

第1章

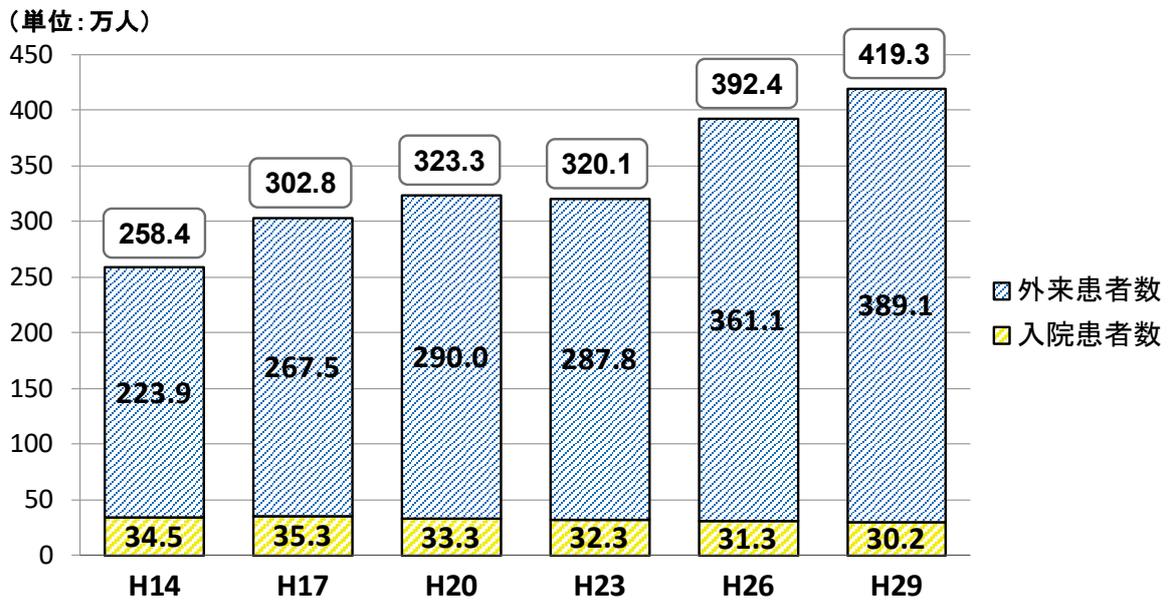
精神保健医療福祉の データと政策

1 精神医療及び障害福祉サービス等のデータ

(1) 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 1）。

図表 1：精神疾患を有する総患者数の推移



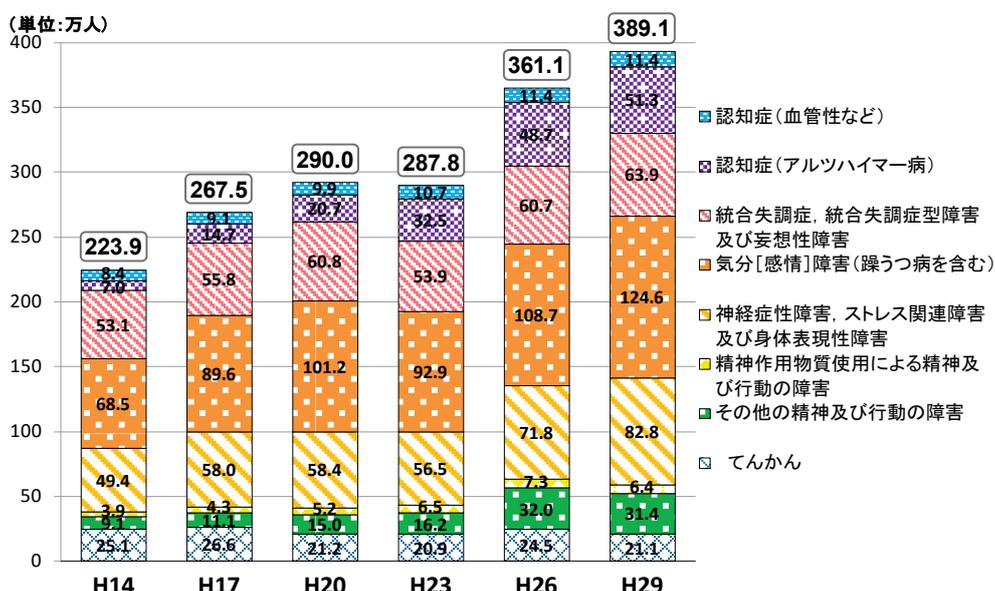
※H23 年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(2) 精神疾患を有する外来患者数の推移

