

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

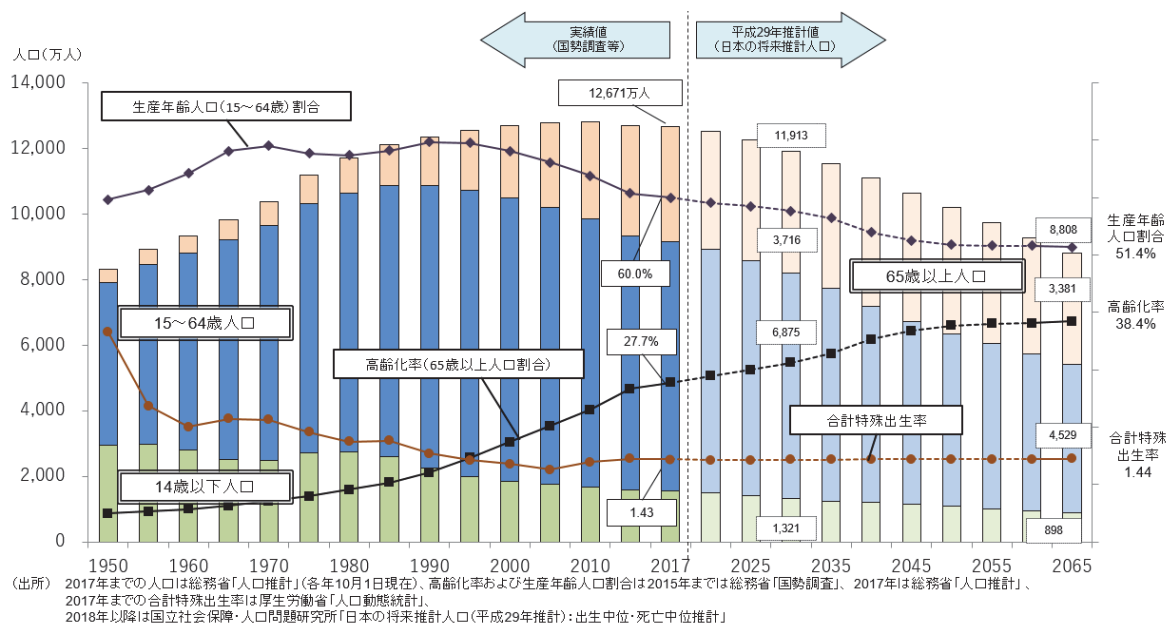
1 精神医療及び障害福祉サービス等のデータ

(1) 日本の人口の推移

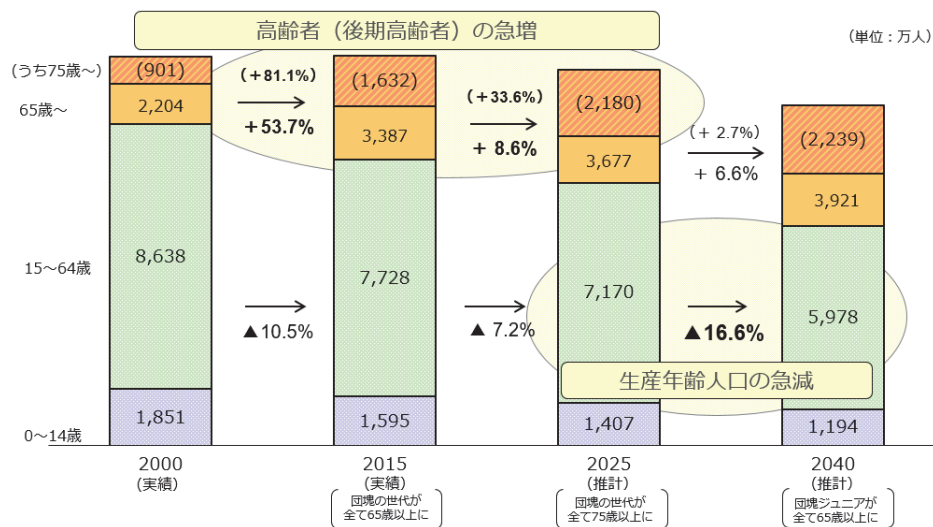
日本の人口は今後減少することが予測され、2065 年には 9,000 万人を割り込み、高齢化率は 38% 台になると予測されています。(図表1)

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



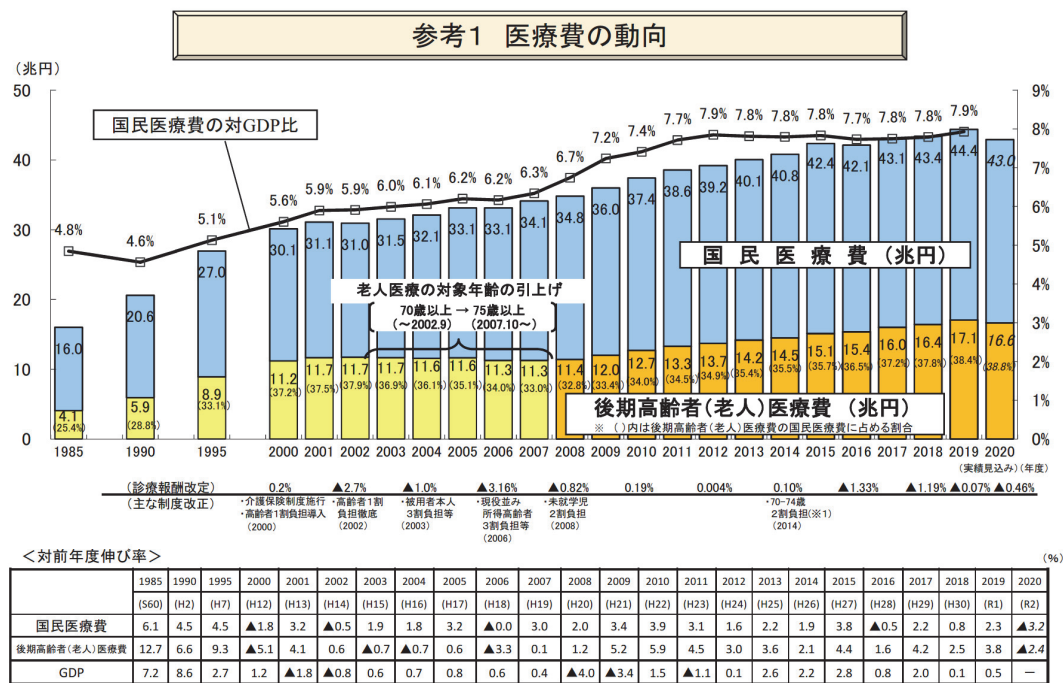
図表2：人口構造の変化



(2) 医療費の動向

令和元年度の国民医療費は44兆3,895億円、前年度からは2.3%の増加、一人当たりの医療費は35万1,800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、8.8%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 2020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。2020年度分は、2019年度の国民医療費に2020年度の国民医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。
(※) 70-74歳の者の一部負担金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歳に達した者から2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

44兆3,895億円(前年度比2.3%)
対国民所得では、11.06%

◆ 65歳以上の高齢者の医療費の規模

27兆629億円(構成割合61.0%)

◆ 一人当たりの医療費

全年齢では、35万1,800円 65歳以上高齢者では、75万4,200円

◆ 診療種類別

医科診療医療費は31兆9,583億円(構成割合72.0%)、
うち、入院医療費は16兆8,992億円(同38.1%) 入院外医療費は15兆591億円(同33.9%)
医科診療医療費以外である、歯科診療医療費は3兆150億円(同6.8%)、薬局調剤医療費は7兆8,411億円(同17.7%)、入院時食事・生活医療費は7,901億円(同1.8%)。

