

精神保健医療福祉の現状等について

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ 医療提供施設等について
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

精神保健医療福祉の現状について

- ・ **患者数等について**
- ・ 医療提供施設等について
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

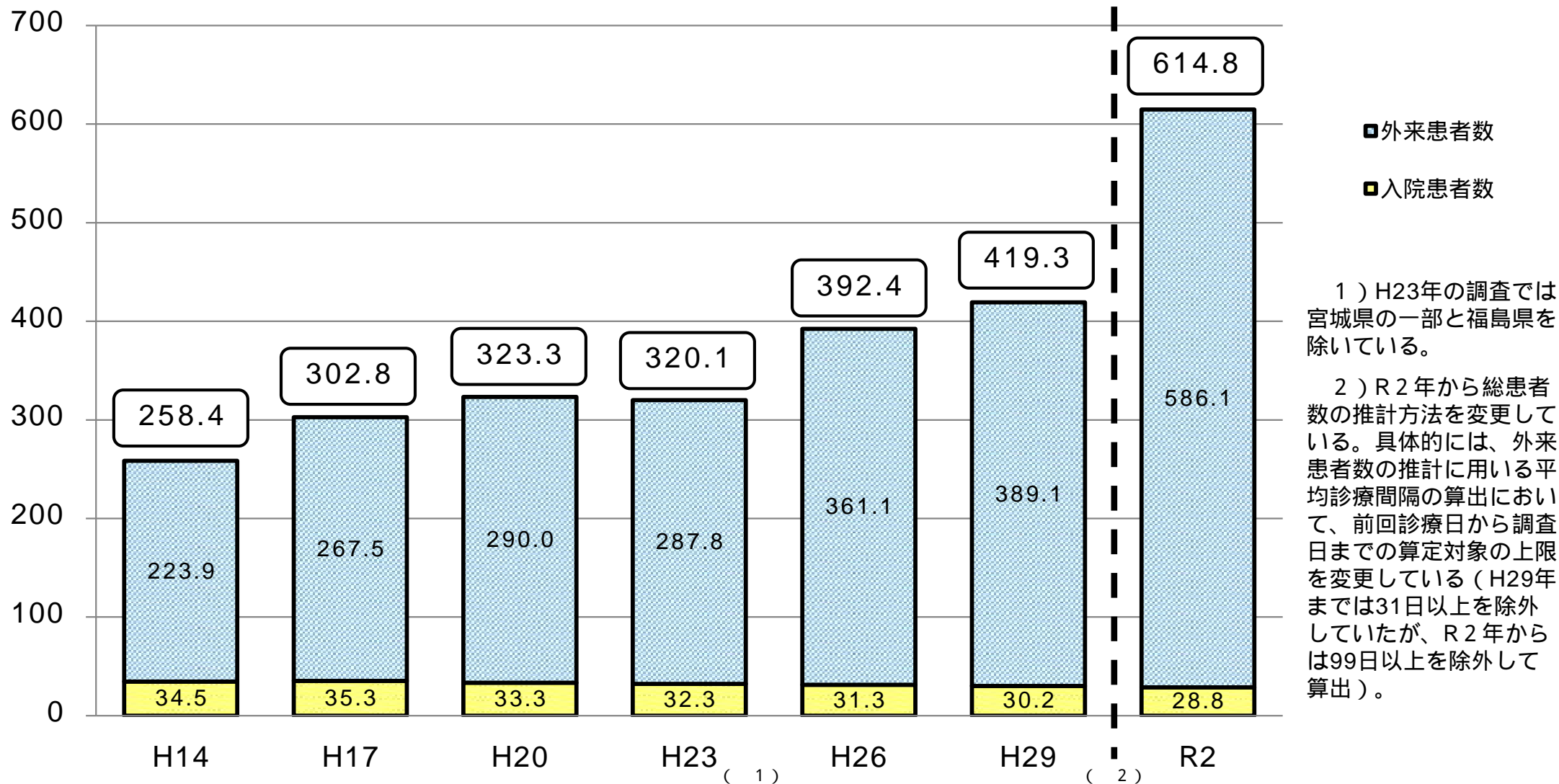
精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は、約614.8万人（入院：約28.8万人、外来：約586.1万人）。

（単位：万人）

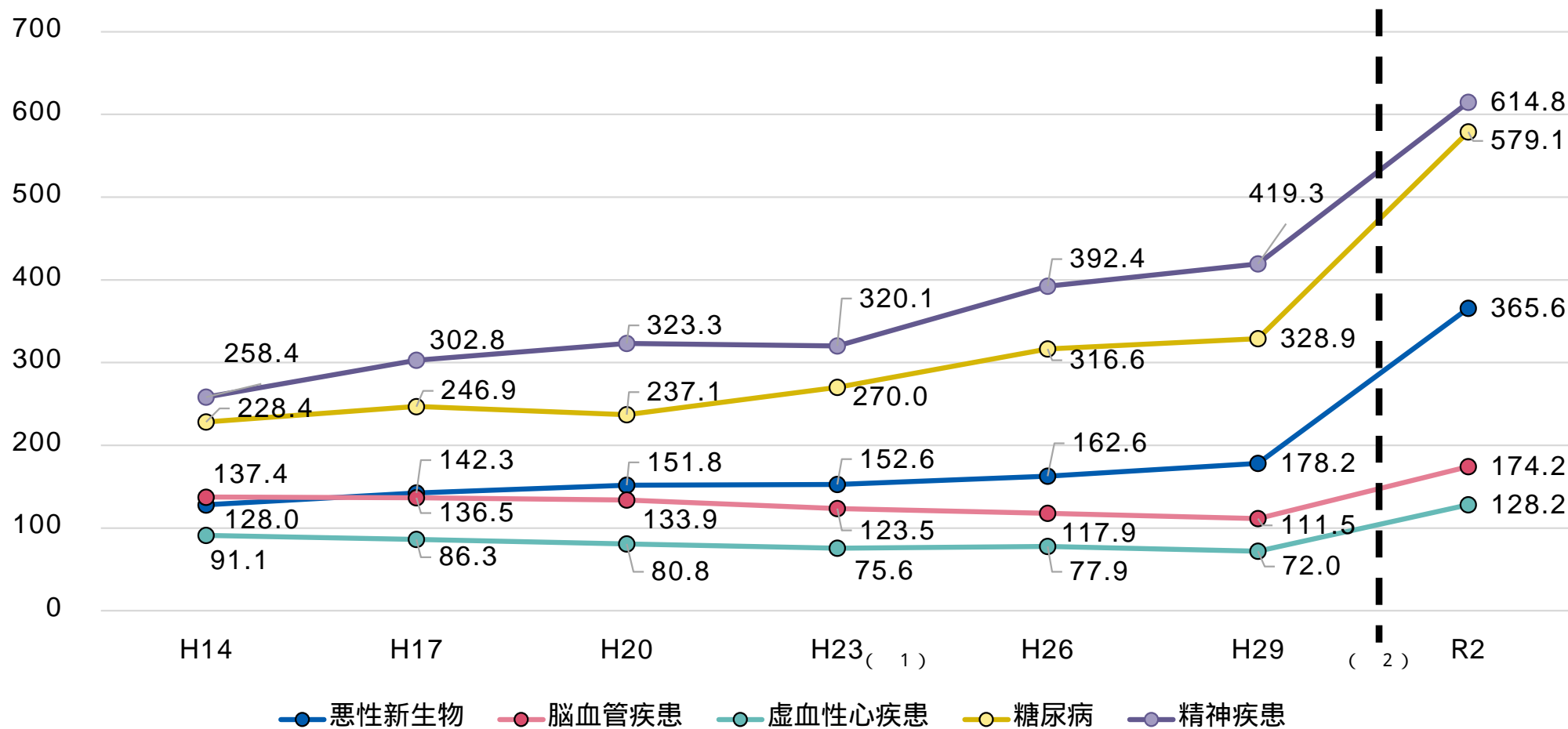


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

(参考) 傷病別総患者数の推移

(単位：万人)

傷病別総患者数



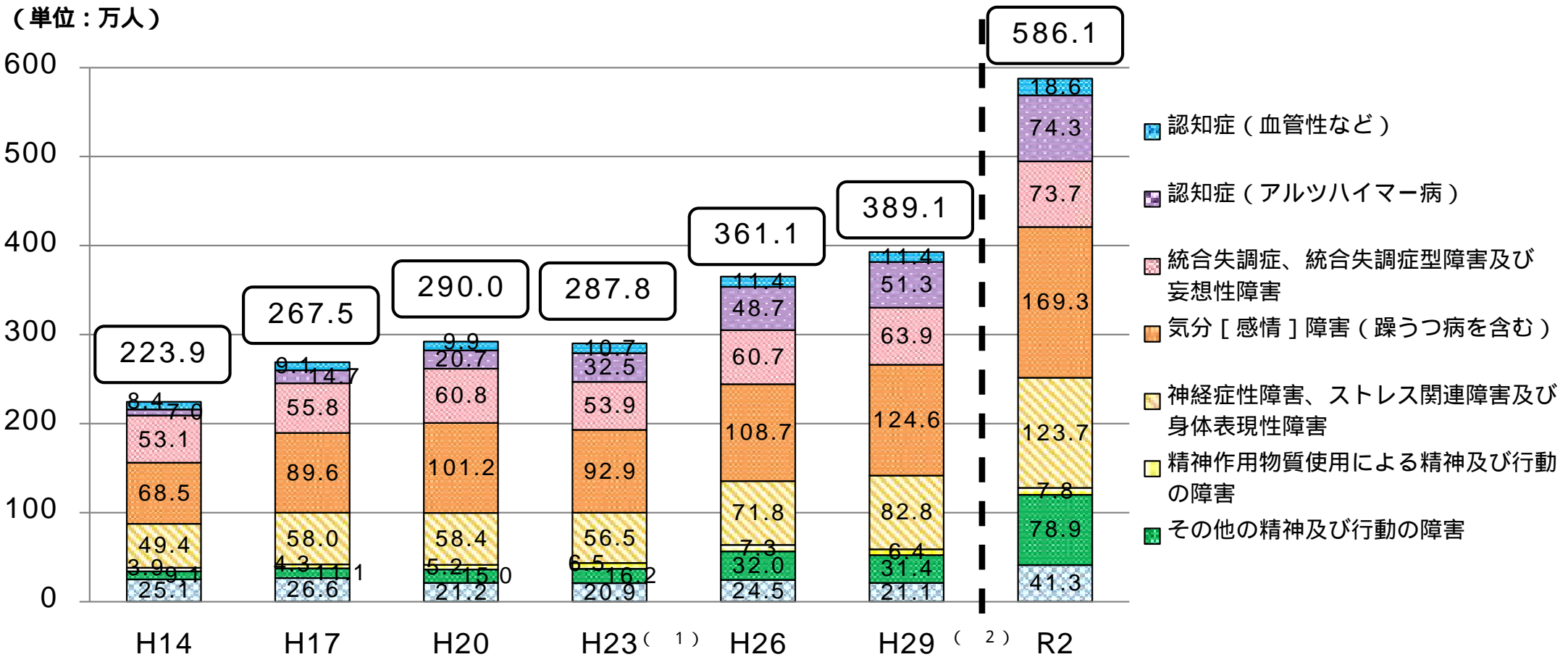
1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 疾患別では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。



1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

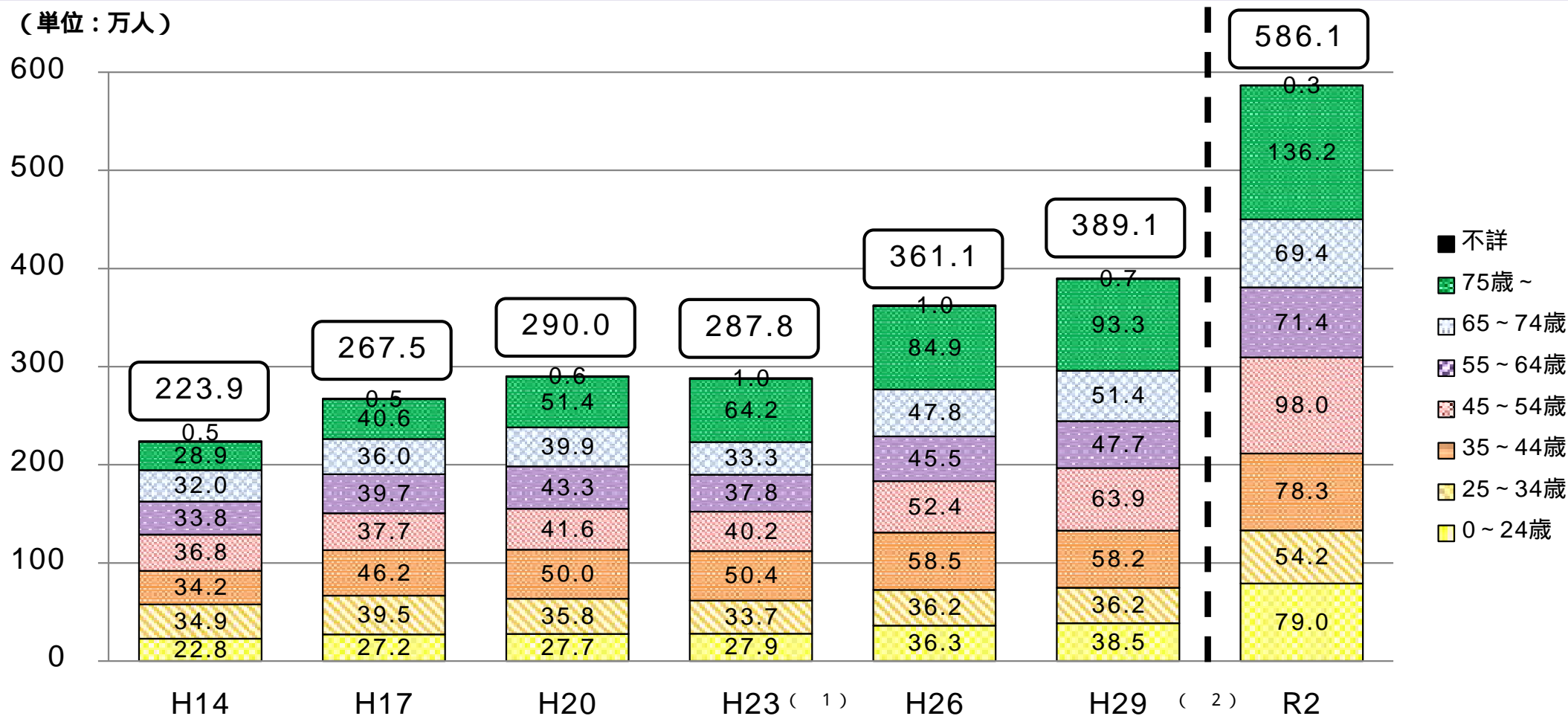
2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 年齢別では、入院患者と比べて、65歳未満の患者の割合が多い。

（単位：万人）



1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

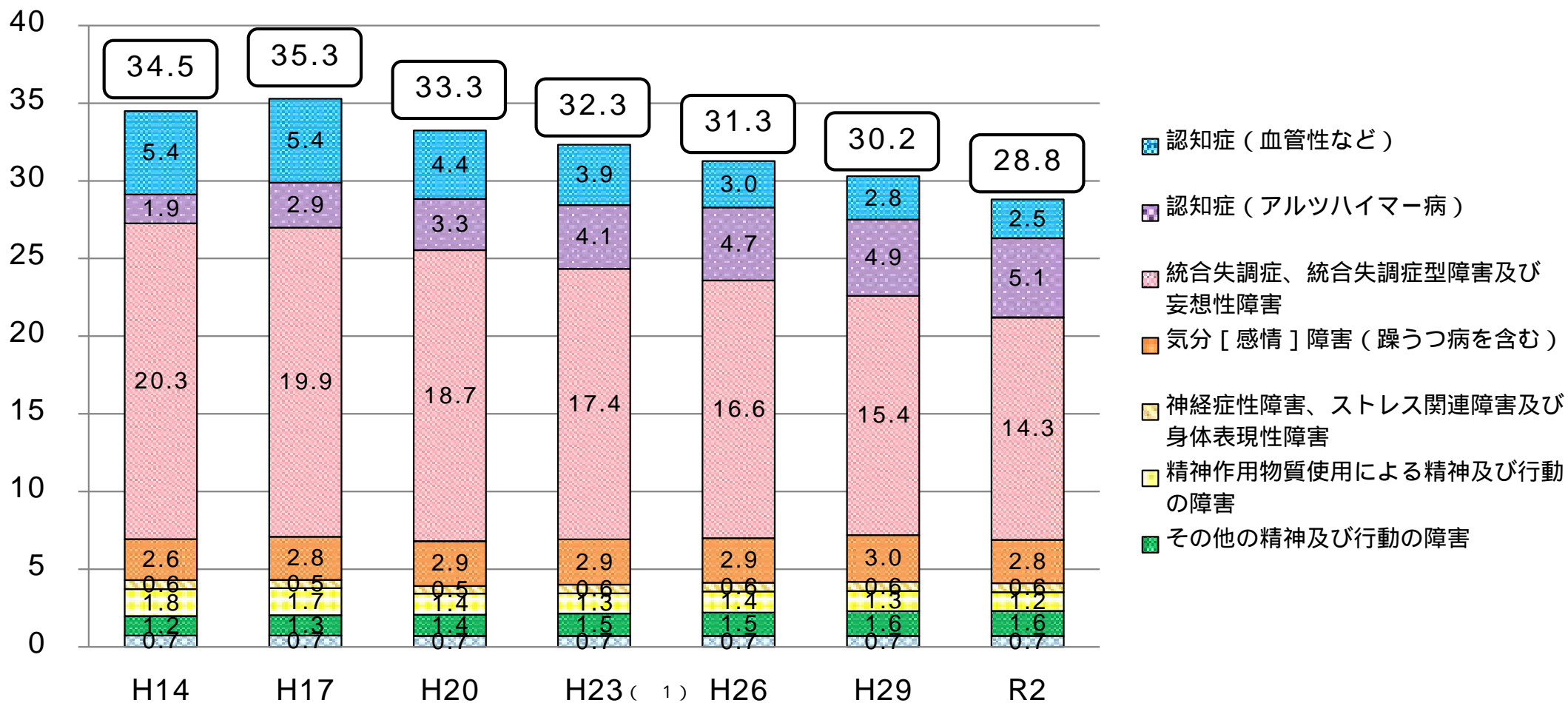
2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

（単位：万人）



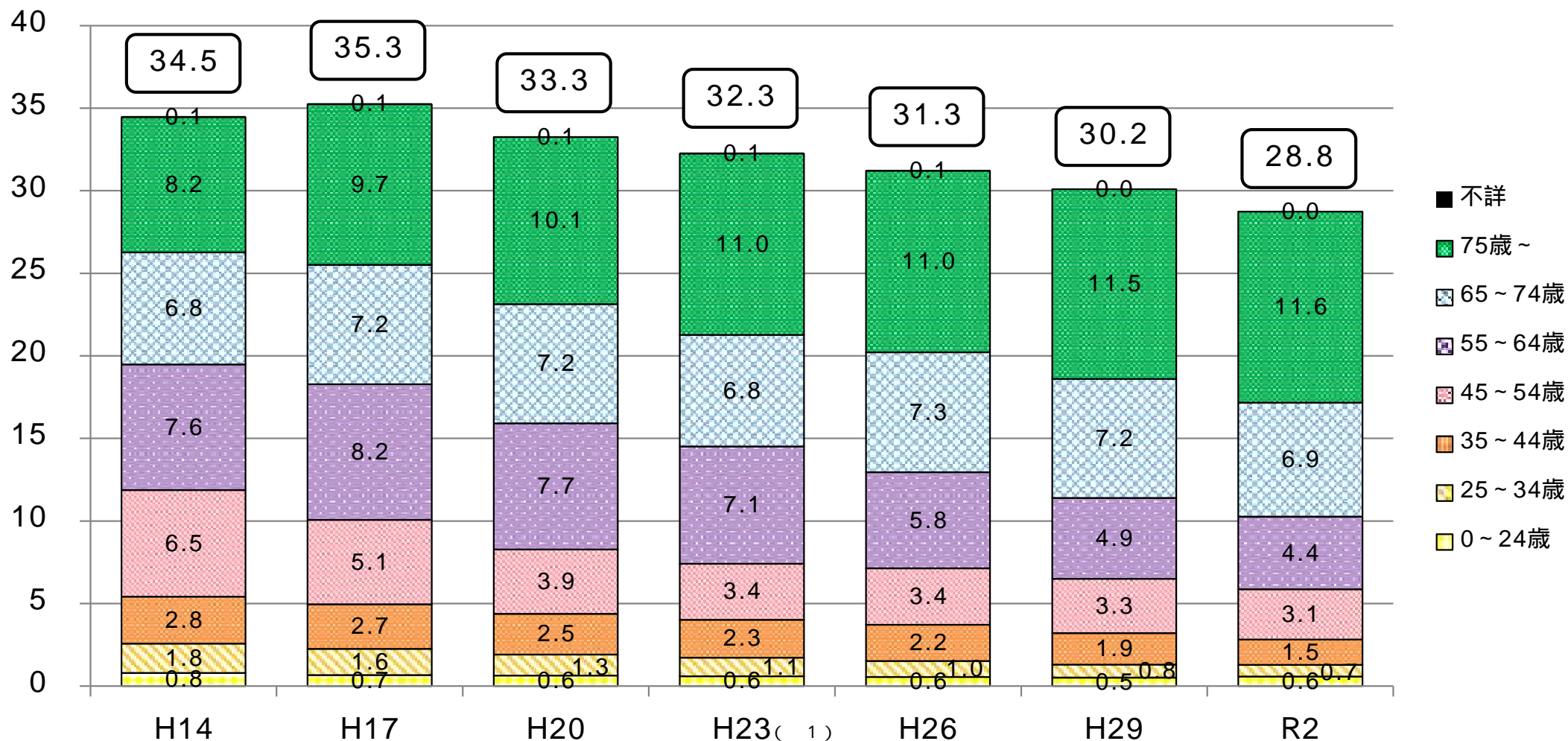
1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のうち、65歳以上が約18.5万人（約64%）。

