

参考資料

①本検討会の概要等

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会の概要

趣旨

- 近年の精神保健医療福祉施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という理念の下、精神障害者等に対する支援の充実が図られてきた。令和4年に成立した精神保健福祉法の改正法では、患者の権利擁護を一層進めるため、医療保護入院の入院期間を法定化する等の措置が盛り込まれ、令和6年4月1日から本格的に施行されたところである。
- こうした状況を踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進について、幅広く検討する場として、「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」を開催する。

検討事項

- (1) 精神保健医療福祉に関する現状と課題について
- (2) 課題への対応について
- (3) その他

開催状況

第1回 令和6年5月20日

(令和6年度中5回、令和7年度中8回開催)

第14回 令和8年7月6日

構成員

家保 英隆	高知県理事 (保健医療担当)
池原 毅和	東京アドヴォカシー法律事務所 代表弁護士
岩上 洋一	(一社)全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事
上田 容子	(公社)日本精神神経科診療所協会事務局長 副会長
江澤 和彦	(公社)日本医師会 常任理事
岡田 久実子	(公社)全国精神保健福祉会連合会 (みんなねっと) 理事長
岡部 正文	日本相談支援専門員協会 理事
柄澤 尚江	北広島市保健福祉部 理事
○ 神庭 重信	九州大学 名誉教授
◎ 菊池 馨実	早稲田大学常任理事・法学学術院教授
北村 立	(公社)全国自治体病院協議会 常務理事
吉川 隆博	(一社)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	(一社)日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構 代表理事
小嶋 修一	TBSテレビ報道局 特別解説委員
近藤 淳	精神保健福祉事業団体連絡会 共同代表
田村 綾子	(公社)日本精神保健福祉士協会 理事 兼 聖学院大学 理事長
辻本 哲士	滋賀県立精神保健福祉センター 所長
長瀬 幸弘	(公社)日本精神科病院協会 理事
長谷川 花	静岡赤十字病院精神神経科 部長
花村 温子	(公社)日本公認心理師協会 理事・保健医療分野委員長
藤井 千代	NCNP 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長
松本 珠実	(公社)日本看護協会 常任理事
水野 紀子	東北大学名誉教授
山口 文佳	長崎県五島保健所長

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。

令和4年改正時の附則等

①令和4年改正の附則

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、…精神保健福祉法…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。

②令和4年改正の附帯決議（点線下線は衆・参の違い）

医療保護入院	衆15 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。
	参16 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
	参15 …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。
虐待	衆17 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。
行動制限	衆18 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。
	参19 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。

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。

②医療保護入院等

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。

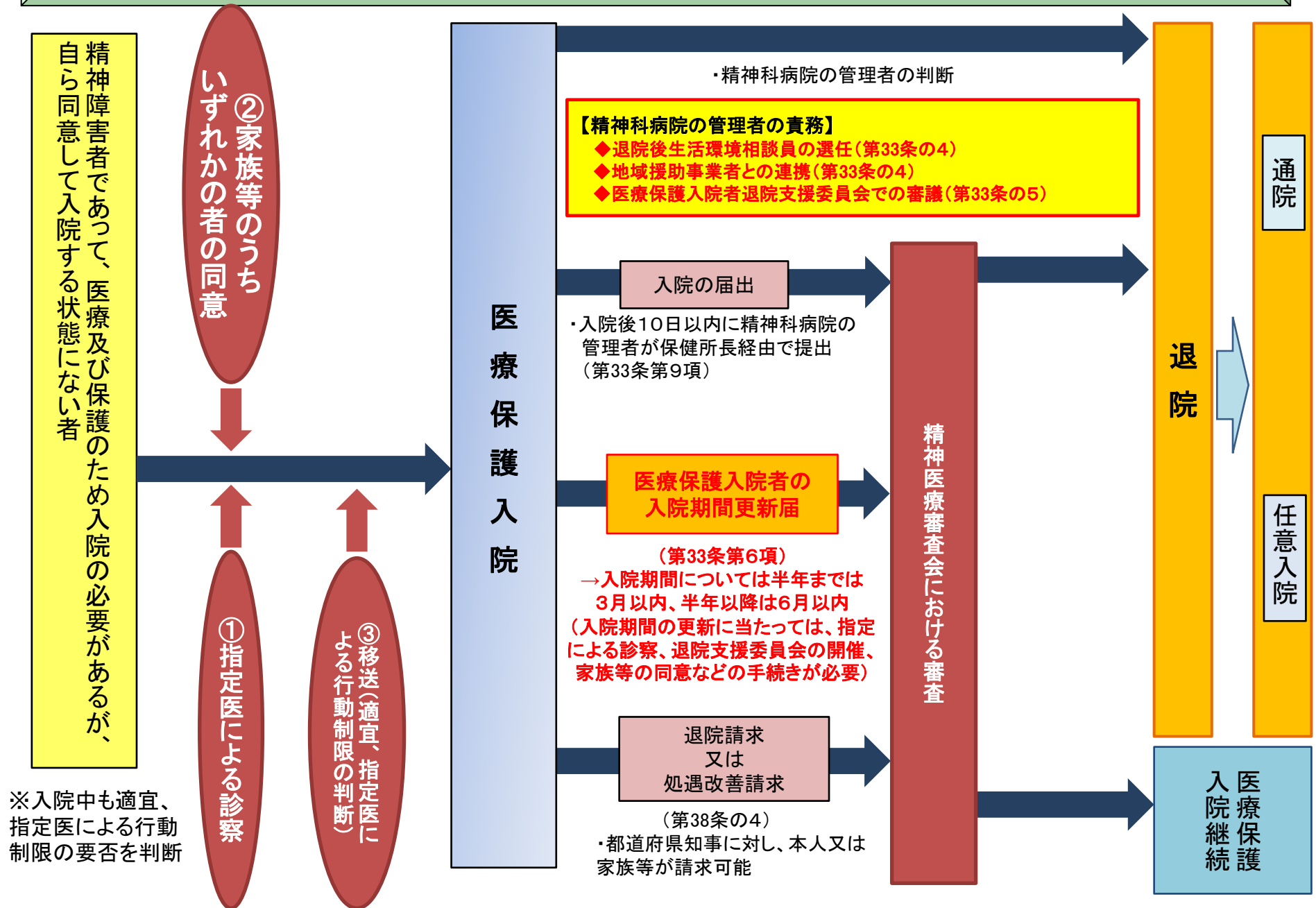
4 応急入院（法第33条の6）

【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。

医療保護入院の手続き(第33条) R6. 4~



諸外国の精神保健福祉制度における非自発的入院制度（概要）

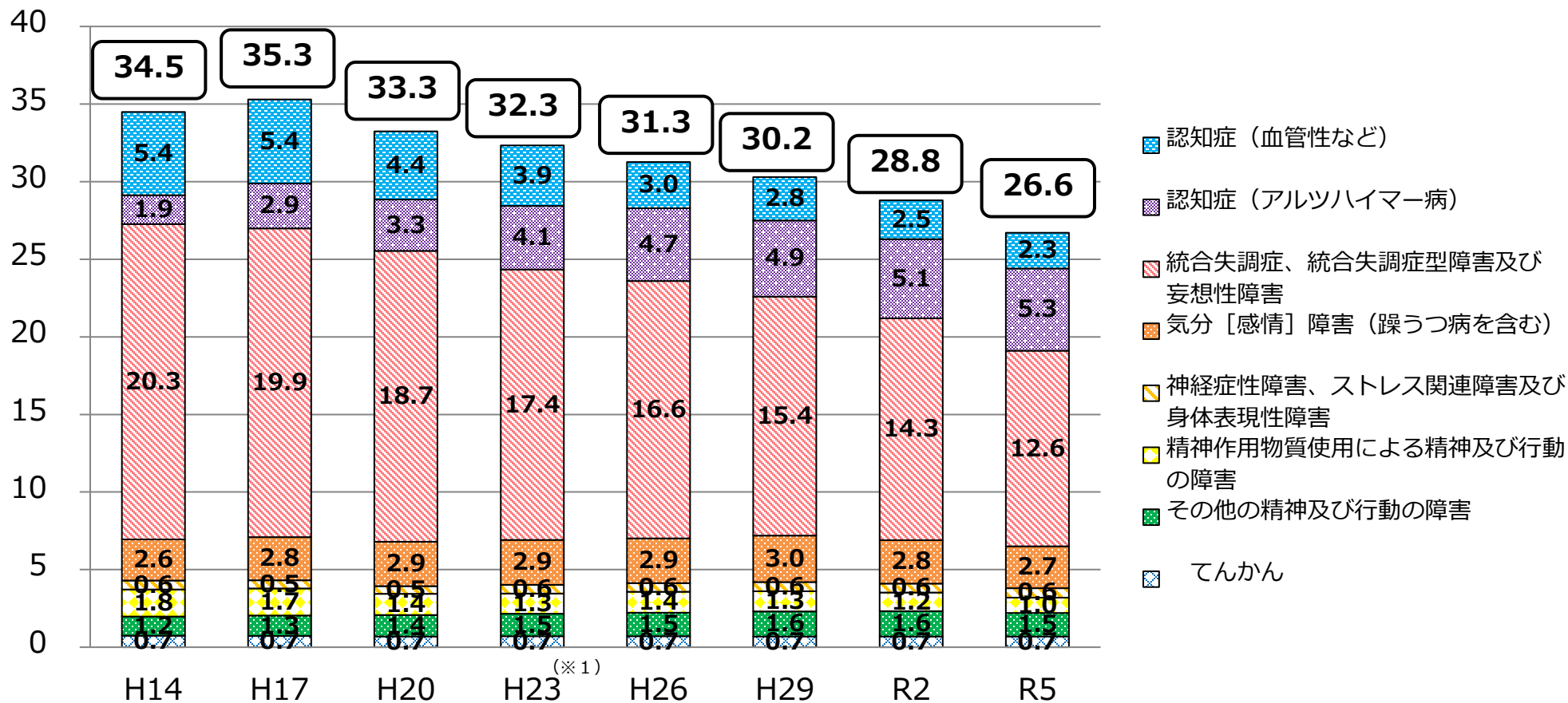
	イギリス※1	フランス	ドイツ	韓国
根拠法	・ 精神保健法※2 ・ 精神保健法実務指針	・ 公衆衛生法典（CSP）※3	①民法典（成年：世話法、未成年：親権法・後見法） ②各州の州法（精神科患者法）	・ 精神健康福祉法
入院類型	①2条入院：ケア目的 ②3条入院：治療目的 ③4条入院：緊急ケア目的	①SPDT（医療施設長の決定による治療） ②SPDRE（県知事の決定による治療）	①民事入院（収容） ②各州法による入院（収容）	①保護義務者入院 ②行政入院 ③応急入院
入院要件	①精神障害の性質・程度に照らした入院の必要性、本人の健康・安全又は他者の保護の必要性 さらに、 ②強制入院によらなければ必要な治療が提供不可・適切な治療が提供可、 ③緊急性 も必要 ※4	①直ちに精神科治療が必要、精神障害で本人の同意能力がない等※5 ②他者の安全を脅かす等※6	①自殺し又は著しく健康を害する危険のあること ②自傷又は他害の危険	①入院治療の必要性・自傷又は他害の危険 ②自傷又は他害の危険 ③自傷又は他害の危険の重大性、状況の急迫性、入院の補充性
申請者	最近親者(NR※7) ※8又は認定精神保健専門職(AMHP※9)	①家族・本人の利益のために行動できる者又は法的保護者※10 ②県知事	①職務範囲に入院（収容）を含む法的世話人※11又は任意代理人※12 ②州の行政	①保護義務者※132名以上 ②（精神健康医学科専門医又は精神健康専門要員の申請に基づく）自治体の長 ③発見者（医師・警察官の同意を得て）
医師の診断要件	①②医師2名（うち1名は保健大臣が認定した医師）③医師1名	①原則2名の医師（うち1名は受入医療施設外の者） ②受入医療施設外の医師1名	①②裁判で精神科医の鑑定が必要（保全命令の場合、精神科医の診断書でも許容される場合あり）	①所属の異なる精神健康医学専門医2名以上 ②精神健康医学専門医2名以上 ③医師の同意
入院期間・更新	①28日間 ②6か月（2回目は6か月、その後は1年ごとの更新）※14 ③72時間	①1か月、毎措置1年後合議体の判断に基づき施設長が判断決定等 ②初回3か月、以降半年ごと 共通：完全入院※3時は入院12日目、以後6月ごと勾留決定裁判官（JLD）が審査	①②世話裁判所の許可が必要 ・ 保全命令によるとき：通じて3か月まで（更新なし） ・ 本案手続によるとき：原則1年、明らかに長期の必要性がある場合は2年（更新の上限なし）	①・②2週間以内の診断入院の上、3か月、更新は2回目は3か月、その後は6か月以内（精神健康診査委員会が延長の請求を審査） ③3日を限度
退院手続	退院権限：責任臨床家(RC)、NR、病院管理者、第一層審判所	①医療施設長 ②県知事 共通：県精神科治療委員会、JLD	①法的世話人等 ②施設の医学管理者又は行政の通知に基づき裁判所が判断	病院管理者・基礎地方自治体長（市町村長）に請求、基礎精神健康審査委員会での審査
不服申立等手続	第一層審判所への退院申立て、病院管理者に対する退院申請等	JLDによる審査、県精神科治療委員会へ申立て等	①世話裁判所 ②世話裁判所の他、州法で規定	・ 再審査請求（→行政訴訟） ・ 人身保護裁判請求制度 ・ 国家人権委員会へ申立て