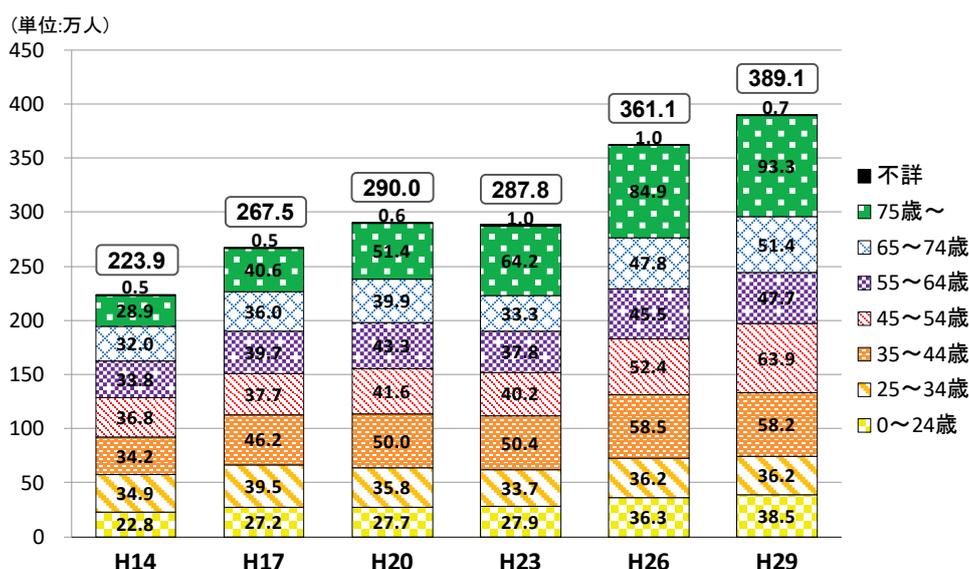
精神疾患を有する外来患者数は、15年前と比べ約1.7倍（平成14年：約223.9万人→平成29年：約389.1万人）に増加しています。疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約7.3倍、気分[感情]障害（躁うつ病を含む）が約1.8倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約1.7倍と増加割合が顕著です（図表2）。

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3）。

図表2：精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）



図表3：精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）



※図2・3、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

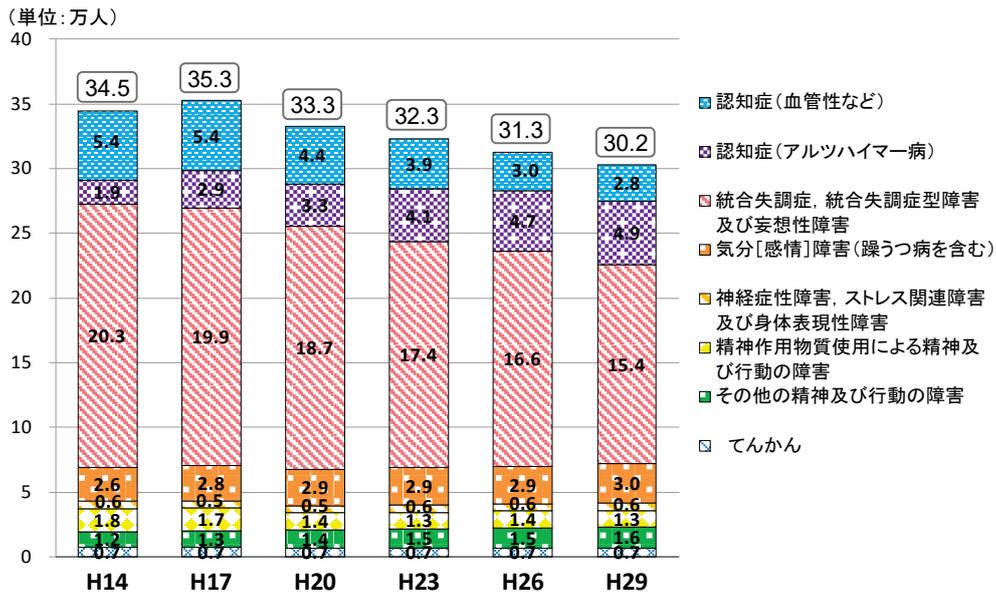
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(3) 精神疾患を有する入院患者数の推移