（単位：万人）

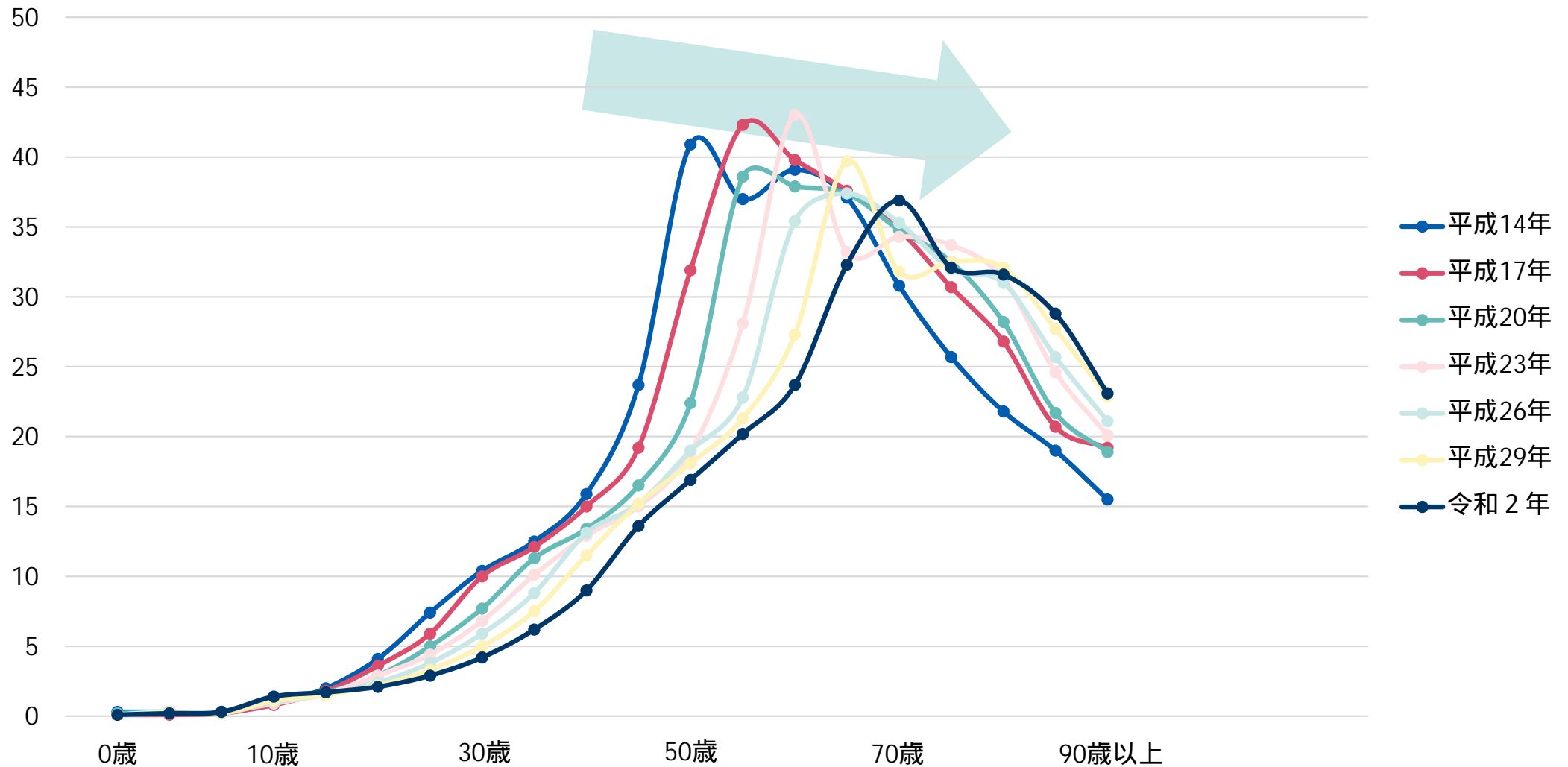


1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。

（単位：千人）

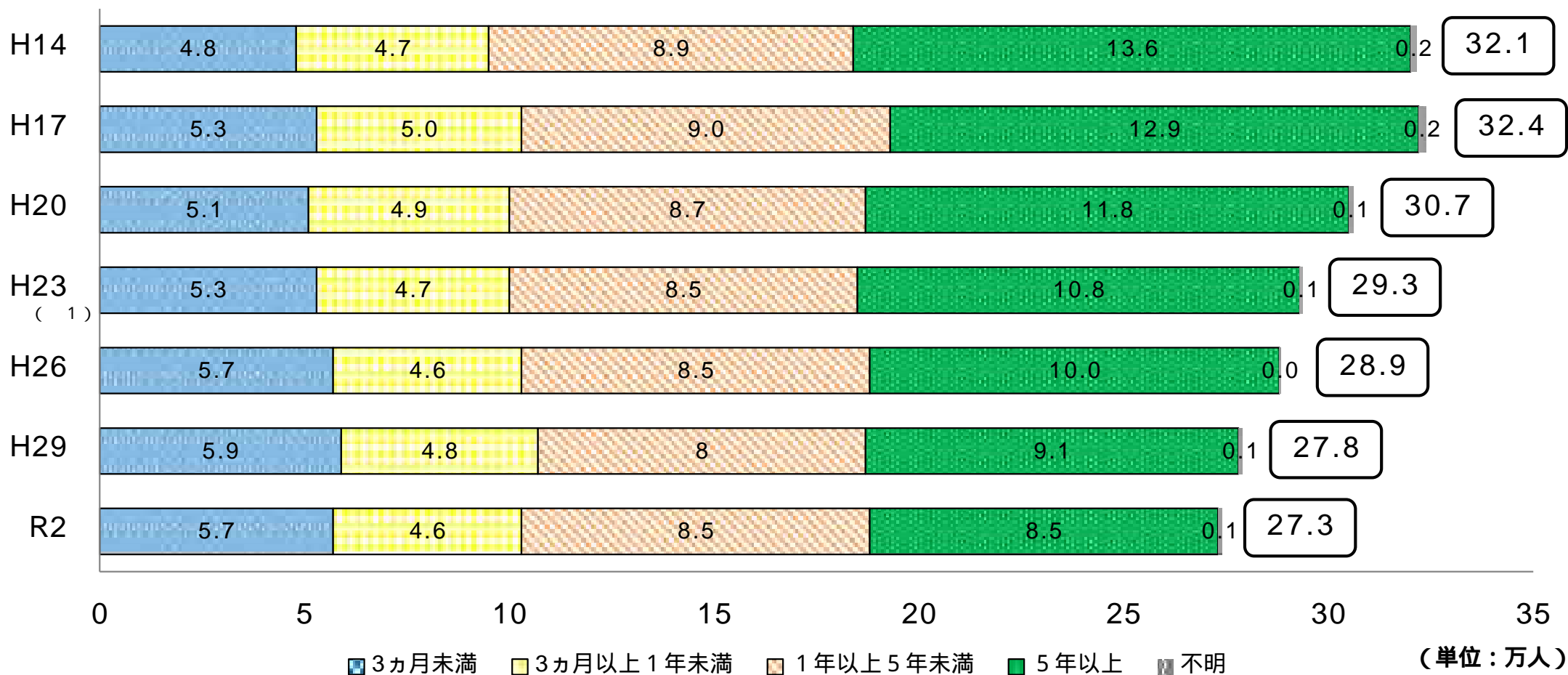


平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

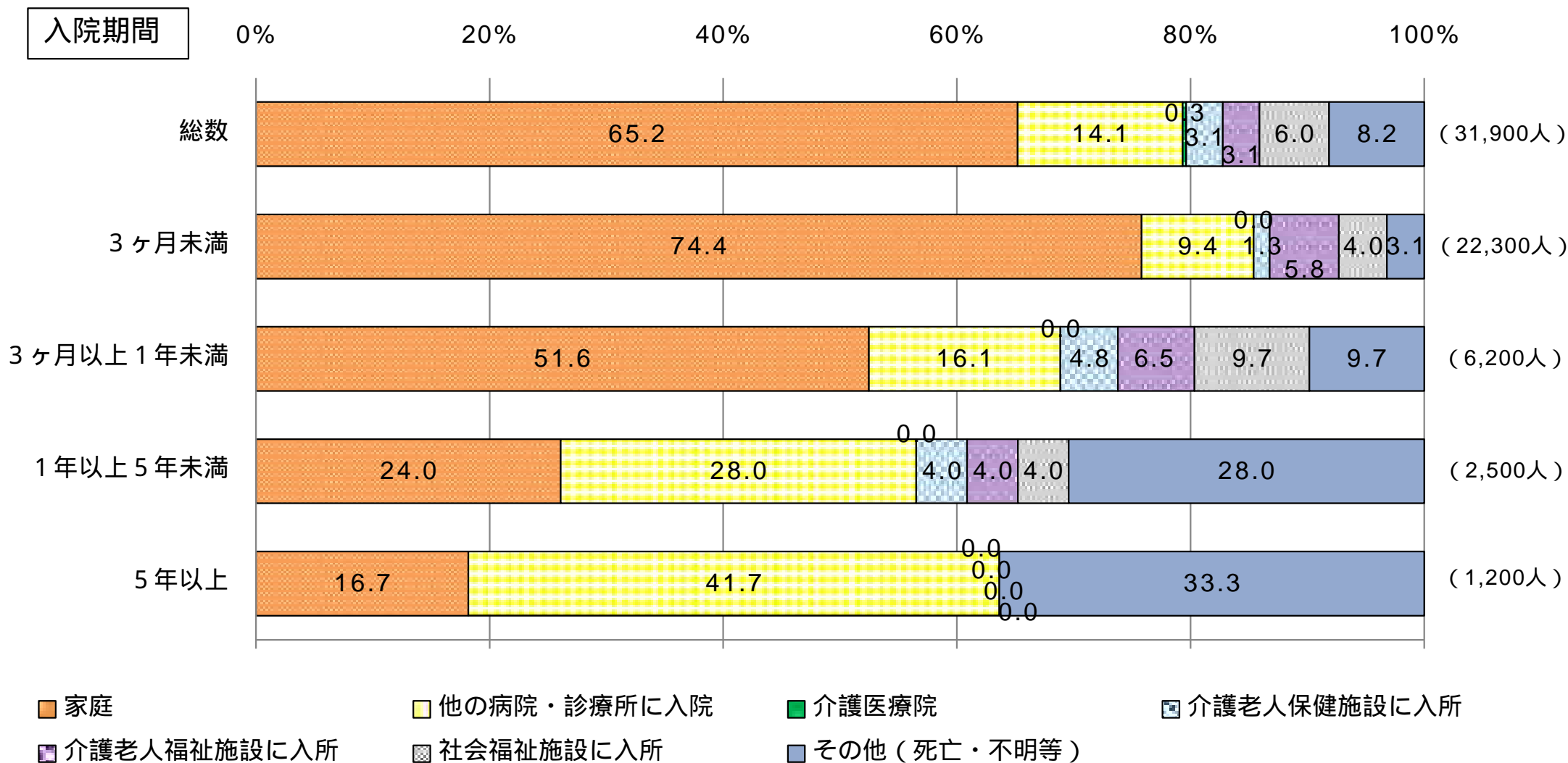
- 精神病床における入院患者数は、約27.3万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約17.0万人（約62%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。



1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

令和2年 精神病床退院患者の退院後の行き先

- 入院期間が1年未満で退院した患者の退院先は、「家庭」が最多。
- 入院期間が1年以上で退院した患者については、「他の病院・診療所に入院」や「その他（死亡・不明等）」の割合が高い。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

(参考) 国民医療費の概況 (令和3年度)

◆ 医療費の規模

45兆359億円 (前年度比4.8%)

◆ 65歳以上の高齢者の医療費の規模

27兆3,036億円 (構成割合60.6%)

◆ 一人当たりの医療費

全年齢では、35万8,800円 65歳以上では、75万4,000円

◆ 診療種別

医科診療医療費は32兆4,025億円 (構成割合71.9%)、

うち、入院医療費は16兆8,551億円 (同37.4%)、入院外医療費は15兆5,474億円 (同34.5%)

歯科診療医療費は3兆1,479億円 (同7.0%)、薬局調剤医療費は7兆8,794億円 (同17.5%)、入院時食事・生活医療費は7,407億円 (同1.6%)。

◆ 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	6兆1,116億円	18.9%	3兆7,379億円	2兆3,737億円
新生物 (含悪性腫瘍)	4兆8,428億円	14.9%	2兆7,912億円	2兆0,515億円
筋骨格系及び結合組織の疾患	2兆6,076億円	8.0%	1兆2,526億円	1兆3,551億円
損傷, 中毒及びその他の外因の影響	2兆4,935億円	7.7%	1兆8,726億円	6,210億円
腎尿路生殖器系の疾患	2兆3,143億円	7.1%	6,993億円	1億6,150億円
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
精神及び行動の障害	1兆9,653億円	6.1%	1兆3,473億円	6,180億円

精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ **医療提供施設等について**
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

病院・診療所病床に関する主な人員の標準

	病院					診療所		
	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床
			1)大学病院等 1	1)以外の病院				
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員 4:1 看護補助者 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員 3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1	医師 1人 薬剤師 2 看護職員 4 4:1 看護補助者 4 4:1	(基準無し) 2
<p>(各病床共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士又は管理栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 <p>(外来患者関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1 								

- 1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。
- 2 (病院及び)医師が常時3人以上いる診療所については、専属薬剤師を置かなければならない。
- 3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1。
- 4 当分の間、看護職員及び看護補助者2:1、ただしそのうち1人は看護職員とする。

病院・診療所病床に関する主な構造設備の標準

	病院				診療所	
	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床 結核病床	療養病床	一般病床
必置施設	<ul style="list-style-type: none"> 各科専門の診察室 手術室 処置室 臨床検査施設 エックス線装置 調剤所 給食施設 分べん室及び新生児の入浴施設 2 消毒施設 洗濯施設 消火用の機械又は器具 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> 精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> 他の部分へ流入しないような機械換気設備 感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 一般病床(病院)に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 	<ul style="list-style-type: none"> 消火用の機械又は器具 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 	<ul style="list-style-type: none"> 消火用の機械又は器具
病床面積	6.4㎡/床 以上 既設 3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(2人以上)	一般病床(病院)と同じ 既設 3 6.0㎡/床 以上	一般病床(病院)と同じ	一般病床(病院)と同じ	一般病床(病院)と同じ 既設 3 6.0㎡/床 以上	6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(2人以上)
廊下幅	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 既設 3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 既設 3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	療養病床(病院)と同じ (大学病院等(1)については一般病床(病院)と同じ)	一般病床(病院)と同じ	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 既設 3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上 (定員9人以下の診療所は適用外)

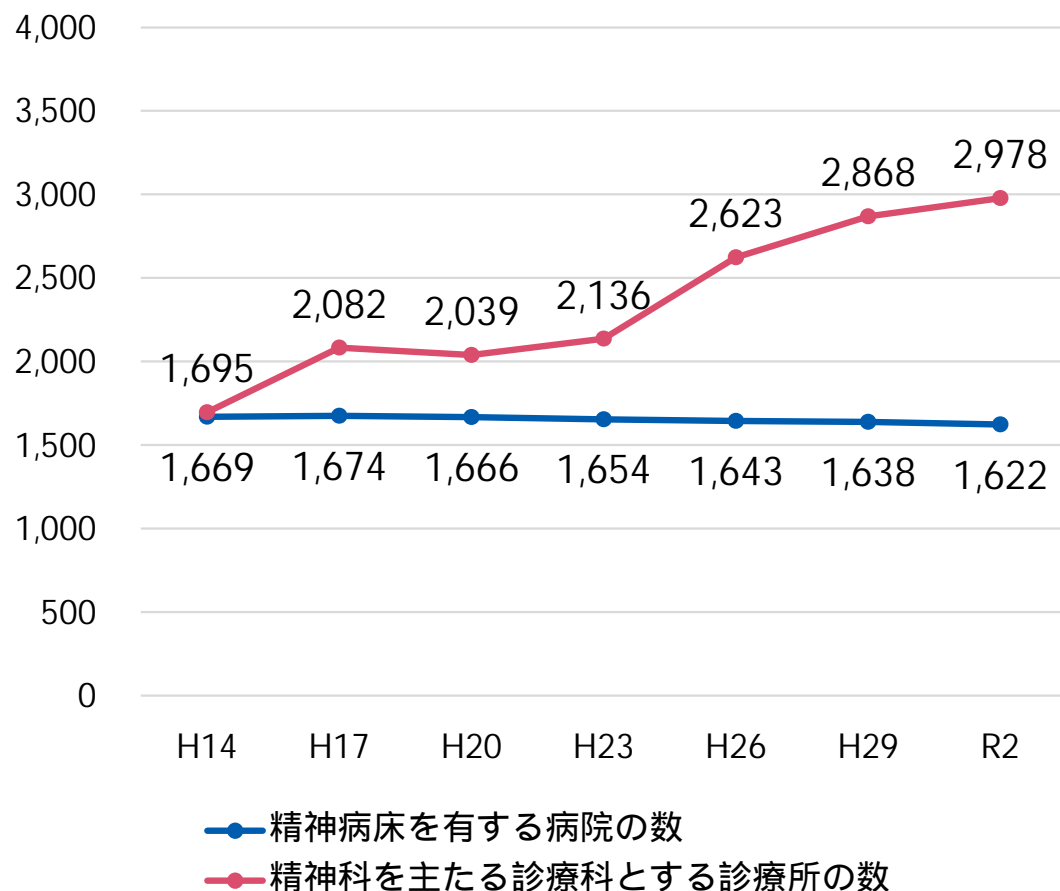
- 1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。
- 2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。
- 3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

医療機関数及び精神病床数の推移

- 精神病床を有する病院の数、精神科を主たる診療科とする診療所の数及び精神病床数の推移は、それぞれ以下のとおり。

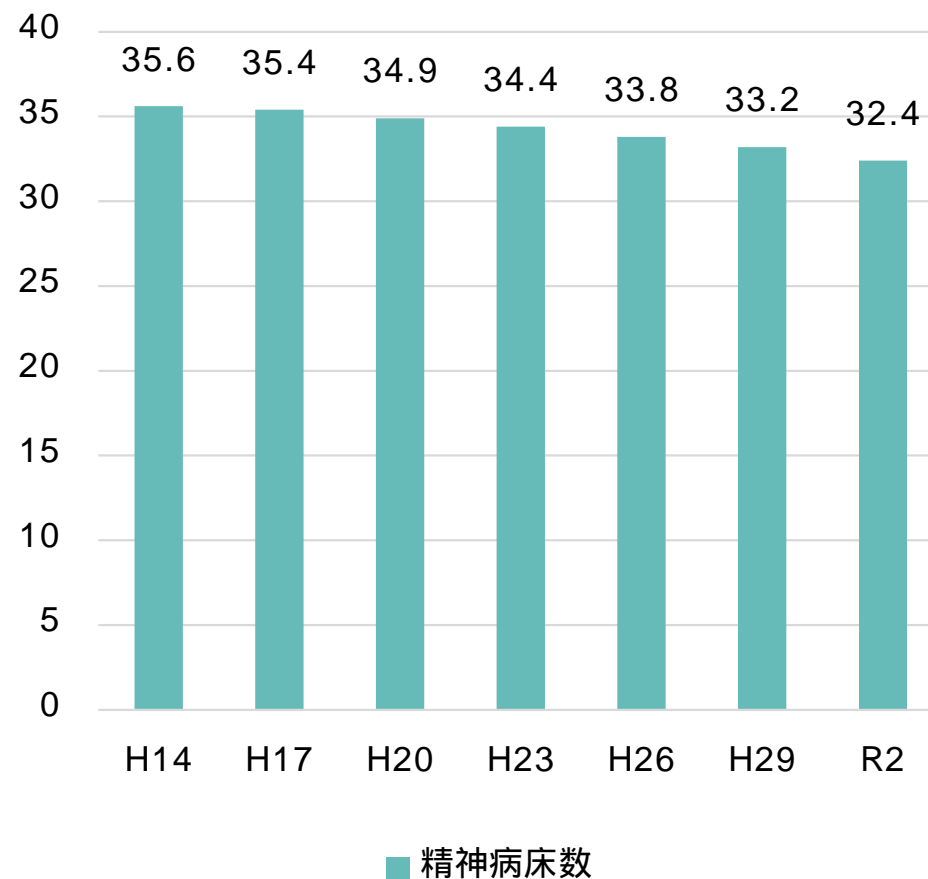
精神病床を有する病院の数及び

精神科を主たる診療科とする診療所の数の推移



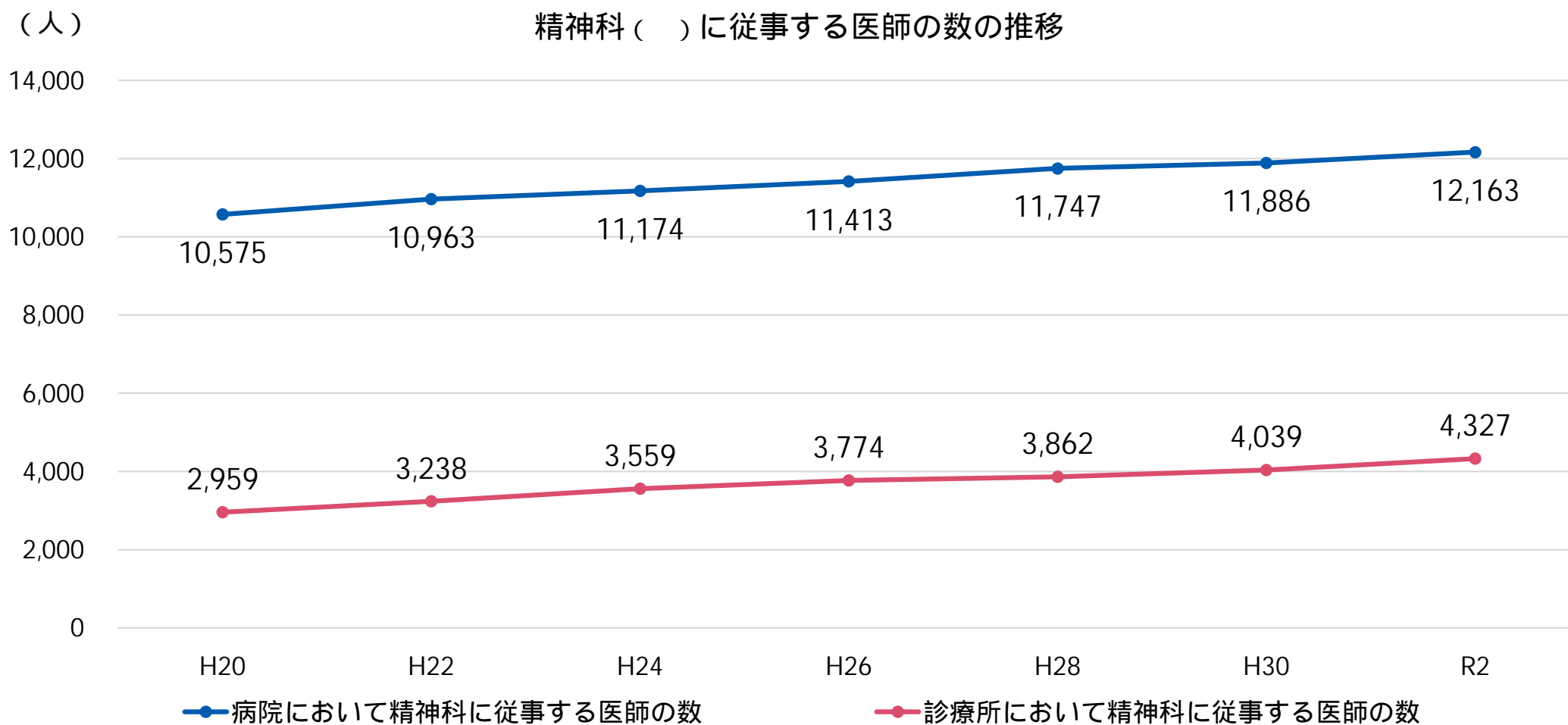
精神病床数の推移

(単位：万床)