◆ 医科診療医療費における傷病分類別の状況

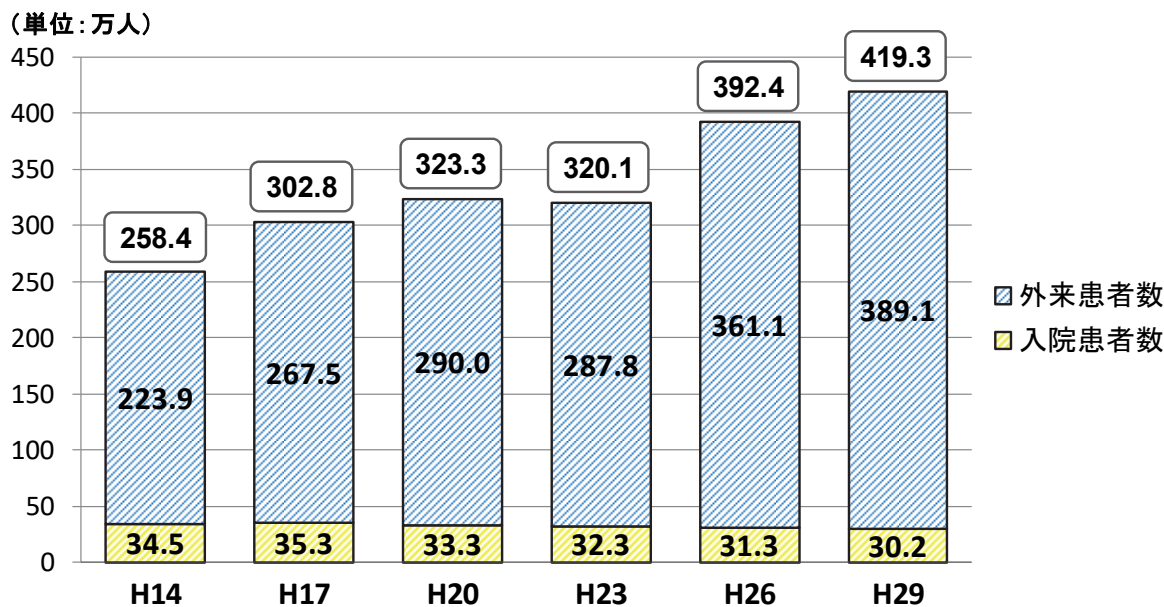
	総数	医科診療医療費に占める割合	内訳	
			入院医療費	入院外医療費
循環器系の疾患	5兆7,890億円	19.2%	3兆5,798億円	2兆2,092億円
新生物(含悪性腫瘍)	4兆4,933億円	14.9%	2兆6,674億円	1兆8,259億円
筋骨格系及び結合組織の疾患	2兆4,127億円	8.0%	1兆1,683億円	1兆2,444億円
損傷、中毒及びその他の外因の影響	2兆776億円	6.9%	1兆7,046億円	3,730億円
精神及び行動の障害	1兆9,987億円	6.6%	1兆4,235億円	5,752億円
呼吸器系の疾患	1兆6,724億円	5.6%	8,404億円	8,320億円

出典：令和2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/19/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



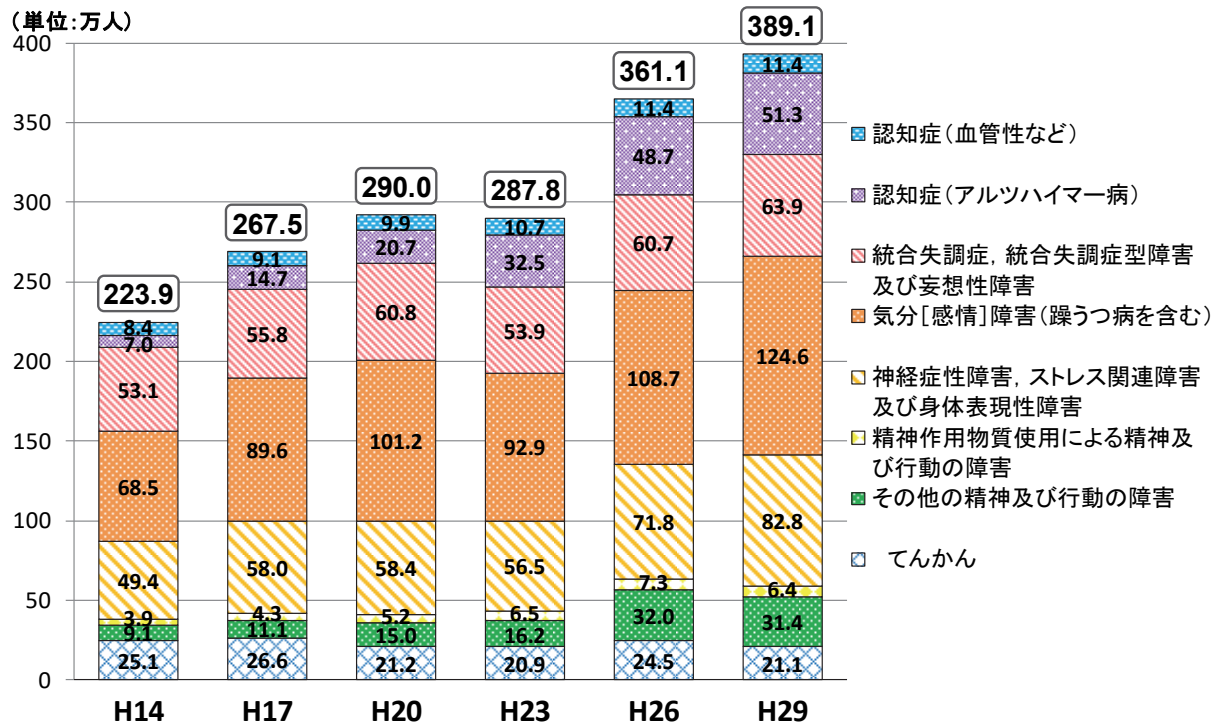
※H23 年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

