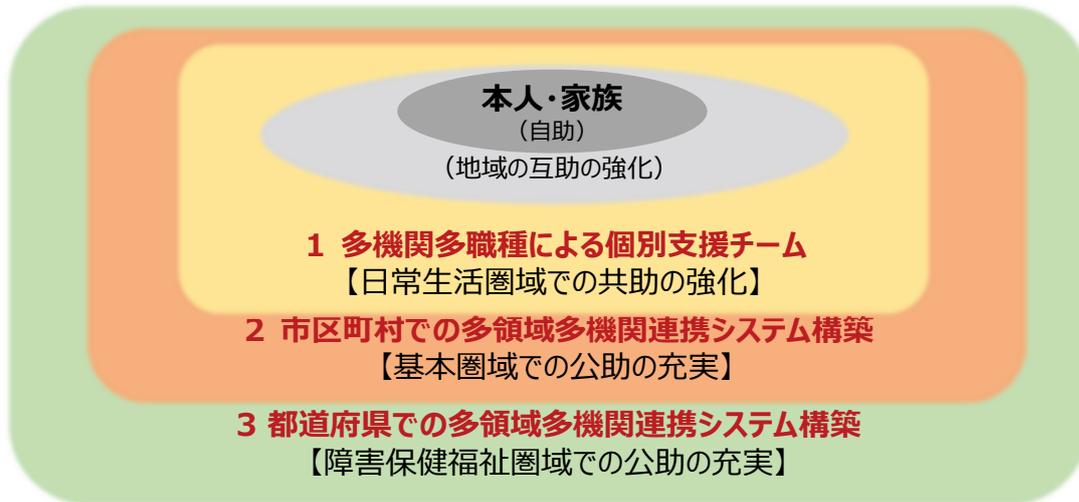
図表 27：4つの「助」



出典：多様な精神疾患等に対応できる医療連携構築支援研修会（H30.11.15）資料

また、これらの4つの助が、様々な圏域を超えて有機的かつ効果的に連動することが重要であり、そのような連動により、包括的な支援体制の構築が推進されていきます。

図表 28：重層的な支援体制のイメージ



厚労科研「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(代表：藤井千代)
「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」(分担：野口正行) 研究報告書より

(参考)

包括的な支援体制を全国的に整備するための方策について検討を行うとともに、より広い視点に立って、今後の社会保障において強化すべき機能や、多様な社会参加と多様な主体による協働を推進していく上で必要な方策について検討された「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」の最終とりまとめが令和元年12月に公表されています。

図表 29：地域共生社会に向けた包括的な支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会
最終とりまとめ 概要

地域共生社会に向けた包括的な支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会 最終とりまとめ 概要

I 地域共生社会の理念

- 地域共生社会の理念とは、制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割をもち、助け合いながら暮らしていくことのできる、包摂的なコミュニティ、地域や社会を創るという考え。福祉の政策領域だけでなく、対人支援領域全体、一人ひとりの多様な参加の機会の創出や地域社会の持続という観点に立てば、その射程は、地方創生、まちづくり、住宅、地域自治、環境保全、教育など他の政策領域に広がる。

II 福祉政策の新たなアプローチ

- 個人や世帯を取り巻く環境の変化により、生きづらさやリスクが多様化・複雑化していることを踏まえ、一人ひとりの生が尊重され、複雑かつ多様な問題を抱えながらも、社会との多様な関わりを基礎として自律的な生を継続していくことを支援する機能の強化が求められている。
- 専門職による対人支援は、「具体的な課題解決を目指すアプローチ」と「つながり続けることを目指すアプローチ（伴走型支援）」の2つのアプローチを支援の両輪として組み合わせていくことが必要。
- 伴走型支援を実践する上では、専門職による伴走型支援と地域の居場所などにおける様々な活動等を通じて日常の暮らしの中で行われる、地域住民同士の支え合いや緩やかな見守りといった双方の視点を重視する必要があり、それによりセーフティネットが強化され、重層的なものとなっていく。