精神科に従事する医師の数の推移

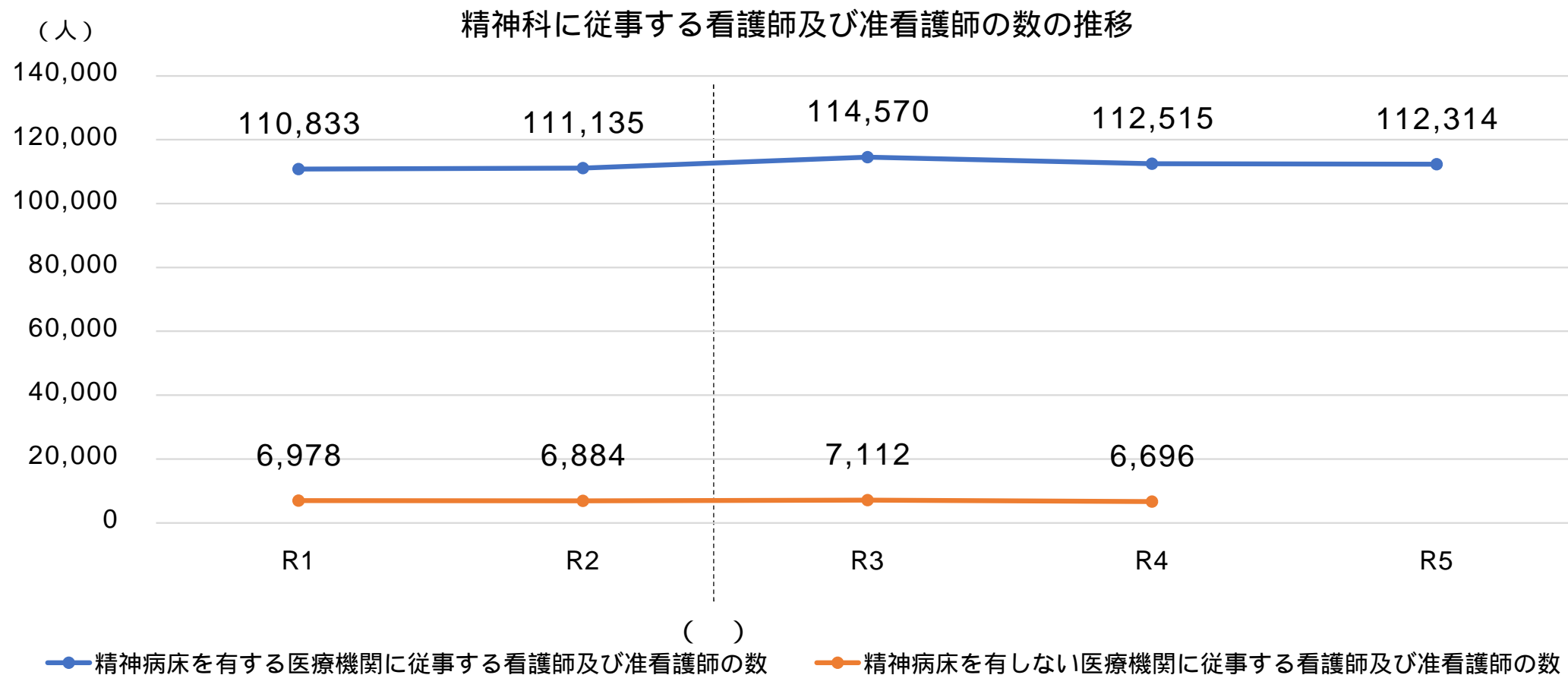
- 精神科に従事する医師の数は増加傾向である。
- 病院、診療所いずれにおいても、同様の傾向。



() 複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科である。

精神科に従事する看護師及び准看護師の数の推移

- 精神科に従事する看護師及び准看護師の数は横ばいである。
- 病院、診療所いずれにおいても、同様の傾向。



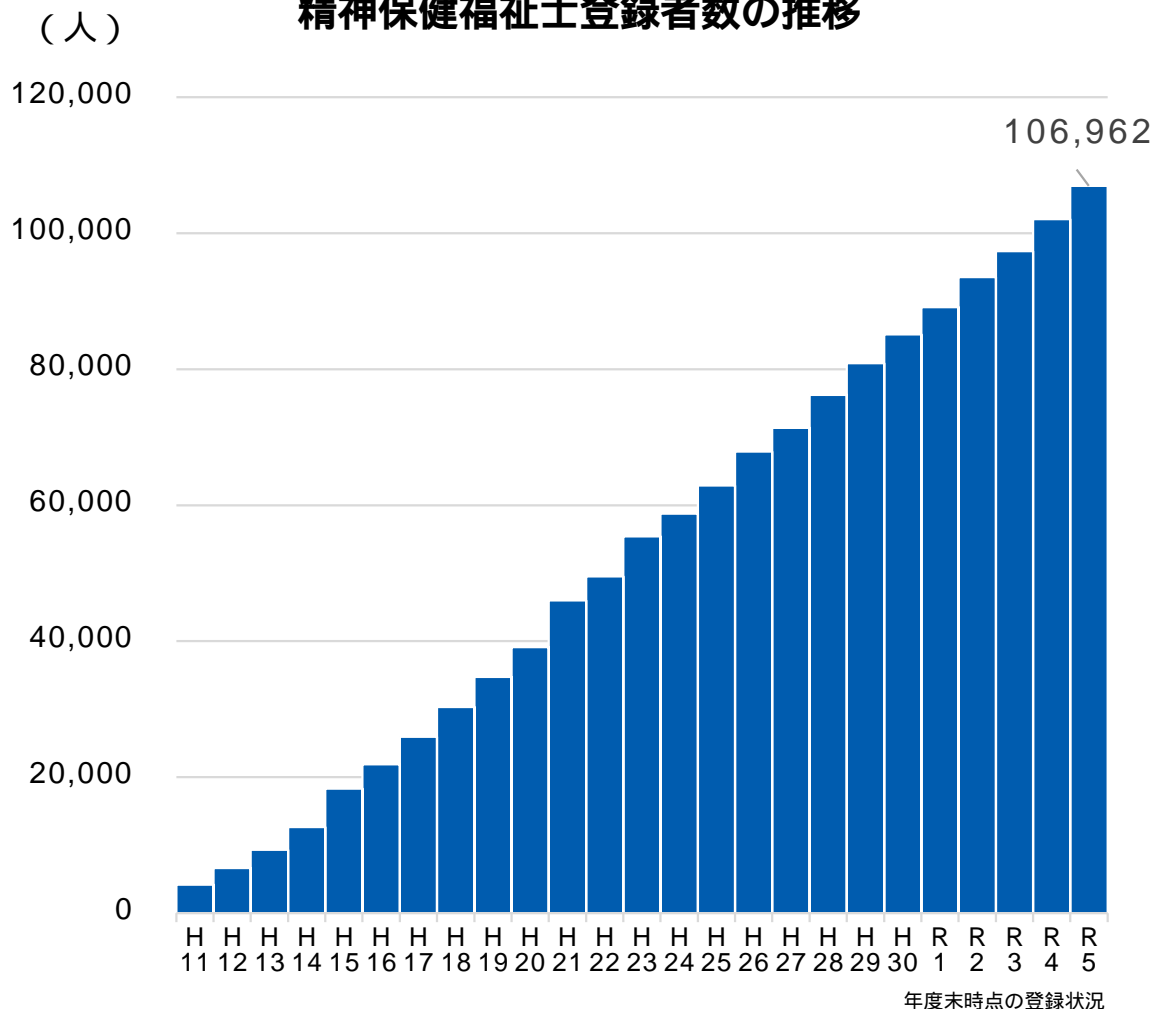
() 令和3年度以降は精神科における看護師及び准看護師の数、令和2年度以前は精神科を主科とする患者に関わる看護師及び准看護師の数を指す。

() 令和5年度の精神病床を有しない医療機関に従事する看護師及び准看護師の数は集計中のため記載していない。

精神保健福祉士の登録者数の推移及び就業場所の内訳

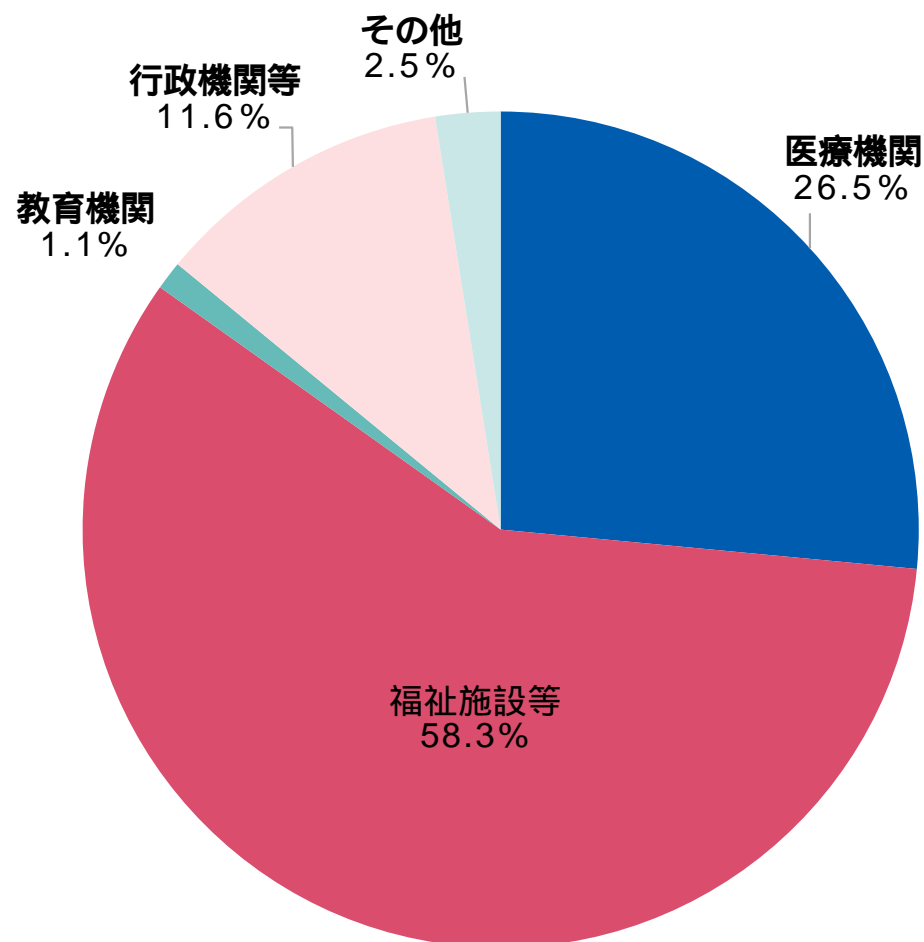
- 精神保健福祉士の登録者数は増加傾向にあり、令和5年度末時点で106,962人。
- 就業場所としては、福祉施設等（58.3%）、医療機関（26.5%）、行政機関等（11.6%）の順に多い。

精神保健福祉士登録者数の推移



出典：公益財団法人社会福祉振興・試験センター

精神保健福祉士の就業場所の内訳

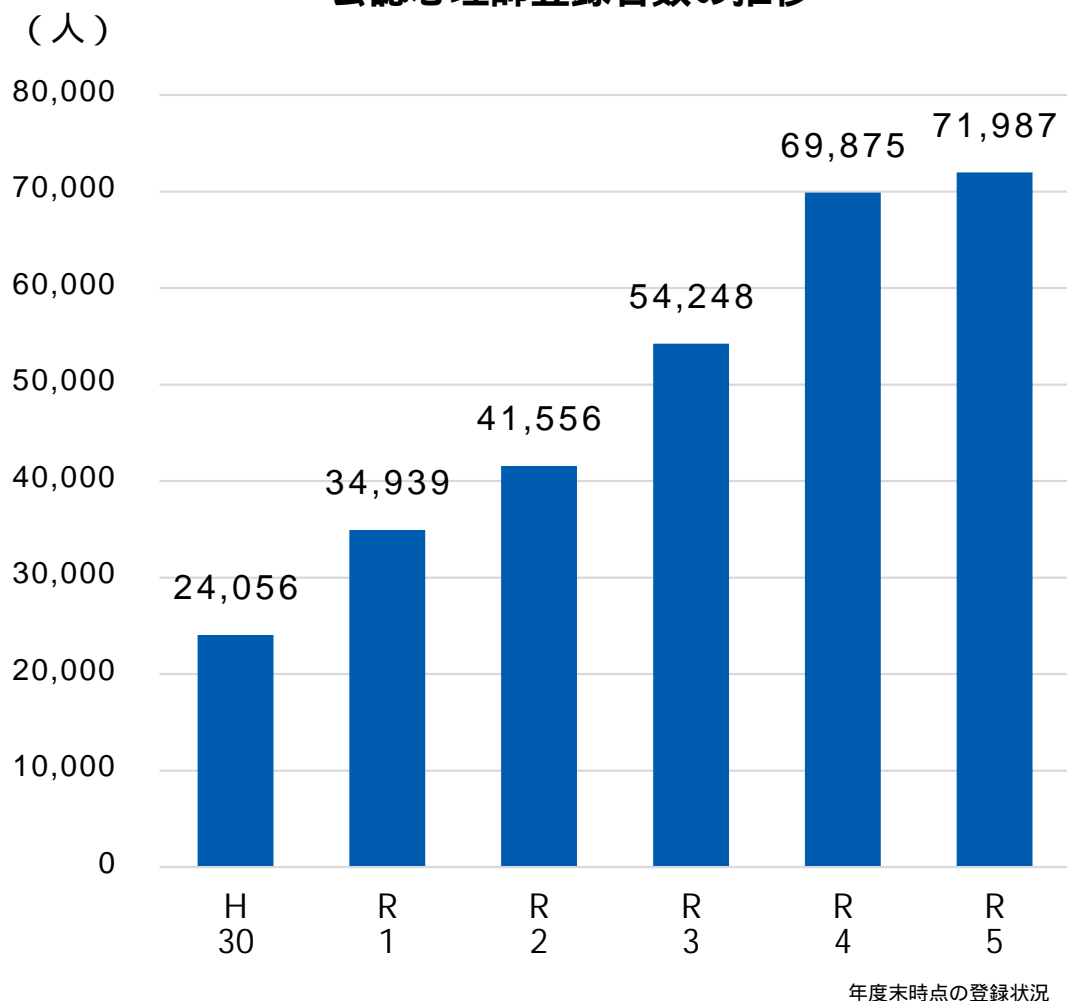


出典：令和2年度就労状況調査（社会福祉振興・試験センター）

公認心理師の登録者数の推移及び主たる勤務先（分野別）の内訳

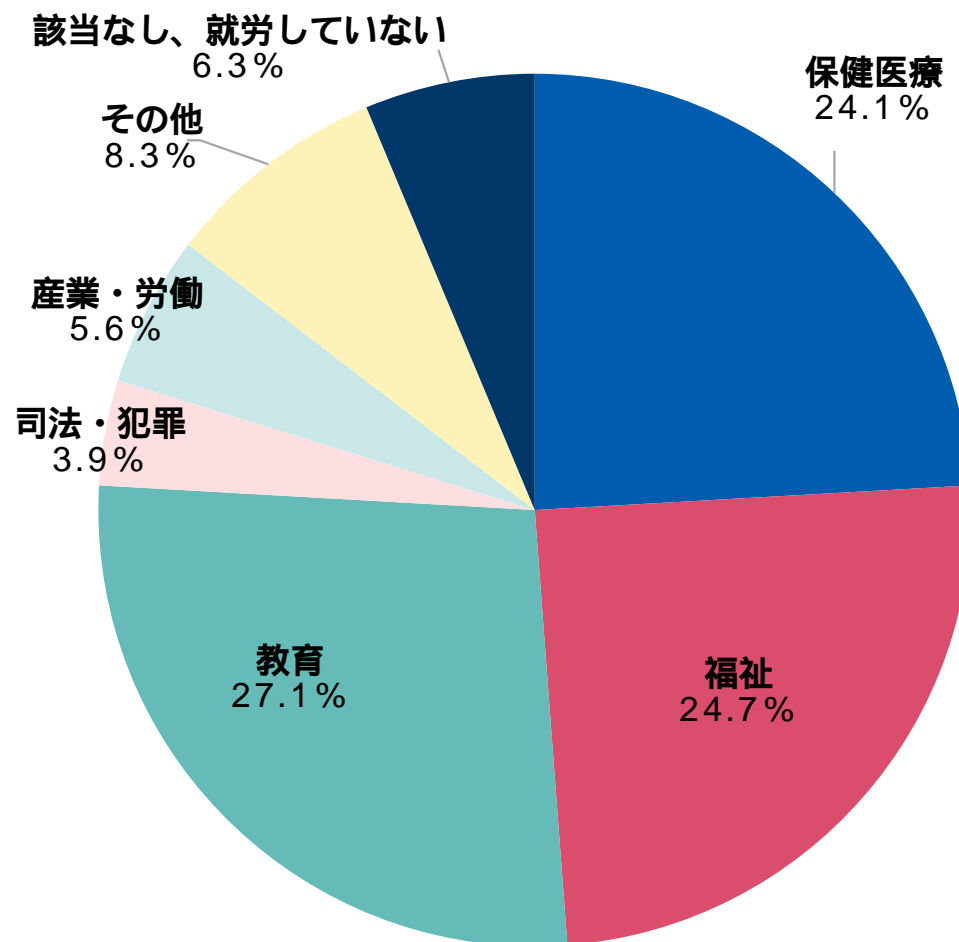
- 公認心理師の登録者数は増加傾向にあり、令和5年度末時点で71,987人。
- 主たる勤務先としては、教育分野（27.1%）、福祉分野（24.7%）、保健医療分野（24.1%）の順に多い。

公認心理師登録者数の推移



出典：一般財団法人日本心理研修センター

公認心理師の主たる勤務先（分野別）



出典：令和5年度公認心理師活動状況等調査（日本心理研修センター）

精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ 医療提供施設等について
- ・ **精神保健医療福祉に関する制度について**
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

精神保健福祉法に基づく入院形態について

1 任意入院（法第20条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院 / 緊急措置入院（法第29条 / 法第29条の2）

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者

【要件等】 精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置することができる。

緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1名で足りるが、入院期間は72時間以内に限られる。

3 医療保護入院（法第33条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 精神保健指定医（又は特定医師）の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要

1 病院管理者は、その家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができず、若しくは同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合、市町村長の同意により入院させることができる。