（４）精神疾患を有する外来患者数の推移

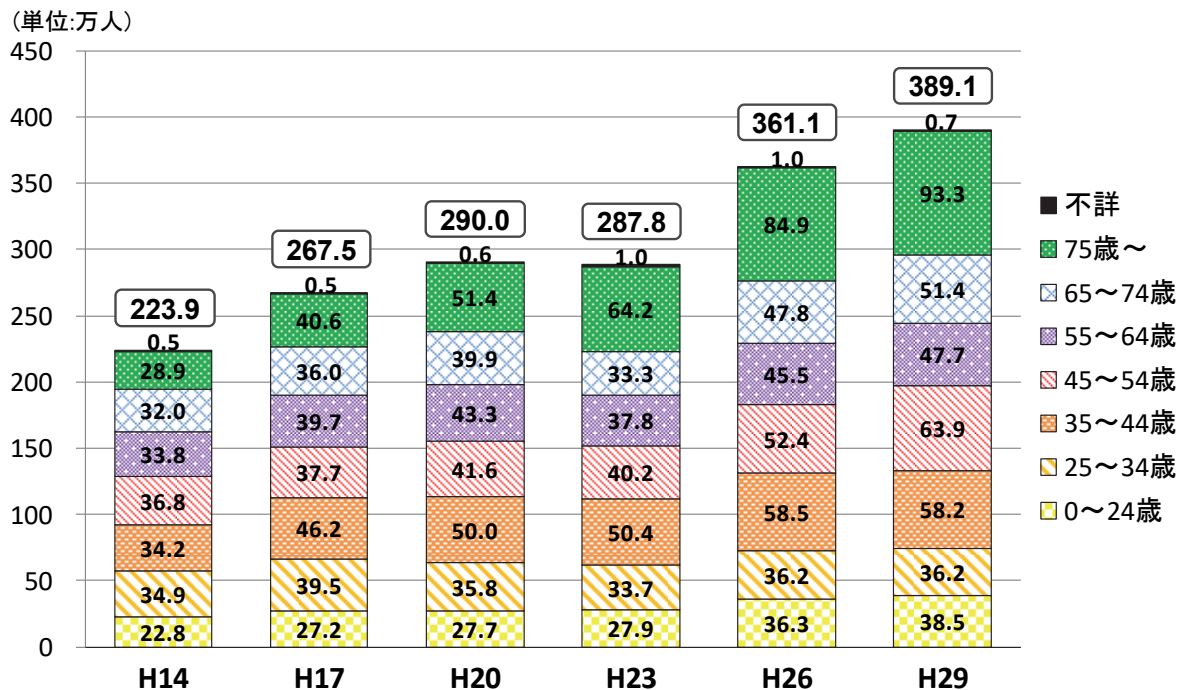
精神疾患を有する外来患者数は、15 年前と比べ約 1.7 倍（平成 14 年：約 223.9 万人→平成 29 年：約 389.1 万人）に増加しています。疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が 15 年前と比べ約 7.3 倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約 1.8 倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約 1.7 倍と増加割合が顕著です（図表５）。

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

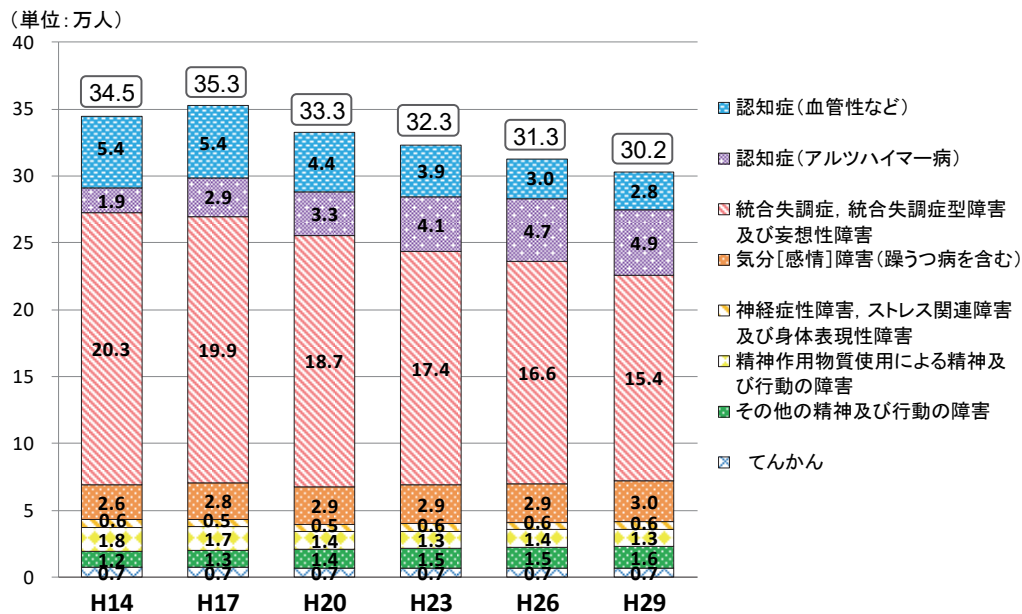
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

（５）精神疾患を有する入院患者数の推移

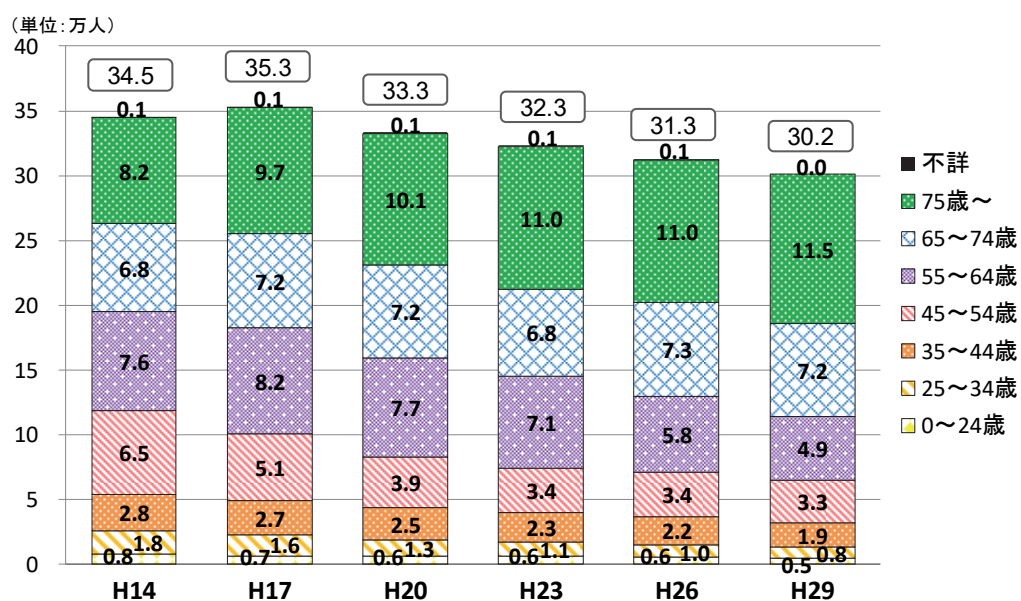
精神疾患を有する入院患者数は、15 年前と比べおおよそ 9 割（平成 14 年：約 34.5 万人→平成 29 年：約 30.2 万人）に減少していますが、疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が 15 年前と比べ約 2.6 倍に増加しています（図表 7）。

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）



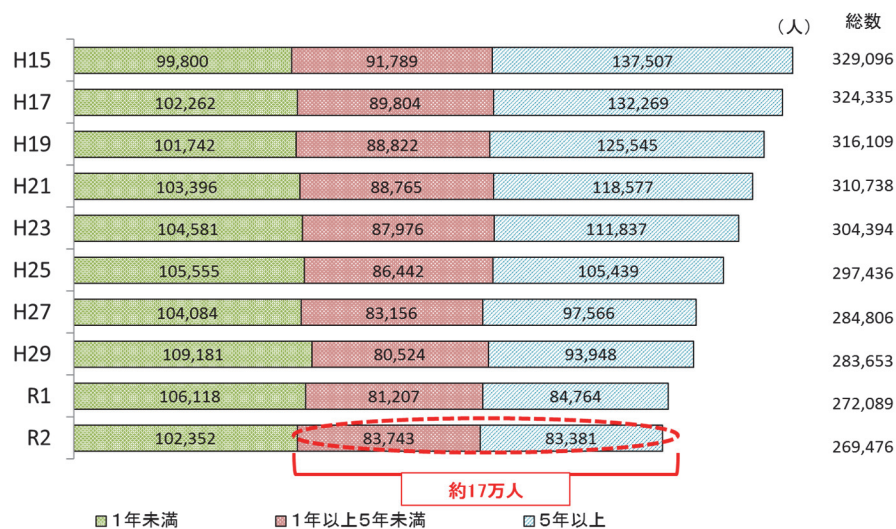
※図表 7・8、いずれも H23 年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

