提言書（第一次案）

「安心して病める」
だいじょうぶなインクルーシブ社会を

あたりまえの精神保健医療福祉に向けた基本



これからの精神保健医療福祉を考える会

1.「安心して病める」だいじょうぶなインクルーシブ社会を

日本で精神疾患のために医療機関を受診している方は615万人です。国民の20人に1人が精神疾患で治療中です。受診していない方も含めるとさらに多くなります。しかし、メンタルヘルスについての保健医療福祉の体制は、そのニーズに応えられていません。

「こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に」、これは令和6年版厚生労働白書のメインテーマです。そこでは、「こころの健康は、人間の健康を支える土台であるとともに、社会とのつながりにも深く関係している」とされています。そうした社会を目指す「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助けあい、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した」社会の仕組みを目指しています。こころの不調である精神疾患は、医療法で5疾病のひとつとして国民病に位置づけられています。これらは、「『安心して病める』だいじょうぶなインクルーシブ社会」に向けた提唱と言えます。

そうしたメンタルヘルスのあり方に向けて、具体的で実現可能な取り組みが求められていると考えた当事者・家族・支援者・医療者が、「これからの精神保健医療福祉を考える会」として集まり、多くの方が力を合わせることを願ってこの提言をまとめました。



2. あたりまえの精神保健医療福祉の三つの理念
（人権・自己決定・社会参加）

国連の障害者権利条約は、障害や困難の有無にかかわらず誰もが（権利と平等）、生活と人生を自分で選択し（自己決定）、そのために必要な支援を受けて社会で暮らすことができる（社会参加）ことを求めています。「『安心して病める』だいじょうぶなインクルーシブ社会」に向けた取り組みには、この障害者権利条約に対応する理念があります。

第一は、**人権**についての理念です。「障害や困難の有無にかかわらず誰もが人として尊重される」という基本です。誰もが自分らしく地域で暮らすという当たり前を社会の責任で実現し、その社会経済的な基盤を社会が保障し、精神医療を医療一般のなかに位置づけて別扱いとはしないという、権利と平等についての考え方です。

第二は、だいじょうぶな社会に向けた精神保健医療福祉についての**自己決定**の理念です。「当事者や家族や住民のニーズに応えた、利用者が主体となり自己決定する制度」を目指します。こころの不調の特性に応じて、自己決定支援も保障します。

第三は、インクルーシブ社会についての理念です。「障害や困難の有無に関わらず誰もが参加し力を発揮できる社会」を目指します。こころの不調は、精神疾患だけでなく、身体疾患に伴って生じたり、また悩みやストレスなど心理にもとづいたり、さらに孤立や逆境など社会的な状況が背景となったりします。こうした幅広いこころの不調に必要な支援を、精神保健医療福祉が社会として提供することで、**社会参加**と力の発揮を実現します。

「福祉」が目指すのは、この3つの理念にもとづく「『安心して病める』だいじょうぶなインクルーシブ社会」です。その実現に必要な専門的な方法手段が「医療」です。こうして取り組む未来を、社会モデルの視点から次のように考えることを提案します。



3. だいじょうぶなインクルーシブ社会の実現に向けて

① 暮らしを支援する（障害福祉・介護）

こころが不調になると「地域で安心して自分らしく暮らす」という生活の基盤が損われることがあります。暮らしについての願いや希望を諦め忘れかけている時、家族だけが支え手で社会とのつながりが少ない時、精神科病院に長く入院している時などです。
そうした人に、地域生活の実際や役立つ情報が地域にいる支援者やピアサポーターから伝えられる、それにもとづいて自分の暮らしを選択できる、一人一人に合わせた支援が生活の場に届く、自分のペースで生活を送れる、そうした支援が必要です。

② 住まうを支援する（居住支援）

こころが不調になると、どこでどのように住むかという居住の自由が、実現しにくくなります。日々の暮らしの手助けや経済的な理由により、家族との同居しか選択がなくなりがちです。また精神障害者を病院や施設に収容する国の施策のために、地域社会から隔離された暮らしを長く強いられ、近隣との関係を結びにくい場合もあります。
希望に応じて暮らしの場を選択できる、ハウジングファーストとしてまず住居が準備される、暮らしのための身の回りやその人に合わせた人的な支援がある、住居や支援が経済的にも保障されている、障害や疾患の特性に応じて近隣の人たちから合理的配慮を受ける仕組みがあるなどにより、居住について選択の幅が広がることが求められます。