2 入院期間については、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月以内、6月を経過した後は6月以内となる。

3 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

4 応急入院（法第33条の6）

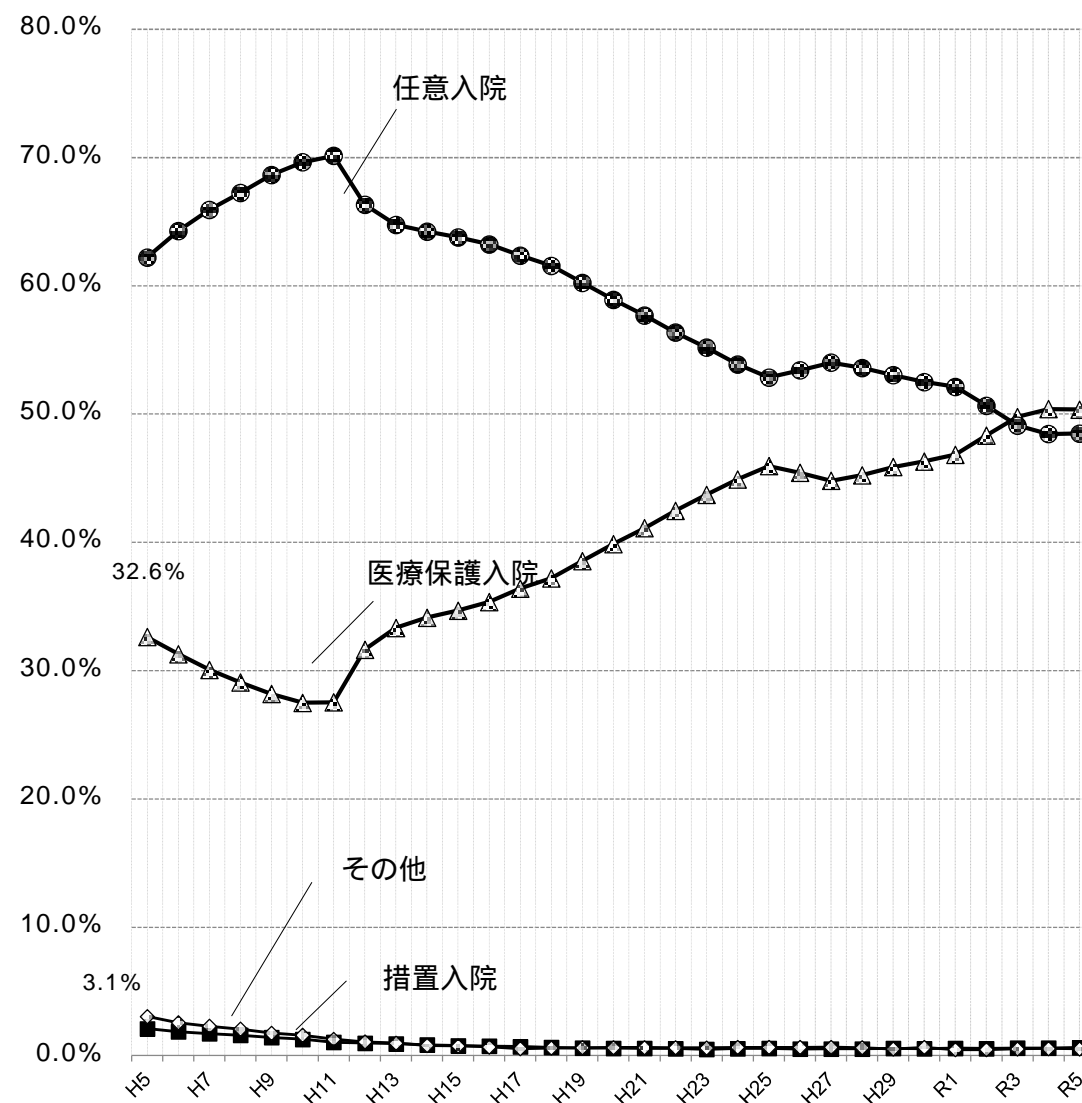
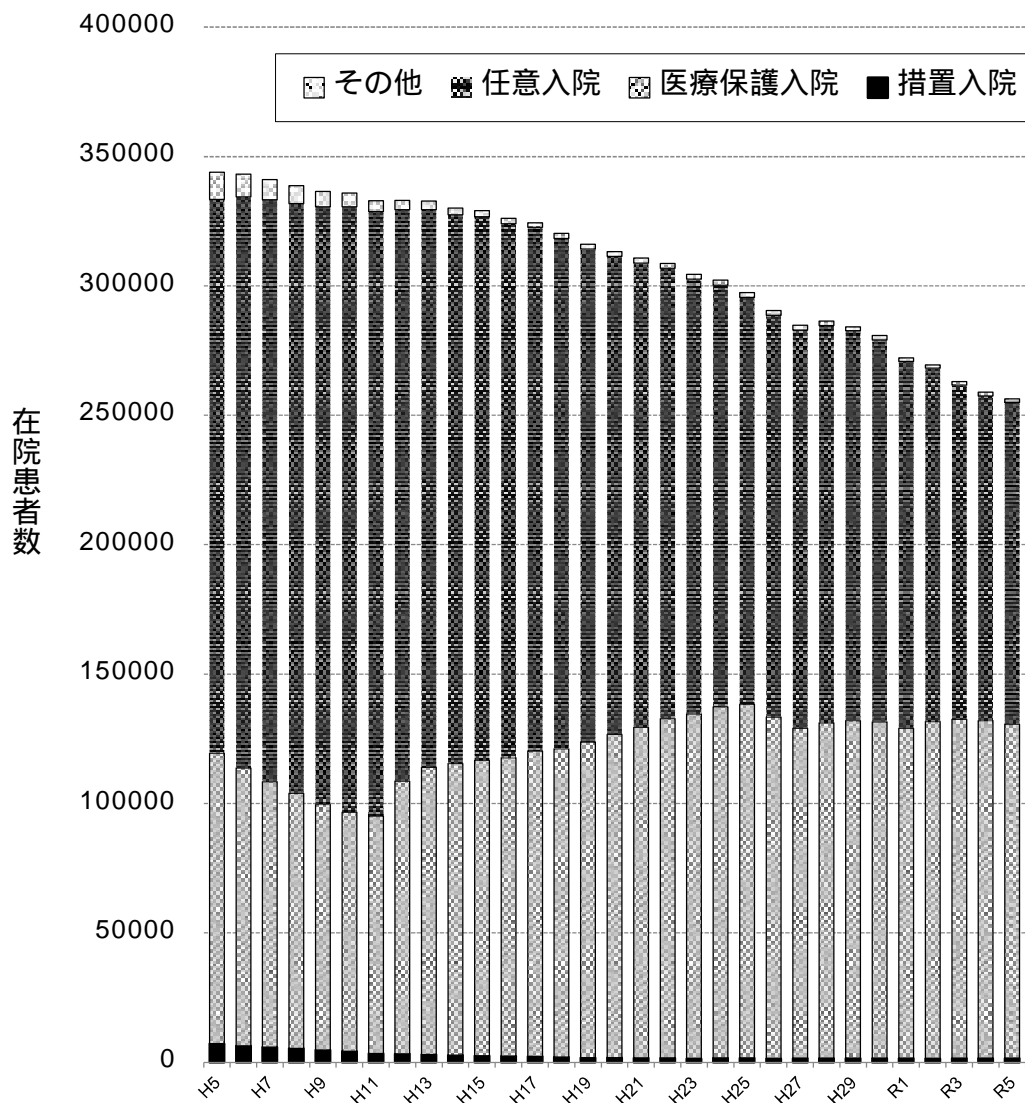
【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医（又は特定医師）の診察が必要であり、応急入院指定病院のみに入院させることができ、入院期間は72時間以内に限られる。

特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

入院形態別在院患者数の推移

- 入院形態別では、医療保護入院患者が約半数を占める。



資料：精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

精神保健指定医制度について

1 精神保健指定医とは

- 精神保健指定医は、5年以上の診断・治療経験、3年以上の精神障害の診断・治療経験と一定の症例経験を有し、必要な研修を修了した医師のうち、指定医の職務を行うに必要な知識及び技能を有すると認められる者を厚生労働大臣が指定する。
- 令和5年4月1日時点で、16,506人が精神保健指定医として登録されている。
- 精神保健指定医は、患者の意思によらない入院や行動制限の必要性について判定を行う医師であり、精神障害について厚生労働大臣が定める各分野にわたる実務経験など、患者の人権に十分に配慮した医療を行うに当たって必要な資質を備えていることが求められている。こうした資質を備えるに必要な実務経験の有無を確認するために、指定申請に当たってケースレポートとの提出を求めている。

2 口頭試問の導入等

- 平成27年及び平成28年に、不適正なケースレポートの申請事案について指定取消処分が行われた。
- 平成28年より開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、精神保健指定医資格の不正取得の再発防止と資質確保の観点からの制度見直しについて検討され、令和元年7月から以下の対応を実施。

< 口頭試問の導入 >

- ・ 口頭試問を実施することで、担当医としての十分な関わりに加えて、法制度や臨床医学の知識について問う

< ケースレポートの見直し >

- ・ 措置入院症例を含む5分野5症例の提出、実務的な観点から要件を整理

< 指導医の要件等の見直し >

- ・ 指導医の役割を明確化
- ・ 更新研修を受けていることを指導医の要件に追加（令和7年7月～）

精神保健指定医の職務について

【入院時】	1．措置入院、緊急措置入院時の判定	法第29条第1項 法第29条の2第1項
	2．医療保護入院時の判定	法第33条第1項
	3．応急入院時の判定	法第33条の6第1項
【入院中】	4．措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第1項
	5．医療保護入院者の入院期間の更新時の診察	法第33条第6項第1号
	6．任意入院者の退院制限時の診察	法第21条第3項
	7．入院者の隔離・身体的拘束の判定	法第36条第3項 告示第129号
【退院時】	8．措置入院者の措置症状消失の判定	法第29条の5
	9．措置入院者の仮退院の判定	法第40条
	10．措置入院の解除の判定 (都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第29条の4第2項
	11．任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第38条の7第2項
【移送】	12．措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第29条の2の2第3項 法第34条第4項 告示第96号
	13．医療保護入院、応急入院のための移送を必要とするかどうかの判定	法第34条第1項、第3項
【その他】	14．精神医療審査会委員としての診察	法第38条の3第3項、第6項 法第38条の5第4項
	15．精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第38条の6第1項 法第40条の5第1項
	16．精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第45条の2第4項
	17．上記2，3，4，5，6，7，8，9の職務を行った際の診療録記載義務	法第19条の4の2

精神医療審査会について

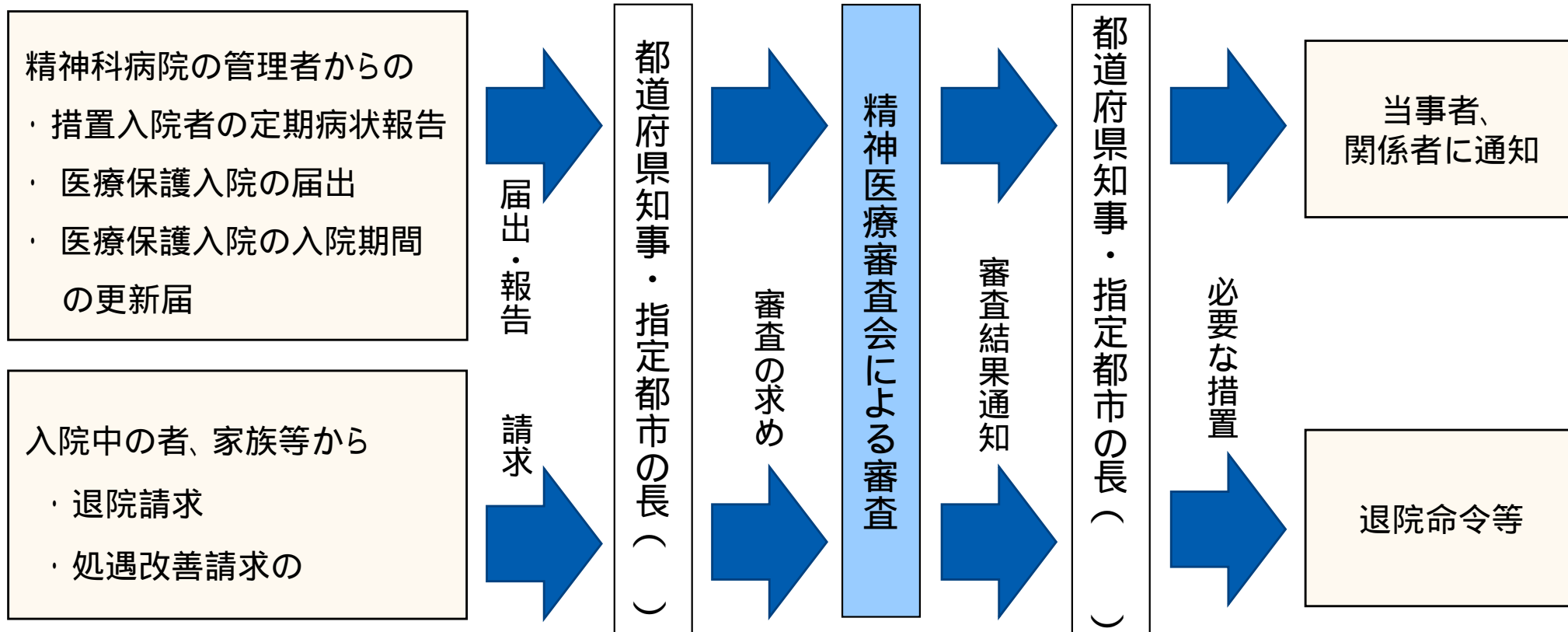
- 精神保健福祉法第12条において、入院措置時及び定期の入院の必要性並びに退院等の請求による入院の必要性等に関する審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置くことが規定されている。

委員構成員(1合議体あたり5名)は、その学識経験に基づき独立して職務を遂行。
都道府県知事が下記の者を任命(任期は原則2年)。

精神科医療の学識経験者 2名以上(精神保健指定医に限る)

精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1名以上

法律に関する学識経験者 1名以上(弁護士、検察官等)



都道府県知事・指定都市の長は、措置入院を決定した時に、精神医療審査会による審査を求めることとされている。
審査会の審査結果に基づいて都道府県知事は退院命令等の措置を採らなければならない。(審査会決定の知事への拘束性)

行動制限に関するルール

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第36条

第1項 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

第2項 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

第3項 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限()は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限
(昭和63年厚生省告示第129号)

1. 患者の隔離(内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超えるものに限る。)
2. 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

第37条

第1項 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

第2項 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

第3項 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

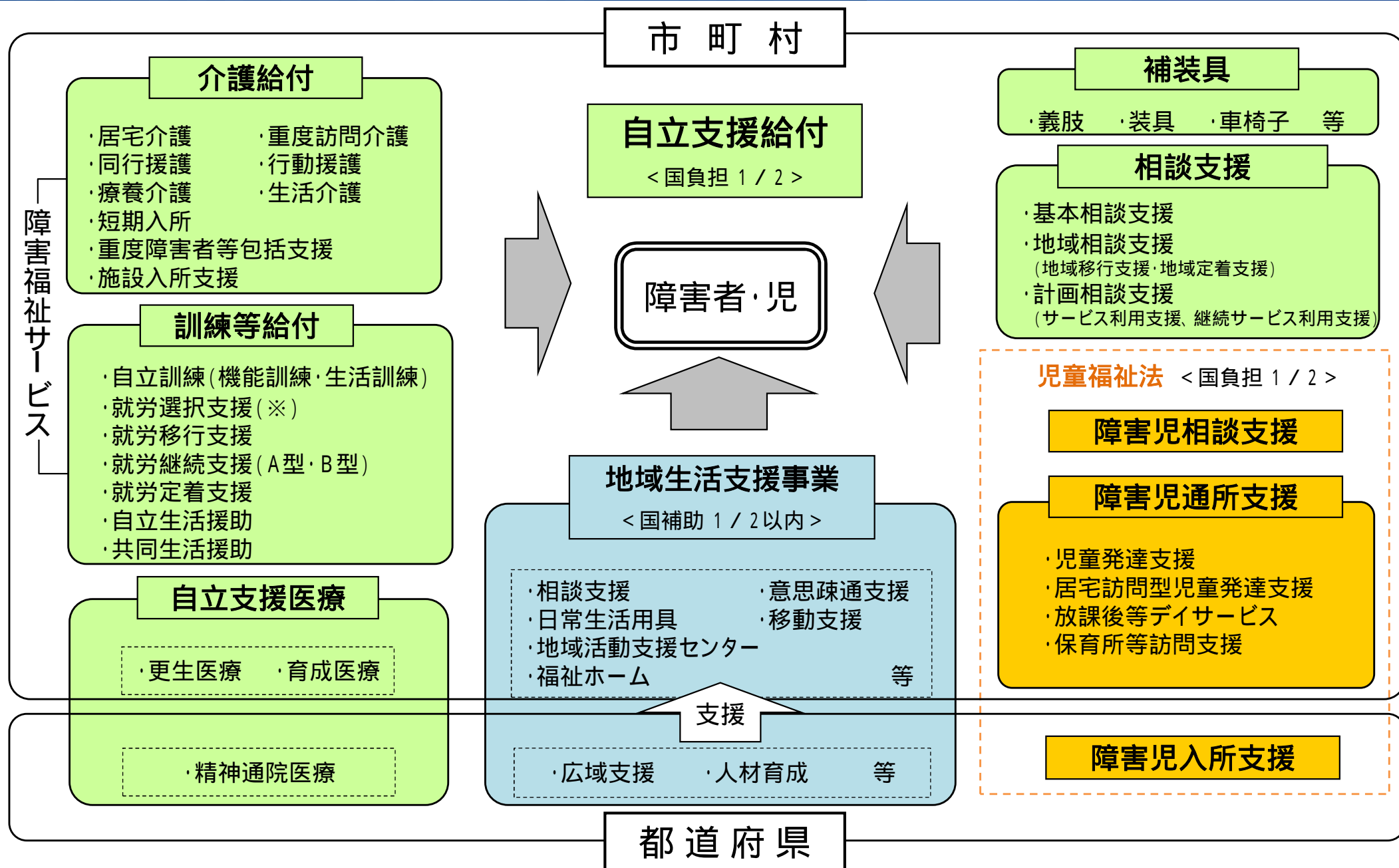
精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ 医療提供施設等について
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ **障害者総合支援法による給付等について**

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

障害者総合支援法等における給付・事業



(※)障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律(令和4年12月16日公布)により新たに創設。(施行日:公布後3年以内の政令で定める日)

障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

サービス内容			利用者数	施設・事業所数	
訪問系	介護給付	居宅介護 者 児	自宅、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	205,433	22,270
		重度訪問介護 者	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常に介護を必要とする人に、自宅、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う	12,905	7,578
		同行援護 者 児	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う	26,105	5,722
		行動援護 者 児	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う	14,823	2,192
		重度障害者等包括支援 者 児	介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う	45	11
日中活動系	介護給付	短期入所 者 児	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	55,115	6,091
		療養介護 者	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う	21,126	260
		生活介護 者	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する	302,398	12,755
施設系		施設入所支援 者	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	123,418	2,551
居住支援系		自立生活援助 者	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う	1,220	287
		共同生活援助 者	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う居宅における自立した日常生活への移行後の定着に関する相談等の援助を行う	184,360	13,420
訓練系・就労系	訓練等給付	自立訓練（機能訓練） 者	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う	2,263	191
		自立訓練（生活訓練） 者	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う	14,665	1,341
		就労移行支援 者	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う	36,377	2,927
		就労継続支援（A型） 者	一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う	89,217	4,591
		就労継続支援（B型） 者	一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う	348,711	17,136
		就労定着支援 者	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う	16,856	1,621

（注）1.表中の「**者**」は「障害者」、「**児**」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和6年1月サービス提供分（国保連データ）