※1 イングランド ※2 1983年 ※3 フランスの場合、「非同意精神科治療」の中に、「完全入院」のほか、「在宅入院」や「部分入院」等の非同意治療が含まれる。 ※4 2025年改正により、2条・3条入院について、患者又は他者の健康・安全に対する重大な危害のおそれと、危害の性質・程度・発生可能性を考慮する要件へと変更される予定。 ※5 直ちに精神科での治療が必要である、精神障害のために本人に同意する能力がない、第三者からの要請又は差し迫った危機がある ※6 他者の安全を脅かす又は著しく公の秩序を害する者 ※7 近親者（配偶者又は民事パートナー、子、父母、兄弟姉妹等）から優先順位の高いもの ※8 2025年改正により、患者本人が任意に指名するNominated Person (NP) 制度が創設。 ※9 ソーシャルワーカー、看護師、作業療法士、心理士など特別な教育プログラムを受けた専門家で、地方自治体が承認したもの ※10 後見人、保佐人等 ※11 家族、近い人、無給の「名誉職後見人」が第一選択肢で、選任に裁判所の許可が必要 ※12 患者が事前に契約を締結する必要 ※13 民法上の後見人・扶養義務者 ※14 2025年法改正により、3条入院の当初の入院期間は3か月、最初の更新は3か月、次の更新は6か月、その後は1年ごとの更新となる。

精神疾患を有する入院患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約26.6万人。
- 傷病分類別では、「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。

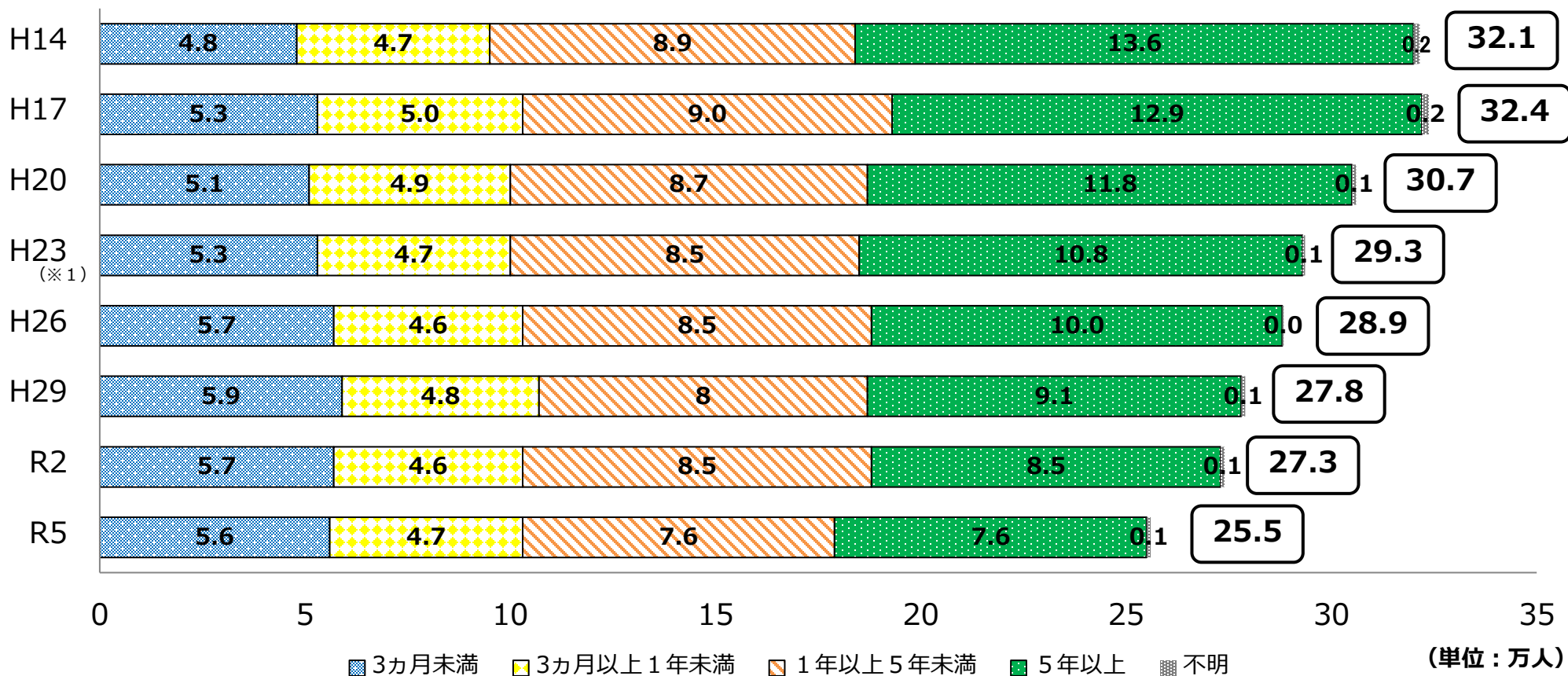
（単位：万人）



（※ 1） H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

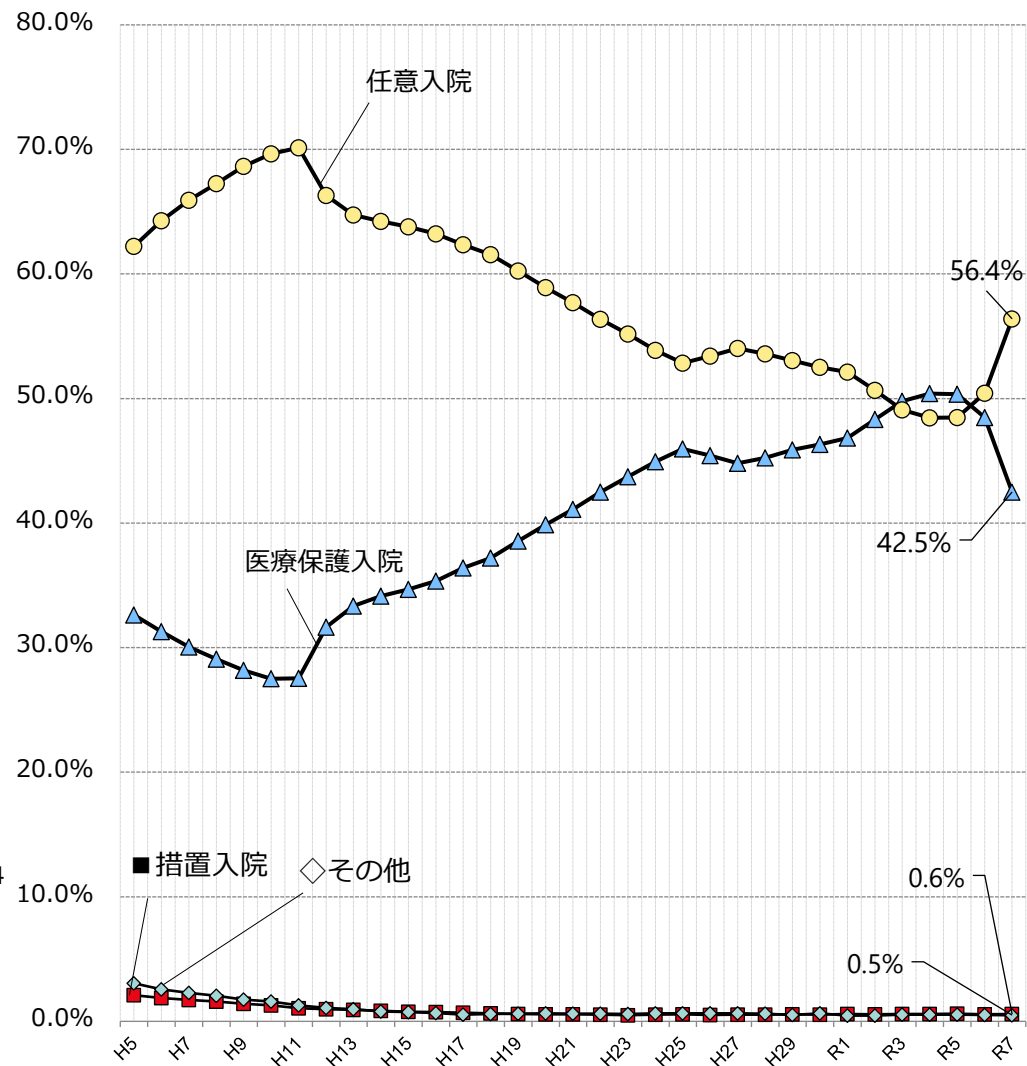
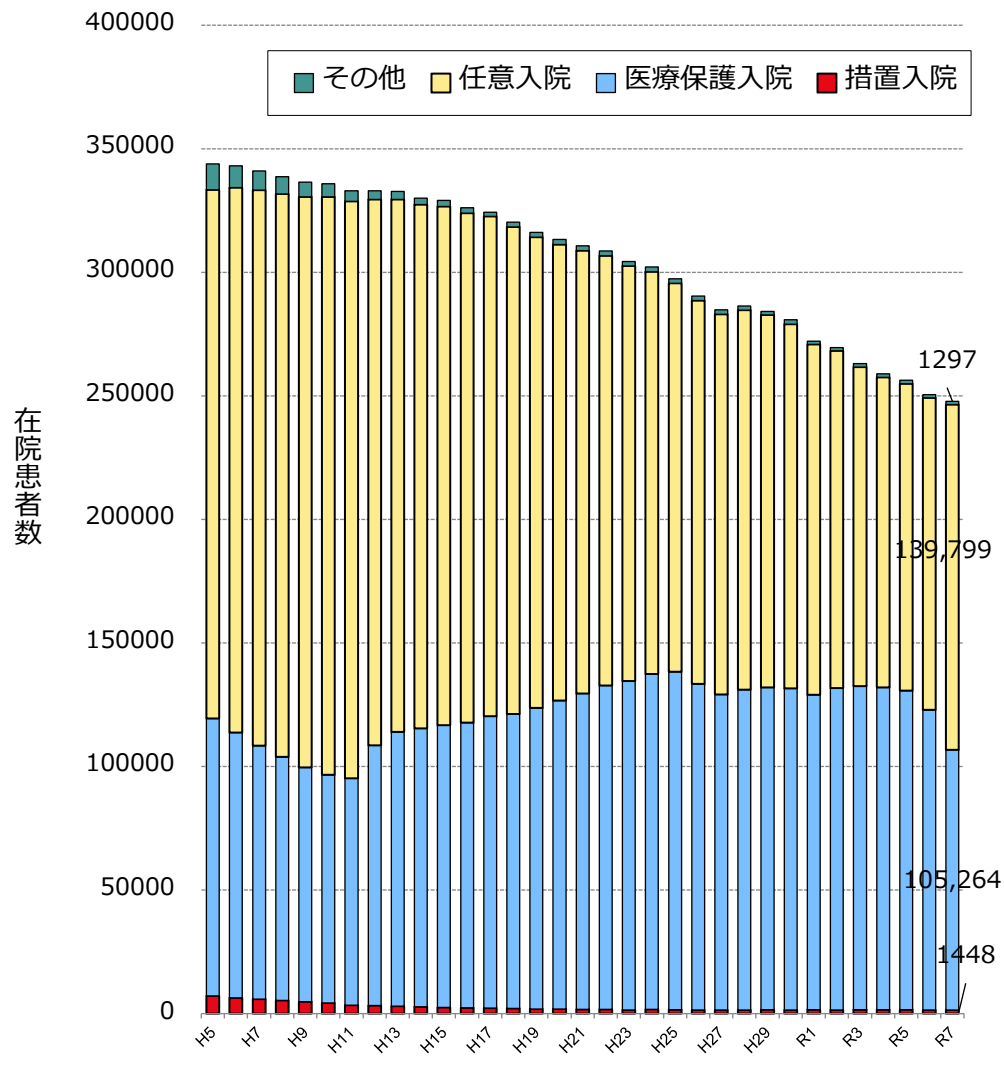
精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