III 市町村における包括的な支援体制の整備の在り方

1 事業の枠組み等

- 地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する市町村における包括的な支援体制の構築を推進するため、「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に行う市町村の新たな事業を創設すべき。

断らない相談支援	参加支援	地域づくりに向けた支援
○ 本人・世帯の属性にかかわらず受け止める相談支援 ① 属性にかかわらず、地域の様々な相談を受け止め、自ら対応する又は関係機関につなぐ機能 ② 世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する機能 ③ 継続的につながり続ける支援を中心的に担う機能 ※ ②及び③の機能を強化	○ 本人・世帯の状態に合わせ、地域資源を活かしながら、就労支援、居住支援などを提供することで社会とのつながりを回復する支援。 ○ 狭間のニーズに対応できるように既存の地域資源の活用方法を拡充する取組を中心に、既存の人的・物的資源の中で、本人・世帯の状態に合わせた多様な参加支援の提供を行う。 (例) 生活困窮者の就労体験に経済的な困窮状態にない世帯のひきこもりの者を受け入れる	○ 地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す支援。 ① 住民同士が出会い参加することのできる場や居場所の確保に向けた支援 ② ケアし支え合う関係を広げ、交流・参加・学びの機会を生み出すコーディネート機能

- 対象は、本人・世帯の属性を問わず、福祉、介護、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題や地域社会からの孤立など様々な課題を抱える全ての地域住民とすべき。
- 新たな事業の意義の一つは、地域住民や関係機関等と議論を行い、考え方を共有するプロセス自体にあることから、任意事業とし、段階的実施とすべき。
- 新たな事業を実施するに当たっては、既存の取組や機関等を活かしながら進めていくが、地域ごとに住民のニーズや資源の状況等が異なることから、圏域の設定や会議体の設置等は、市町村が裁量を発揮しやすい仕組みとする必要がある。
- 国の財政支援については、市町村が柔軟に包括的な支援体制を構築することを可能とするために、一本の補助要綱に基づく申請などにより、制度別に設けられた財政支援の一体的な実施を促進する必要がある。

地域共生社会に向けた包括的な支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会 最終とりまとめ 概要

III 市町村における包括的な支援体制の整備の在り方（続き）

2 市町村における包括的な支援体制の構築の際のプロセスと留意すべき点

- 市町村は地域のニーズや人材、地域資源の状況等を把握し、見える化した上で分析を行うとともに、地域住民や関係機関等と議論をし、域内における包括的な支援体制の整備について考え方をまとめ、共通認識を持ちながら取組を進める。この際、新たな縦割りを生み出さないよう留意。
- 事業実施後も、地域住民や関係機関等と振り返りや議論を繰り返し行いつつ、事業の実施状況等を定期的に分析・評価し、改善していくことが必要。
- 市町村が、地域住民や関係機関等とともに考え方を共有し、事業を推進するため、関係者をメンバーとする議論を行う場を市町村が設置する仕組みとすべき。

3 介護、障害、子ども、生活困窮等の各制度から拠出する際の基本的な考え方

- 介護、障害等の既存の各制度における基準額や補助率が異なることを踏まえ、事業費の積み上げ方や配分方法について検討を行う必要がある。その際、既存制度からの拠出は、合理的なルールに基づく機械的な方法による按分とすることが必要、現在の取組を継続できるよう交付水準を保つべきといった意見を踏まえ、より詳細を検討すべき。
- 現行の各経費の性格の維持など国による財政保障にも十分配慮する観点から、シーリング上、現在義務的経費とされているものについては、引き続き義務的経費として整理できるような仕組みとすべき。