障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

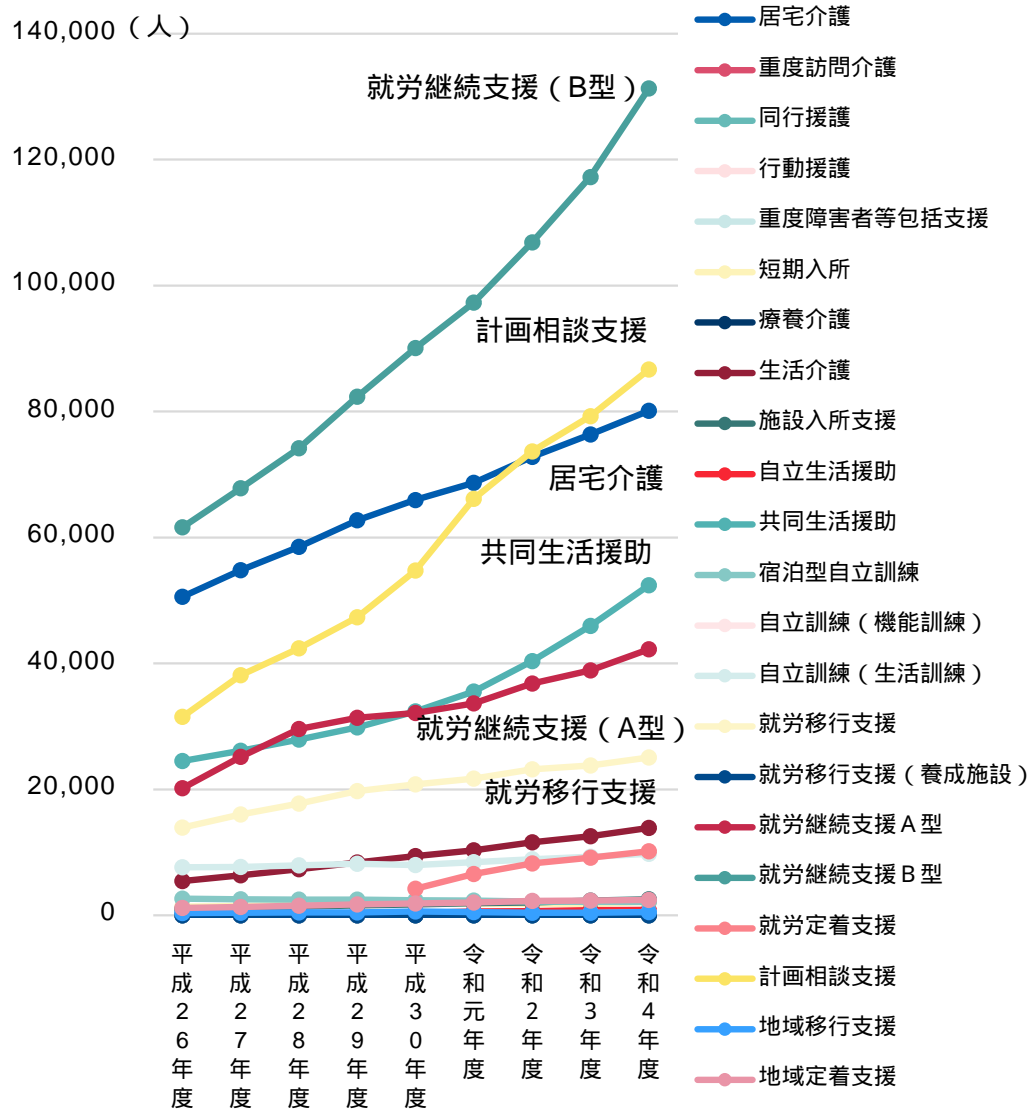
		サービス内容	利用者数	施設・事業所数
障害児通所系	障害児支援に係る給付	児童発達支援 センター 児	189,149	12,507
		児童発達支援 センター以外 児		
	放課後等デイサービス 児	344,147	21,212	
	訪問系	居宅訪問型児童発達支援 児	373	138
保育所等訪問支援 児		21,577	1,903	
入所系	福祉型障害児入所施設 児	1,298	184	
	医療型障害児入所施設 児	1,748	199	
相談支援系	相談支援に係る給付	計画相談支援 者 児	228,152	10,131
		障害児相談支援 児		
		地域移行支援 者	658	353
		地域定着支援 者	4,364	551

障害児支援は、個別に利用の可否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない） 相談支援は、支援区分によらず利用の可否を判断（支援区分を利用要件としていない）

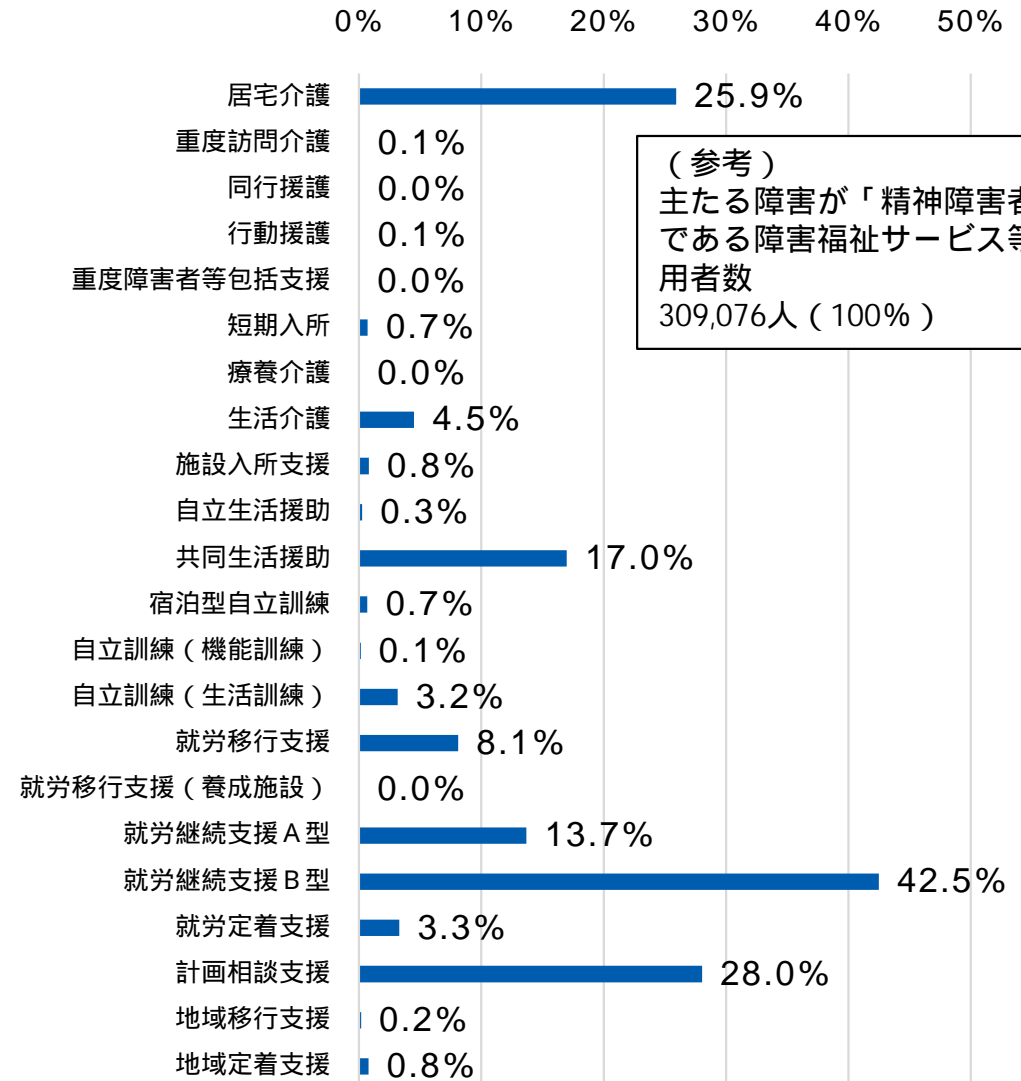
（注）1.表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和6年1月サービス提供分（国保連データ）

精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

各障害福祉サービス等を利用する精神障害者数の推移
(各年度3月の利用者数)



障害福祉サービス等を利用する精神障害者における
各障害福祉サービス等の利用割合
(令和5年3月の利用者数より)



(参考)
主たる障害が「精神障害者」
である障害福祉サービス等利
用者数
309,076人 (100%)

資料：国保連データ（令和5年3月サービス提供分の利用者数まで）を基に障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ 医療提供施設等について
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ **これまでの法改正等の経緯について**
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

精神保健福祉分野における法制度の改正経緯

	背景	制度改正の概要
精神衛生法	S25年 成立 精神病患者監護法と精神病院法の廃止・引継ぎ	措置入院制度の創設 保護義務者の同意による入院制度の創設 一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度の創設 等
	S29年 改正	非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助規定の創設 等
	S36年 改正 ライシャワー事件(S39年)	入院医療費の国庫負担基準の引上げ(2分の1 10分の8) 等
	S40年 改正 宇都宮病院事件(S58年)	措置入院手続きの改正 (緊急措置入院制度の創設など) 等
	S62年 改正	精神保健指定医制度の創設 精神医療審査会制度の創設 応急入院制度、任意入院制度の創設 精神障害者社会復帰施設に関する規定の創設 等
精神保健法	H5年 改正 5年後見直し ・障害者基本法の成立(H5年) ・地域保健法の成立(H6年)	精神障害者社会復帰促進センターの創設 精神障害者の定義規定の見直し 等
	H7年 改正	

精神保健福祉分野における法制度の改正経緯

精神保健福祉法	背景	制度改正の概要	
	H7年改正		精神障害者保健福祉手帳制度の創設 医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必置 等
	H11年改正	池田小事件(H13年)	医療保護入院の要件の明確化(任意入院の状態にない旨を明記) 保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除 等
	H15年	医療観察法の成立(H15年) 精神保健医療福祉の改革ビジョンの策定(H16年)	心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対する継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導 等
	H17年改正	障害者自立支援法の成立(H17年)	精神医療審査会の委員構成の見直し 特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入 等
	H22年改正		都道府県による精神科救急医療体制の確保に関する規定 精神保健指定医の公務員としての職務に係る義務規定 等
	H25年改正	相模原市「津久井やまゆり園」事件(H28年) 指定医不正申請	保護者制度の廃止、家族等同意の創設 精神科病院管理者に、退院後生活環境相談員の設置、地域援助事業者との連携、退院促進のための体制整備を義務付け 等
	R4年改正		医療保護入院の期間の法定化、家族等が意思表示を行わない場合の市町村長同意、入院者訪問支援事業の創設、精神科病院における虐待防止措置の実施 等

近年の精神保健医療福祉の経緯

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。

精神保健福祉施策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、国民の理解の深化、精神医療の改革、地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※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。

(参考) これまでに開催されてきた精神保健医療福祉に関する検討会等

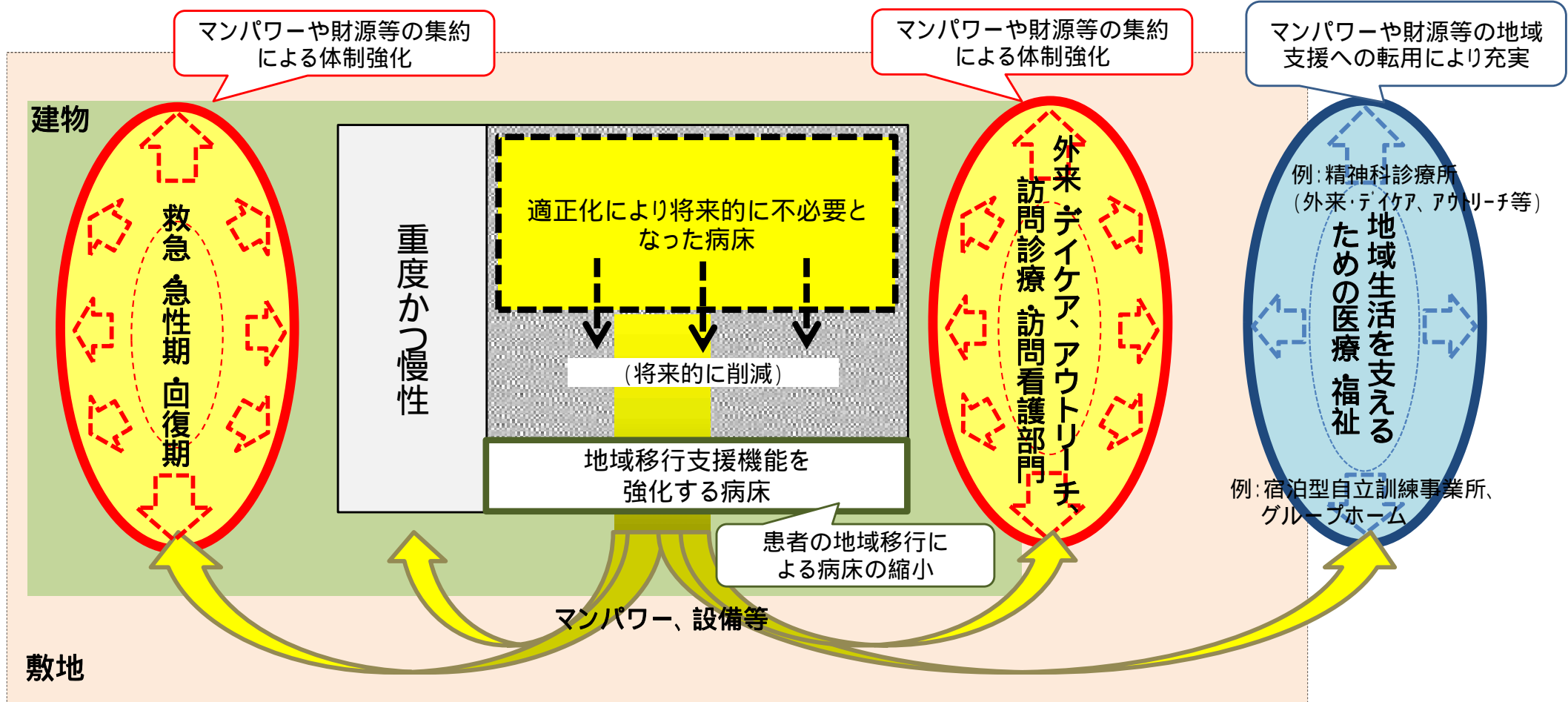
- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)の策定以降、それぞれの時期に検討会等において議論が重ねられてきた。これらの検討会等での議論を踏まえ、精神保健福祉法の改正、予算事業の創設や見直し、医療計画への反映など、施策の充実が図られてきた。

	検討会等の名称	設置時期	報告書 とりまとめ時期
1	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	平成20年4月	平成21年9月
2	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22年5月	1R: 平成22年6月 2R: 平成23年11月 3R: 平成24年6月
3	精神科救急医療体制に関する検討会	平成23年5月	平成23年9月
4	精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会	平成24年3月	平成24年6月
5	精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会	平成25年7月	平成25年12月
6	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	平成26年3月	平成26年7月
7	これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会	平成28年1月	平成29年2月
8	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	令和2年3月	令和3年3月
9	精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ	令和2年8月	令和3年1月
10	地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会	令和3年10月	令和4年6月
11	市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム	令和5年2月	令和5年9月

近年の精神保健医療福祉の経緯

- 「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」（平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用））を踏まえ、「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」（平成26年7月とりまとめ）では、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す方向性が示された。

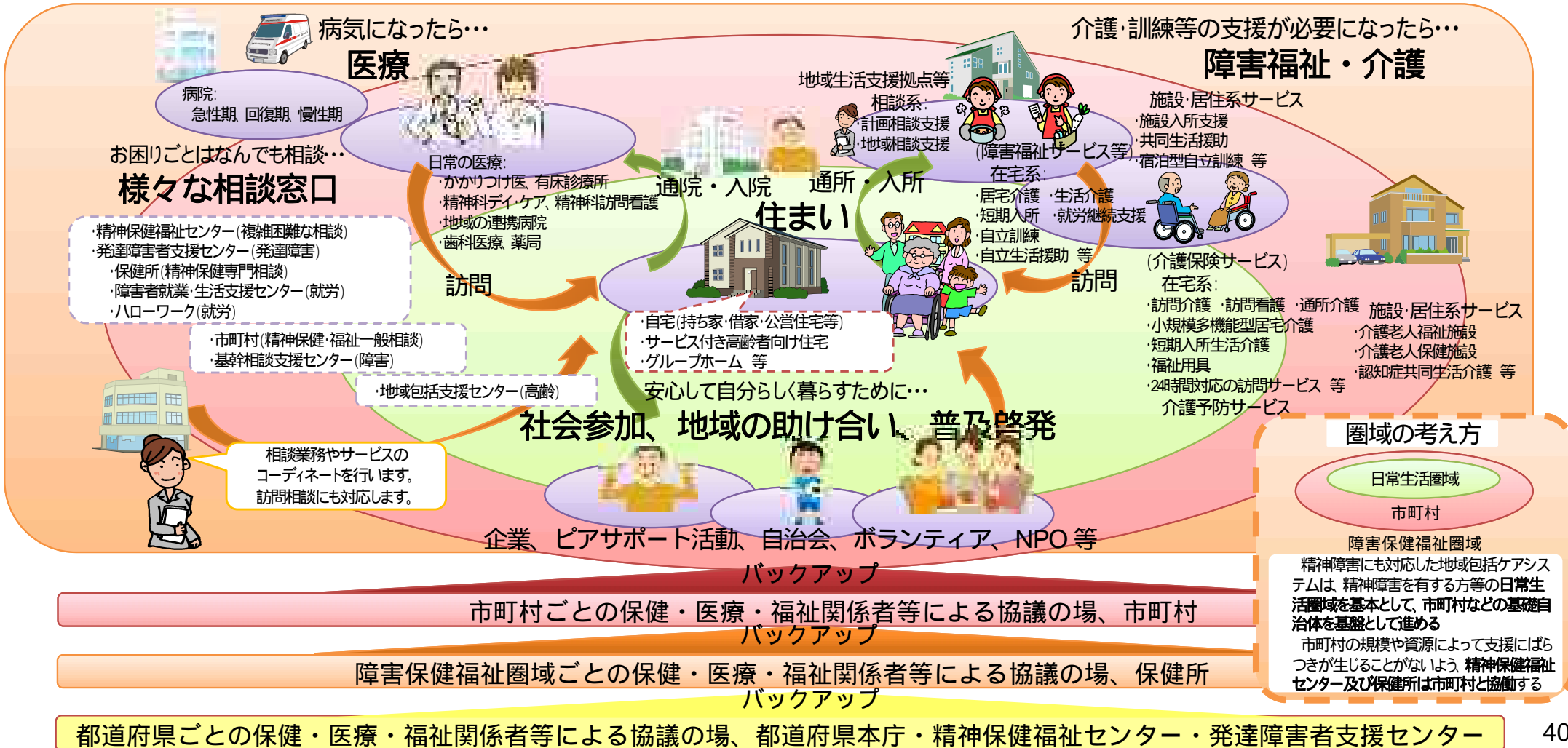
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



近年の精神保健医療福祉の経緯

- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、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」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

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）



1. 概要

(1)精神科病院等に対する指導監査体制の見直し

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。

精神保健指定医3名 2人以上、法律家1人 1人以上、その他1人 1人以上

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

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、当該病院の名称等を公表することができるものとする。

(2)精神障害者の適切な地域医療等の確保

緊急時における入院等に係る診察の特例措置の導入

一定の要件を満たす医療機関において、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、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、一定時間(概ね12時間)に限り入院等させることができる枠組みを整備。

任意入院患者に関する病状報告制度の導入

任意入院患者の退院及び社会復帰を促進する観点から、都道府県知事が、条例で定めるところにより、一定の要件を満たす任意入院患者を入院させている精神病院の管理者に対し、病状等の報告を求めることができるものとする。

市町村における相談体制の強化

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。

(3)その他の改正事項

精神保健指定医の指定に関する政令委任事務の明確化

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。

地方精神保健福祉審議会の必置規制の見直し(1)

必置となっていた地方精神保健福祉審議会の設置を都道府県の裁量に委ねるものとする。

「精神分裂病」の「統合失調症」への呼称の変更(2)

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。

2. 施行期日

平成18年10月(ただし、 1は平成18年1月施行、 2は公布日施行)

1. 改正法の概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等(＊)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

＊配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者(精神保健福祉士等)の設置
- ・地域援助事業者(入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等)との連携
- ・退院促進のための体制整備

を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日(ただし、1.(4)については平成28年4月1日)

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

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）

平成26年厚生労働省告示第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。

精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ 医療提供施設等について
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ **令和4年改正の内容等について**
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」 (令和3年10月～令和4年6月)について

1. 趣旨

令和3年3月の「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」報告書において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた基本的な考え方や構成する要素等について整理された。

これを踏まえ、今般、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築のより一層の推進に向けた具体的かつ実効的な仕組み、体制について検討するとともに、令和5年度末で期限を迎える医療計画等の見直しに向けた地域精神保健医療福祉体制のあり方や、精神障害者の入院に関わる制度のあり方、患者の意思決定支援及び患者の意思に基づいた退院後支援のあり方等について検討を行う場として、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」を開催する。

2. 検討事項

- (1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- (2) 地域精神保健医療福祉体制
- (3) 入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組

3. 構成員

岩上洋一 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事
上ノ山一寛 公益社団法人日本精神神経科診療所協会副会長
江澤和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
太田匡彦 東京大学大学院法学政治学研究科教授
岡田久実子 公益社団法人全国精神保健福祉会(みんなねっと)理事長
岡部正文 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事
鎌田久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事
神庭重信 九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野名誉教授
北村立 公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事
吉川隆博 一般社団法人日本精神科看護協会会長
桐原尚之 全国「精神病」者集団運営委員
柑本美和 東海大学法学部法律学科教授
小阪和誠 一般社団法人日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構理事
櫻木章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
櫻田なつみ 株式会社MARSピアサポーター

田辺国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長
田村綾子 公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長
辻本 哲士 全国精神保健福祉センター長会会長
中原由美 全国保健所長会(福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所保健監(保健所長))
永松悟 全国市長会(杵築市長)
野澤和弘 植草学園大学副学長 / 一般社団法人スローコミュニケーション理事長
野原勝 岩手県保健福祉部長
藤井千代 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域・司法精神医療研究部部長
森敏幸 全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク代表 / 精神保健福祉事業団体連絡会副代表

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（概要） （令和4年6月9日）

精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、市町村等における相談支援体制、第8次医療計画の策定に向けた基本的な考え方、精神科病院に入院する患者への訪問相談、医療保護入院、患者の意思に基づいた退院後支援、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組、精神病床における人員配置の充実、虐待の防止に係る取組について検討し、今後の取組について取りまとめた。

関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業(支援)計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護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、その実現を可能な限り早期に図るべき。

基本的な考え方

精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護、居住、就労等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要。

対応の方向性

精神保健に関する市町村等における相談支援体制

身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要。

第8次医療計画の策定に向けて

地域における多職種・多機関の有機的な連携体制の構築が重要。

各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の検討が必要。

精神科病院に入院する患者への訪問相談

人権擁護の観点から、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要。

医療保護入院

安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、以下の視点を基本とすべき。

- ・ 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実
 - ・ 医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実
 - ・ より一層の権利擁護策の充実
- 家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方等を勘案しながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要。