- 精神病床における入院患者数は、約25.5万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約15.2万人（約60%）。
- 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。

入院形態別在院患者数の推移



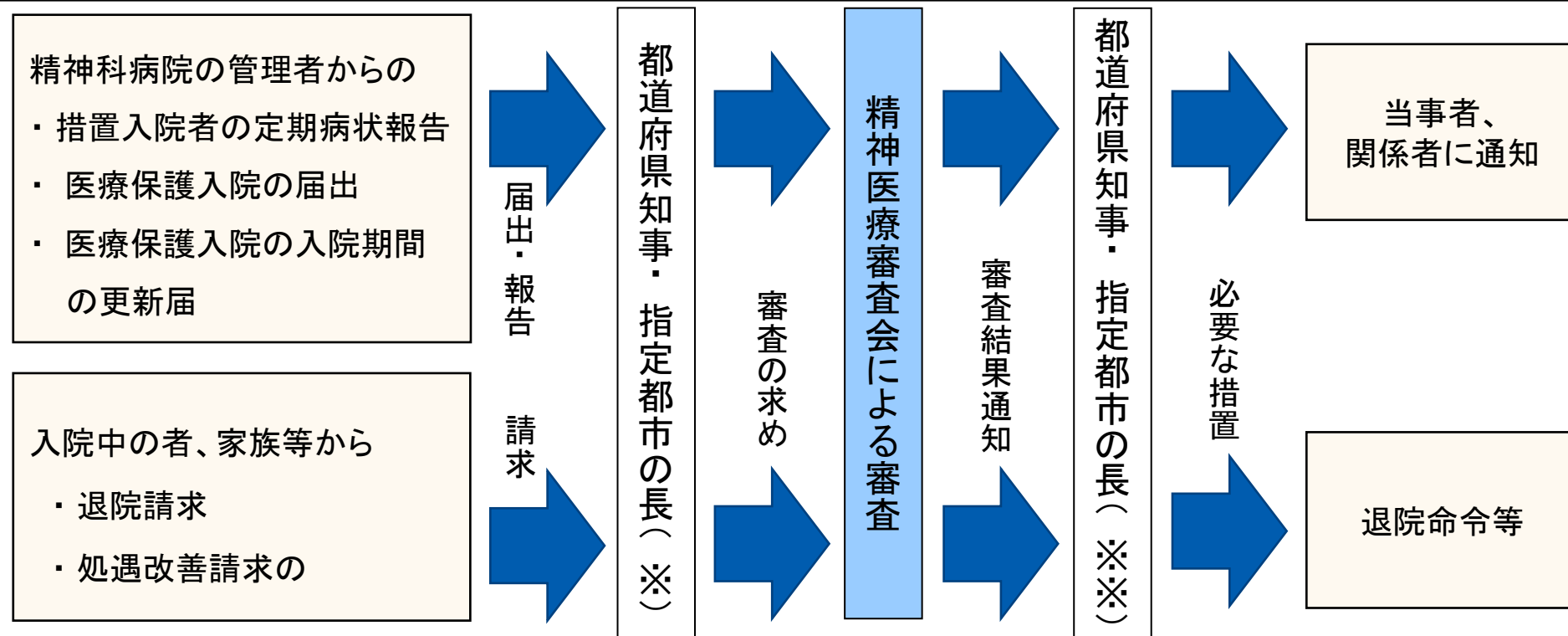
資料：精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

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）

③精神保健指定医

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8年4月1日時点で、17,085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

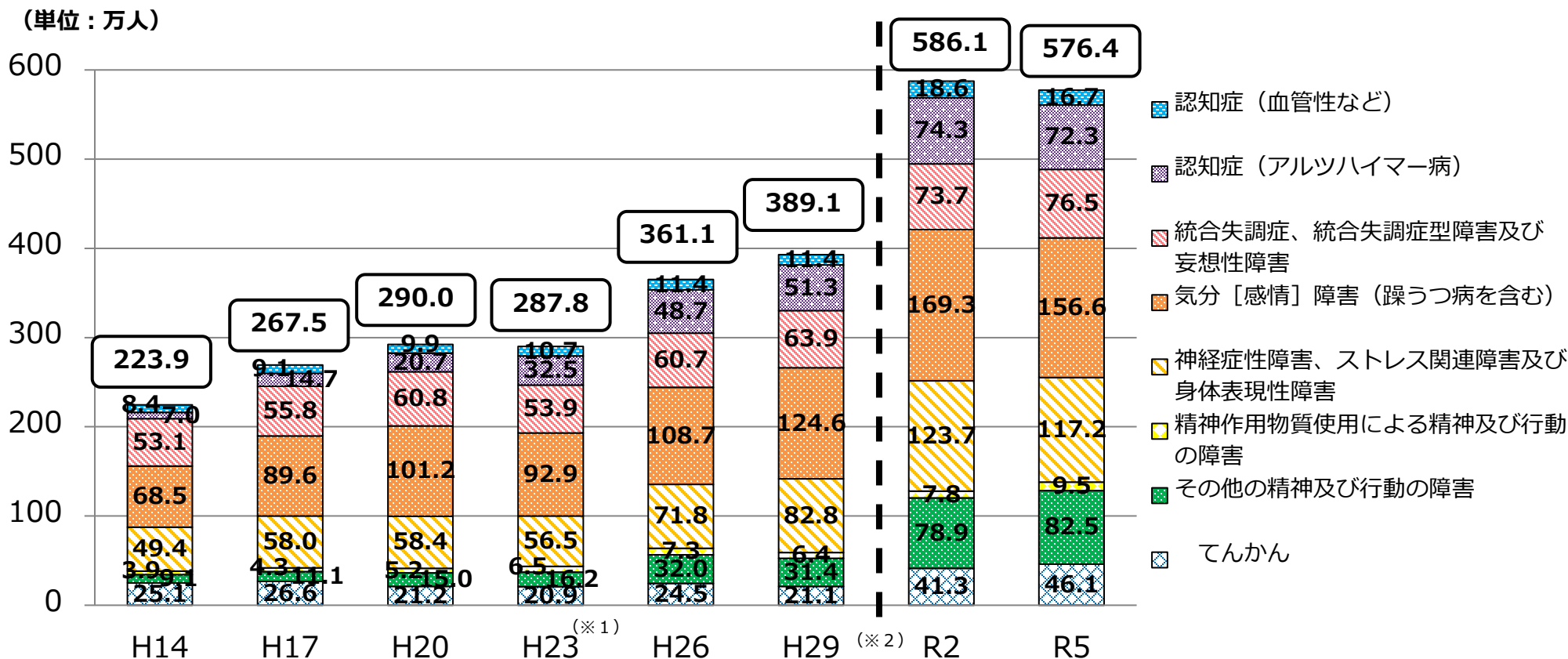
<指導医の要件等の見直し>

- ・ 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～）

④外来医療

精神疾患を有する外来患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約576.4万人。
- 傷病分類別では、「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。



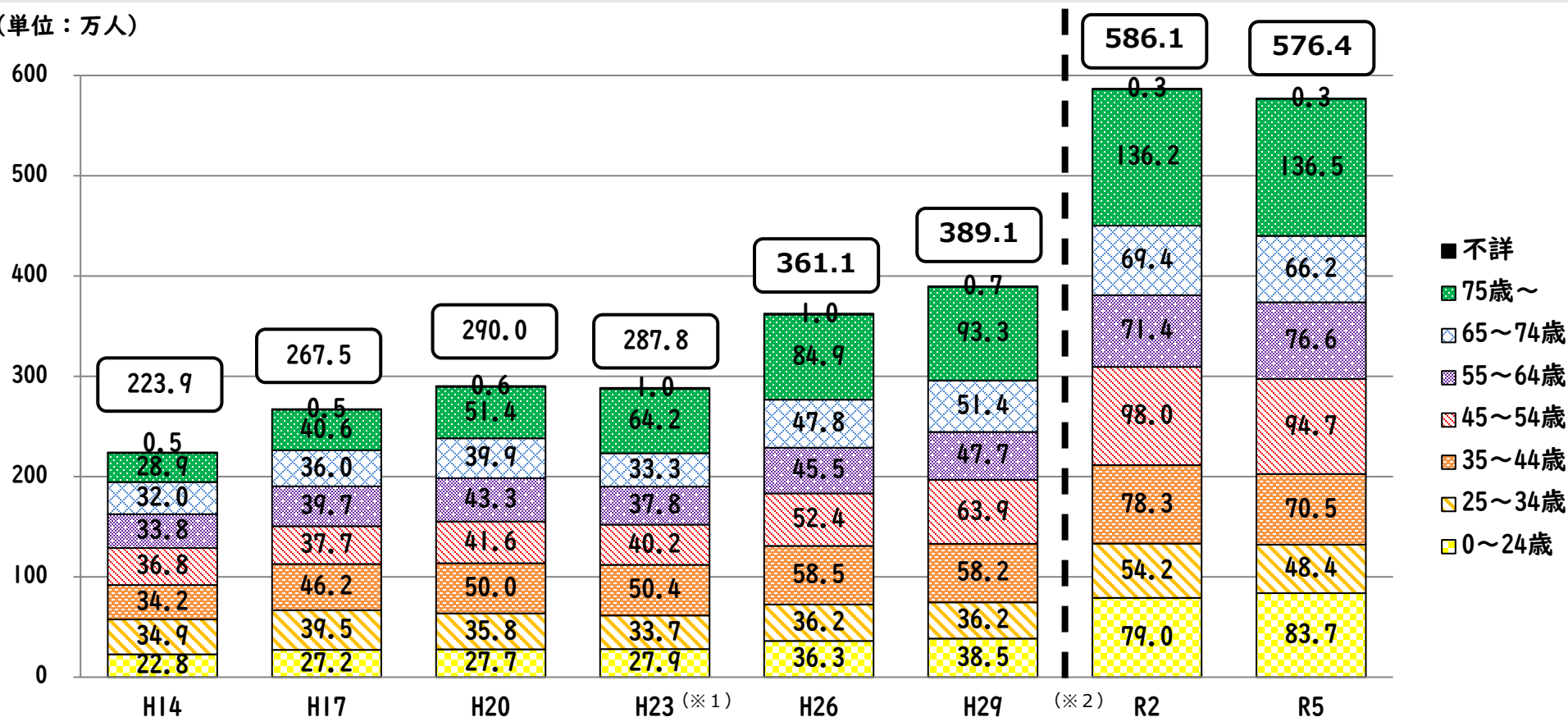
（※ 1） H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※ 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）。

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576.4万人。
- 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）