IV 市町村における包括的な支援体制の整備促進のための基盤

1 人材の育成や確保

- 包括的な支援に携わる専門職等の支援の質を担保するため、研修カリキュラムや教材等の整備の推進、研修の実施等、人材の育成・確保に向けた取組を進めることが重要。また、市町村においては、庁内全体で包括的な支援体制について検討し、体制の構築を進める中で、福祉部門の職員だけでなく、職員全体に対して研修等を行う必要がある。事業開始後も、人材を組織的に育成しつつ、チームで対応していくことが求められる。

2 地域福祉計画等

- 新たな事業については、地域福祉計画の記載事項とすべき。計画の策定過程を通じて、市町村が、住民や関係者・関係機関との意見交換等を重ね、包括的な支援の考え方や新たな事業に関する共通認識を醸成することが重要。都道府県においても、地域福祉支援計画の記載事項とすべき。

3 会議体

- 多職種による連携や多機関の協働が重要な基盤となるため、情報共有や協議を行う場（会議体）の機能が重要。既存の属性別の制度等による会議体があることに十分に留意して、これらを有効活用し、市町村の職員も参画した上で、個別事例の検討等を行うことが望ましい。

4 都道府県及び国の役割

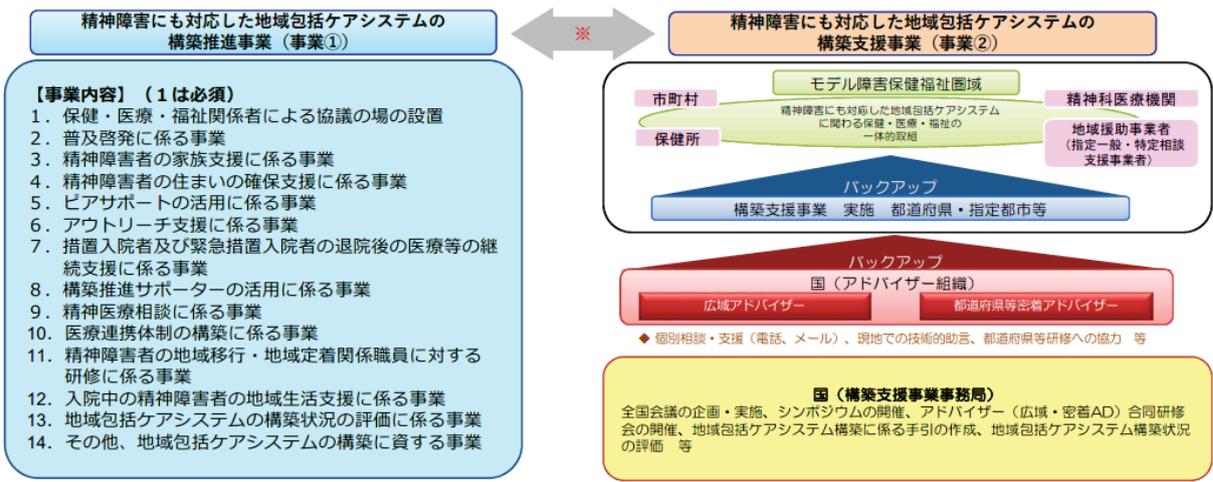
- 都道府県は、市町村における包括的な支援体制の構築の取組の支援、広域での人材育成やネットワークづくり、広域での支援や調整が求められる地域生活課題への対応などの役割を担うことが考えられる。
- 国はSNS等も活用しつつ、都道府県域を越える相談事業を進めるほか、市町村等に対して、標準的な研修カリキュラムや教材等の整備、都道府県と連携した人材育成の推進、未実施自治体やその関係者の機運醸成のためのシンポジウム等の開催、職員を個別に市町村への派遣、事例の分析や共有といった支援を進めることが考えられる。

③精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（図表 30）では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する取組の推進を目的としたメニューが用意されています。