（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２年６月３０日時点で約２７万人（令和２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）。

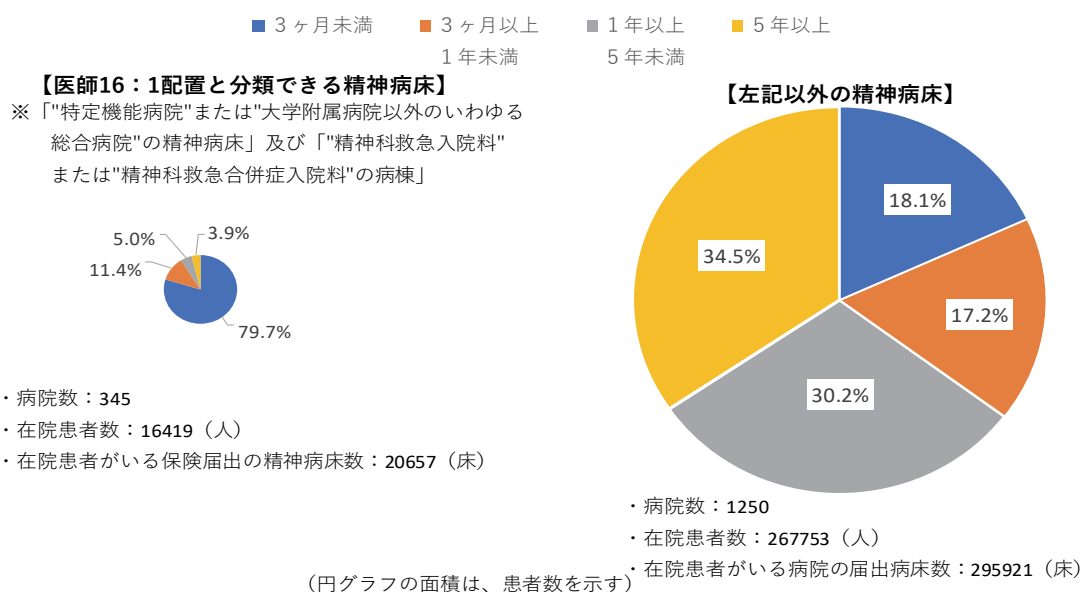
また、医師配置が手厚い傾向にある病床群の入院患者の方が、在院期間が短い傾向です（図表１０）。

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



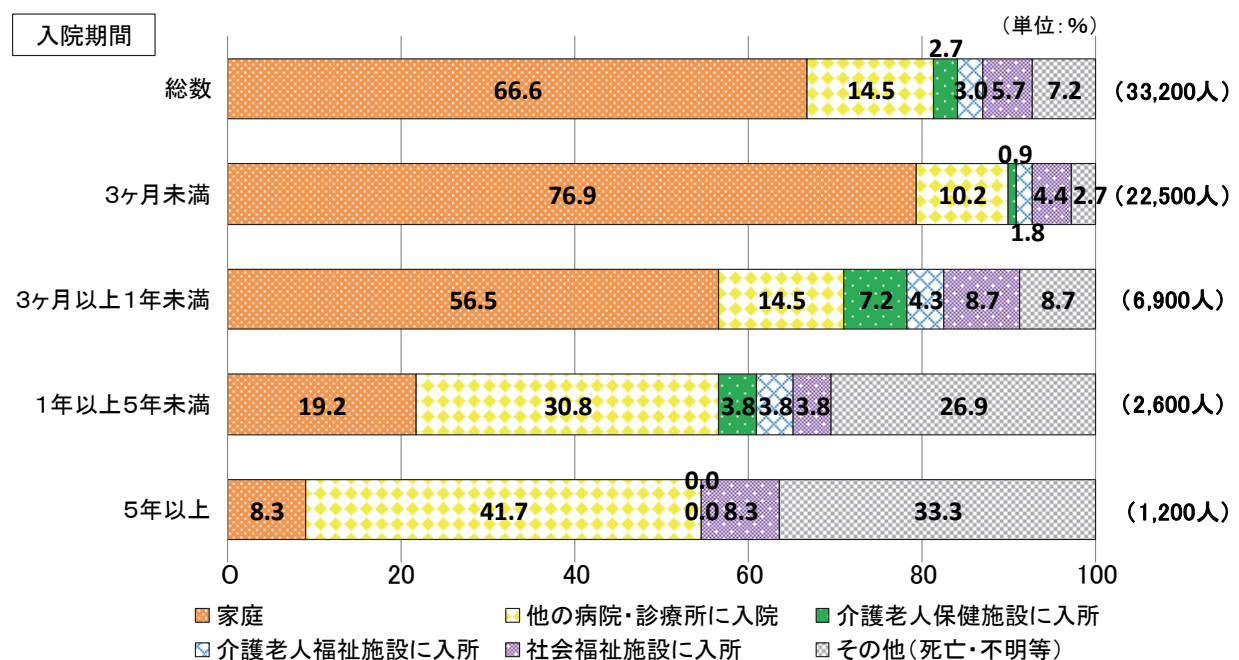
出典：平成２９年度「精神保健福祉資料」より作成

(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



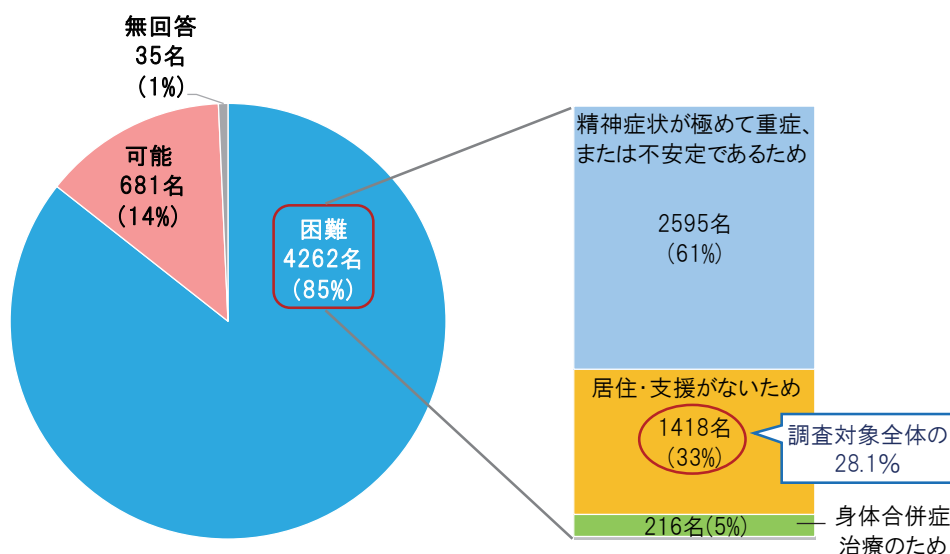
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