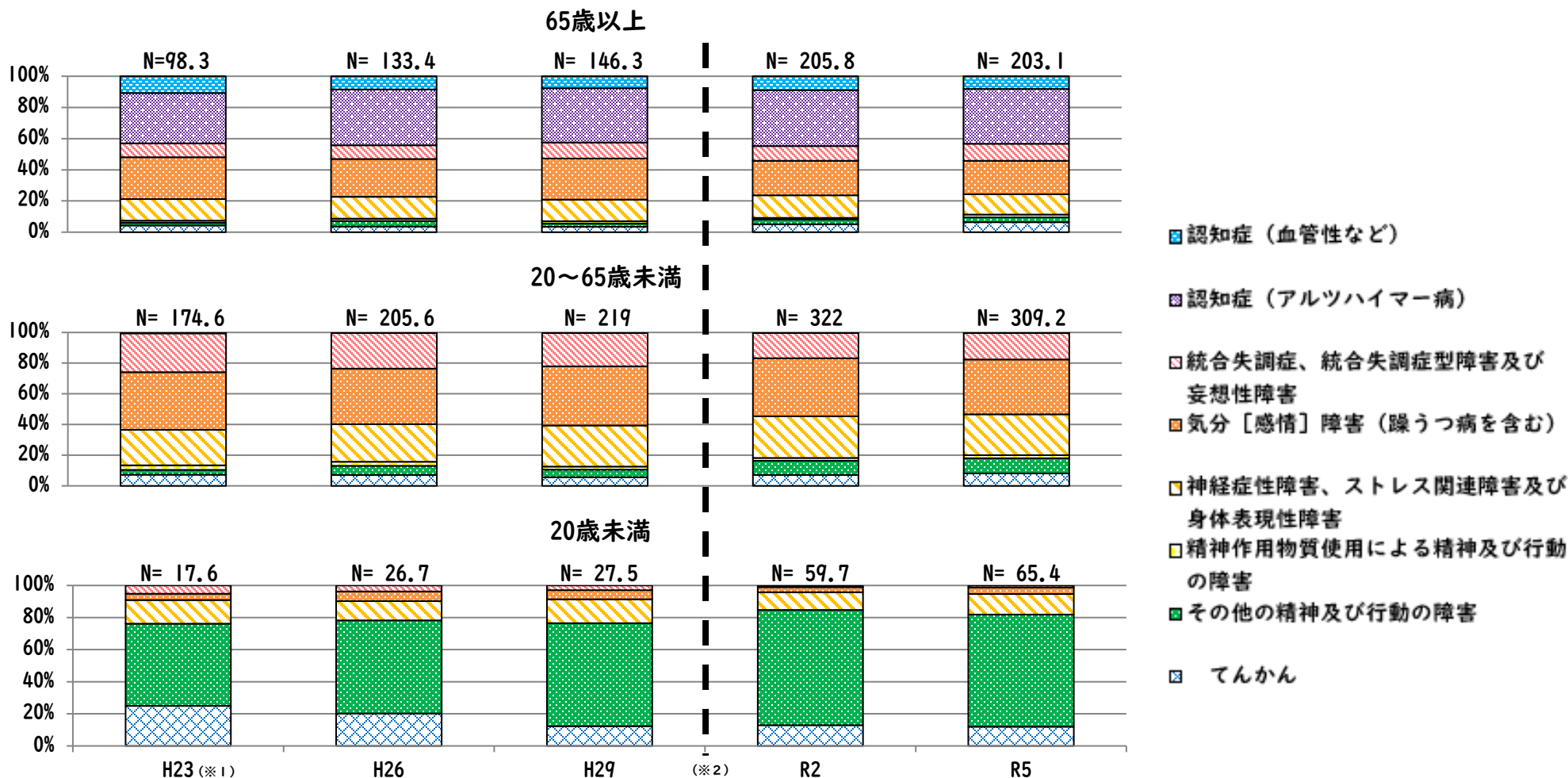
（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※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

精神疾患を有する外来患者の傷病分類別の割合の推移（年齢層別）

- 65歳以上では「認知症（アルツハイマー型）」の割合が最も高く、20～65歳未満では「気分[感情]障害（躁うつ病を含む）」が最も高く、20歳未満では「その他の精神及び行動の障害」が最も高い。



(※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)。

(注) グラフ上の数字は患者数（万人）

自立支援医療制度の概要

根拠法及び概要

根 拠 法 : 障害者総合支援法

概 要 : 障害者(児)が自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な心身の障害の状態を軽減するための医療(保険診療に限る。)について、当該医療費の自己負担額を軽減するための公費負担医療制度

※ 所得に応じ1月あたりの自己負担上限額を設定(月額総医療費の1割がこれに満たない場合は1割)

※ 保険優先のため、通常、医療保険の自己負担分(3割)と上記の自己負担上限額の差額分を自立支援医療費により支給

実 施 主 体 : 【更生医療・育成医療】市町村 【精神通院医療】都道府県・指定都市

負 担 割 合 : 【更生医療・育成医療】国 1/2, 都道府県1/4, 市町村1/4 【精神通院医療】国1/2, 都道府県・指定都市1/2

支給決定件数 : 【更生医療】294,191件 【育成医療】10,884件 【精神通院医療】2,666,159件 ※令和6年度

対 象 者

更 生 医 療 : 身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者で、その障害の状態を軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者(18歳以上)

育 成 医 療 : 児童福祉法第4条第2項に規定する障害児のうち、障害に係る医療を行わないときは将来において身体障害者福祉法別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められ、手術等により確実な治療の効果が期待できる者(18歳未満)

精神通院医療 : 精神保健福祉法第5条に規定する精神疾患(てんかんを含む。)を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者

対象となる医療の例

(更生医療・育成医療)

肢体不自由 … 関節拘縮 → 人工関節置換術

視 覚 障 害 … 白内障 → 水晶体摘出術

聴 覚 障 害 … 高度難聴 → 人工内耳埋込術

内 臓 障 害 … 心臓機能障害 → ペースメーカー埋込手術

腎臓機能障害 → 腎移植、人工透析 肝臓機能障害 → 肝移植

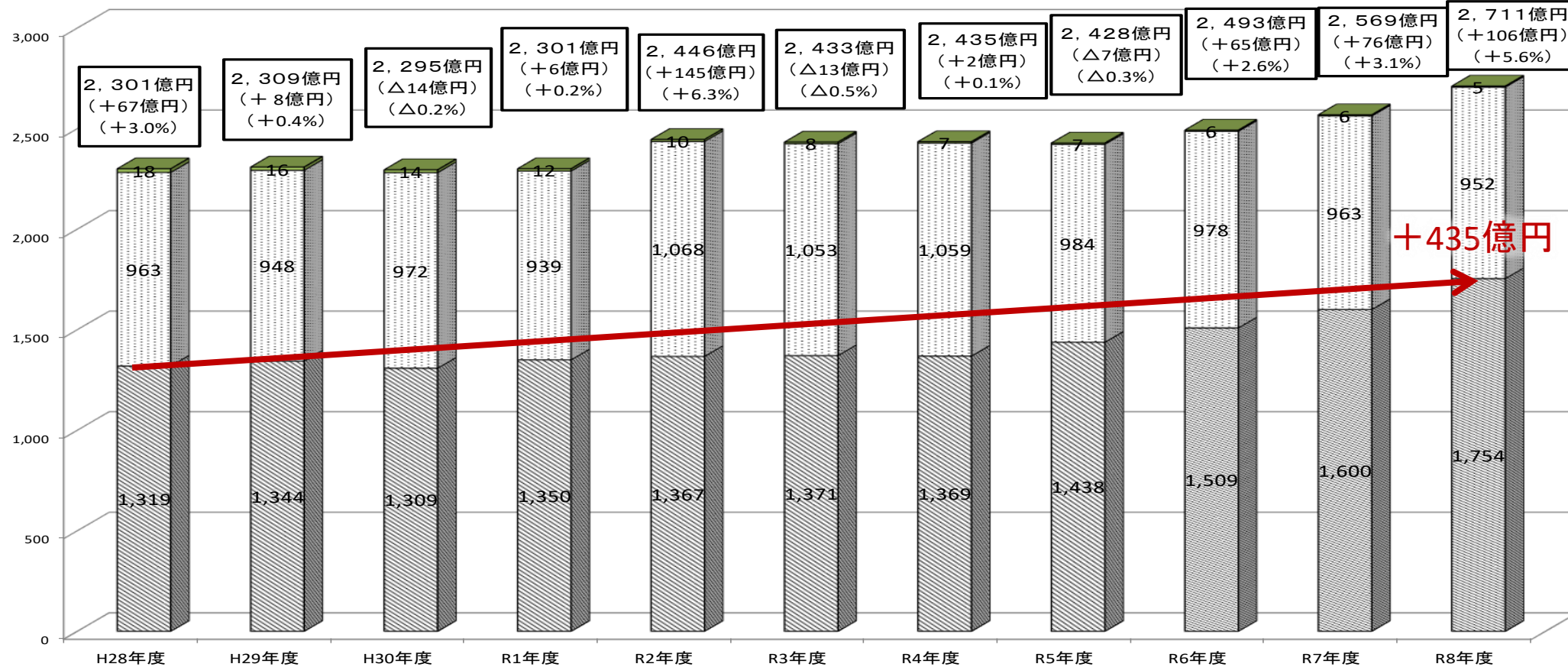
<先天性内臓障害> 鎖肛 → 人工肛門の造設 ※ 育成医療のみ

(精神通院医療)