患者の意思に基づいた退院後支援

退院後支援については、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定した上で、推進に向けた方策を整理していくことが求められている。

不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組

安心して信頼できる入院医療を実現するには、患者の権利擁護に関する取組がより一層推進されるよう、医療現場において、精神保健福祉法に基づく適正な運用が確保されることが必要。

精神病床における人員配置の充実

より手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じた適切な職員配置の実現が求められる。

虐待の防止に係る取組

より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待を起こさないことを組織風土、組織のスタンダードとして醸成していくための不断の取組が重要。

「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」障害者部会報告書（概要） （令和4年6月13日）

4. 精神障害者等に対する支援について

- ・ 精神保健に関する相談支援が全ての市町村で実施される体制が整うよう、精神障害者に加え、精神保健に関する課題を抱える者に対しても、相談支援を行うことができる旨を法令上規定するべきである。
- ・ 市町村が実施する精神保健に関する相談支援の位置付けを明確にするとともに、市町村保健センター等の保健師増員等、必要な体制整備のための対応を検討するべきである。
- ・ 人権擁護の観点から、家族からの音信がない市町村長同意による医療保護入院者を中心に、精神科病院の理解のもと、精神科病院に入院する患者を訪問し、相談に応じることで、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要となる。
- ・ 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実という視点から、包括的支援マネジメントを推進し、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備するため、令和6年度の診療報酬・障害報酬の同時改定での評価を含めて検討を進めるべきである。
- ・ 医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実という視点から、医療保護入院の入院期間を定め、精神科病院の管理者は、この期間ごとに医療保護入院の要件を満たすか否かの確認を行うこととするべきである。また、退院促進措置の対象者を拡大すべきである。
- ・ より一層の権利擁護策の充実という視点から、医療保護入院者や措置入院者に対して告知を行う事項として、入院を行う理由を追加するとともに、医療保護入院の同意を行う家族等は、退院等請求権を有することから、告知を行うことが求められる旨を明文で規定すべきである。
- ・ 医療保護入院について、家族がいる場合でも、当該家族の意向を確認することができない場合は、市町村長が同意の可否を判断できるようにすべきである。
- ・ 本人と家族等との間で虐待等が疑われるケースについて、市町村長が同意の可否を判断できるようにすることについて、課題の整理を行いながら、検討することが適当である。
- ・ 退院後支援のガイドラインについては見直しを行い、退院後支援は、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定することが必要である。その上で、広く患者の入院形態を問うことなく患者の意思に基づいた退院後支援が行われるよう、診療報酬における適切な評価を含め、より一層の推進策の検討を行う必要がある。
- ・ 隔離・身体的拘束に関し、切迫性・非代替性・一時性の考え方について、処遇基準告示上で要件として明確に規定するべきである。また、「多動又は不穏が顕著である場合」という身体的拘束の要件について、さらに対象を限定し明確化を図るべきである。
- ・ 入院患者に対してより手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じ、適切な職員配置を実現していくことが求められる。
- ・ 精神科医療機関において、すでに実施されている虐待防止措置の推進に加え、従事者等が虐待を発見した場合にこれを自治体に伝えるとともに、伝えられた者の保護を図ることが望ましい。このような仕組みについて、精神科医療機関における虐待行為の早期発見、再発防止に資する実効的な方策となるよう、制度化に向けた具体的な検討を行うべきである。

令和4年障害者総合支援法等の一部改正による精神保健福祉法の改正概要

(令和4年12月16日公布)

【公布日(令和4年12月16日)施行】

- ・ 目的規定における権利擁護の明確化

【令和5年4月1日施行】

- ・ 患者に対し身体に対する暴力等を行った者等を「家族等」の範囲から除外。
- ・ 医療保護入院等の患者及びその家族等に対し、書面での入院理由等の告知を義務化。

【令和6年4月1日施行】

(医療保護入院の入院手続等に関する事項)

- ・ 入院期間を法定化し、一定の要件を満たす場合は、入院期間を更新できる。
- ・ 家族等が同意又は不同意の意思表示を行わない場合は、市町村長同意の依頼ができる。
- ・ 地域援助事業者の紹介を義務化。

(措置入院者の退院促進措置等に関する事項)

- ・ 退院後生活環境相談員の選任及び地域援助事業者の紹介を義務化。
- ・ 措置入院時の精神医療審査会での審査の実施。

(入院者訪問支援事業に関する事項)

- ・ 都道府県等は、市町村同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じ、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を実施できる。

(虐待の防止に関する事項)

- ・ 精神科病院における虐待防止措置の義務化。
- ・ 精神科病院の業務従事者による虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化。

(精神保健に関する相談支援体制の整備に関する事項)

- ・ 都道府県等が実施する相談支援について、日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も支援対象に加える。
- ・ 都道府県は、市町村の精神保健に関する相談支援に関し、必要な援助を行うよう努める。

附則

第二条 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、児童福祉法、精神保健福祉法、障害者雇用促進法及び難病の患者に対する医療等に関する法律の規定について、その施行の状況等を勘案しつつ検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第三条 政府は、精神保健福祉法の規定による本人の同意がない場合の入院の制度の在り方等に関し、精神疾患の特性及び精神障害者の実情等を勘案するとともに、障害者の権利に関する条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする。

令和4年障害者総合支援法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議 (精神保健福祉法関係部分)

衆議院 (令和4年11月18日)

- 十三 医療保護入院の入院期間の上限については、厚生労働省令において六月を下回る可能な限り短い期間を設定するとともに、医療保護入院者退院支援委員会には、入院者本人及び本人の地域移行を支援する者を参加させることとし、入院期間の更新やみなし同意によって事実上の長期入院とならないような措置を講ずること。
- 十四 家族等が同意又は不同意の意思表示をしない場合において市町村長の同意が安易に行われ、医療保護入院が増加することがないように、必要な措置を講ずること。
- 十五 国連障害者権利委員会の対日審査の総括所見における、精神保健福祉法及び心神喪失者等医療観察法の規定に基づく精神障害者への非自発的入院の廃止等の勧告を踏まえ、精神科医療と他科の医療との政策体系の関係性を整理し、精神医療に関する法制度の見直しについて、精神疾患の特性も踏まえながら、精神障害者等の意見を聴きつつ検討を行い、必要な措置を講ずること。
- 十六 入院者訪問支援事業が、精神科病院に入院している精神障害者の権利擁護のためのアドボケイトとして機能するよう、入院者訪問支援員の研修など事業の実施体制の整備に万全を期すこと。
- 十七 本法施行後の精神科病院の業務従事者による虐待についての通報の仕組みの実施状況を踏まえ、障害者虐待防止法における、病院での虐待の防止と報告を確保するための更なる取組について検討すること。
- 十八 隔離・身体的拘束に関する切迫性、非代替性、一時性の要件を明確にするため、厚生労働大臣告示の改正を速やかに進めること。また、同告示に、患者に対する治療が困難という文言を用いることが適切であるかについて関係団体との意見交換の場を設け、当該文言やそれに類似する文言の使用によらない方策を検討し、必要な措置を講ずること。
- 十九 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインについては、原則として警察又は警察関係者を参加させるべきではないとの観点から必要な措置を講ずるとともに、措置入院の運用に関するガイドラインについては、関係者による協議の場が、自立支援協議会等とは異なる役割を有することを踏まえて適切に運用されるよう、必要な措置を講ずることについて検討すること。
- 二十 第八次医療計画の中間指標では、精神科病院の非自発的入院の縮減を把握する指標例とともに、精神病床の削減のための目標値の設定について検討すること。

令和4年障害者総合支援法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議 (精神保健福祉法関係部分)

参議院 (令和4年12月8日)

- 十四 医療保護入院の入院期間の上限については、厚生労働省令において六月を下回る可能な限り短い期間を設定するとともに、医療保護入院者退院支援委員会には、入院者本人及び本人の地域移行を支援する者を参加させることとし、入院期間の更新やみなし同意によって事実上の長期入院とならないよう、安易に更新が繰り返されないようにするための措置を講ずること。
- 十五 家族等が同意又は不同意の意思表示をしない場合において市町村長の同意が安易に行われ、医療保護入院が増加することがないよう、必要な措置を講ずること。また、医療保護入院には、家族等の負担過重や患者の権利擁護の観点から廃止されるべきとの指摘があることを踏まえ、その在り方について、精神疾患の特性も踏まえながら速やかに検討を行うこと。
- 十六 国連障害者権利委員会の対日審査の総括所見における、精神保健福祉法及び心神喪失者等医療観察法の規定に基づく精神障害者への非自発的入院及び強制的な治療等の廃止、精神医療を一般医療から分離する制度の解消等の勧告を踏まえ、精神科医療と他科の医療との政策体系の関係性を整理し、精神医療に関する法制度の見直しについて、精神疾患の特性も踏まえながら、精神障害者団体の参画による検討によって、必要な措置を講ずること。
- 十七 入院者訪問支援事業が、市町村長同意の医療保護入院者に限らず精神科病院に入院している全ての精神障害者の権利擁護のためのアドボケートとして機能するよう、入院者訪問支援員の研修など事業の実施体制の整備に万全を期すこと。
- 十八 本法施行後の精神科病院の業務従事者による虐待についての通報の仕組みの実施状況を踏まえ、障害者虐待防止法における、病院での虐待の防止と報告を確保するための更なる取組について検討すること。
- 十九 隔離・身体的拘束に関する切迫性、非代替性、一時性の要件を明確にするため、厚生労働大臣告示の改正を進めるに当たっては、関係団体との意見交換の場を設け、患者に対する治療が困難という文言やそれに類似する文言の使用によらない方策を検討し、隔離・身体的拘束の対象が実質的にも限定されるよう必要な措置を講ずること。
- 二十 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインについては、原則として警察又は警察関係者を参加させるべきではないとの観点から必要な措置を講ずるとともに、措置入院の運用に関するガイドラインについては、自立支援協議会等が関係者による協議の場として活用されることのないよう、適切に運用されるために、必要な措置を講ずることについて検討すること。
- 二十一 精神科病院の入院患者のより一層の地域移行を促進し、精神病床数の削減を図っていく必要があることから、第八次医療計画の中間指標では、精神科病院の非自発的入院の縮減を把握する指標例とともに、精神病床の削減のための目標値の設定について検討すること。

(参考) 障害者の権利に関する条約について

障害者の権利に関する条約(略称: 障害者権利条約)

(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

障害者権利条約は、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の権利の実現のための措置等について定める条約。

第十四条 身体的自由及び安全

1 締約国は、障害者に対し、他の者との平等を基礎として、次のことを確保する。

(a) 身体的自由及び安全についての権利を享有すること。

(b) 不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと。

2 締約国は、障害者がいずれの手段を通じて自由を奪われた場合であっても、当該障害者が、他の者との平等を基礎として国際人権法による保障を受ける権利を有すること並びにこの条約の目的及び原則に従って取り扱われること(合理的配慮の提供によるものを含む。)を確保する。

第十五条 拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由

1 いかなる者も、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない。特に、いかなる者も、その自由な同意なしに医学的又は科学的実験を受けない。

2 締約国は、障害者が、他の者との平等を基礎として、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けることがないようにするため、全ての効果的な立法上、行政上、司法上その他の措置をとる。

日本の第1回政府報告に関する総括所見(令和4年10月、仮訳より抜粋)

32. 委員会は、本条約第14条に関する指針(2015年)及び障害者の権利に関する特別報告者によって発出された勧告(A/HRC/40/54/Add.1)を想起し、締約国に対して、以下のことを求める。

(a) 障害者の非自発的入院は、自由の剥奪となる、機能障害を理由とする差別であり、自由の剥奪に相当するものと認識し、主観的又は客観的な障害又は危険性に基づく障害者の非自発的入院による自由の剥奪を認める全ての法規定を廃止すること。

(b) 主観的又は客観的な障害に基づく非合意の精神科治療を認める全ての法規定を廃止し、障害者が強制的な治療を強いられず、他の者との平等を基礎とした同一の範囲、質及び水準の保健を利用する機会を有することを確保する監視の仕組みを設置すること。

法改正後の第1条

(この法律の目的)

第1条 この法律は、**障害者基本法の基本的な理念にのっとり、精神障害者の権利の擁護を図りつつ**、その医療及び保護を行い、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律と相まってその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。

令和4年の法改正により、精神保健福祉法（正式名称は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」）の法目的として、**精神障害者の権利擁護を図ることが明確化された。**（令和4年12月16日施行）

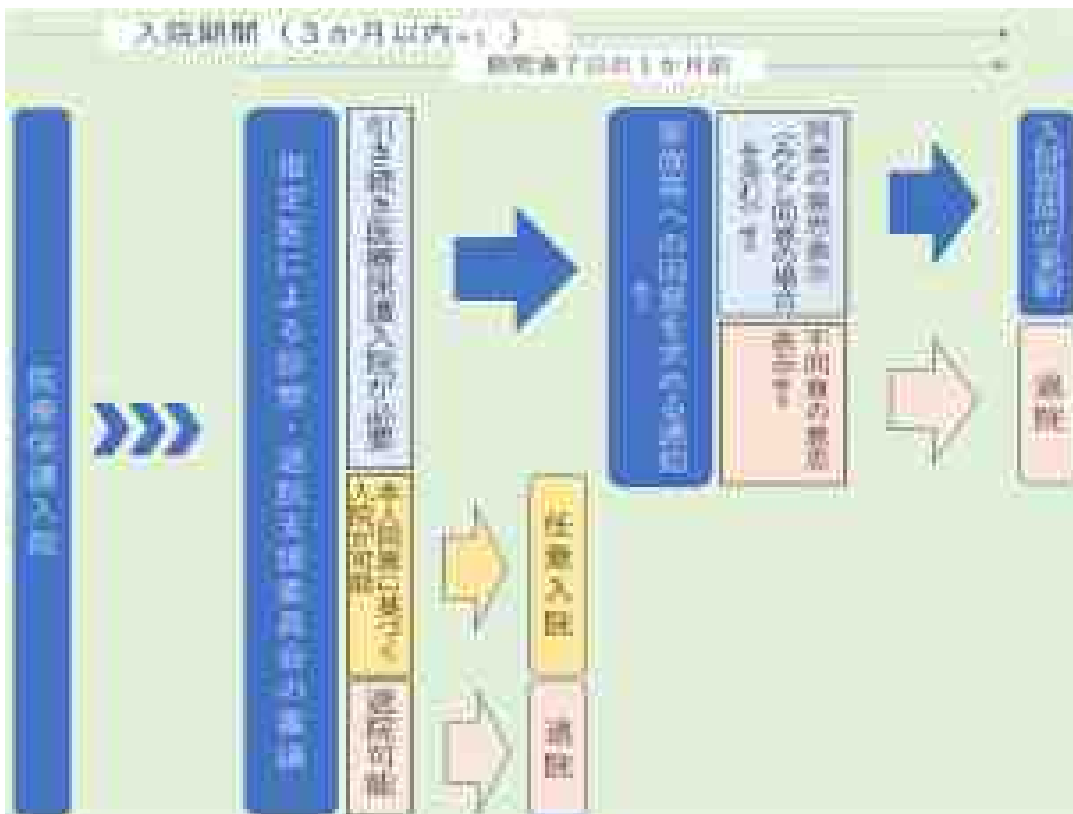
医療保護入院の期間の法定化と更新の手続き（法第33条）

- 医療保護入院の入院期間は、医療保護入院から6ヶ月を経過するまでは3ヶ月以内とし、6ヶ月を経過した後は6ヶ月以内とする。
- 入院期間については、以下の要件を満たす場合は、入院の期間を更新できる。
 - ・ 指定医診察の結果、医療保護入院が必要であって、任意入院が行われる状態にないと判定されること
 - ・ 退院支援委員会において対象患者の退院措置について審議されること
 - ・ 家族等に必要な事項を通知した上で、家族等の同意があること（家族等がない場合等は、市町村長による同意）

家族等と定期的に連絡が取れている場合など一定の要件を満たした場合には、「みなし同意」を行うことも可能。
- 入院期間を更新した場合は、更新届を都道府県等に提出（医療保護入院の定期病状報告は廃止）

(参考) 医療保護入院の更新手続等について

- ・医療保護入院時、3か月以内¹の入院期間を定める必要があります。
- ・入院期間満了日の1か月前から、指定医による診察及び退院支援委員会の審議が可能です。
- ・診察の結果、本人の同意に基づく入院が可能な場合は、任意入院になります。
- ・任意入院が行われる状態になく、引き続き医療保護入院が必要との結論に至った場合、医療保護入院に同意した家族等(2回目以降の更新の場合、直前の更新の同意をした家族等)²に対し、入院期間の更新の同意を求める通知³をします。(患者の家族等がない場合等は、市町村長に対し、入院期間の更新の同意を求めます。)
- ・通知した家族等から、
 - 同意の意思表示があった場合
 - 一定の要件を満たす場合⁴であって、通知後2週間の間に家族等から不同意の意思表示がなかった場合(みなし同意の場合)(市町村に依頼した場合は、市町村から同意があった場合)
は3か月以内の期間¹を定め、入院期間を更新することができます。



- 1 入院期間の更新により、通算の入院期間が6か月以上である場合は、6か月以内
- 2 当該家族等が死亡した場合などは、それ以外の家族等に同意を求めることができます。
- 3 電話やメール等で家族等の意思を確認することは可能ですが、後日書面を送付してください。
- 4 次のいずれの要件も満たした場合
 - ・医療保護入院に同意した家族等(2回目以降の更新の場合、直前の更新の同意をした家族等)に対し更新の同意を求める場合
 - ・入院期間中に病院と(通知先の)家族等が2回以上連絡が取れていること
 - ・通知を受けた家族等の回答期限を通知から2週間以上確保できること(注)上記の要件を満たしていたとしても、病院が通知を発出した後に、(通知先の)家族等が規則(*)第15条の10第2項各号のいずれかに該当することを把握したときには、みなし同意は不可
- 5 患者の家族等がない場合等は、市町村長への同意の依頼
- 6 不同意の意思表示があった場合、医療機関の判断で、それ以外の家族等に同意を求め、同意があれば入院期間を更新することができます。

(*)「精神保健及び障害者福祉に関する法律施行規則」(昭和25年厚生省令第31号)

家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合の取扱い

- 入院時又は入院期間の更新における家族等の同意について、家族等の全員が同意・不同意の意思表示を行わない場合（家族等がその旨を明示していることが必要）についても、市町村長同意の依頼をすることができる（法第33条第2項）。

入院者訪問支援事業（法第35条の2）

- 都道府県及び指定都市は、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を実施できる。
- 都道府県及び指定都市が、訪問支援員を選任、研修等を実施。

法定事業に向けて令和5年度から予算事業・訪問支援員等の研修を開始。

入院者訪問支援事業（令和6年度以降）

精神科病院で入院治療を受けている者については、医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすくなることを踏まえ、入院者のうち、家族等がない市町村長同意による医療保護入院者等を中心として、面会交流の機会が少ない等の理由により、第三者による支援が必要と考えられる者に対して、希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を派遣するもの。

実施主体は都道府県、政令指定都市（以下、「都道府県等」という。）

精神科病院



【支援対象者】

- (1) 市町村長同意による医療保護入院者であって、本事業による支援を希望する者
- (2) 地域の実態等を踏まえ、(1)と同等に支援が必要として都道府県知事が認め、本事業による支援を希望する者



孤独感、自尊心の低下

誰かに相談したい、話を聞いてほしい



【精神科病院に入院する方々の状況】

医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすく、

- ・ 孤独感や自尊心の低下
- ・ 日常的な困りごとを誰かに相談することが難しい、支援を受けたいが誰に相談してよいかわからないといった悩みを抱えることがある。

第三者による支援が必要

第三者である訪問支援員が、医療機関外から入院中の患者を訪問し支援

入院者の求めに応じて、都道府県等が派遣を調整



面会交流、支援
傾聴、生活に関する相談、情報提供等



2人一組で精神科病院を訪問

都道府県等による選任・派遣



【訪問支援員】

都道府県知事が認めた研修を修了した者のうち、都道府県知事が選任した者

支援対象者からの求めに応じて、入院中の精神科病院を訪問し、支援対象者の話を誠実かつ熱心に聞く（傾聴）ほか、入院中の生活に関する相談や、支援対象者が困りごとを解消したり、希望する支援を受けるためにはどうすれば良いのかを対象者に情報提供する。

【入院者訪問支援事業のねらい】

医療機関外の第三者が、支援対象者と会話を交わし、支援対象者の話を傾聴することにより、様々な思いを受け止め、対象者が自らの力を発揮できるよう、対象者の立場に立って寄り添うもの。

（留意点）

- ・ 令和6年度より法定事業として位置づけ。（守秘義務等）
- ・ 訪問支援員について、特段の資格等は不要。研修修了は義務
- ・ 訪問支援員が対象者に代わって対象者の困りごとを解決することや、訪問支援員が医療・介護・障害福祉サービスの利用を調整したりサービスを自ら提供することは、本事業の支援として意図するものではない。

精神科病院に入院している支援対象者の自尊心低下、孤独感、日常の困りごと等の解消が期待される。

精神科病院における虐待防止措置の義務化

- 病院の管理者は、虐待防止のための研修や普及啓発、相談体制の整備等を行う必要があり、指定医はそれに協力しなければならない（法第40条の2）。

虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化

- 病院内で業務従事者による障害者虐待を発見した場合は、都道府県等に通報しなければならない（法第40条の3第1項）。
- 都道府県知事等は通報等に際し、病院の管理者に対して報告や診療録等の提出を命じ、立入検査を行い、改善計画の提出や必要な措置を採ることを命ずることができる（法第40条の5、第40条の6）。
- 都道府県知事は、毎年度、業務従事者による障害者虐待の状況等について公表する（法第40条の7）。