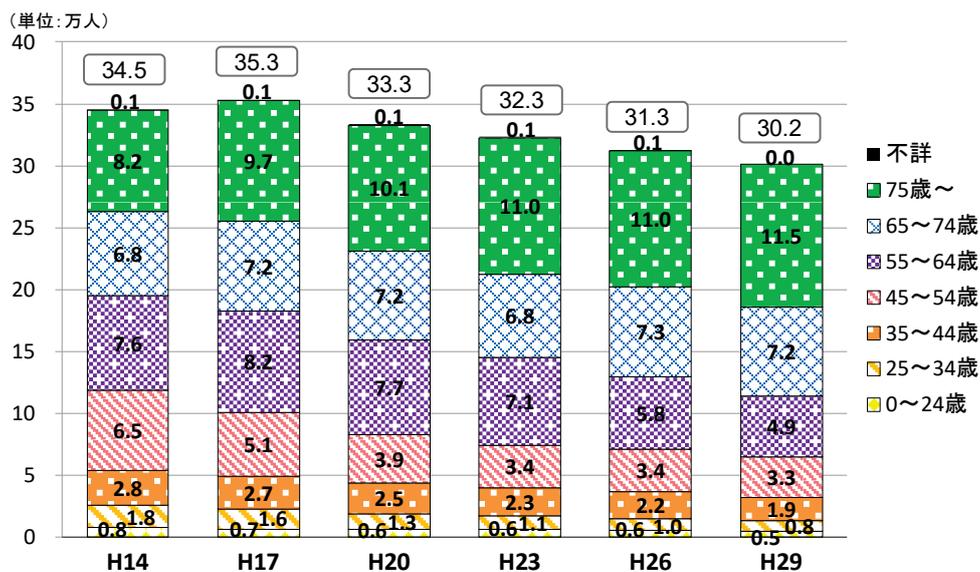
精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割（平成14年：約34.5万人→平成29年：約30.2万人）に減少していますが、疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約2.6倍に増加しています（図表4）。

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5）。

図表4：精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）



図表5：精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



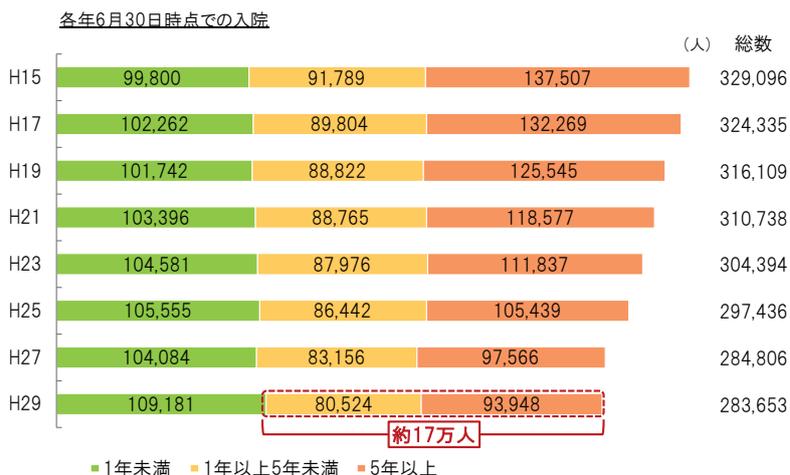
※図表4・5、いずれもH23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(4) 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、平成 29 年 6 月 30 日時点で約 28 万人（平成 29 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 9 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 6）。