精神科専門療法
訪問看護

自立支援医療費の当初予算の推移

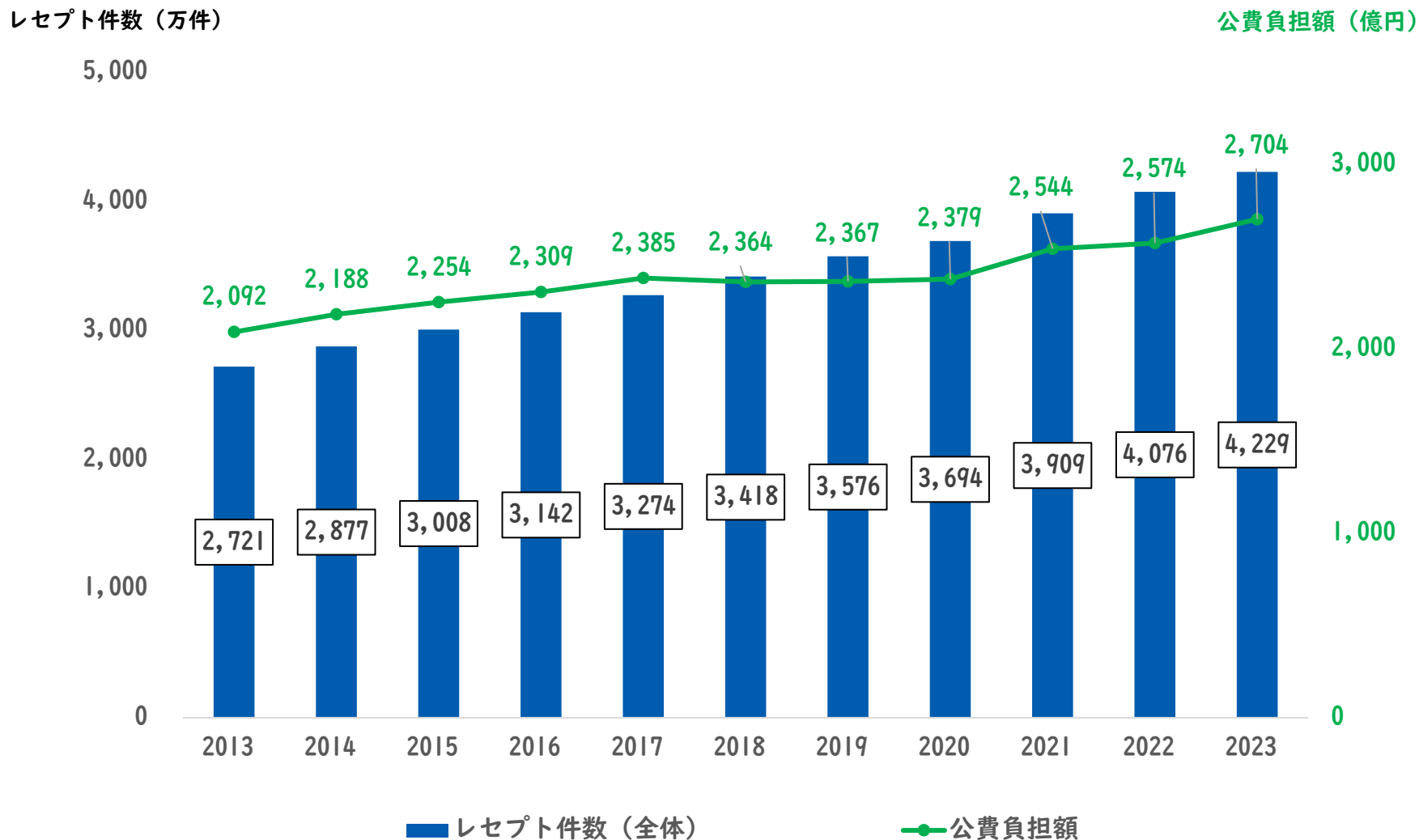
- 育成医療
- 更生医療
- ▨ 精神通院医療



※()書は、対前年度比である。

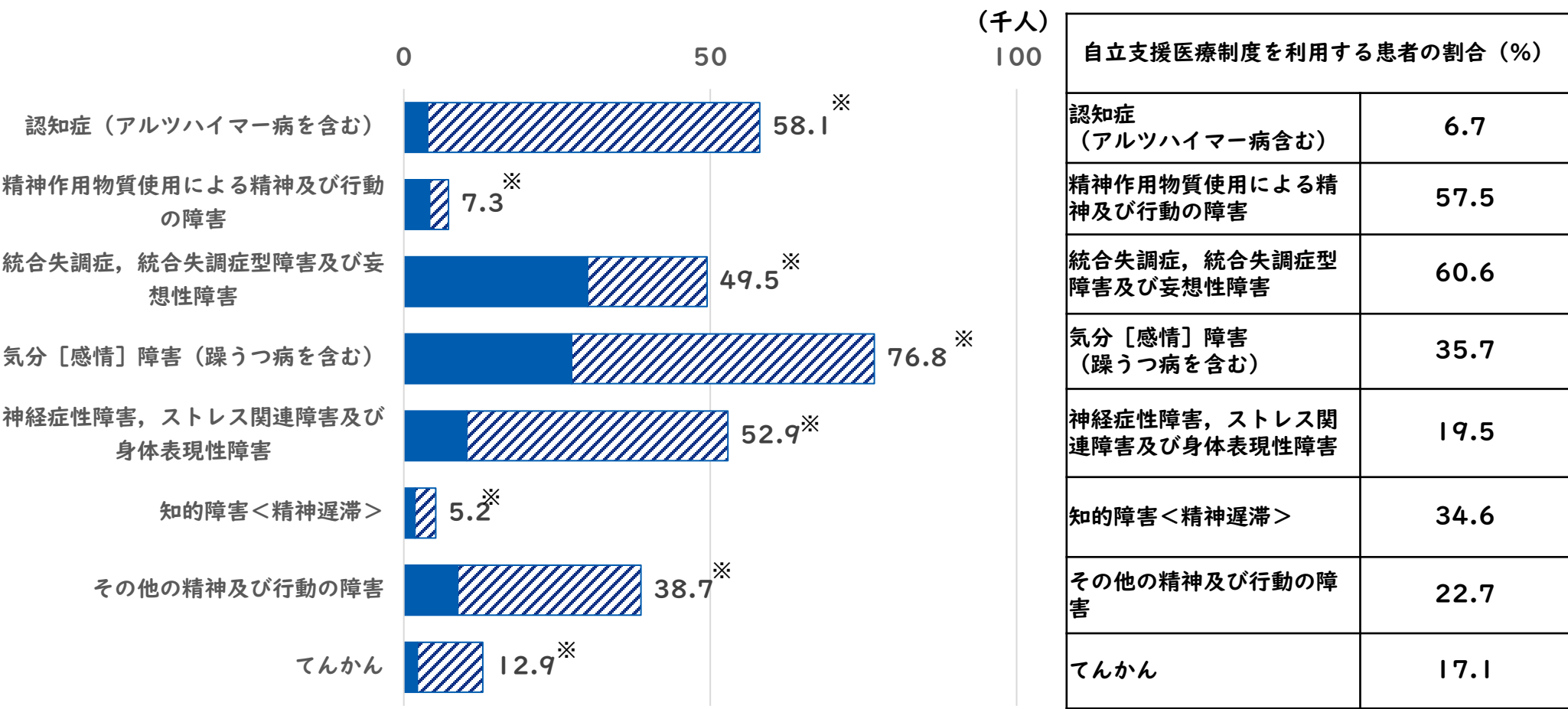
精神通院医療（自立支援医療）のレセプト件数と公費負担額の年次推移

- レセプト件数・公費負担額はともに増加傾向である。



傷病分類ごとの自立支援医療制度を利用する推計外来患者数

- 自立支援医療制度の利用割合が高いのは、「統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害」、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」であり、最も低いのは認知症（アルツハイマー病を含む）であった。



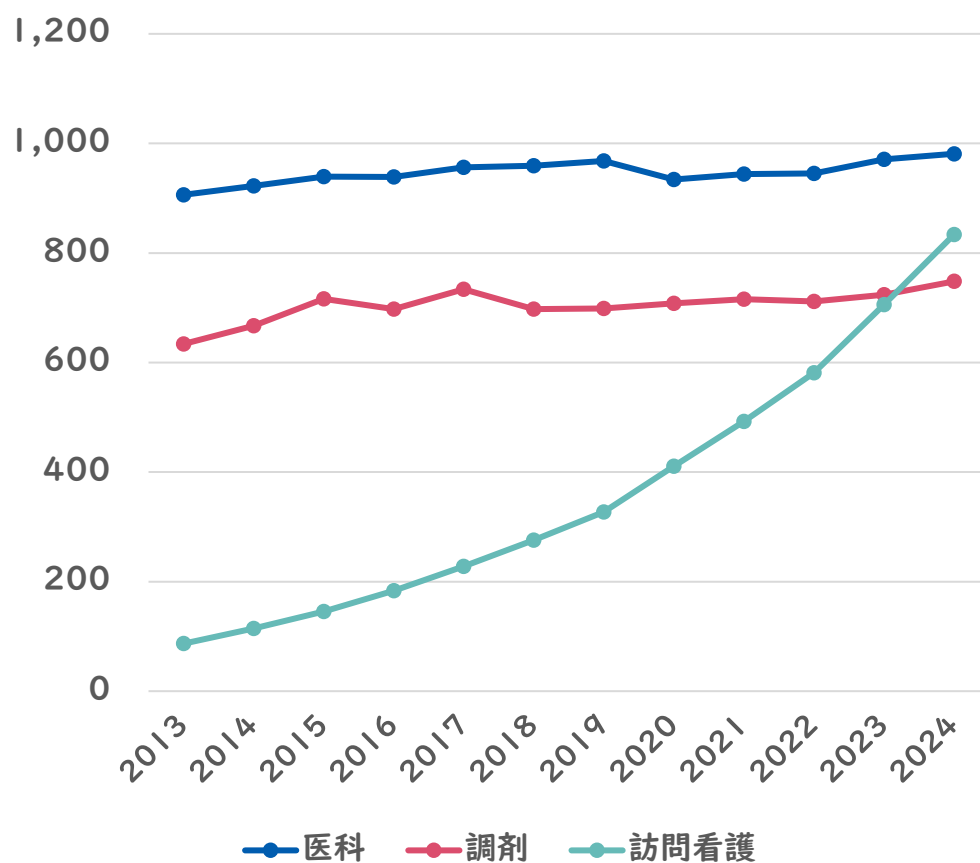
■ 自立支援医療制度を利用している患者数 ▨ 自立支援医療制度を利用していない患者数 ※各傷病分類ごとの推計外来患者数(患者調査より作成)

精神通院医療における医科・調剤・訪問看護の公費負担額の年次推移

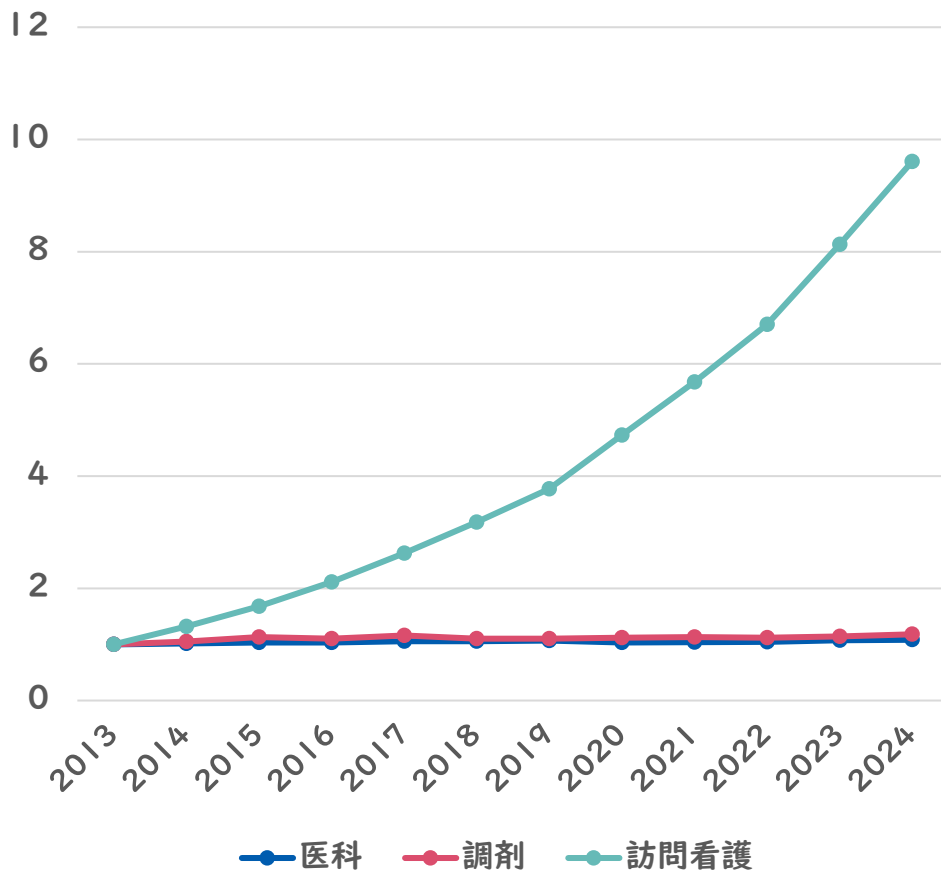
- 公費負担額については、医科・調剤は概ね横ばいで推移しているが、訪問看護は2013年以降増加し続け、2024年の額は、2013年と比べて約10倍となっている。

区分別の総公費負担額

(億円)



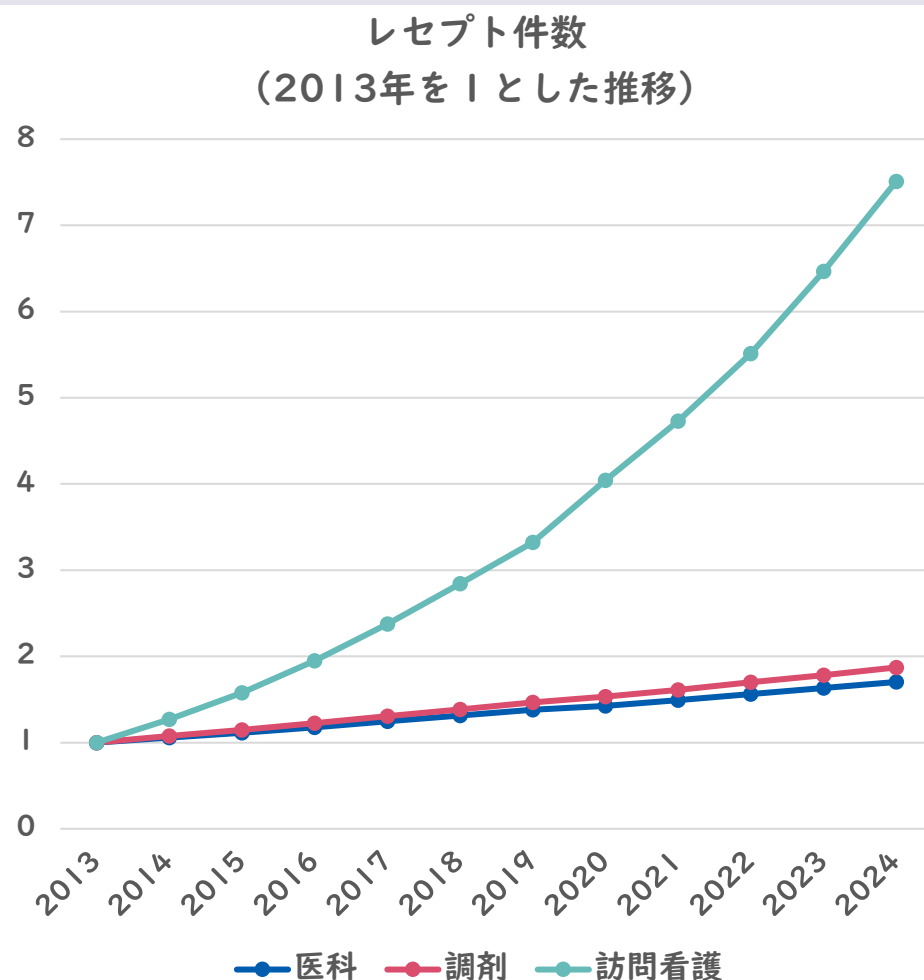
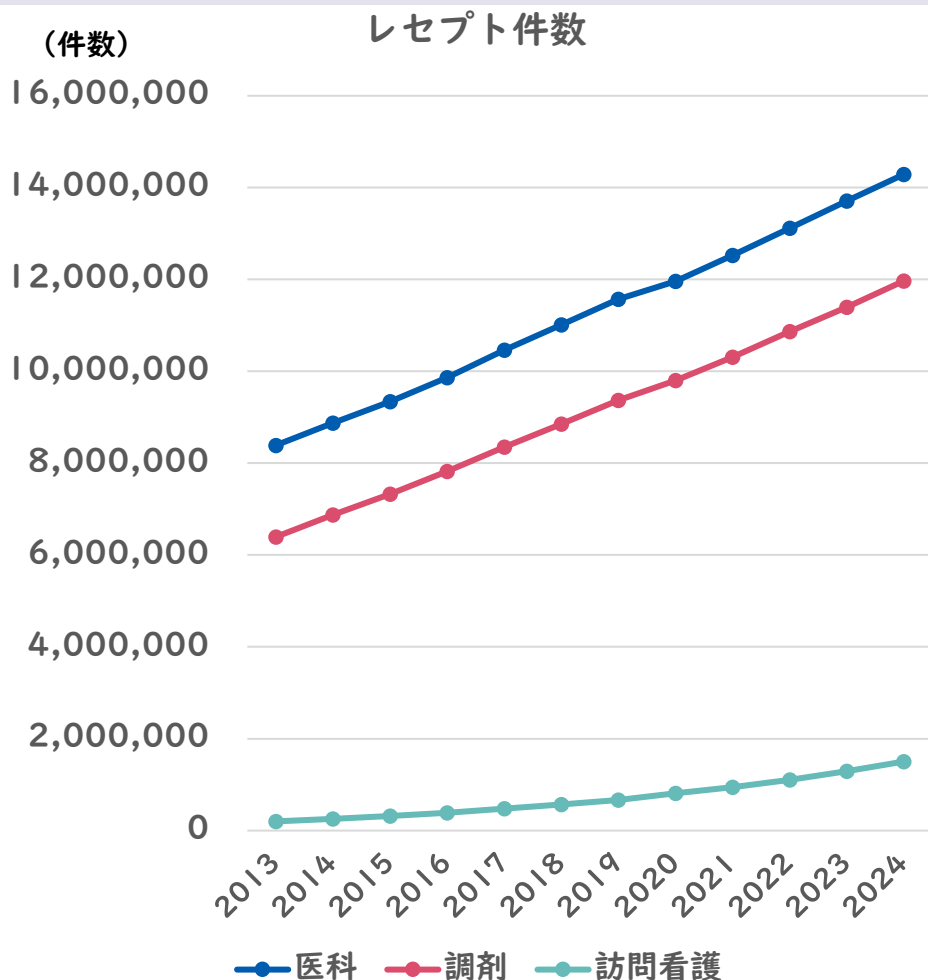
区分別の総公費負担額
(2013年時を1とした推移)