（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。

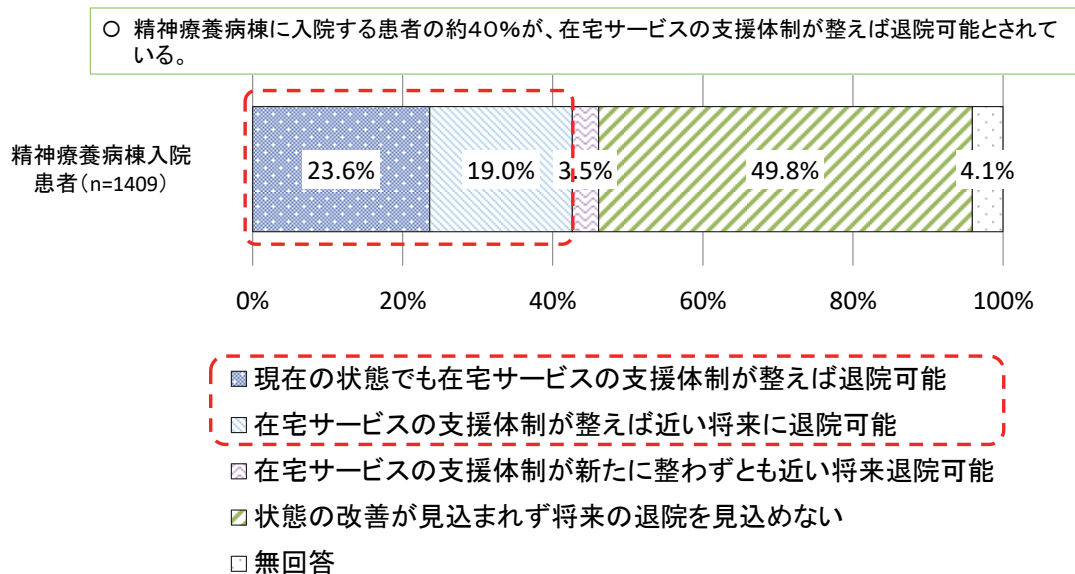
また、精神療養病棟の入院患者においては、その約４割が、在宅サービスの支援体制が整えば退院が可能と回答しています。

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
調査日時点の退院可能性



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

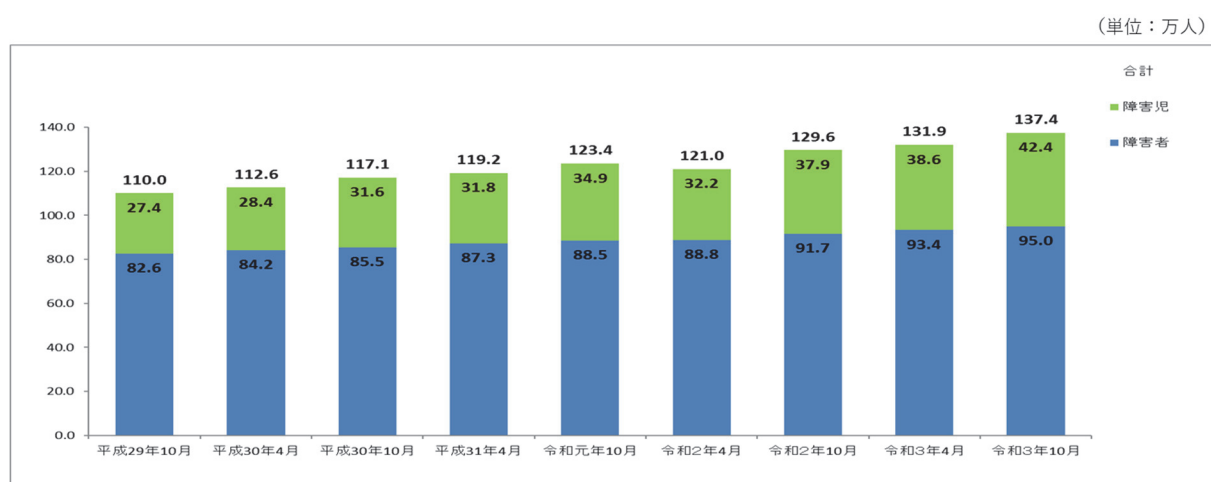


出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

（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３年１０月時点において、障害福祉サービス等の利用者約 95.0 万人のうち、精神障害者の利用者数は 27.7 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 7.5％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 1.1％と 2.4％）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２年１０月→令和３年１０月の伸び率（年率）・・・・・・・・ 6. 0％

このうち

身体障害者の伸び率……	1. 1％
知的障害者の伸び率……	2. 4％
<u>精神障害者の伸び率……</u>	<u>7. 5％</u>
障害児の伸び率 ……	11. 7％

（令和３年１０月の利用者数）

身体障害者……	22. 5万人
知的障害者……	43. 1万人
<u>精神障害者……</u>	<u>27. 7万人</u>
難病等対象者…	0. 4万人（3,953人）
障害児 ……	43. 8万人（※）