図表 30：令和3年度精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業及び構築支援事業の概要

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業） 令和3年度予算案：584,453千円（令和2年度予算額：532,733千円）
② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 令和3年度予算案：40,821千円（令和2年度予算額：40,821千円）
<p>① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科病院等の医療機関、地域援助事業者、自治体担当部局等の関係者間の顔の見える関係を構築し、地域の課題を共有した上で、包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。 <実施主体> 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市</p> <p>② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業 ◆国において、地域包括ケアシステムの構築の推進に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。 ◆都道府県・指定都市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携し、モデル障害保健福祉圏域等（障害保健福祉圏域・保健所設置市）における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。 ◆関係者間で情報やノウハウを共有するため、ポータルサイトの設置等を行う。 <参加主体> 都道府県・指定都市・特別区</p> <p style="text-align: center; color: red;">※①及び②の事業はそれぞれ単独で実施することが可能</p>



図表 31：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進 申請自治体実施事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 申請自治体実施事業
【都道府県】

＜令和2年度＞

事業メニュー	自治体名	青森県	岩手県	宮城県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	石川県	福井県	山梨県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	
		(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択可			●	●	●				●	●		●						●	●	●	
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業			●		●	●				●	●		●									●
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業											●								●			
(5) ピアサポートの活用に係る事業		●				●		●	●	●	●	●	●	●			●		●	●	●	●
(6) アウトリーチ支援に係る事業										●	●		●	●						●		
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業		●							●			●	●	●			●		●	●		
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業																						
(9) 精神医療相談に係る事業			●	●				●	●					●	●	●		●	●	●	●	●
(10) 医療連携体制の構築に係る事業								●			●	●										
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業			●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業										●	●	●	●							●		●
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業					●						●			●	●							
(14) その他				●			●	●	●		●	●		●			●		●			●

事業メニュー	自治体名	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	徳島県	香川県	愛媛県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	
		(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業	地域の実情に応じて選択可				●					●							●			●			
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業			●		●					●	●							●					
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業											●												
(5) ピアサポートの活用に係る事業					●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			●		●	●		●
(6) アウトリーチ支援に係る事業							●																
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業										●		●							●	●		●	
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業																							
(9) 精神医療相談に係る事業				●	●			●						●		●			●			●	●
(10) 医療連携体制の構築に係る事業											●												
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業		●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業					●			●			●	●		●	●			●					
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業					●																		
(14) その他			●							●			●	●		●	●	●		●			

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 申請自治体実施事業 【指定都市】

＜令和2年度＞

事業メニュー	自治体名																				
	札幌市	仙台市	さいたま市	千葉市	横浜市	川崎市	相模原市	新潟市	静岡市	浜松市	名古屋市	京都市	大阪市	堺市	神戸市	岡山市	広島市	北九州市	福岡市	熊本市	
(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業		●		●			●				●				●		●				
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業		●					●				●	●	●			●	●				●
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業							●														
(5) ピアサポートの活用に係る事業		●	●		●		●	●			●	●	●		●	●	●	●			●
(6) アウトリーチ支援に係る事業				●	●						●					●					
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業							●					●			●	●	●				
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業				●																	
(9) 精神医療相談に係る事業		●				●	●	●	●	●	●		●	●	●				●		●
(10) 医療連携体制の構築に係る事業																					
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業			●		●		●	●		●	●	●			●	●			●	●	
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業				●			●	●	●		●	●	●		●	●				●	
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業				●				●							●						
(14) その他			●				●	●	●				●				●			●	●

【保健所設置市】

＜令和2年度＞

事業メニュー	自治体名																				
	川口市	八王子市	金沢市	豊橋市	豊田市	豊中市	高槻市	枚方市	姫路市	尼崎市	明石市	西宮市	奈良市	和歌山市	鳥取市	高知市	鹿児島市	那覇市	福井市		
(1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業					●				●	●				●				●			
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業				●				●		●		●	●	●							
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業																					
(5) ピアサポートの活用に係る事業		●			●			●	●	●		●			●	●	●				
(6) アウトリーチ支援に係る事業		●	●		●		●					●			●						
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業					●				●												
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業																					
(9) 精神医療相談に係る事業																					
(10) 医療連携体制の構築に係る事業																					
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業			●	●					●	●		●		●	●	●			●		
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業			●						●		●	●		●	●	●					
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業		●																			
(14) その他								●													