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 7）。

図表 6：精神病床における在院期間別入院患者数



※毎年公表される値であるが、便宜上、隔年で掲載している

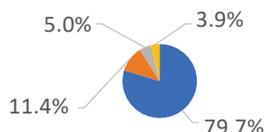
出典：「精神保健福祉資料」より作成

図表 7：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



【医師16：1配置と分類できる精神病床】

※「"特定機能病院"または"大学附属病院以外のいわゆる総合病院"の精神病床」及び「"精神科救急入院料"または"精神科救急合併症入院料"の病棟」

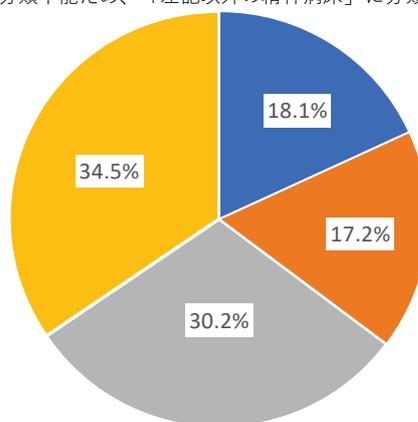


- ・病院数：345
- ・在院患者数：16419（人）
- ・在院患者がいる保険届出の精神病床数：20657（床）

（円グラフの面積は、患者数を示す）

【左記以外の精神病床】

※精神科急性期治療病棟の一部は医師16：1配置であるが、半別分類不能ため、「左記以外の精神病床」に分類している



- ・病院数：1250
- ・在院患者数：267753（人）
- ・在院患者がいる病院の届出病床数：295921（床）

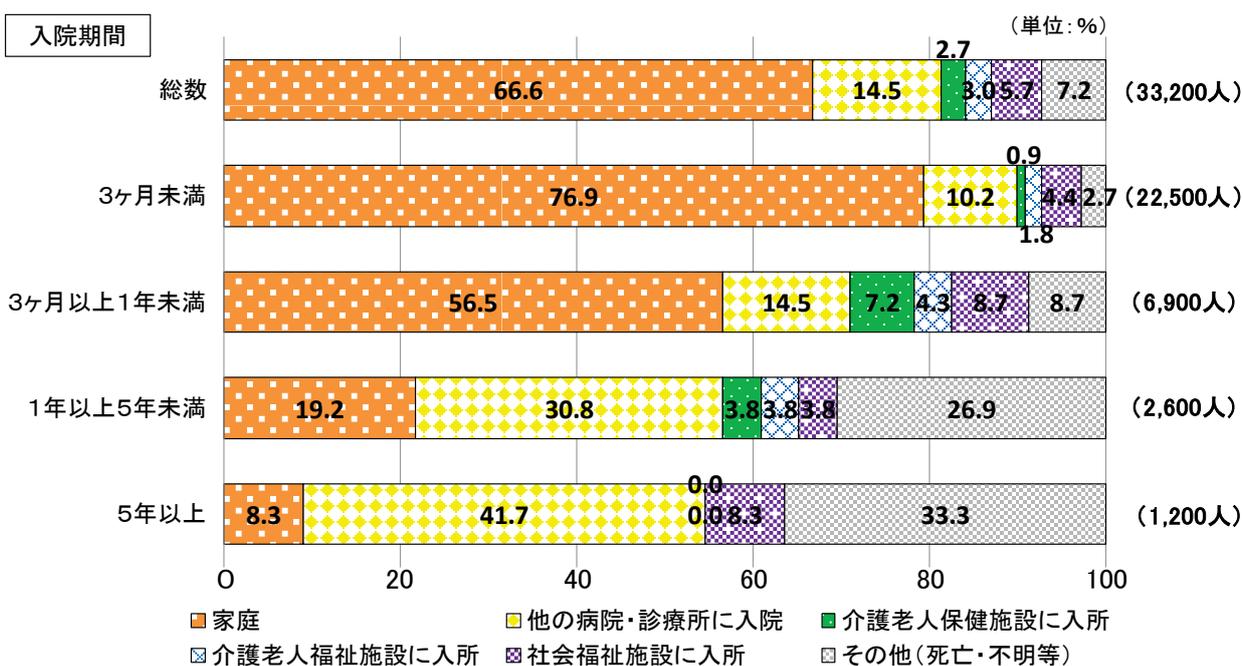
出典：平成 29 年度「精神保健福祉資料」より作成

(5) 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 8 : 平成 29 年精神病床退院患者の退院後の行先