（※障害福祉サービスを利用する障害児を含む）

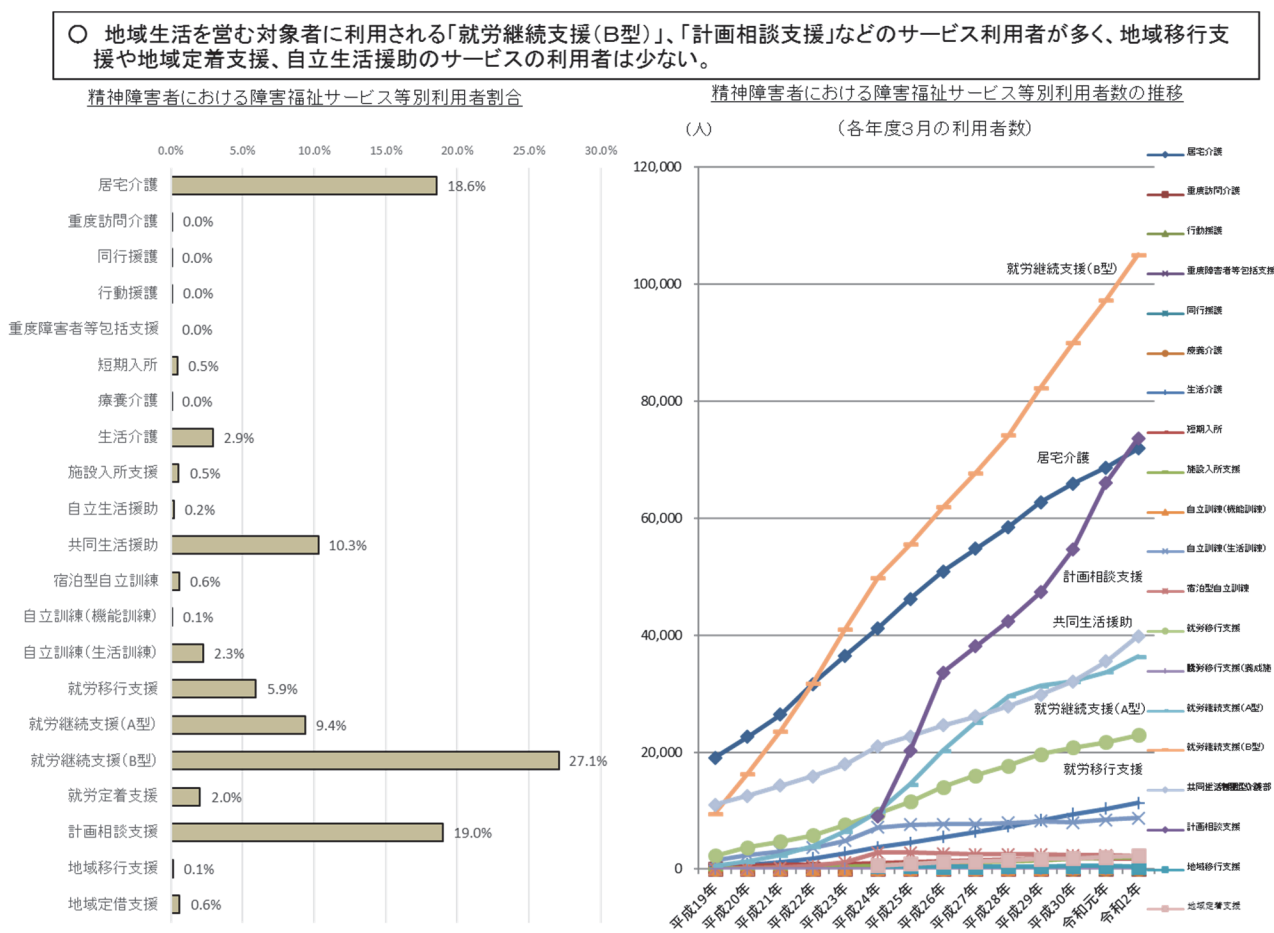
出典：厚生労働省

(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3年3月時点で就労継続支援（B型）の利用者数が約10万人超、約3割の利用で最も多く、次に居宅介護がそれに続きます。増加割合でみると、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



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

ICD1-10 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)。

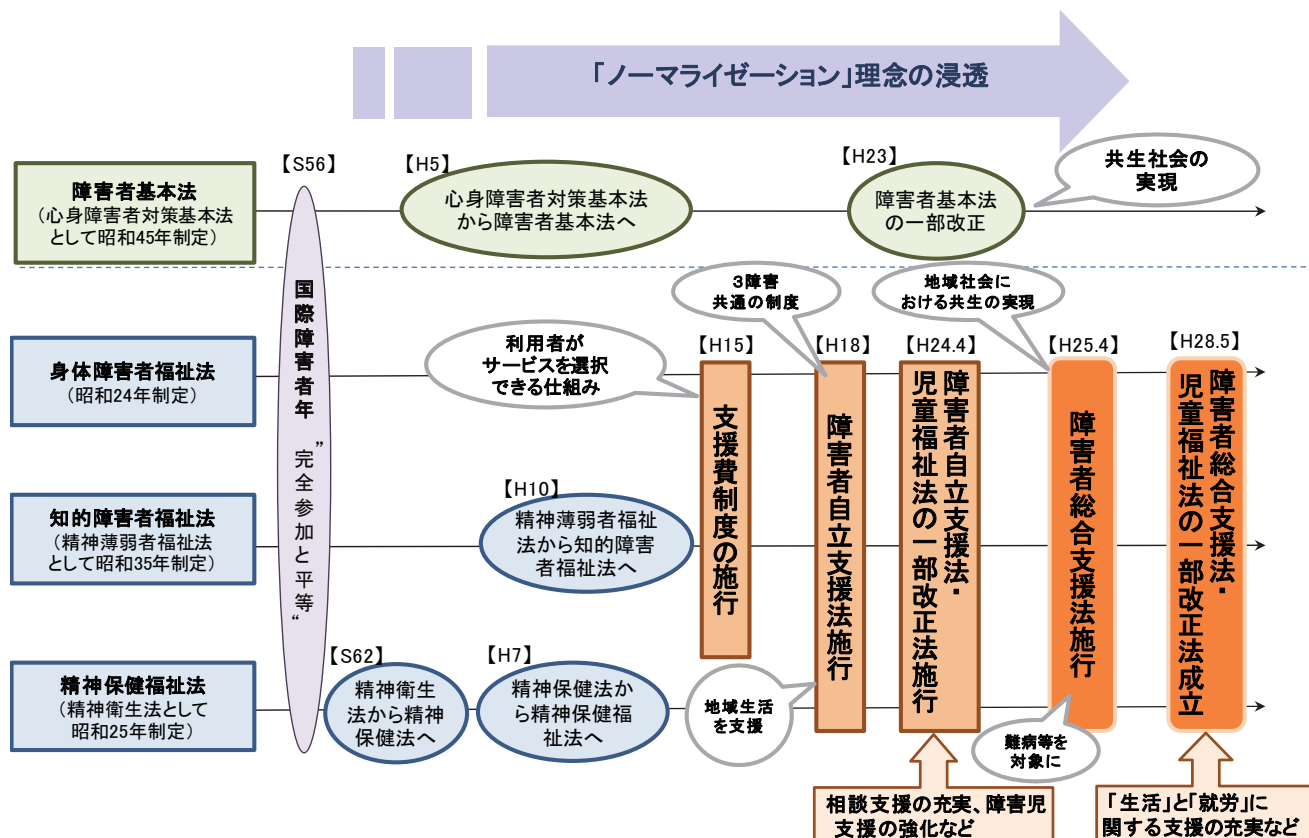
† 特定の恐怖症は平成25年度調査でのみ調査したため、有病率は25年調査の対象者のみを分母とした数値を括弧書きで示した。

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
令和 3 年 3 月	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」の構築に係る検討会 * VIII

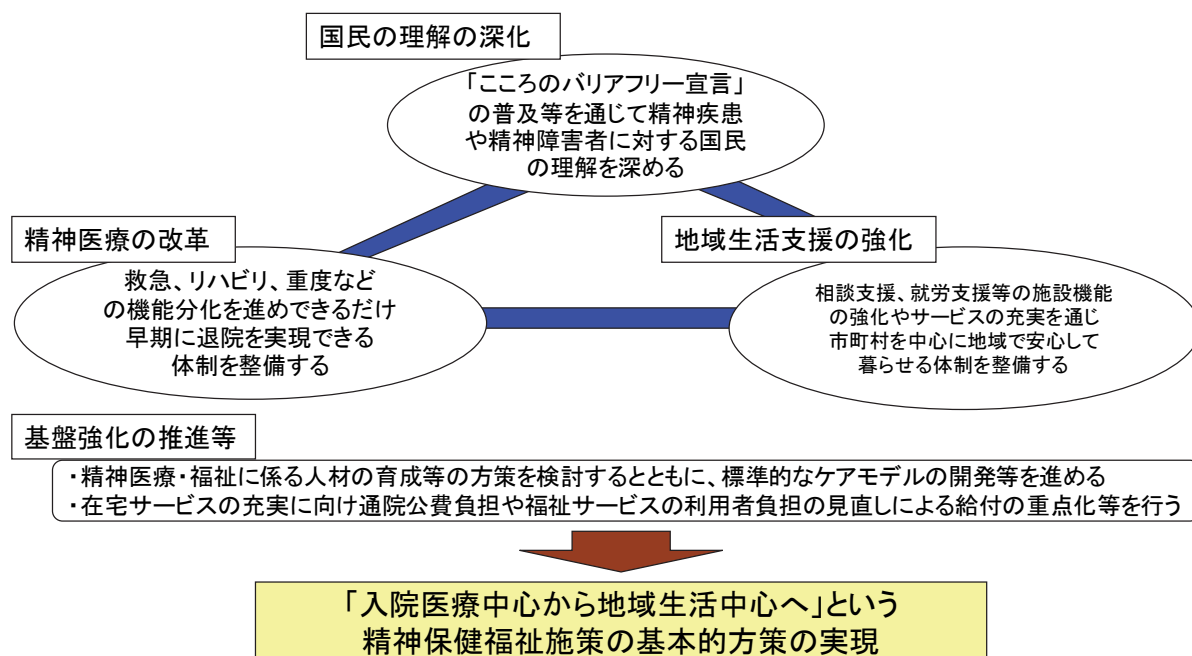
I 平成7年の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に名称変更）の改正を経て、精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実が図られました。しかしながら、その成果が十分ではないことから、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進め、精神保健医療福祉施策全般の充実向上を図ることが重要であるとして、平成14年12月、社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」が示されました。同月、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が設置されています。