※ 統計月報より作成。統計月報は、社会保険診療報酬支払基金の統計であり、国民健康保険等は含まれていない。

精神通院医療における医科・調剤・訪問看護のレセプト件数の年次推移

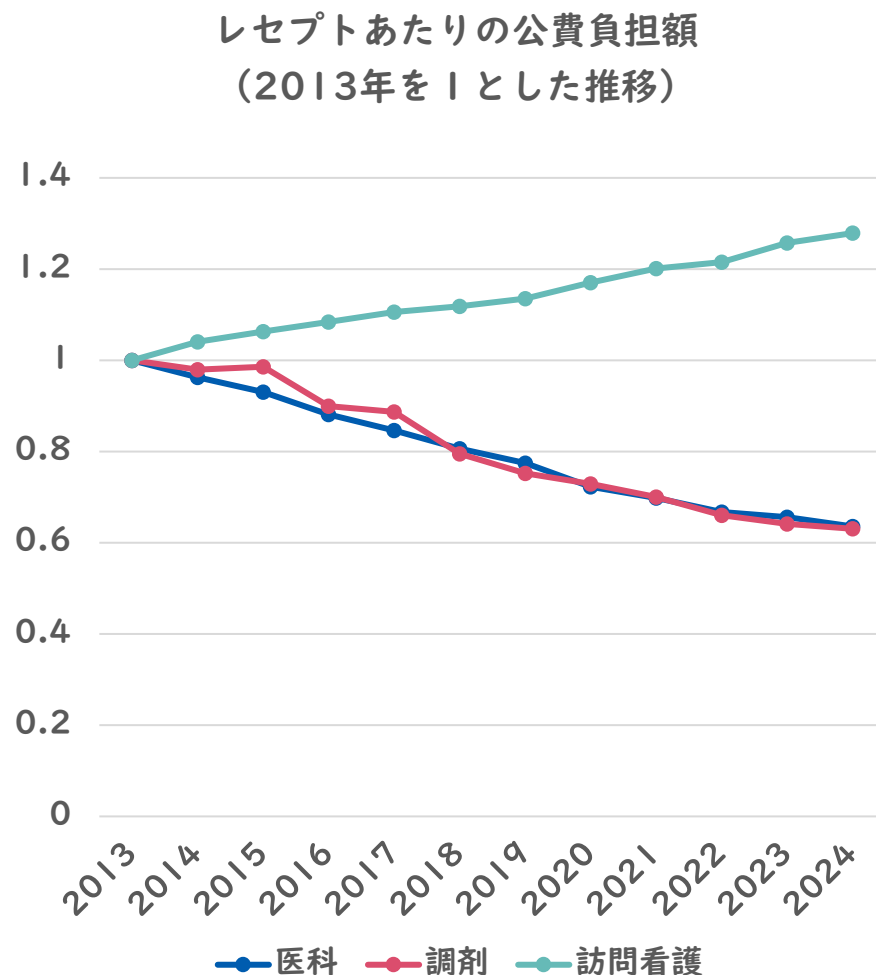
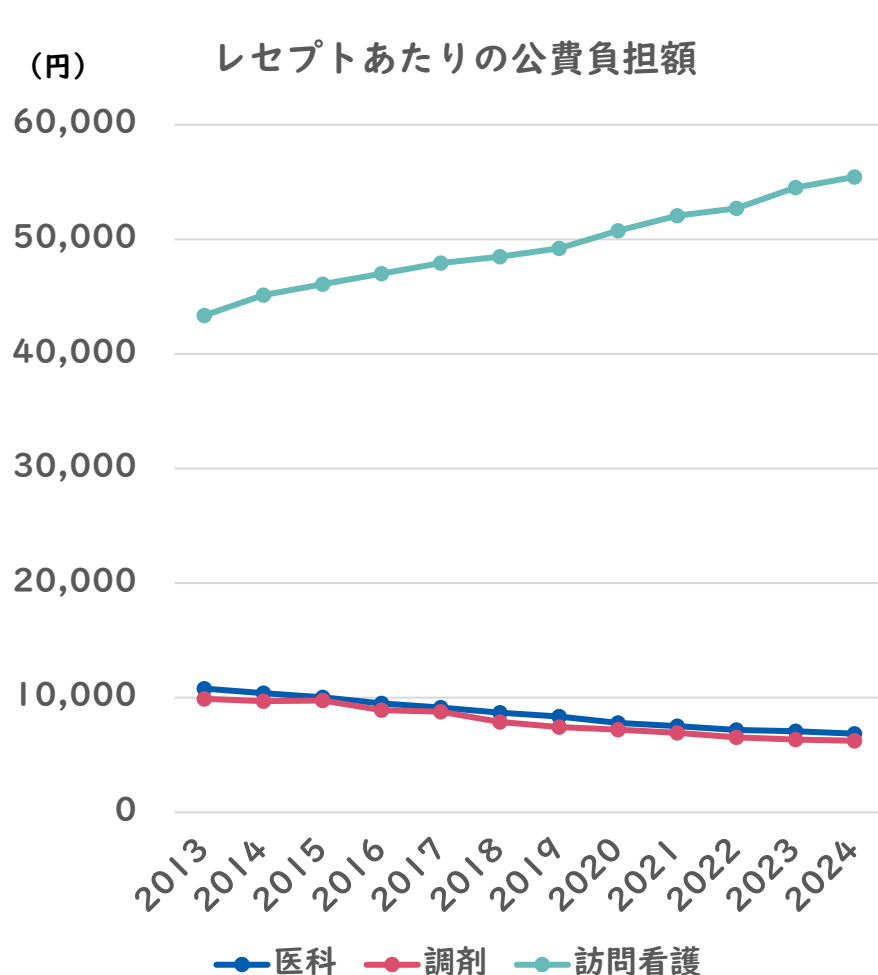
- レセプト件数については、医科、調剤、訪問看護のいずれも増加傾向であり、2013年と比較すると、医科、調剤は約2倍、訪問看護は約7.5倍となっている。



※ 統計月報より作成。統計月報は、社会保険診療報酬支払基金の統計であり、国民健康保険等は含まれていない。

精神通院医療における医科・調剤・訪問看護のレセプトあたりの公費負担額の年次推移

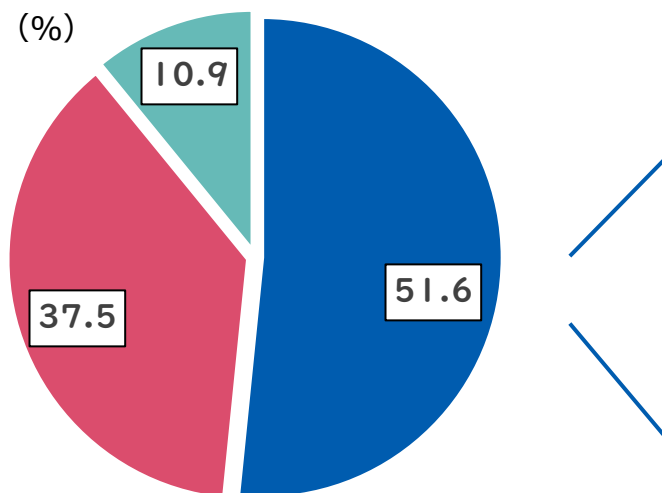
- レセプトあたりの公費負担額については、医科と調剤は減少傾向であり、2024年は2013年の約0.6倍となっている一方で、訪問看護は増加傾向であり、2024年は2013年の約1.3倍となっている。



精神保健福祉センターへの精神通院医療に関する調査結果※

- 精神通院医療の支給認定申請及び制度運用に関与している67の精神保健福祉センターのうち64センターから回答があり、疑義や違和感のある申請が「増加していると感じる」との回答が約52%と最も多く、「変わらない・減っているように感じる」との回答が約38%であった。

疑義や違和感のある申請の増減



- 増えていると感じる
- 変わらない・減っているように感じる
- わからない

※令和7年度障害者総合福祉推進事業「自立支援医療制度利用者における医療サービスの利用状況等の実態把握に向けた調査研究」（研究代表者：野田龍也）において実施

疑義や違和感のある申請の具体的なケース等

- 精神科以外の脳外科、小児科、神経内科からの申請が増えており、精神症状の記載方法を理解していない診断書が増えている
- 総合病院等で指定医療機関となっている場合、診断書作成科が精神科以外でも形式上は指定医療機関として取り扱われるため、医学的判断との整合性に疑義が生じることがある。
- 診断書から明らかに対象外と判断できる場合でも、不承認は行政処分であるため、十分な根拠が求められ、文書または電話による照会対応に多くの時間を要する。照会を重ねる中で、医療機関側が記載方法を学習し、形式的には制度の対象と読める診断書が提出されるようになる傾向がある。
- 身体治療が主体で精神科治療が行われていないにもかかわらず、認知症の診断により内科等から精神通院医療の申請がなされるケースがある。
- 投薬内容について、精神科外の処方、例えば高血圧等の身体合併症に対する薬剤のみが記載されている場合がある。
- 精神疾患以外の内科系治療薬を自立支援医療で処方している事例がある。
- 診断書にはデイ・ケアや訪問看護に対する主治医の指示の記載がないにもかかわらず、申請書でデイ・ケアや訪問看護を申請しているケースがある。
- 複数医療機関及び薬局の指定申請理由が、厚生労働省が定める理由と相違し、利便性のみを理由とする場合が比較的多い。

自立支援医療制度のサービス提供体制の実態把握に関する研究

研究代表者・研究期間

- 研究代表者：野田 龍也
- 研究期間：令和8年度～（3年間）

研究目的

- 精神通院医療を中心に、レセプトデータ等を用いて自立支援医療制度の利用者数、公費負担額を詳細に把握するとともに、医療費・調剤費・訪問看護費の経年的な増加の要因を解明する。
- 複数の都道府県や精神保健福祉センター長会等へのヒアリングを通じて、認定に係る判断基準や制度利用に係る医薬品の処方実態等を解明する。

方法

- 医療に関するレセプトデータ(NDB等)に匿名化されて格納されている、法別番号、受診者の傷病名、診療講師、都道府県などの地域情報、性、年齢階級などを用いて、疾患別・地域別の利用者数、公費負担額、医療費・調剤費・訪問看護費の基礎的な集計・可視化を行う。さらに、自立支援医療の専門家とデータベースの専門家にて、以降の詳細分析に向けた論点整理を行う。
- 医療費・調剤費・訪問看護費の経年的な増加要因について疾患構成、診療内容、医薬品処方、地域差の観点から分析する。
- 自立支援医療の審査実務に携わる自治体などの職員に対し、自立支援医療制度利用の状況を聴取するとともに、レセプトデータ分析の結果の解釈やその背景についての議論を行う。
- 複数の都道府県等を対象に、審査実務に関するヒアリング調査を実施し、認定判断基準や制度運用の実際、医薬品処方との関係について整理する。これらの質的情報を、レセプトデータ分析結果と突き合わせることで、数値の背後にある制度的・実務的要因の解釈を深める。