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業 申請自治体実施事業 【特別区】

＜令和2年度＞

事業メニュー	自治体名															
	港区	新宿区	文京区	台東区	墨田区	江東区	品川区	大田区	世田谷区	中野区	杉並区	豊島区	荒川区	練馬区	葛飾区	江戸川区
(1) 保健・医療・福祉関係者による協働の場の設置	必須	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
(2) 普及啓発に係る事業		●					●									●
(3) 精神障害者の家族支援に係る事業		●					●		●							●
(4) 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業																●
(5) ピアサポートの活用に係る事業								●			●					●
(6) アウトリーチ支援に係る事業		●			●		●	●	●	●	●	●		●	●	●
(7) 措置入院者及び緊急措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事業			●			●	●	●			●	●				
(8) 構築推進サポーターの活用に係る事業																
(9) 精神医療相談に係る事業																
(10) 医療連携体制の構築に係る事業																
(11) 精神障害者の地域移行・地域定着関係職員に対する研修に係る事業				●				●	●		●					●
(12) 入院中の精神障害者の地域生活支援に係る事業				●	●				●		●		●			●
(13) 地域包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事業																
(14) その他				●					●	●						●

※令和2年度構築推進事業実施計画書に基づき作成

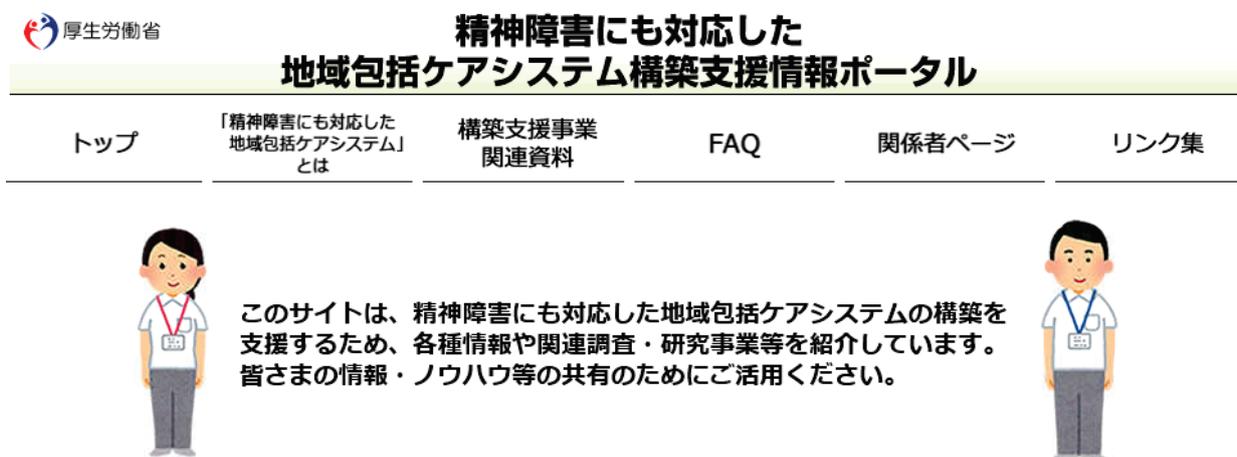
④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置し、都道府県・指定都市・特別区は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーと連携しモデル障害保健福祉圏域等における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。また、関係者間で情報やノウハウの共有化を図るため、ポータルサイトの設置や会議等を行います。

ポータルサイトには、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き」も掲載されていますので、ご参照下さい。

図表 32：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル

URL：<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/index.html>



厚生労働省

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル

トップ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは 構築支援事業関連資料 FAQ 関係者ページ リンク集

このサイトは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を支援するため、各種情報や関連調査・研究事業等を紹介しています。皆さまの情報・ノウハウ等の共有のためにご活用ください。