③ 社会に参加する（就労・居場所・所得保障）

こころの不調に応じて、社会への参加の仕方についての希望はさまざまです。
就労の希望がある場合には、その希望と心身の調子に合わせた働き方と働く場を提供する仕組みが求められます。働けるようになってから職場を探すのではなく、まず働く場を確保したうえで働き続ける支援を提供します。就労時間の短縮、担当する業務の内容への配慮、職場でのサポート体制があれば、働く可能性が広がります。
就労の希望があっても、ハードルが高いと感じる場合があります。長年働く中で調子を崩した人、若い頃に調子を崩して働いた経験のない人、入院や家から出られない生活が続いた人などです。そうした人でも、安心して自分らしく働ける支援の仕組みが必要です。
働く希望が持てない、あるいは働く自信が持てない場合には、就労とは別の形で社会参加できる仕組みが必要です。日中を過ごせる居場所、そこでの社会との交流の仕方など、 本人の希望に応じた社会参加を、さまざまな形で提供することが求められます。
就労の有無にかかわらず、「安心して自分らしく暮らすことができる」ための所得の保障は不可欠です。障害年金は成人が独立した暮らしをするには不十分で、生活保護は「暮らすことができる」が優先で、「安心して自分らしく」には至っていません。だいじょうぶなインクルーシブ社会の実現のためには、所得保障制度の根本的な見直しが必要です。

④ 地域と結びつく（助け合い・公的支援・地域保健）

暮らしている地域と「安心して自分らしい結びつき」をもち、地域の助け合いの輪の中に居られるよう、希望に応じた形で地域と結びつく機会と場を、地域や行政が提供できる仕組みが求められます。そうして培われた結びつきをもとに、「地域の助け合い」が機能します。そこでは、誰もが「助ける」「助けられる」の両方の役割をもちます。「地域の助け合い」は「公助を基盤にした共助」であり、共助を可能にする公助が前提です。
そうした地域の取り組みの基盤となるのが地域保健で、地域の住民の健康を公的に責任をもって支える保健所や精神保健福祉センターの機能の強化が不可欠です。

⑤ 家族も支援する（家族扶養から社会扶養へ）

こころの不調の支援は社会が担う、その肩代りを果たしている家族を社会が支援する、家族を介護者としてではなく社会に生きる一人の市民として支援する、そうした家族支援の仕組みが必要です。こころの不調となった人の暮らしと社会経済的な支援の多くを家族が担い、本来は社会が担う役割の代わりを果たしているのが、日本の社会保障の仕組みです。精神疾患の場合は、非同意入院にあたっての代理同意まで求められます。そうした家族を支援する制度が福祉にも医療にもなく、適切な情報や支援が得られないままに家族だけで抱え込み、介護離職にまで至ることがある現状を変える必要があります。

⑥ 啓発とリテラシー（偏見と差別の解消）

以上に述べた地域での暮らしを進めるうえでは、啓発が鍵になります。啓発は、精神疾患についての知識の普及や学校での精神疾患教育だけではありません。一緒に地域生活を送り、じかに接するなかで、精神疾患やそれによる生活の困難を実感し、暮らし・住まう・社会参加・家族・地域との結びつきについて体験し行動がとれるようになることです。そうした啓発を通じた偏見や差別の解消が、早期支援を可能にします。



4. だいじょうぶな社会を支える医療

（ニーズに応える精神医療）

①メンタルヘルス体制に求められているもの（国民のニーズ）

医療は、「『安心して病める』だいじょうぶなインクルーシブ社会」で自分らしい暮らしを地域で送るための基盤です。
こころの不調を感じた時、本人や家族が適切な支援につながることが困難な状況があります。身近で気軽に相談できる、つながれる、正しい役立つ情報が得られる、地域の仕組みが必要です。
外来医療に求められるのは、十分な診療時間、短い初診待ち、心理社会的治療の十分な提供、暮らしの場へ医療を届けるアウトリーチ、地域の暮らしを支える機能です。

入院医療は、医師や看護師の数が少ないという法制度の差別（いわゆる精神科特例）のため、入院が長期化し、地域生活への移行が進まず、家族負担が大きく、疾患の特徴に応じた専門医療の提供が乏しい現状があります。

身体疾患における精神心理に対応するリエゾン医療については、医療と行政における適切な位置づけと、医療一般のなかでの役割の十分な評価が求められます。

②精神医療を方向づける仕組み（法律と診療報酬）

こうした日本の精神医療のあり方は、2つの要因で規定されています。

ひとつは、医療法や精神保健福祉法などの法律です。これらの法律について、障害者権利条約にもとづいて国連から2022年に日本政府に提出された総括所見では、非自発的医療の見直し、精神医療の一般医療化、人権モデルの推進が勧告されました。
法律という制度について、大きな変化が国際的に求められています。

