

第2章 高齢者及び障害者施策の推進

我が国は、医学の進歩や生活環境の改善等により平均寿命が延びて世界有数の長寿国になりました。しかし、高齢者が未永く健康に暮らすためには、健康寿命を延ばすことが必要です。

健康づくりは本人による主体的な取組が基本ですが、高齢者や障害・難病のある方々が自立して社会参加がしやすくなるような環境づくりも欠かせません。

高齢者や障害・難病のある方々はもちろん、全ての世代の住民が経験と能力を活かして活躍できる場所があることが大切です。地域で支え、また支えられながら、自らが望む生き方を主体的に選び、安心して暮らし続けることができる高齢者及び障害者施策の推進が求められています。

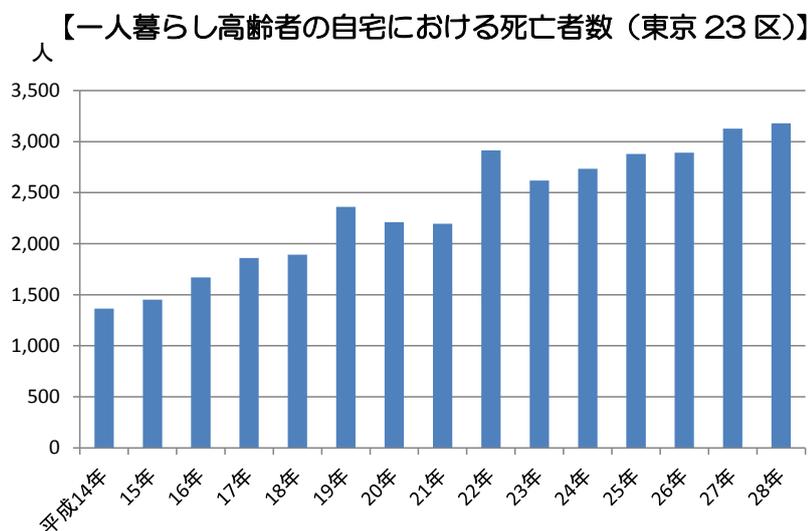
第1節 高齢者の保健福祉

現状と課題

高齢化の進行

- 日本は世界有数の長寿国となりましたが、高齢者人口の増加に伴い介護が必要な人が増加しています。そこで、健康づくりの目的も「長く生きること」から「より高い生活の質をもって長く生きること」へと変化しており、圏域でも健康寿命の延伸に向けた取組や地域ケアシステムの整備が進められています。
- 平成27年の国勢調査では、都の総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合は22.7%でしたが、圏域の高齢化率は24.0%と都よりも高く、今後も高い比率で推移していくと予測されています。また、都の将来人口推計によると、高齢化率が2025年（平成37年）には都で23.0%、圏域で25.4%、2040年（平成52年）には都で27.7%、圏域で31.9%になると推測されています。さらに、2020年（平成32年）以降は、圏域における後期高齢者（75歳以上）の数が前期高齢者（65歳以上75歳未満）の数を上回ると見込まれています。
- その一方で、高齢者の単独世帯数も増加しています。圏域における65歳以上の高齢者単独世帯数は、平成27年の33,019世帯に対し、2035年（平成47年）には44,917世帯と約1.4倍に増加すると見込まれています。
また、一般世帯に占める高齢者単独世帯の割合についてみると、2035年（平成47年）には都で15.3%、圏域で15.4%になると推計されています。

- 家族と世帯をともにしない高齢者単独世帯は、少子化や子供の未婚率の上昇などを背景にして増えています。一人暮らしの高齢者が直面している大きな問題は、社会からの孤立と「孤独死」です。東京23区内に一人暮らしをしている65歳以上の高齢者が、自宅で死亡していることが発見されたケースは、平成14年に1,364人でしたが、平成28年には3,179人と、約2.3倍になっています。



出典：東京都監察医務院 統計データベース

- 子や孫に囲まれて暮らす我が国の高齢者の伝統的な姿が大都市部を中心に急速に消えつつあり、身近な家族からの援助が難しい高齢者が増加して高齢者福祉ニーズが加速度的に増大しています。これからは、高齢者単独世帯の要介護者・要医療者への支援が重要になると考えられます。

地域包括ケアシステムの推進

- 平成12年4月にスタートした介護保険制度は、平成16年の法改正で予防給付・地域支援事業、地域密着型サービス等予防を重視した内容が盛り込まれました。平成23年の法改正からは、重症化した場合でもできる限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、「地域包括ケアシステム構築の推進」に向けた重点的な取組が進められています。
- また、「地域包括ケアシステムの強化のための『介護保険法』等の一部を改正する法律」（平成29年6月2日公布）では、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする」とされました。地域住民による地域福祉活動への参加促進など、地域福祉活動の深化・推進が求められています。
- 都は、平成30年3月に策定した「東京都高齢者保健福祉計画」（平成30年度～平成32年度（2020年度））で、地域共生社会の実現を視野に、高齢者等ができる限り住み慣れた地域で日常生活を継続できるよう、適切な医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するとしています。