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

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※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。

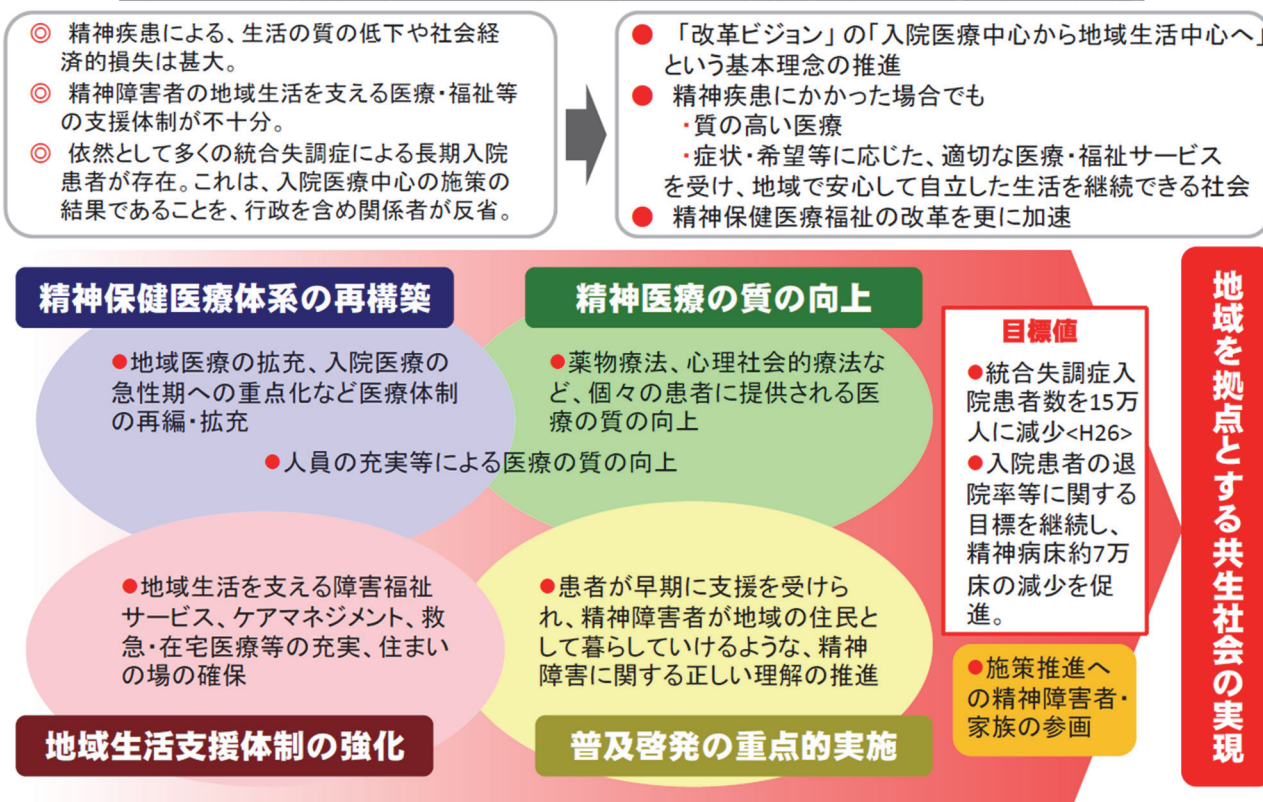
出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課「我が国における精神保健医療福祉施策の動向」

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。

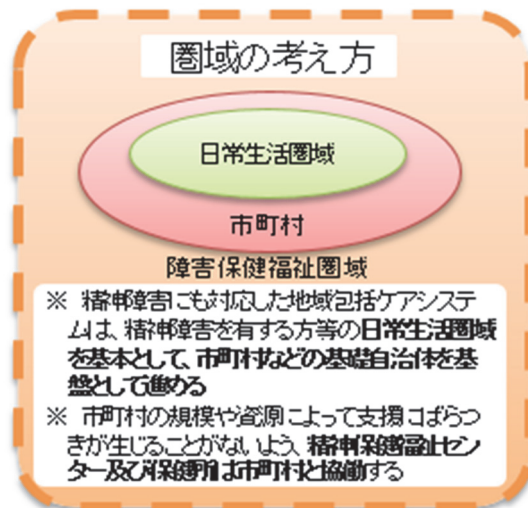
出典：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）

Ⅷ 令和3年3月に、「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検討会」報告書がとりまとめられました。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、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の基本的な考え方、重層的な連携による支援体制の構築、普及啓発の推進並びに精神保健医療福祉、住まい及びピアサポート等の同システムを構成する要素等について、今後の方向性や取組が整理されました。

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に係る検討会報告書（概要）
（令和3年3月18日）

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検討会報告書（概要） （令和3年3月18日）			
○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。			
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基本的な事項			
○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、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、重層的な連携による支援体制を構築する。 ○ 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超越して、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、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や地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。 ○ 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。 ○ 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。			
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			
地域精神保健及び障害福祉	精神医療の提供体制	住まいの確保と居住支援	
○ 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。 ○ 長期入院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。	○ 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。 ○ 精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。	○ 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。 ○ 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。 ○ 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。	
社会参加	当事者・ピアサポーター	精神障害を有する方等の家族	人材育成
○ 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。 ○ 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。	○ ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。 ○ 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。	○ 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。 ○ 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。	○ 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