精神科病院における虐待防止に向けた取組の一層の推進

現状・課題

精神科病院における虐待防止の取組を進めるため、**管理者のリーダーシップのもと、組織全体で推進すること等**が必要。

現在、職員等への研修、マニュアルの作成等、精神科病院の虐待防止に向けた取組事例を都道府県等を通じて周知し、虐待防止、早期発見、再発防止に向けた**組織風土**の醸成を推進しているが、虐待防止に向けた取組みを更に進めるため、精神保健福祉法上、精神科病院に対する虐待防止等のための措置を義務づける等の規定を設けることが適切。

令和4年の法改正による見直し内容

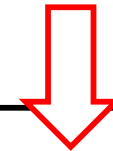
令和4年の精神保健福祉法改正により、以下のとおり、精神科病院の虐待の防止に関する規定を新設（施行は令和6年4月）。

精神科病院の患者に対する虐待への対応について、**従事者への研修や患者への相談体制の整備等の虐待防止等のための措置の実施を、精神科病院の管理者に義務付ける。**

精神科病院の業務従事者による虐待を受けたと思われる患者を発見した者に、速やかに都道府県等に通報することを義務付ける。
あわせて、**精神科病院の業務従事者は、都道府県等に伝えたことを理由として解雇等の不利益な取扱いを受けないことを明確化する。**

都道府県等は、毎年度、精神科病院の業務従事者による虐待状況等を公表するものとする。

国は、精神科病院の業務従事者による虐待に係る調査及び研究を行うものとする。



都道府県における対応

精神科病院における障害者虐待の通報等を受けた場合、適切に事務が実施されるよう、**都道府県等における通報者等からの聞き取りや事実確認等に関する以下のような対応手順を事務取扱要領としてお示しする。**具体的な手順は別添のとおりに。

通報等を受けた都道府県等において、通報内容等に基づき「虐待通報受付票」や「事実確認チェックシート」を作成。

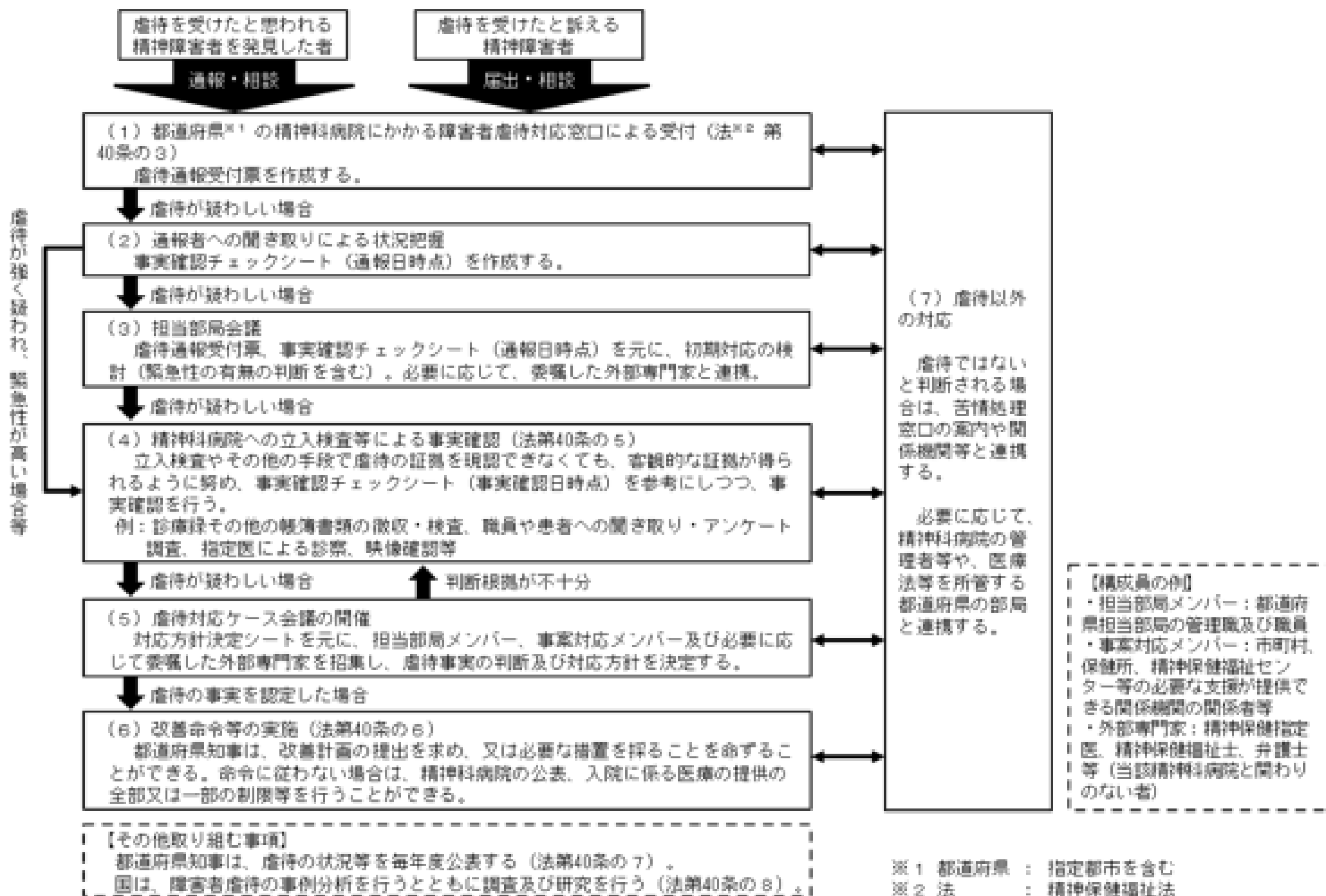
上記資料を活用し適切に状況把握を行い、担当部局の管理職及び職員で構成される「担当部局会議」にて初期対応の検討を行う。

事案に応じ、精神科病院への立入検査等により、**虐待の事実確認**を行う。

立入検査による事実確認等に基づき「対応方針決定シート」を作成。

当該資料を活用し、担当部局の職員と外部有識者等で構成される「虐待対応ケース会議」を開催し、**虐待事実の判断及び対応方針を決定。**
虐待の事実を認定した場合には改善命令等を実施する。

精神科病院の業務従事者による障害者虐待に対する都道府県における対応の流れ



「精神科病院における虐待防止対策に係る事務取扱要領について」（令和5年11月27日障発1127第11号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（抄）

第2 都道府県の虐待対応窓口の設置、運用について

(4) 精神障害者虐待事実確認チェックシート(通報時評価)の作成

(略)

特に、様式2「精神障害者虐待事実確認チェックシート」の太字・下線で示している項目に該当する場合等、通報時点において虐待が強く疑われ、緊急性が高い場合等は緊急保護等の検討が必要となるため、「精神科病院に対する指導監督の徹底について」（平成10年3月3日障第113号・健政発第232号・医薬発第176号・社援第491号厚生省大臣官房障害保健福祉部長・厚生省健康政策局長・厚生省医薬安全局長・厚生省社会・援護局長通知）に基づき、第3の担当部局会議の招集を行わず、予告期間なしに実地指導を行うこと(第4を参照)を検討すること。

(参考)様式2の「各虐待事項の例示」の太字・下線で示している項目

身体的虐待：身体の内ずれかの部位に外傷、骨折、火傷、あざ等がある
殴る、ける、つねるなどの暴力行為が行われている

放置・放棄：食事や水分を十分に提供しない等により、著しい体重の増減、やせすぎが見られるにもかかわらず、適切な介入が行われていない

皮膚の潰瘍や褥瘡が悪化しているにもかかわらず、適切なケアが行われていない

性的虐待：性行為・わいせつな行為を強要されている

性的な嫌がらせ(裸にされる、キスをされる等)や、はずかしめを受けている

(参考)「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」の一部改正について（令和5年11月27日障発1127第12号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（抄）

3 実地指導等の実施方法について

(2) 実地指導の方法について

イ 法律上適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対して実地指導を行う場合には、最長でも1週間から10日間の予告期間をもって行うこととするが、虐待防止対策事務取扱要領第2の(4)後段に該当する場合など、入院中の者に対する虐待が強く疑われ、緊急性が高い場合等については予告期間なしに実施できること。

改正精神保健福祉法の概要

自治体の相談支援の対象の見直し（法第46条）

- 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか、保健、医療、福祉、住まい、就労その他日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も対象となる。

相談及び援助（法第47条第5項）

- 都道府県及び市町村は、精神保健に関し、保健、医療、福祉、住まい、就労その他日常生活に係る精神保健に課題を抱える者及びその家族等その他の関係者からの相談に応じるとともに、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うことができる。

市町村への支援に関する都道府県の責務（法第48条の3条）

- 都道府県は、市町村が行う精神保健に関する相談支援に関し、市町村への必要な援助を行うよう努めなければならない。

「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」報告書 (令和5年9月22日) (概要)

背景

令和4年12月に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律」が成立し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第46条において、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化するための規定が新設された。

こうした動向を踏まえ、今後の市町村における精神保健に係る相談支援体制整備を推進するため、令和5年2月に本検討チームを立ち上げ議論を重ね、本年9月に報告書としてとりまとめた。

概要

市町村における精神保健に係る相談支援体制の整備

【現状及び課題】

- ・8割以上の市町村が、自殺対策、虐待、生活保護、介護等の各分野において、精神保健に関する相談に対応。
- ・重層的支援体制整備事業を活用する市町村は増えたが、福祉部局と保健部局との連携が不十分な中で、相談窓口の設置が行われることで、支援の引き受け手を探すのに苦労。
- ・特に専門職の配置がない小規模の自治体では、事務職が相談を受け、適切な支援につながらないこともある。
- ・専門の相談窓口や専門職の配置は、複合的課題を専門職が抱えこまざるを得ない等により、職員の孤立や支援の停滞の課題が生じることもある。

市町村において精神保健に係る相談支援を担う人材の育成

【現状及び課題】

- ・財政や人員の制約等により継続して専門性を研鑽する体制や、組織として専門職を育てる文化の醸成、理解等が十分ではない。
- ・精神保健の担当以外の部門で相談を受けた場合、適切な支援につながらないことがある。
- ・精神保健福祉相談員として育成しても、専門以外の業務への従事により、専門職としての知識や技術を有効に活用できない場合もある。
- ・保健所の精神保健福祉相談員による市町村支援も近年少なく、保健所等もコロナ対応で疲弊し、新任期の保健師が地域保健の経験を積み上げられない。

【方策】

相談支援で行われる「受けとめ」、「気づき」、「アセスメント」、「プランの立案及び実行」、「連携及び調整」の5つの機能を体制に位置づけるため、厚生労働科学研究班が類型化した横断的連携体制のイメージ図を、特に、保健所設置市以外の市町村の参考となるよう提示。市町村の窓口に加え、アウトリーチ等によっても住民ニーズに気づき、相談を確実に適切な支援につなげ、医療も含めた課題を解決できるようにするため、保健師等の確保や相談支援部門への配置を進める等、保健の軸を作る必要。体制整備のため、首長や管理職の理解を得るとともに、市町村単独ではなく、当事者及び家族の声を聞くこと、精神科医療機関の協力を得ること、保健所や精神保健福祉センターからのバックアップを受けることや、都道府県と連携して国の既存事業を活用することも有効。

【方策】

基本的に専門職か否かに関わらず、精神保健に関する知識等の水準引き上げ、潜在ニーズに気付く力を備えるため、研修等が必要。相談支援に携わる人材の育成策を機能別に三層に整理。
・「ニーズに気づく職員」には、心のサポーター養成研修等や、精神保健福祉相談員の講習に含まれる基礎的事項等の一部を受講推奨。
・「精神保健部門で相談支援を主に担う専門職」には、保健師以外の専門職も含め、精神保健福祉相談員の講習受講の推進や、組織として技術の継承も含めた計画的な育成や複数配置等の工夫。
・「庁内で推進力を発揮する専門職」には、戦略的かつ計画的な人事異動等による育成。

精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ 医療提供施設等について
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ **医療計画及び障害福祉計画について**
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。

医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

6年間 (現行の第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。)

記載事項(主なもの)

医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

330医療圏(令和6年4月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

三次医療圏

52医療圏(令和6年4月現在)
都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

5疾病・6事業()及び在宅医療に関する事項

5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

精神疾患の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

指針について

以下のような体制の整備等を一層推進する観点で踏まえた指針の見直しを行い、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。

- 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
- 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備**する。

入院患者の年齢構成の変化等の政策効果以外の要因と、政策効果の要因を勘案して、将来の推計を行うこととする。

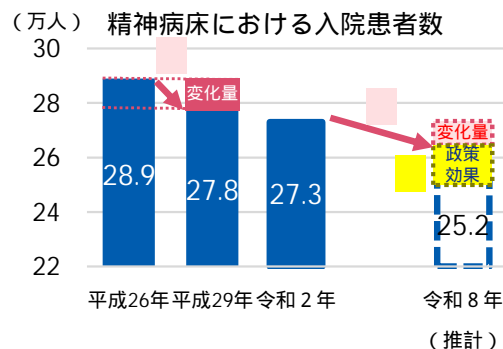
患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、以下のように、4つの視点から、それぞれについてストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標例を設定する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



基準病床数の算定式

平成26年と29年の患者数から令和8年の患者数を推計し、基準病床数を設定する



H26 H29の入院患者数の変化を踏まえて、今後の患者数の変化を推計する

- 政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化等）による変化
- 当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）による変化

に加え、その後の新たな取り組み（政策効果）を反映して、将来の入院患者数の推計を行う

現状把握のための指標例

- 普及啓発、相談支援
- 地域における支援 危機介入
- 診療機能()
- 拠点機能()

(): 疾患毎の診療機能及び拠点機能を含む。



ストラクチャー

プロセス

アウトカム

第8次医療計画における基準病床数と第7期障害福祉計画における成果目標

- 第8次医療計画において、精神病床に係る基準病床数の算定式については、将来の精神病床における推計入院患者数をもとに基準病床数を設定することとされている。
- 近年の精神病床における入院患者数の変化から、将来の入院患者数を推計すると、入院患者数は減少傾向となる。
- 加えて、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計している。
- 第7期障害福祉計画における、1年以上の長期入院患者数に係る成果目標も、この推計患者数をもとに設定されている。

都道府県毎の令和8年における基準病床数算定式

$$\left(\begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症を除く)} \end{array} \times \text{政策効果} \begin{array}{l} (1-A) \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症)} \end{array} \times \text{政策効果} \begin{array}{l} (1-B) \end{array} \right) \times \frac{1}{\text{病床利用率}} + (\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数})$$

精神病床における入院患者数推移と将来の推計（政策効果を加味した場合）



現状把握のための指標例（第8次医療計画）

	普及啓発、相談支援	地域における支援、危機介入	診療機能	拠点機能
ストラクチャー	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	各疾患、領域【 】それぞれについて、入院診療を行っている精神科床を持つ医療機関数	てんかん支援拠点病院数
	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数	精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）	各疾患、領域【 】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数
	心のサポーター養成研修の実施回数	DPAT先遣隊登録機関数	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	摂食障害支援拠点病院数
	認知症サポート医養成研修修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	指定通院医療機関数
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	高次脳機能障害支援拠点機関数
		在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数	認知症疾患医療センターの指定医療機関数
		精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数	
プロセス	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	各疾患、領域【 】それぞれについての入院患者数	認知症疾患医療センターの鑑別診断数
	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	各疾患、領域【 】それぞれについての外来患者数	指定通院医療機関の患者数
	心のサポーター養成研修の修了者数	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
		精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	
		精神疾患の救急車平均搬送時間	認知療法・認知行動療法を算定した患者数	
アウトカム			隔離指示件数	
			身体的拘束指示件数	
			児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数	
			統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	
	精神科床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率			
	精神障害者の精神科床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)			
	精神科床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)			
	精神科床における新規入院患者の平均在院日数			

【 】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん
 令和4年度厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」研究報告書からの引用

第7期障害福祉計画及び第3期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。R5年5月に告示。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して原則3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。計画期間はR6～8年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 入所等から地域生活への移行、地域生活の継続の支援
- ・ 障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・ 障害者等に対する虐待の防止
- ・ 障害福祉人材の確保・定着
- ・ 障害者による情報の取得利用・意思疎通の推進
- ・ **精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築**
- ・ 発達障害者等支援の一層の充実
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ よりきめ細かい地域ニーズを踏まえた障害(児)福祉計画の策定
- ・ 障害者総合支援法に基づく難病患者等への支援の明確化
- ・ 福祉施設から一般就労への移行等
- ・ 地域における相談支援体制の充実強化
- ・ 障害福祉サービスの質の確保
- ・ その他(地方分権提案に対する対応)

3. 成果目標(計画期間が終了するR8年度末の目標)

施設入所者の地域生活への移行

- ・ 地域移行者数：R4年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数：R4年度末の5%以上削減

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・ 精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数：325.3日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数：13.8万人
(R2年度の17.1万人と比べて3.3万人減)
- ・ 退院率：3ヵ月後 68.9%以上、6ヵ月後 84.5%以上、1年後 91.0%以上
(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)

地域生活支援拠点等が有する機能の充実

- ・ 市町村地域生活支援拠点等の整備、コーディネーターの配置などによる効果的な支援体制及び緊急時の連絡体制の構築を進め、年1回以上、支援の実績等を踏まえ運用状況の検証・検討を行う
- ・ 強度行動障害を有する者に関し、市町村又は圏域において支援ニーズを把握し、支援体制の整備を進める(新)

福祉施設から一般就労への移行等

- ・ 一般就労への移行者数：R3年度の1.28倍以上
- ・ 就労移行支援事業利用終了者に占める一般就労へ移行した者の割合が5割以上の事業所：就労移行支援事業所の5割以上(新)

福祉施設から一般就労への移行等(続き)

- ・ 都道府県は地域の就労支援ネットワークの強化、関係機関の連携した支援体制を構築するため、協議会を活用して推進(新)
- ・ 就労定着支援事業の利用者数：令和3年度末実績の1.41倍以上
- ・ 就労定着支援事業利用終了後一定期間の就労定着率が7割以上となる就労定着支援事業所の割合：2割5分以上

障害児支援の提供体制の整備等

- ・ 児童発達支援センターの設置：市町村又は圏域に1か所以上
- ・ 全市町村において、障害児の地域社会への参加・包容(インクルージョン)の推進体制の構築
- ・ 都道府県による難聴児支援を総合的に推進するための計画の策定。都道府県及び必要に応じて政令市は、難聴児支援の中核的機能を果たす体制を構築。
- ・ 重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所等：市町村又は圏域に1か所以上
- ・ 都道府県は医療的ケア児支援センターを設置(新)
- ・ 都道府県及び政令市において、障害児入所施設からの移行調整に係る協議の場を設置(新)

相談支援体制の充実・強化等

- ・ 市町村において、基幹相談支援センターを設置等
- ・ 協議会における個別事例の検討を通じた地域サービス基盤の開発・改善等(新)

障害福祉サービス等の質の向上

- ・ 都道府県や市町村において、サービスの質向上のための体制を構築

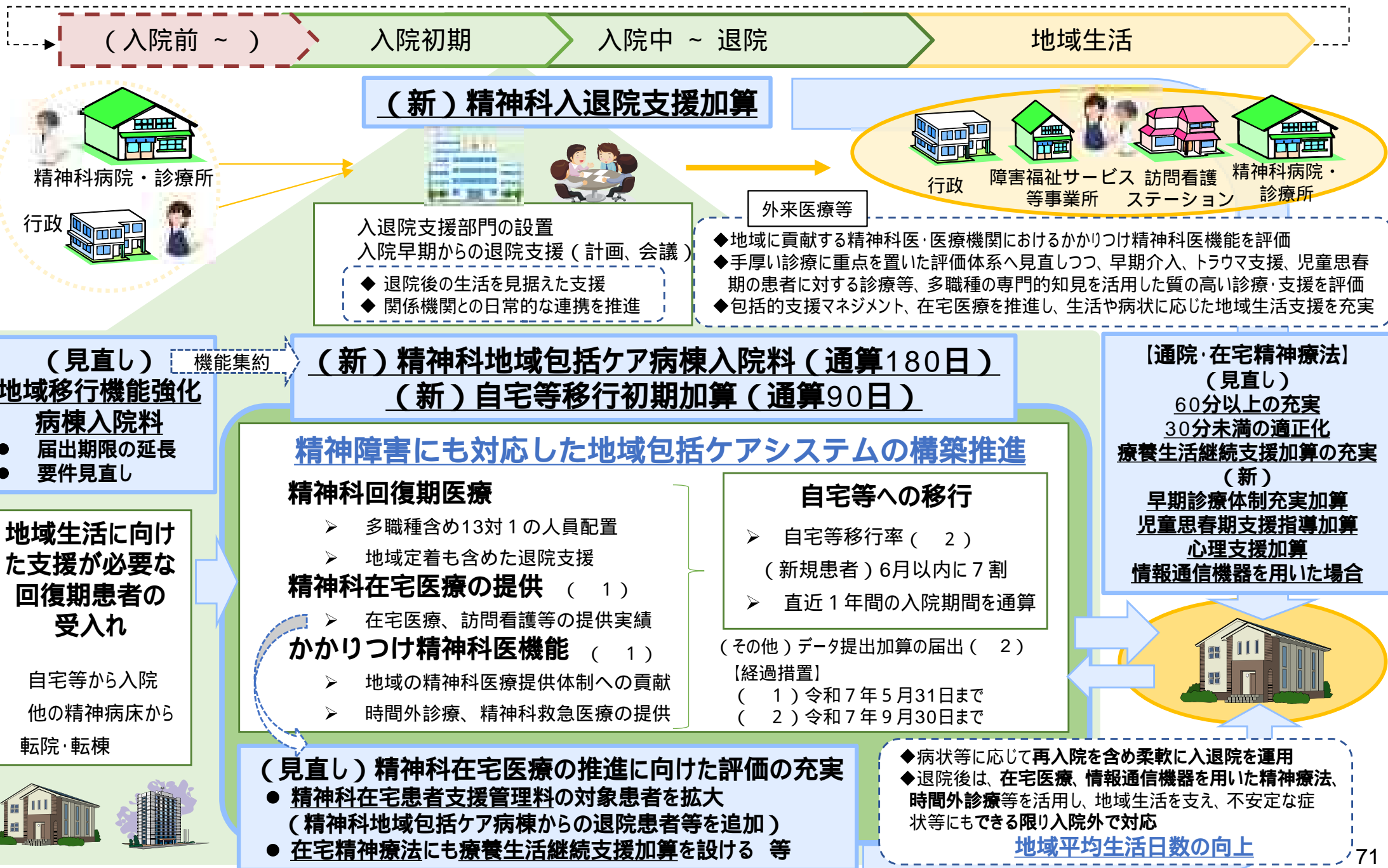
精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ 医療提供施設等について
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ **令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について**
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