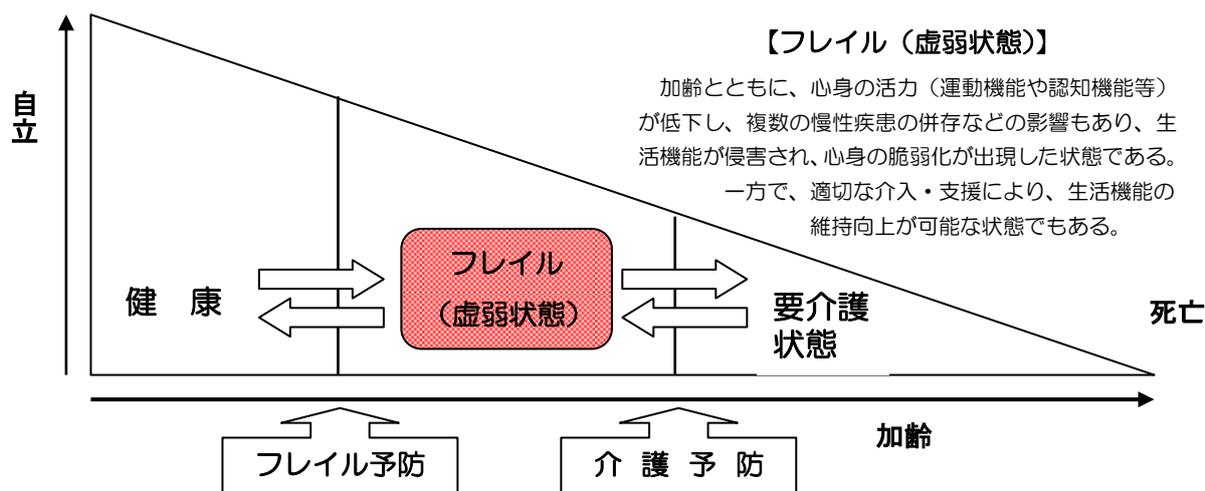
- さらには、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能を強化していく必要があることを踏まえ、区市町村における「地域マネジメント」の推進に対して積極的な支援を行うこと、東京都保健医療計画との整合性を確保し、高度急性期から在宅医療・介護まで一連のサービス提供体制の一体的な確保を図ることとしています。
- 圏域各市では、高齢者福祉施策と介護保険施策を総合的に推進するため、3年を1期とする、「高齢者福祉計画・介護保険事業計画」を策定しています。介護保険事業計画は、第6期（平成27年度～平成29年度）から、「地域包括ケア計画」として位置付けられ、2025年（平成37年）までの各計画期間を通じて地域包括ケアシステムを段階的に構築することとしています。
また、各市では、地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、地域包括ケアシステムの構築に向けて在宅医療及び介護連携の現状・課題の抽出、対応策等の検討が進められています。

高齢者の特性を踏まえたフレイル対策

- 平成27年5月26日に国の経済財政諮問会議が開催され、厚生労働省から「中長期視点に立った社会保障政策の展開」が示されました。その中の重点改革事項として、「保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現」があげられ、現役世代からの健康づくりの推進に加え、高齢期の疾病予防・介護予防等の推進「高齢者の虚弱『フレイル』に対する総合対策」が示されました。
- また、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）において、フレイル対策を推進すること、がん対策の取組を一層推進することが盛り込まれました。さらに、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）において、後期高齢者医療における保健事業の在り方が検討され、平成30年度からフレイル対策の全国展開を図ることが盛り込まれました。
- これらを受けて、厚生労働省の、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン暫定版」（平成29年6月）では、後期高齢者の特性を踏まえた保健事業に求められる4点が示されました。

①	体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養等のフレイルに着目した対策が必要
②	生活習慣病の発症予防というよりは、重症化予防等の取組がより重要
③	再入院の防止や多剤による有害事象の防止（服薬管理）が特に重要
④	専門職によるアウトリーチを主体として、対象者一人ひとりに応じた個別の介入支援（栄養指導など）に取り組むことが適当

- このように、後期高齢者は前期高齢者と比べて加齢に伴う虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行する傾向があります。複数の慢性疾患を保有する後期高齢者は、フレイルに着目した対策に重点を置き、あわせて生活習慣病の重症化予防等にも取り組むことが必要です。



健康寿命

日常生活動作が自立している期間

生物学的寿命

出典：厚生労働省資料「高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進について」をもとに作成

コラム

健康寿命とフレイル

「健康寿命」とは、人の寿命において、健康上の問題により日常生活が制限されることなく生活ができる期間のことです。平均寿命と健康寿命を比較すると、その差は「不健康な期間」とされ、医療や介護などが必要となる期間です。（P10 参照）この差を縮めることができれば、本人の一生において医療や介護を要する期間を減らすことにつながります。また、医療費や社会保障費を抑制することができます。