精神医療を規定するもうひとつの要素は、診療報酬をはじめとする医療経済です。精神科医療機関の大部分は民間で、精神医療の内容についての国の方針は診療報酬による誘導で実現されます。
医療費約48兆円のうち精神医療は約2兆円で、その約3/4が入院医療です。人口減少・少子化・疾病の変化・精神医療の進歩により入院患者数の減少が進み医療経済の状況が変化してきたことで、精神医療のあり方が大きく変わり始めました。

5. 動き始めた精神医療改革

（求められるアクション）

近年、人口減少や財政逼迫という国の基盤の変化にもとづき、医療の体制変革と医療費削減に向けた大きな変化が求められています。2025年に医療法が改正され、医療について国は、15年という長期的な「地域医療構想」にもとづいて、計画を立案し政策を進めることになりました。2027年度から取り組みを始め、2040年に向けて改革を進めます。そこでは入院医療だけでなく、外来医療、在宅医療、介護との連携を含めた、医療提供体制全体の再編が行われます。そうした長期的で全体的な方針のもと、精神医療について厚労省は「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」において「精神疾患に係る医療提供体制の方向性の整理」を示し、その方向性の第一歩が2026年の診療報酬改定としてすでに具体化されました。精神医療改革が動き始めたことになります。

こうして、精神医療の変革に向けた国の長期的な動きが始まり、基本的な枠組みの急速な変革が不可避となっています。その具体的な内容は、別添えの資料にまとめました。そうした状況のもと、精神医療については先に挙げた3つの理念にもとづく長期的で継続的な取り組みと、精神医療の現状を一歩でも良くする近未来に向けた具体的な取り組みとの両者が迫られています。そのためには、①当事者をはじめ国民の声をまとめる国の会議の場、②その声にもとづく精神医療の近未来の具体化、③メンタルヘルスの理念を実現するための基本法の整備が必要です。そうした具体的なアクションが求められる時代状況を共有し、多くの仲間と力を合わせて取り組めることを願い、この提言をまとめました。

1. 精神医療についての国の方向性

1.1. 医療についての長期的な方針

2025年に医療法が改正され、医療について国は、15年という長期的な見通しである「地域医療構想」にもとづいて、計画を立案し政策を実現する方針をとることになりました。　それに先立つ期間が2025年で終了し、次の期限である2040年に向けて改革が進められます。

2026年度までに計画を立案し、2027年度から取り組みを開始することになっています。そこでは、これまでの病床機能の議論に加えて、外来医療、在宅医療、介護との連携を含めた、医療提供体制全体の再編を行うことになっています。

1.2. 精神医療についての方向性

そうした長期的な方針のもと、厚労省の「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」において「精神疾患に係る医療提供体制の方向性の整理」が示されました（2025年12月改訂）。

そこでは入院機能は、救急を含む急性期についての急性期機能と、「やむを得ず急性期を超えた患者」にも医療を提供する機能に分けられ、その具体的な姿の例として、「小規模な病院」が挙げられています。
「高齢の長期入院者への退院支援」については、「一般的な地域移行の取り組みが前提」とされています。

また外来機能は、「精神科におけるかかりつけ医機能」にもとづいて、「地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しあいながら面として確保」するとされています。さらに、「未治療者、治療中断者やひきこもり状態の者」については「行政が担うアウトリーチ支援を充実する」ことが目指されています。
ここで示された方向性は、2026年の診療報酬改定において「質の高い精神医療の評価」として具体化され、すでに実現に向けた動きが始まっています。例えば「小規模な病院」については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する小規模多機能病院」のなかで、基準のひとつとして100床が明示されました。

1.3. 厚生労働科学研究での準備

こうした方向性に向けた準備が、厚労省における研究という形で進められています。厚生労働科学研究・障害者政策総合研究事業においてこの数年で公募された課題には、例えば「精神保健医療福祉を取り巻く環境に係る中長期的な変化等を見据えた精神保健医療福祉体制の構築」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における入院医療による支援」「精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及」などが挙げられています。こうした研究の成果が、今後の施策に生かされることになります。