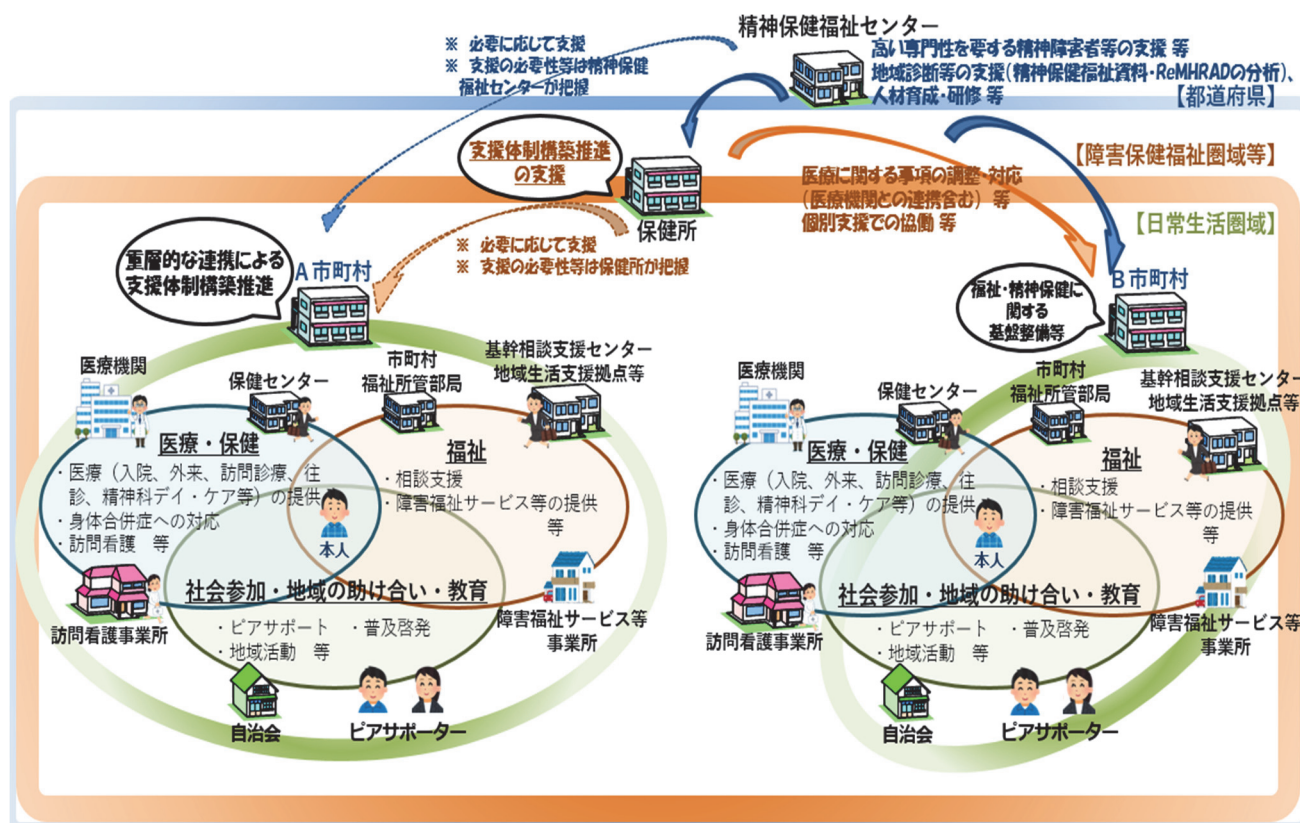
出典：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書（概要）



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築は、日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体が基盤となります。

その上で、市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないよう、精神保健福祉センター及び保健所は市町村と協働する事が求められます。

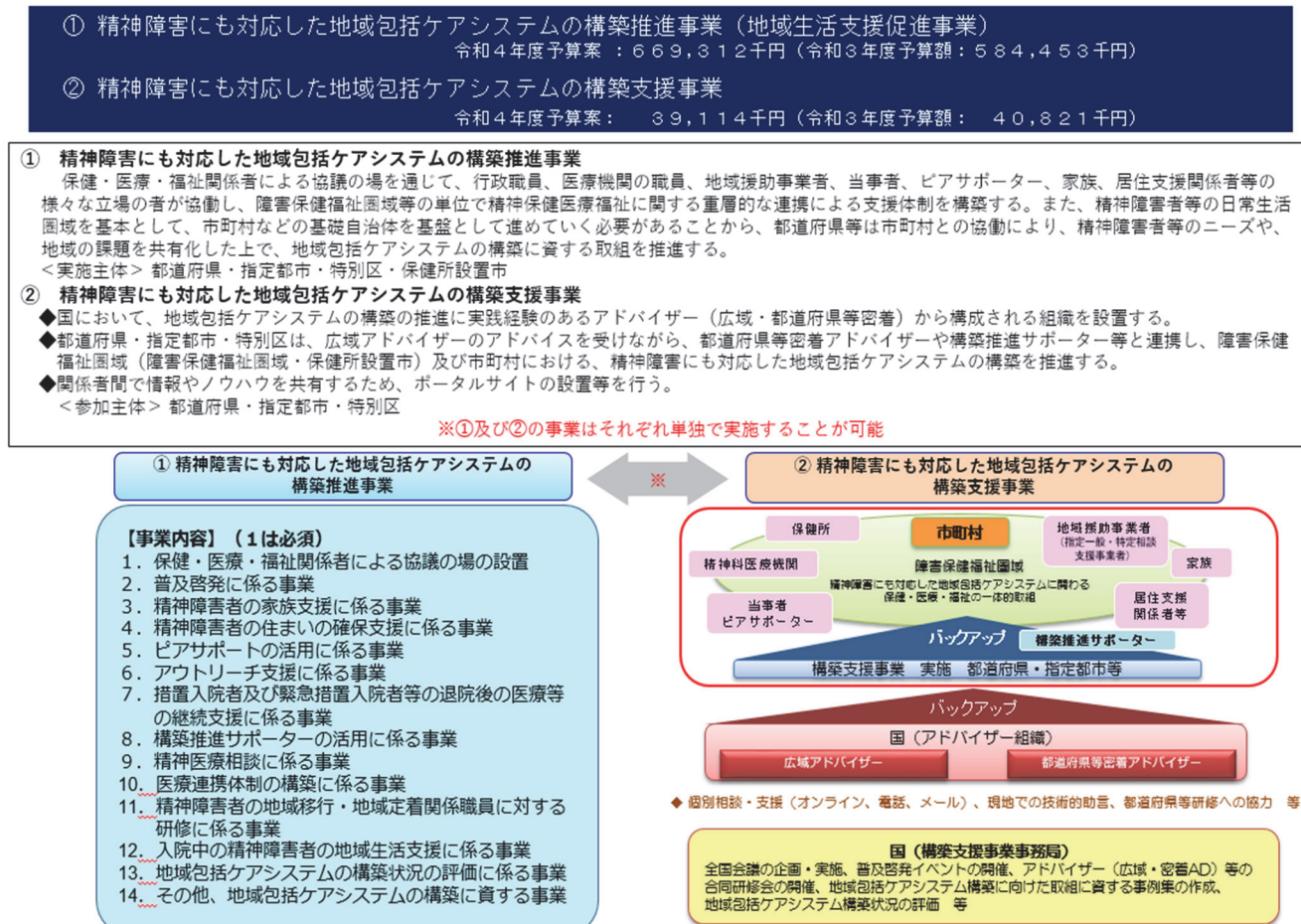
図表 27：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る各機関の役割



(2) 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 28）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 28：令和 4 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



図表 29：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3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	富山県	石川県	福井県	山梨県	岐阜県	静岡県
(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 選択化				●	●				●	●		●						●	●
(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移行に係る事業				●					●	●	●	●	●				●		●	●
(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	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県
(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 選択化						●			●		●						●		●
(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移行に係る事業								●			●		●	●				●		
(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3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	名古屋市	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	鹿本市
(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	地域の実情に応じて選択		●		●			●				●				●		●			
(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移行に係る事業					●		●	●	●			●	●	●		●	●			●	
(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【保健所設置市】

<令和3年度>

事業メニュー	自治体名	那覇市	川口市	船橋市	柏市	八王子市	金沢市	豊橋市	豊田市	豊中市	高槻市	枚方市	八尾市	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	長崎市	佐世保市	鹿児島市	那覇市	山形市	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	地域の実情に応じて選択	●		●	●	●			●					●	●				●					●	●		
(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移行に係る事業				●	●	●	●							●			●			●	●			●			
(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3年度>

自治体名 事業メニュー		港区	新宿区	文京区	台東区	墨田区	江東区	品川区	目黒区	大田区	世田谷区	中野区	杉並区	豊島区	北区	荒川区	板橋区	練馬区	足立区	葛飾区	江戸川区	
(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化		●					●			●						●		●		●	
(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)障害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移行 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					●							●	●	●				●				●

(3) 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 30：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>



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。