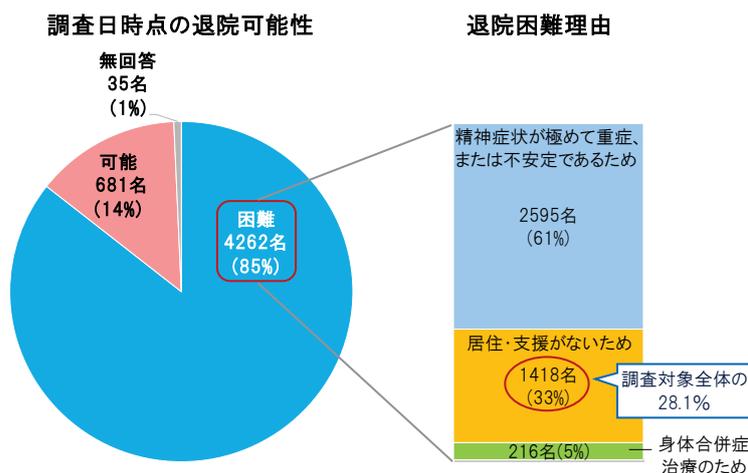
出典：厚生労働省「患者調査」より作成

(6) 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。

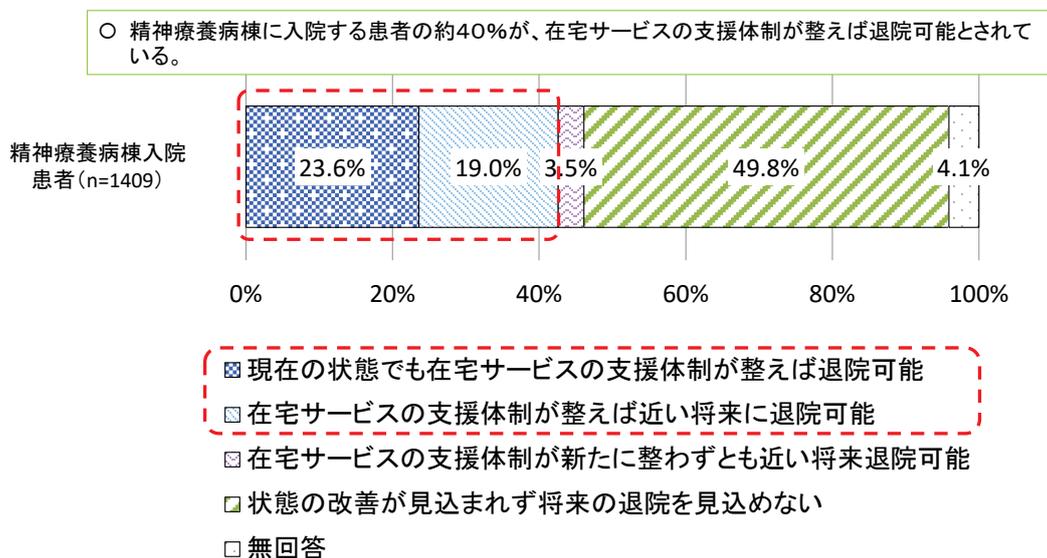
また、精神療養病棟の入院患者においては、その約4割が、在宅サービスの支援体制が整えば退院が可能と回答しています。

図表9：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10：精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し



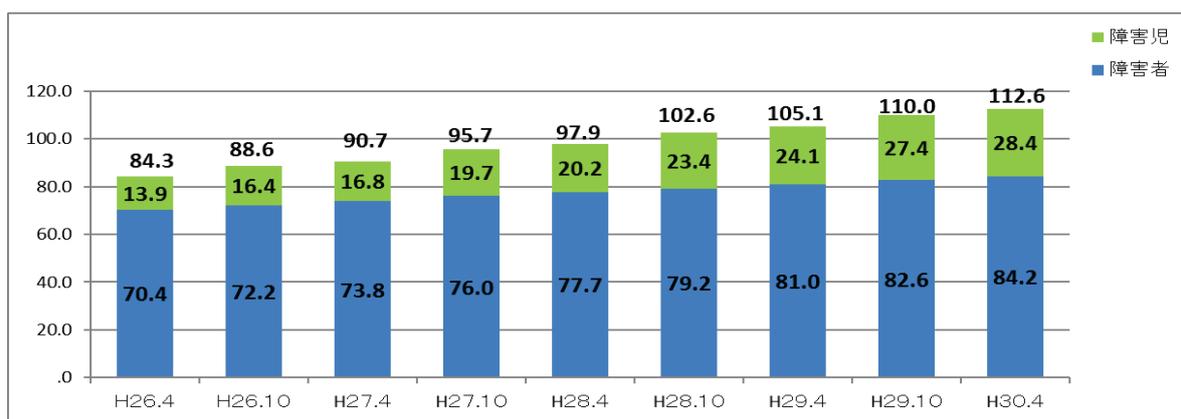
出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

(7) 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。平成30年4月時点において、障害福祉サービスの利用者約84.2万人のうち、精神障害者の利用者数は21.3万人であり、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8.6%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1.5%と3.1%）を大きく上回っています。

図表11：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）

（単位：万人）



○平成29年4月→平成30年4月の伸び率(年率)…… 7.2%

このうち	身体障害者の伸び率……	1.5%	身体障害者……	21.7万人	(30年4月の利用者数)
	知的障害者の伸び率……	3.1%	知的障害者……	39.4万人	
	<u>精神障害者の伸び率……</u>	<u>8.6%</u>	<u>精神障害者……</u>	<u>21.3万人</u>	
	障害児の伸び率……	16.8%	難病等対象者…	0.3万人(2,727人)	
			障害児……	29.9万人(※)	
			(※障害福祉サービスを利用する障害児を含む)		