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。

④精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム

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。平成26年には精神保健福祉法に基づく「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」において、この理念を支えるための精神医療の実現に向けた、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も示されている。
- 平成29年2月の「**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、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育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」**（※）の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与
- 「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けた取組を各地域が積極的かつ円滑に進められるようにするためには、**国においても同システムの構築に向けた具体的な取組を総合的に展開**していくことが必要である。
このため、**「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向け、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組をとりまとめた。**

令和 4 年改正における包括的な支援体制の整備

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けては、精神保健福祉法のみならず、医療法、社会福祉法、障害者総合支援法、介護保険法、母子保健法、児童福祉法等の様々な法律が関連しており、これらの法律に基づくサービスや支援等が精神障害者等に適切に提供される必要がある。
- これらのサービス・支援等を、精神障害者等の置かれた状態を踏まえ適切につなげるためには、自治体や保健所等による相談支援が包括的に実施されることが重要である。
- 令和 4 年の精神保健福祉法の一部改正では、こうした理念の実現を図るため、第 6 章「保健及び福祉」第 2 節「相談及び援助」において、以下の規定が定められた。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（抄）

（精神障害者等に対する包括的支援の確保）

第四十六条 この節に定める相談及び援助は、精神障害の有無及びその程度にかかわらず、地域の実情に応じて、精神障害者等（精神障害者及び日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱えるもの（精神障害者を除く。）として厚生労働省令で定める者をいう。以下同じ。）の心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として、行われなければならない。

（相談及び援助）

第四十七条 （略）

5 都道府県及び市町村は、精神保健に関し、**第四十六条の厚生労働省令で定める者**及びその家族等その他の関係者からの相談に応じ、及びこれらの者に対し必要な情報の提供、助言その他の援助を行うことができる。

（都道府県の協力等）

第四十八条の三 都道府県は、市町村（保健所を設置する市を除く。）の求めに応じ、（中略）市町村が行う業務の実施に関し、その設置する精神保健福祉センター及び保健所による技術的事項についての協力その他当該市町村に対する必要な援助を行うように努めなければならない。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（抄）

- ・ 第三十一条 法第四十六条の厚生労働省令で定める者は、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関する課題を抱える者とする。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進

令和8年度当初予算額 ・ 構築推進事業：5.8億円（5.8億円） ・ 構築支援事業：44百万円（44百万円） ※（）内は令和7年度予算額

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

※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

【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。

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】国

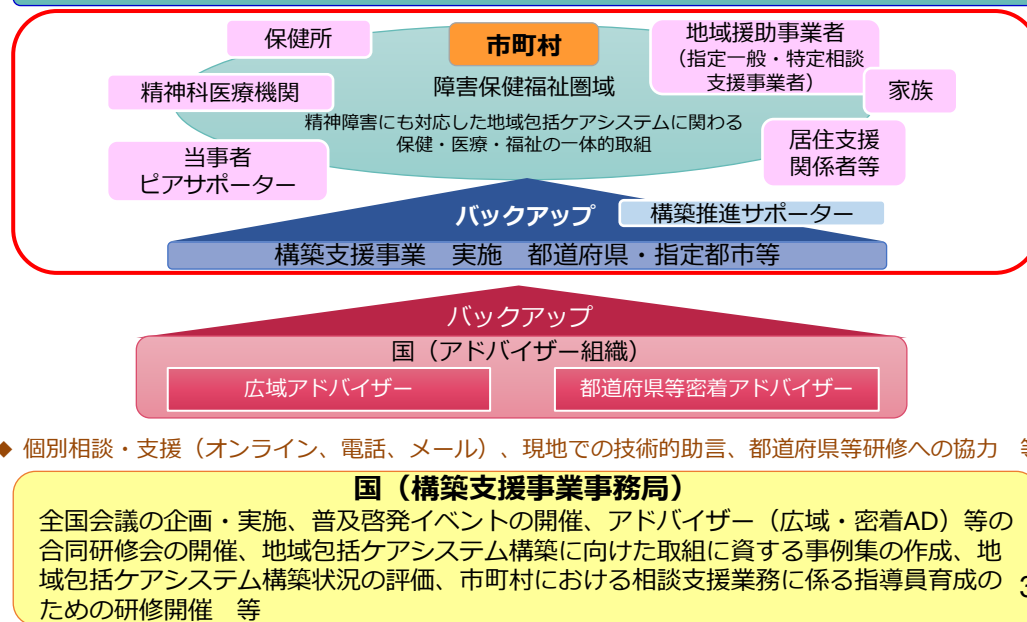
- 国において、地域包括ケアシステムの構築の推進に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。
- 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーや構築推進サポーター等と連携し、障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）及び市町村における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。
- 関係者間で情報やノウハウを共有するため、ポータルサイトの設置等を行う。

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



①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業）

※ 地域生活支援事業に含まれる事業やその他の補助事業のうち、国として促進すべき事業について、「地域生活支援促進事業」として特別枠に位置付け、5割等の補助率を確保し、質の高い事業実施を図るもの。

- 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、市町村、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。

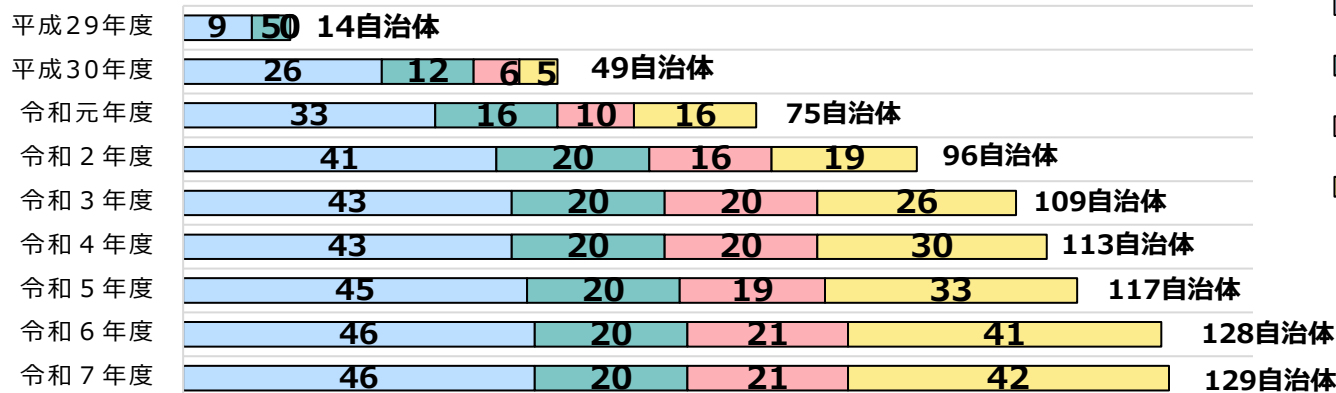
また、精神障害者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進めていく必要があることから都道府県等は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや、地域の課題を共有化した上で、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

＜実施主体＞ 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

【事業内容】（1のうち協議の場の設置は必須とする）

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

【これまでの実績】



都道府県

指定都市

特別区

保健所設置市

（※1）特別区及び保健所設置市は平成30年度より実施主体に追加

（※2）当該事業を活用していない都道府県等においては、別の補助金や都道府県等の独自の財源により、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している自治体もある。

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

- 国において、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の共有化を図るため、ポータルサイトの設置等を行う。

1.アドバイザーの主な役割

<広域アドバイザー>

- 保健・医療・福祉それぞれの分野における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に係る取組の実践経験を活かし、同システムの構築に係る取組が推進されるよう、都道府県等の担当者及び都道府県等密着アドバイザーや構築推進サポーター等に対し相談・助言・支援を行う。

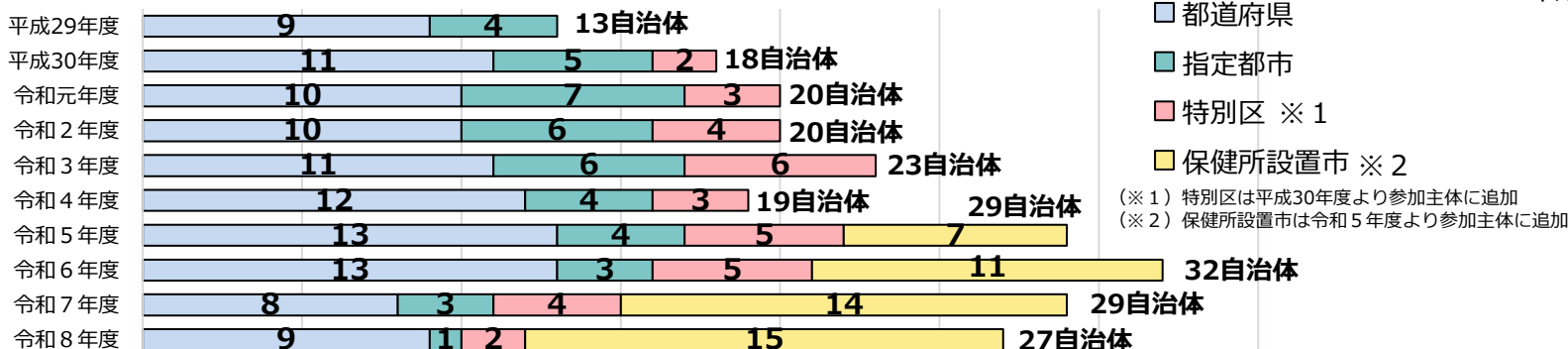
<都道府県等密着アドバイザー・構築推進サポーター等>

- 都道府県等の担当者及び広域アドバイザーと協力しながら障害保健福祉圏域及び市町村における課題解決に向けた具体的な相談・助言・支援を行う。

2.都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市の主な役割

- 「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実践
- 障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）や市町村の取組状況の把握、事業メニュー活用の検討
- 都道府県等密着ADの選定・国への推薦または構築推進サポーターの活用促進
- 全国会議への参加
- 事例集の作成等、当事業への協力

【これまでの実績】



平成29年度からの累計参加自治体数

都道府県	28
指定都市	11
保健所設置市	21
特別区	10
計	70

⑤その他

精神保健福祉相談員

概要

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第48条に基づき、都道府県及び市町村は、精神保健福祉センター及び保健所その他これらに準ずる施設に、精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談に応じ、並びに精神障害者等及びその家族等その他の関係者を訪問して必要な情報の提供、助言その他の援助を行うための職員（精神保健福祉相談員）を置くことができる。

資格要件

精神保健福祉相談員は、以下の者のうちから、都道府県知事又は市町村長が任命する。

- ① 精神保健福祉士
- ② 学校教育法に基づく大学において社会福祉に関する科目又は心理学の課程を修めて卒業した者であって、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識及び経験を有するもの
- ③ 医師
- ④ **厚生労働大臣が指定した講習会の課程**を修了した保健師であって、精神保健及び精神障害者の福祉に関する経験を有するもの
- ⑤ 前三号に準ずる者であって、精神保健福祉相談員として必要な知識及び経験を有するもの

主な改正点

- 保健師のほか、自治体の判断で相談支援を行う保健師以外の職員も受講対象とすることが可能。
- 講習科目は、受講生が参加しやすいよう、演習を含む11科目、その時間数は合計22時間以上と大幅に短縮。
- 自治体等の負担軽減、質の標準化を図るため、講義は動画視聴も可能とし、オンラインを活用しての実施も差し支えない旨を明記。
- 質の標準化を図るため、各講習科目の到達目標を新たに明記することにより、本講習会の受講者のゴールを明確化。

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第十二条第三号に規定する講習会の指定基準等について」（令和5年11月27日障発1127第10号）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001172846.pdf>

講習会の参考資料等

https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/seminar/12_3.html

精神保健福祉相談員について

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/seishinhokenfukushisoudanin.html>