精神障害者等が地域社会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、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を一層推進する観点から、入院から退院後の地域生活まで医療と福祉等による切れ目のない支援を行えるよう、医療と障害福祉サービス等との連携を一層進めるための仕組みに対する評価を行う。

地域生活支援拠点等の整備について（情報連携等のコーディネーター機能の評価）

情報連携等を担う拠点コーディネーターの配置を評価。

【新設】地域生活支援拠点等機能強化加算 500単位/月

* 拠点コーディネーター1名につき合計100回/月を上限
(地域移行支援、自立生活援助、地域定着支援、計画相談支援、障害児相談支援)



拠点コーディネーターの役割(例)

市町村との連絡体制、基幹相談支援センターや相談支援事業所との連携体制、市町村(自立支援)協議会との連携体制等、地域における連携体制の構築。緊急時に備えたニーズ把握や相談、地域移行に関するニーズの把握や動機付け支援等。

相談支援の質の向上や提供体制を整備するための方策

<医療等の多機関連携のための加算の拡充等>

医療等の多機関連携のための各種加算について、加算の対象となる場面や業務、連携対象の追加(訪問看護事業所)、算定回数などの評価の見直しを行う。



加算名	算定場面	現行	改正後
医療・保育・教育機関等連携加算	面談・会議	100単位	計画作成月:200単位 モニタリング月:300単位
	(新)通院同行	-	300単位
	(新)情報提供	-	150単位
集中支援加算	訪問、会議開催、参加	各300単位	同左
	(新)通院同行 (新)情報提供	-	300単位 150単位
その他加算	訪問	200・300単位	300単位
	情報提供	100単位	150単位

<相談支援人材の確保について>

機能強化型事業所で主任相談支援専門員の指導助言を受ける体制が確保されている場合、常勤専従の社会福祉士・精神保健福祉士を「相談支援員」として配置可。

地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援の充実

人員配置基準の弾力化と実施主体の拡充（自立生活援助）

併設する相談支援事業所において、地域相談支援の業務に従事する相談支援専門員を配置した場合に、自立生活援助事業所のサービス管理責任者とみなすことができるよう、人員基準の見直し。サービス管理責任者を常勤専従で自立生活援助事業所に配置する場合には、配置基準を60:1とする。多様な事業主体の参入を促す観点から、現行、一定の要件を満たす障害福祉サービス事業者等に限定されている実施主体に係る要件を廃止。

地域移行の推進のための基本報酬の見直し（自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援）

自立生活援助	【拡充】	自立生活援助サービス費()	1,566単位/月(30人未満)	*一部抜粋	
		自立生活援助サービス費()	1,172単位/月(30人未満)		
	【新設】	自立生活援助サービス費()	700単位/月		
地域移行支援	【拡充】	地域移行支援サービス費()	3,613単位/月		
地域定着支援	【拡充】	体制確保費	315単位/月	緊急時支援費()	734単位/日

対象の明確化（自立生活援助・地域定着支援）

同居する家族に疾病、障害等のない場合でも、地域移行支援を利用して退院・退所した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等、サービスが利用できる対象者を明確化。

ピアサポートの専門性の評価

ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに資する観点から、研修等の一定の要件を設けた上で評価。

- ・自立訓練（機能訓練・生活訓練）* 宿泊型自立訓練を除く
- ・共同生活援助 * 自立支援加算()に加算
- ・退居後共同生活援助サービス費

【拡充】ピアサポート実施加算 100単位/月

【R3より対象】

- ピアサポート実施加算
- ピアサポート体制加算
- ・就労継続支援B型
- ・計画相談支援、障害児相談支援、自立生活援助、地域移行支援、地域定着支援



精神保健医療福祉の現状について

- ・ 患者数等について
- ・ 医療提供施設等について
- ・ 精神保健医療福祉に関する制度について
- ・ 障害者総合支援法による給付等について

精神保健医療福祉のこれまでの取組等について

- ・ これまでの法改正等の経緯について
- ・ 令和4年改正の内容等について
- ・ 医療計画及び障害福祉計画について
- ・ 令和6年度診療報酬改定及び
障害福祉サービス等報酬改定について
- ・ **精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について**

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。）の日常生活圏域を基本として、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

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。

長期在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。

精神医療の提供体制

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。

住まいの確保と居住支援

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

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。

当事者・ピアサポーター

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

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。

人材育成

「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。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

かかりつけ精神科医機能

ケースマネジメント

主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施

急性増悪時等の対応

日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
訪問診療、訪問看護の提供
他科連携、身体合併症等への対応

地域の精神科医療への貢献

地域における連携拠点機能

政策医療への関与

災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等

精神科救急医療体制への参画

入院外医療の提供

夜間・休日診療
電話対応
往診、訪問看護 等

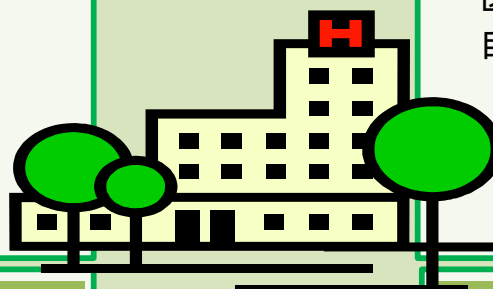
精神科救急医療体制整備事業への参画

病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

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拠点機能

協議の場への参画

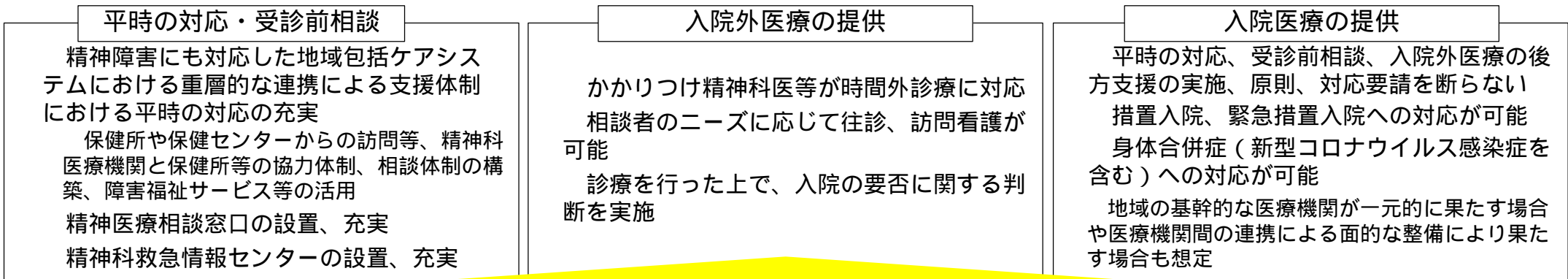
地域住民に対する普及啓発への参画及び協力
社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制整備

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制は、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及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、入院医療の提供の他、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭におきつつ、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが重要。

精神科救急医療の提供に係る機能分化



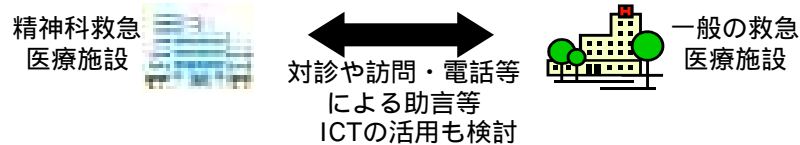
【都道府県】精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価、地域の実情に合わせた体制整備の推進

【国】精神科救急医療体制整備事業の充実等と指針の改正の検討、精神科救急医療体制に係る評価指標の検討及び提示

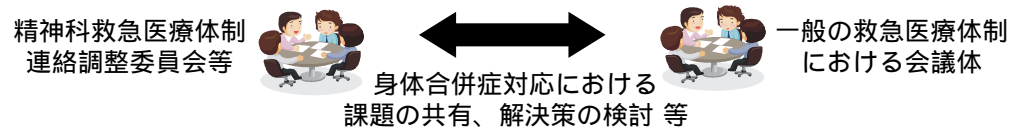
身体合併症対応の充実

身体合併症対応を充実する観点から、都道府県等において精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図る。

精神科救急医療の提供現場における連携の促進



互いの救急医療体制の検討の場への参画



当事者、家族の参画

誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるよう、都道府県等における精神科救急医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会に、当事者や家族が参画する。

精神科救急医療体制整備事業

緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的とする（平成20年度開始）

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1 / 2

【主な事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業

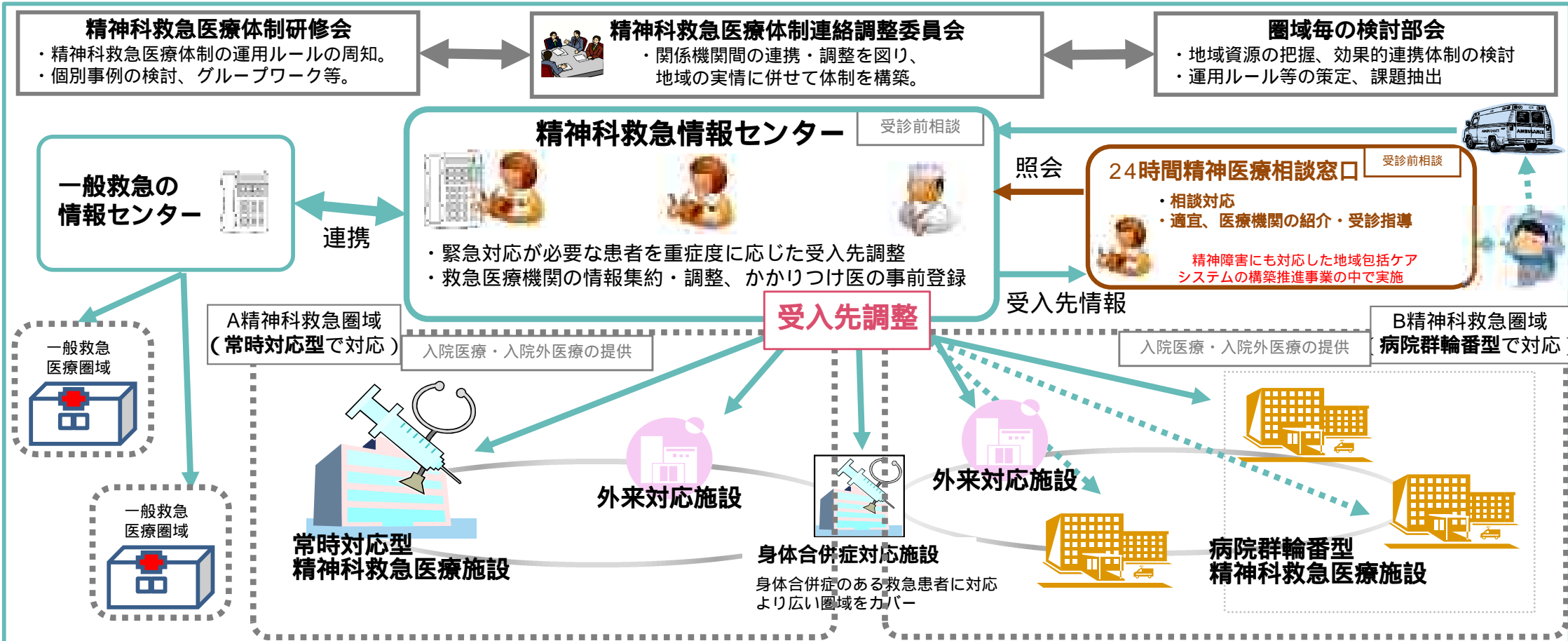
【都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け】

（H24年 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正）

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



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）

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推進事業

【実施主体】都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働し、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。また、精神障害者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進めていく必要があることから、都道府県等は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや、地域の課題を共有化した上で、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

構築推進事業と構築支援事業はそれぞれ単独で実施することが可能

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

【実施主体】都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

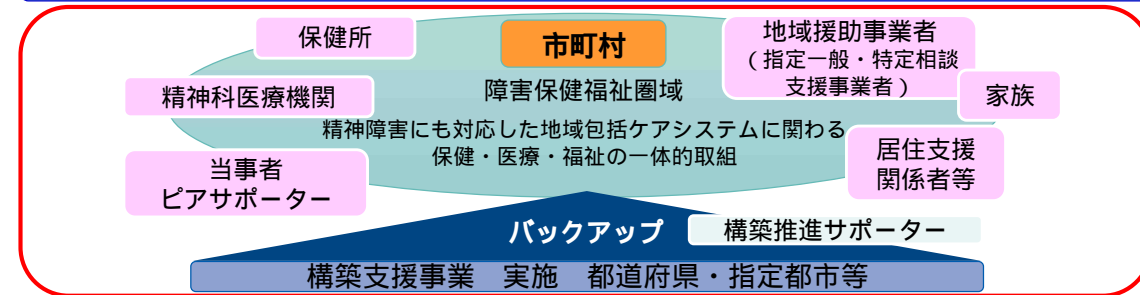
国において、地域包括ケアシステムの構築の推進に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーや構築推進サポーター等と連携し、障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）及び市町村における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。関係者間で情報やノウハウを共有するため、ポータルサイトの設置等を行う。

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

【事業内容】（1のうち協議の場の設置は必須）

1. 精神保健医療福祉体制の整備に係る事業
2. 普及啓発に係る事業
3. 住まいの確保と居住支援に係る事業
4. 当事者、家族等の活動支援及びピアサポートの活用に係る事業
5. 精神医療相談・医療連携体制の構築に係る事業
6. 精神障害を有する方等の地域生活支援に係る事業
7. 地域生活支援関係者等に対する研修に係る事業
8. 市町村等における相談支援体制の構築に係る事業
9. その他、地域包括ケアシステムの構築に資する事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業



個別相談・支援（オンライン、電話、メール）、現地での技術的助言、都道府県等研修への協力等

国（構築支援事業事務局）

全国会議の企画・実施、普及啓発イベントの開催、アドバイザー（広域・密着AD）等の合同研修会の開催、地域包括ケアシステム構築に向けた取組に資する事例集の作成、地域包括ケアシステム構築状況の評価、市町村における相談支援業務に係る指導員育成のための研修開催等

世界メンタルヘルスデーとは



- 「世界メンタルヘルスデー」(10月10日)はメンタルヘルスに関する正しい知識の普及や偏見をなくすことを目的として設定された国際記念日であり、厚生労働省では、令和元年度から毎年、各界の著名人・関係団体の協力のもとでイベントを開催している。
- 令和5年度は著名人を招き「10代後半から20代前半」の方を対象としたトークイベントを実施。
厚生労働省における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」により実施
- 厚生労働省の「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」においても、精神保健福祉上のニーズを有する方が安心して地域の一員として生活することができるよう、国民に対し、メンタルヘルスについての正しい情報を普及啓発することが重要であると示されている。



特設WEBサイト

世界メンタルヘルスデー 検索



https://www.mhlw.go.jp/kokoro/mental_health_day/

または、QRコードから特設サイトへ



関連イベント
東京タワーライトアップ(後援:厚生労働省)80

世界メンタルヘルスデー JAPAN 2023

ココロについてみよう！私たちの日常とメンタルヘルス



心のサポーター養成事業（令和6年度～）

- 世界精神保健調査では、我が国の精神障害へ罹患する生涯有病率が22.9%であり、精神疾患は誰でも罹患しうることが報告されている。
- 「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」においても、地域住民への普及啓発を進めるにあたり、メンタルヘルス・ファーストエイドへの賛同が既に得られている。メンタルヘルス・ファーストエイド（MHFA）とは、地域の中で、メンタルヘルスの問題をかかえる人に対し、住民による支援や専門家への相談につなげる取り組み。

心のサポーター養成の仕組み

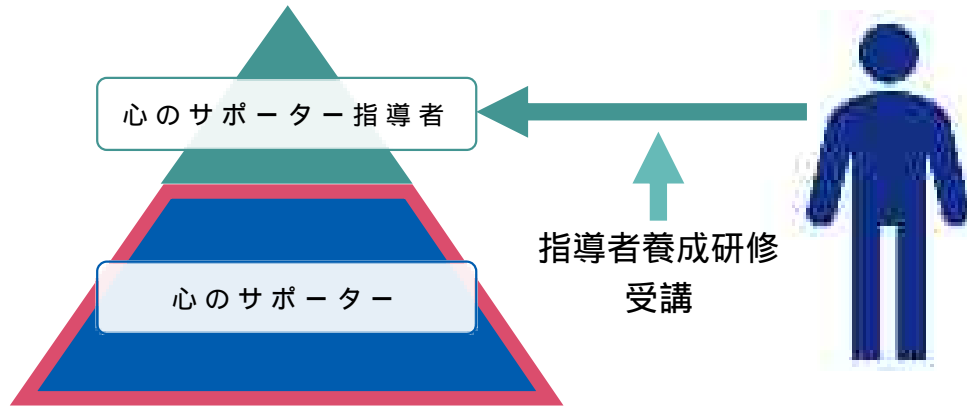
心のサポーターの養成体制

心のサポーター指導者

- ・精神保健に携わる者
- または心の応急処置に関する研修をすでに受講している者
- ・2時間の指導者養成研修を受講

心のサポーター

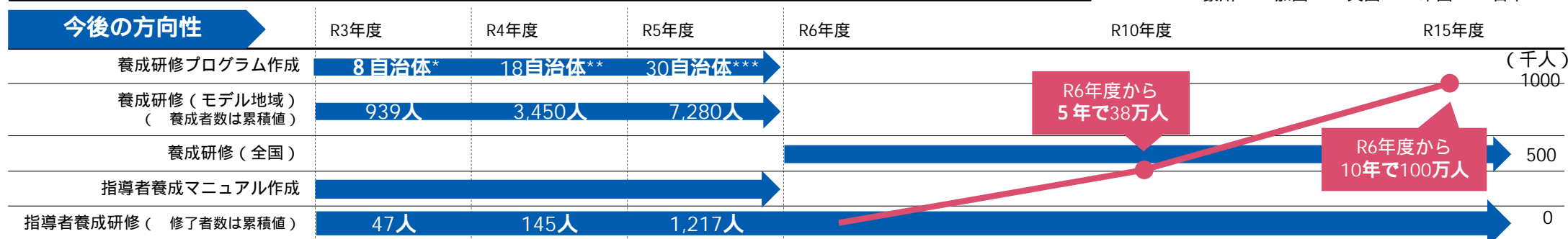
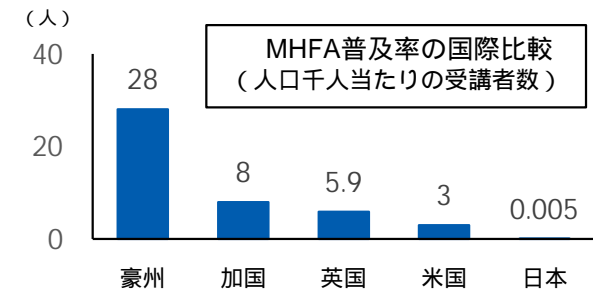
- ・2時間の実施者養成研修を受講



- 医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師等の国家資格を有しており、精神保健に携わる者
- メンタルヘルス・ファーストエイド等の心の応急処置に関する研修を既に受講している者等

心のサポーターとは

「メンタルヘルスやうつ病や不安など精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する、傾聴を中心とした支援者」（小学生からお年寄りまでが対象）
メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方に基づいた、
2時間程度で実施可能な双方向的研修プログラムを使用（座学+実習）



*R3年度：福島県、埼玉県、神奈川県、京都府、和歌山県、福岡県、名古屋市、川口市

**R4年度：岩手県、福島県、神奈川県、和歌山県、福岡県、名古屋市、広島市、横須賀市、新潟市、川口市、豊中市、枚方市、吹田市、尼崎市、文京区、世田谷区、板橋区、松戸市

***R5年度：宮城県、福島県、神奈川県、山梨県、三重県、滋賀県、和歌山県、広島県、福岡県、長崎県、新潟市、名古屋市、広島市、福岡市、郡山市、前橋市、川口市、船橋市、横須賀市、豊中市、高槻市、尼崎市、吹田市、枚方市、明石市、高知市、町田市、文京区、渋谷区、板橋区