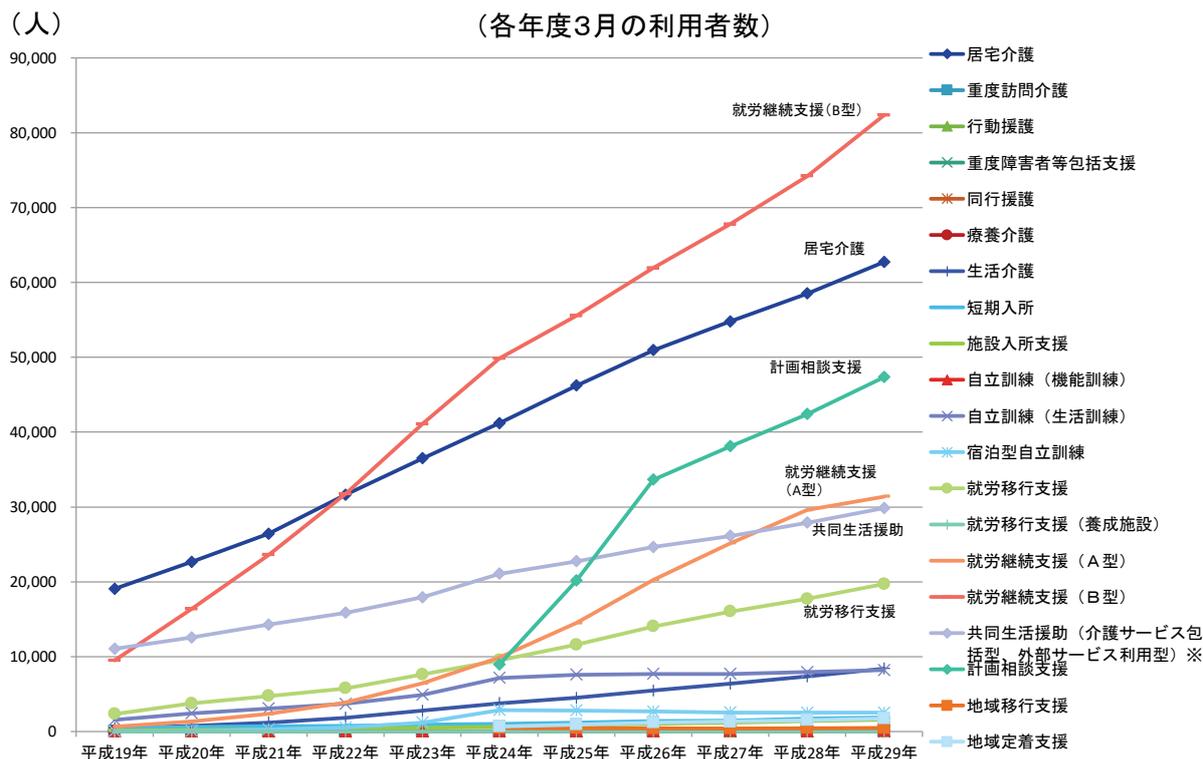
出典：国保連データ（各年度4月・10月利用者数の推移、平成30年10月現在）

(8) 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等別利用者数の推移をみると、平成29年4月時点で就労継続支援（B型）の利用者数が約8万人超で最も多く、次に居宅介護がそれに続きます。増加割合で見ると、計画相談支援が障害福祉サービス化されて以降、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12：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