2. 精神医療を規定する仕組み

2.1. 法律と障害者権利条約

現場の精神医療を規定しているものは2つあります。そのひとつは、医療法や精神保健福祉法などの法律です。

これらの法律について、障害者権利条約にもとづいて国連から日本政府に2022年に提出された総括所見において、非自発的入院や強制的治療を合法化している精神保健福祉法や医療観察法の廃止、精神科病院での期限の定めのない入院の中止、障害による差別なく地域で生活ができる脱施設化など人権モデルの推進、精神保健医療を一般医療から分離する制度の解体が勧告されました。

つまり、非自発的医療の見直しと、精神医療の一般化が求められたことになります。

これら立法措置が必要な内容は上記の検討会の対象となっていませんので、今後対応が検討されることになります。精神保健福祉法という名称に「医療」が含まれていないのは、非自発的入院や隔離や拘束などが医療そのものではなく、医療を行ううえでの社会的措置であることの反映でもあります。

2.2. 医療経済と診療報酬

現場の精神医療を規定するもうひとつの要素は、診療報酬に代表される医療経済です。日本の精神科医療機関の大部分は民間ですので、精神医療についての国の方針は診療報酬を通じた誘導で実現されることになります。

日本の医療費48兆円のうち精神医療は約2兆円と約6%であり、その3/4が入院医療にあてられています。入院患者数は、人口減少・少子化・疾病構成変化・精神医療の進歩により減少が進むと推計されており、80%という現在の精神病床の稼働率はますます減少していくことになります。

この入院医療費を他の診療科と比較すると、1床あたりで1／3程度であることが総合病院のデータで示されています。いわゆる精神科特例に対応した数字で、入院精神医療の充実を阻む要因となっています。

それは、精神医療の一般医療化を進めるうえでの障害であり、さらには医療経済のうえでの精神疾患についての差別となっています。こうした状況を背景に、入院医療の大半を担う日本精神科病院協会は地域医療構想に参入することを2024年に表明しました。

また国レベルでは、精神病床に限らず国が病床を1床400万円あまりで買い上げる「病床数適正化支援事業」が進んでおり、さらに社会保障改革の一環として精神病床を約5万3000床削減することが主要3政党で合意されています。

このように、精神医療の医療費をめぐる状況が急速に変化してきています。

3. これから求められる精神医療改革の取組み

3.1. 利用者が主体となった精神医療改革の取組みを

以上述べてきたように、精神医療は大きな変革の時期を迎えています。その方向性について、すでに国も医療機関も検討を始めていますが、最も大切なのはメンタルヘルス体制の利用者である国民のニーズです。

そのニーズに応える取組みを進めることが求められますが、精神医療が大きな変革の時期を急速に迎えてきていることが多くの関係者から見過ごされている現状があります。

3.2. 知る、共有する、広げる、利用者が主体となった取組みを

精神医療改革の取り組みを進める第一歩は、ここで紹介したようなメンタルヘルスの現状、メンタルヘルスを規定している要因、変革で目指すべき理念について、改めて認識を広げることです。「日本の精神医療は変わらない」という状況ではなくなってきています。

次いで、そうした認識を関係者で共有し、情報を発信して国民に広げ、賛同者を広げることが求められます。まさしく、厚生労働白書の「こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に」に向けた取り組みです。
そうした取り組みを具体化するために必要となってくるのは、以下のようなことになります。

(1) **目標の明確化**：精神医療改革の短期目標と長期目標を明確にして、誰にでも理解しやすい簡潔なメッセージにまとめる。

(2) **体制の確立**：取り組みを進める組織のあり方を検討し、事務局を整備し、実行に必要な財政基盤の見通しをつける。

(3) **改革の具体化**：精神医療改革の手順を具体的に考え、その行程とタイムスケジュールを立案する。

(4) **情報の発信**：取り組みを共有し広めるための情報発信プラットフォームを確立する。

提言書（第一次）

「安心して病める」だいじょうぶなインクルーシブな社会を

あたりまえの精神保健医療福祉に向けた基本

2026年9月29日

共同代表　堀合悠一郎　岡田久実子　福田正人

発起人　赤池千明　氏家憲章　大澤美紀　小幡恭弘　加藤康士　佐々木和敏
佐藤晃一　澤口　勇　三瓶芙美　清水宏一　庄司　完　新銀輝子　原 龍治
藤井克徳　増子徳幸　増田一世（50音順）



発行　これからの精神保健医療福祉を考える会

事務局：公益社団法人やどかり情報館内　(埼玉県さいたま市見沼区染谷1177-4)
e-mail:johokan@yadokarinosato.org