心のサポーター養成事業

令和7年度予算額
27,546千円

令和8年度当初予算額
19,736千円

- 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

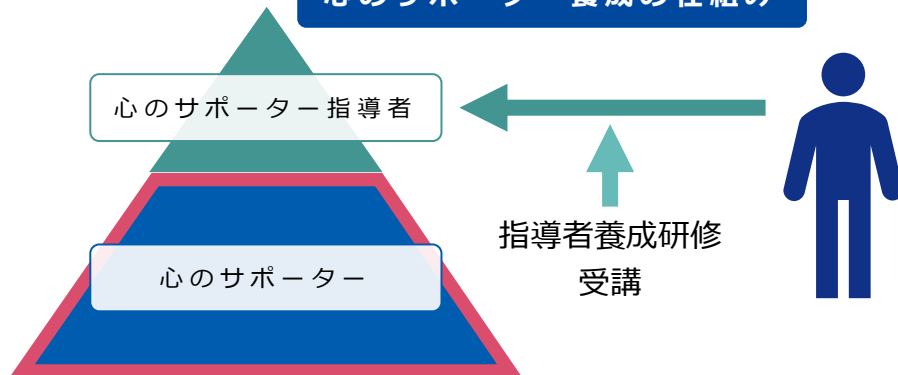
◎心のサポーター指導者

- 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

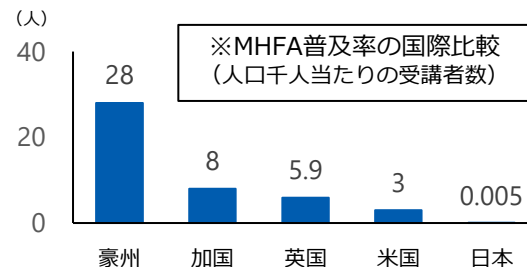
心のサポーター養成の仕組み



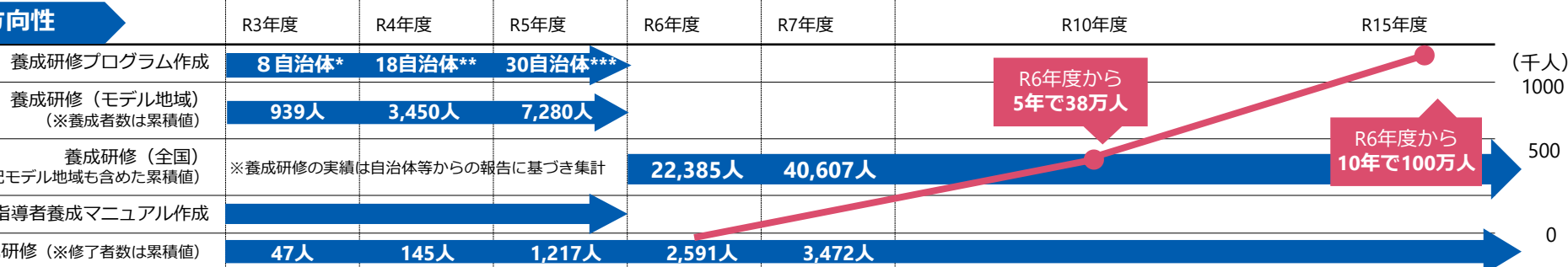
- 医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師等の国家資格を有しており、精神保健に携わる者
- メンタルヘルス・ファーストエイド等の心の応急処置に関する研修を既に受講している者 等

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）



今後の方向性



*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

精神科救急医療体制整備事業

令和7年度予算額 1,550,000千円 → 令和8年度予算額 1,570,000千円
※依存症医療連携事業分2.0億円を除く

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】

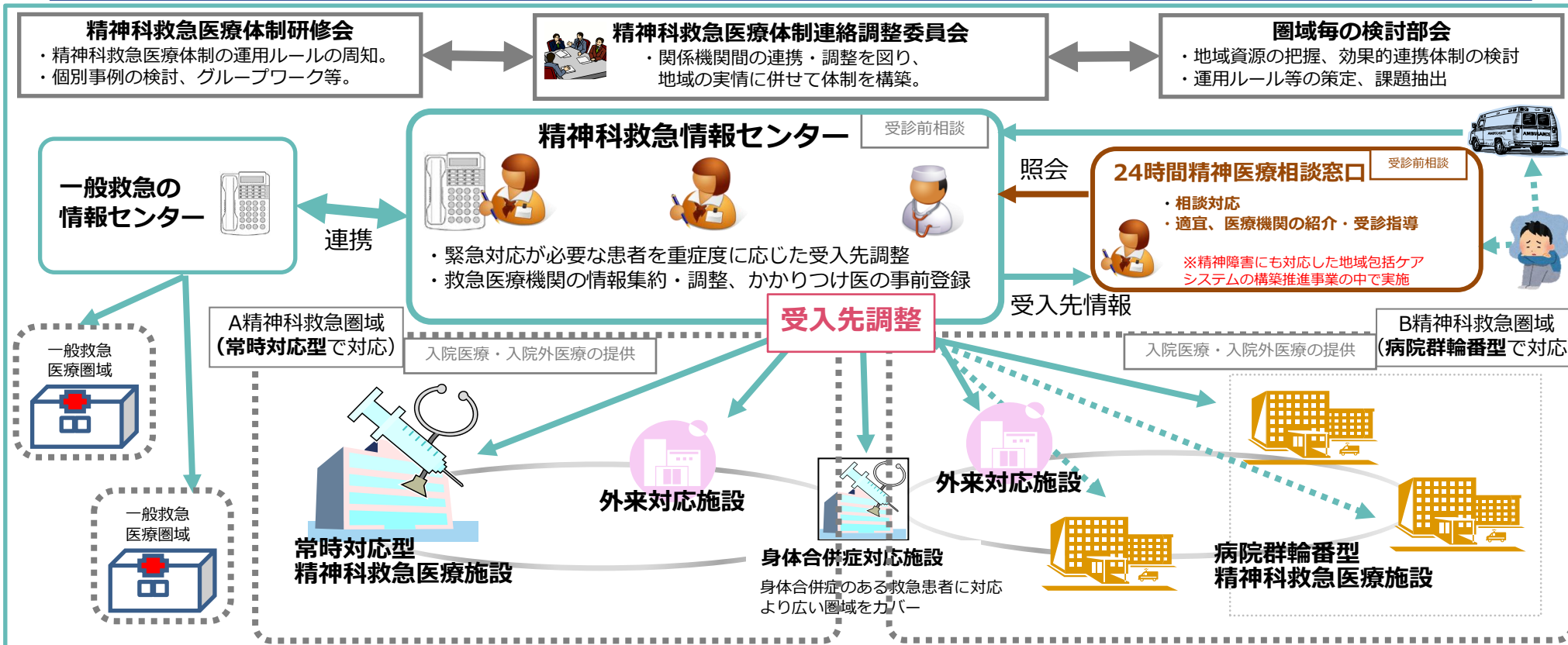
- ・精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- ・精神科救急情報センターの設置
- ・精神科救急医療確保事業

【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。



各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

精神科救急医療体制の都道府県別の状況（令和7年度）

都道府県	精神科 救急医療 圏域数	医療施設分類				精神科救急医療施設分類			
		大学病院	総合病院	精神科 専門病院	診療所	常時 対応型	輪番型	合併症型	外来 対応型
北海道	8	0	33	82	1	6	81	52	0
青森県	6	0	3	16	0	0	19	0	0
岩手県	4	1	0	14	0	4	11	1	0
宮城県	1	2	1	23	0	1	26	0	0
秋田県	3	0	2	12	0	1	13	2	0
山形県	3	0	1	8	0	5	9	0	0
福島県	4	0	1	23	0	2	24	0	0
茨城県	2	1	0	29	0	2	27	1	0
栃木県	1	0	0	19	0	1	18	0	0
群馬県	1	0	0	16	0	3	15	0	0
埼玉県	2	2	0	33	40	5	30	0	40
千葉県	12	1	4	30	0	14	30	0	0
東京都	4	0	6	40	41	3	40	7	41
神奈川県	1	3	6	42	6	6	45	0	6
新潟県	2	0	3	22	0	2	25	0	0
富山県	1	1	5	18	0	0	24	0	0
石川県	2	1	2	12	0	2	13	0	0
福井県	1	0	2	6	0	1	8	1	0
山梨県	1	0	1	9	0	1	9	0	0
長野県	3	0	4	16	0	4	16	0	0
岐阜県	2	0	0	14	0	2	14	0	0
静岡県	7	0	1	10	0	5	6	1	0
愛知県	1	0	1	40	0	9	32	0	0
三重県	2	0	0	14	0	0	12	0	0

都道府県	精神科 救急医療 圏域数	医療施設分類				精神科救急医療施設分類			
		大学病院	総合病院	精神科 専門病院	診療所	常時 対応型	輪番型	合併症型	外来 対応型
滋賀県	3	0	2	8	19	0	10	0	19
京都府	2	2	1	12	0	2	15	2	0
大阪府	8	0	1	39	0	11	40	0	0
兵庫県	5	2	4	34	0	1	34	2	3
奈良県	1	1	0	8	0	2	7	1	8
和歌山県	3	0	0	7	0	1	6	0	0
鳥取県	3	1	0	6	0	2	6	0	0
島根県	7	0	2	8	0	4	7	0	0
岡山県	2	0	0	12	0	1	11	0	0
広島県	2	0	0	5	0	1	5	0	0
山口県	4	1	0	27	0	1	26	1	0
徳島県	3	0	0	14	0	3	14	0	0
香川県	2	0	1	13	0	0	14	1	0
愛媛県	2	0	0	9	0	0	9	0	0
高知県	4	0	0	9	0	2	7	0	9
福岡県	4	1	1	73	0	9	75	0	0
佐賀県	1	0	0	17	0	1	16	0	0
長崎県	8	1	4	33	56	2	33	2	59
熊本県	2	0	1	44	0	3	44	1	0
大分県	1	1	1	20	0	1	20	1	0
宮崎県	4	1	4	28	44	1	18	1	57
鹿児島県	4	1	1	42	0	2	41	2	0
沖縄県	4	0	3	18	0	0	20	1	0
合計	153	24	102	1,034	207	129	1,025	80	242

※ 「医療施設分類」及び「精神科救急医療施設分類」は、精神科救急医療体制整備事業参画施設を集計したもの

※ 「精神科救急医療施設分類」は、常時対応型と合併症型等の分類を兼ねている医療施設があり、各分類の合計は「医療施設分類」の合計と一致しない

精神保健福祉士

資格の定義

精神保健福祉士は、精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）に基づく名称独占の資格であり、精神保健福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、若しくは精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談又は精神障害者及び精神保健に関する課題を抱える者の精神保健に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者をいう。

主な配置先

病院（精神科病院、一般病院）、診療所、障害者支援施設、障害福祉サービス等事業所、行政機関（精神保健福祉センター、保健所）、保護観察所 等

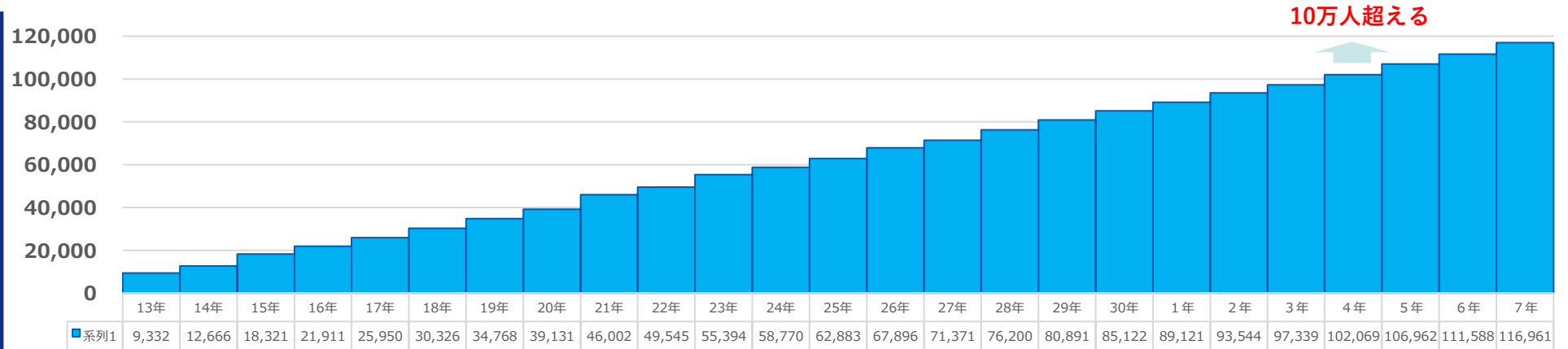
有資格者の登録状況

116,961人
(令和8年3月末現在)

指定試験機関・指定登録機関

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター
根拠：精神保健福祉士法
第10条（試験事務）
第35条（登録事務）

資格登録状況



※年度末時点の登録状況