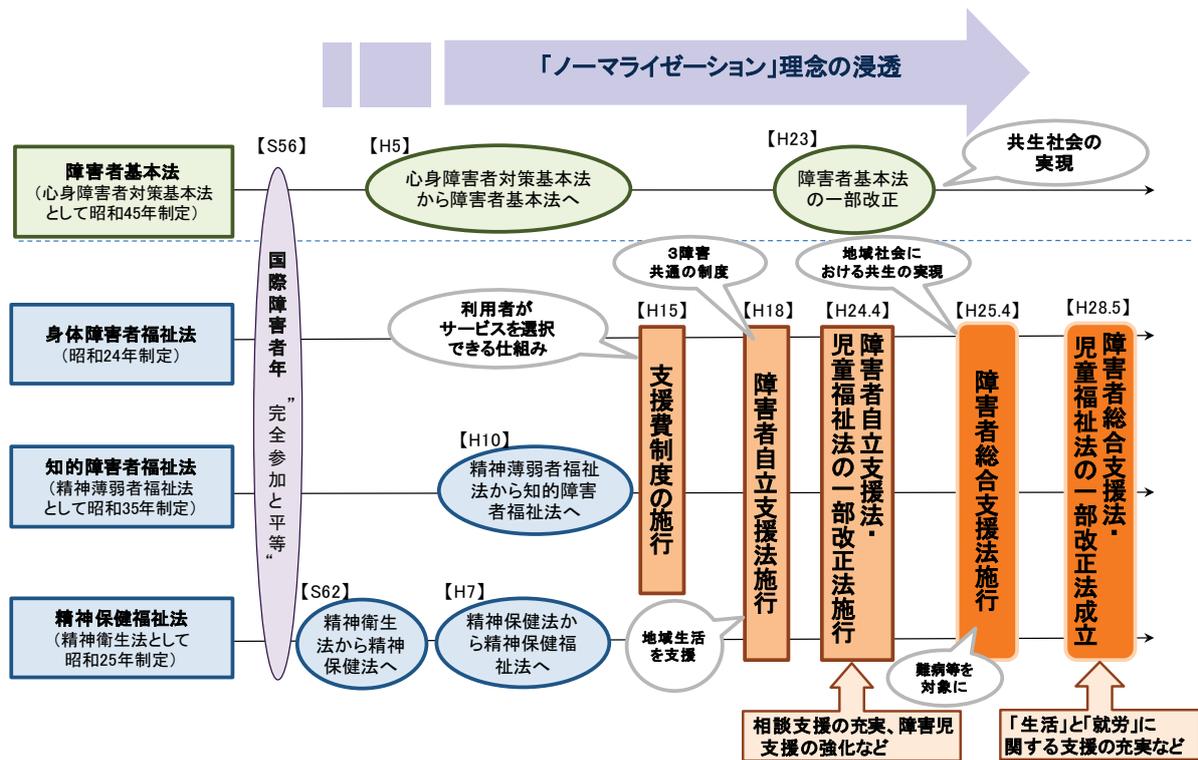


※平成19年から平成25年までは、「共同生活介護」「共同生活援助」を合わせた数
 出典：国保連データ（各年度3月サービス提供分の利用者数、平成30年10月現在）

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さまざまな議論や政策的展開が図られてきました。

図表 13：障害保健福祉施策の歴史

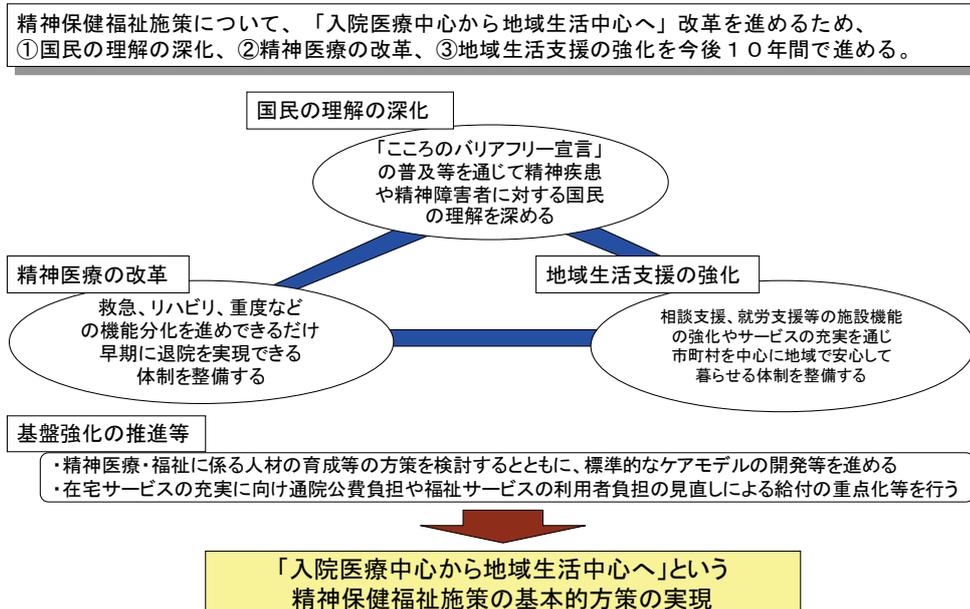


図表 14：精神領域におけるこれまでの経緯一覧

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15）。

図表15：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。

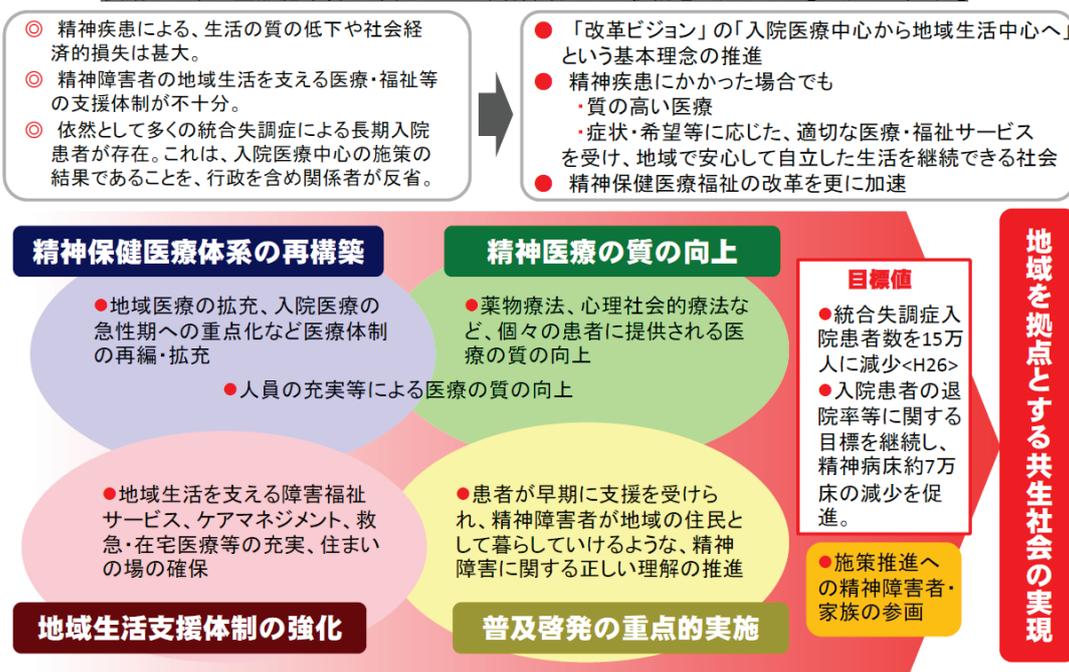
出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課「我が国における精神保健医療福祉施策の動向」

- 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 16）。

図表 16：「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 17）。

図表 17：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 18：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。（通常国会に關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）

コラム：地域移行支援・地域定着支援を取り巻く背景

平成 24 年の障害者自立支援法の改正に伴い、相談支援の充実に併せて地域相談支援として個別給付化され、地域移行支援・地域定着支援がサービスメニューとして追加されました。

精神障害者の支援領域は、従来、社会的な（家族、金銭、住居、仕事、支援者等）支援がない人への退院支援を医療機関中心にお願いしてきた歴史があり、精神科病院に強く負担をかけてきたことが背景にありました。

つまり、地域の受け皿や体制整備をすること、地域生活支援をする役割は市町村及び相談支援事業所にあることから、上記の改正となりました。

その後、障害者総合支援法が施行され、これらの施策が推進されていきます。平成 30 年度には地域移行に関する通知改正（「介護給付費等の支給決定等について（平成 19 年 3 月 23 日、障発第 0323002 号 障害保健福祉部長通知）」）が行われ、入院期間に関わらず障害福祉サービスにおける地域移行支援の対象者であることが明確になりました（※下記参考）。

つまり、医療・保健・福祉の連携支援が必要となる人は、ご本人の申請のもと対象者となるわけです。これは、入院中で障害福祉サービスの申請がこれから必要な方のみならず、入院する前の段階から障害福祉サービス等による支援を受けている方など、どのような方にも共通する考え方になります。

このような連携支援を推進するなかで、併せて広く地域全体の基盤整備を推進する必要があります。つまり、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ためには、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築する必要があるといった議論へとつながっていきます。

すなわち、これまでに繰り返されてきた「地域移行支援」をベースとした施策の形が見直され、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をベースとした施策展開へと変わり、地域移行支援を地域連携支援の強化と地域体制基盤の整備という認識に改めて、取り組まれることが重要です。

＜参考：「介護給付費等の支給決定等について」（平成 19 年 3 月 23 日障発第 0323002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の一部改正について（平成 30 年 3 月 29 日）＞

新（現行）	旧
<p>第五-2-（1） 申請者が地域相談支援基準第 1 条第 2 号から第 4 号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。 <u>（削除）</u></p>	<p>第五-2-（1） 申請者が地域相談支援基準第 1 条第 2 号から第 4 号までに規定する施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であることを確認する。 <u>なお、申請者が精神科病院に入院する精神障害者の場合については、長期に入院していることから地域移行に向けた支援の必要性が相対的に高いと見込まれる。</u> <u>直近の入院期間が 1 年以上の者を中心に対象とすることとするが、直近の入院期間が 1 年未満である者であっても、例えば、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする者や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者についても対象となるので留意すること。</u></p>