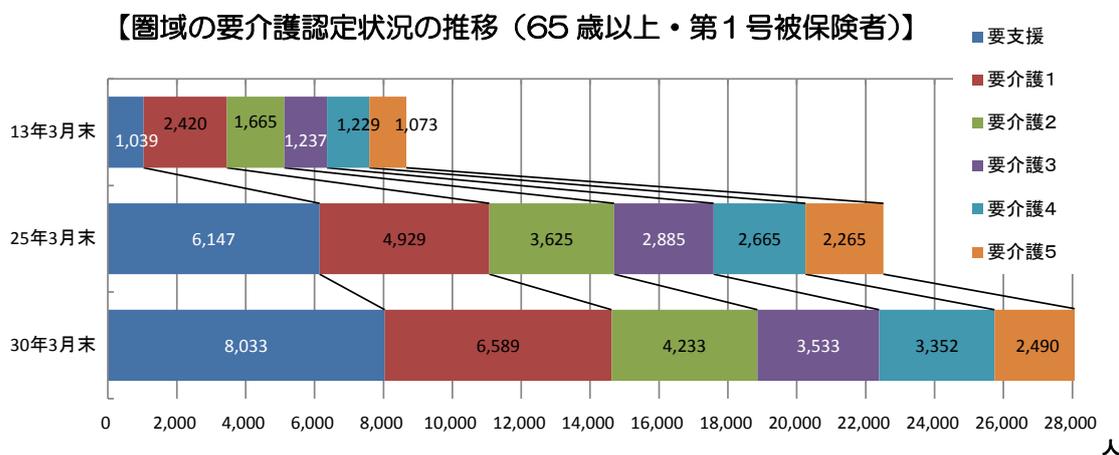
一方、「フレイル」は、要介護に至る前段階の期間を指し、近い将来に介護が必要な状態へ移行するおそれが高いと考えられます。フレイルの状態は目立って日常生活に支障を来しているわけではないので、何も対策を取らないと要介護状態を招いてしまいます。

しかし、たとえフレイルの状態であっても、必要な対策を講じることで、再び健康な状態へ改善することも可能です。フレイルに早く気付いて、早期に対策をとることが健康寿命を延ばすカギとなります。

フレイルを予防するには、「栄養」・「運動」・「社会参加」の三つが重要です。各市が取り組んでいるフレイル対策事業に参加してみましょう。

介護保険制度の運用状況

- 東京都福祉保健局の介護保険事業状況報告によると、平成30年3月末の介護保険の第1号被保険者（65歳以上）のうち要介護（要支援）認定者数は、都が579,233人、圏域が28,230人であり、要介護認定率は、都18.7%、圏域17.8%となっています。



- 圏域の高齢者福祉関係施設は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が29か所、介護老人保健施設が13か所（平成30年8月現在「とうきょう福祉ナビゲーション」）となっています。高齢者福祉関係施設では、日常生活支援、生活行為向上支援などの共通サービスのほかに、必要に応じて運動器機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上サービスなどを提供しています。また、要介護状態になることを未然に防ぐため、運動器機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防、うつ予防、認知症予防などのサービスを提供しています。
- 地域包括ケアシステムを構築するための中核機関である地域包括支援センターは、平成30年8月現在、圏域には47か所あり、①地域の高齢者とその家族の総合相談・支援、②介護予防ケアマネジメント、③権利擁護、④包括的・継続的なケアマネジメントを実施しています。
- 高齢期のQOLを維持・向上させるためには壮年期からの健康づくり・介護予防が重要であることから、各市では地域の実態に応じた健康づくり教室や健康相談事業などを実施しています。今後は地域の課題・ニーズをこれまで以上に的確に把握し、地域の状況に応じた介護保険事業計画を策定していくことが求められています。

認知症高齢者の増加

- 都の認知症高齢者自立度分布調査（平成25年11月）によると、要支援・要介護認定を受けている高齢者のうち「何らかの認知症の症状を有する者」は都内に約38万人（65歳以上人口の13.7%）を超えており、平成37年には約1.6倍の約60万人（65歳以上人口の18.2%）に増加すると推計されています。今後も、後期高齢者の増加に伴い認知症高齢者が急増することが予想され、地域で支える仕組みづくりが必要です。

- 国は、平成27年1月に、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定しました。新オレンジプランは、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくため、次の7つの柱に沿って総合的に取り組むこととしています。

新オレンジプラン 7つの柱

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

- 7つの柱の一つ、「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」は、認知症が私たちにとって身近な病気であることについて普及啓発等を通じて改めて社会全体で確認していくものです。その主な施策である「認知症サポーター」¹⁾については、平成30年6月末現在、圏域では36,194人が養成され、地域で活躍しています。
- 「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」は、早期診断・早期対応を軸に、「本人主体」を基本とした医療・介護等の有機的連携によって、認知症の容態の変化に応じ、適時・適切に切れ目なく、その時の容態にもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現するものです。
- 国は、「認知症疾患医療センター」の整備を進めています。都は、都内に12か所(圏域では1か所)の地域拠点型認知症疾患医療センターと、40か所(圏域では5か所)の地域連携型認知症疾患医療センターを設置し、認知症の専門医療を提供するとともに、地域の医療機関同士や医療と介護の連携を推進しています。また、専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、人材育成等を実施しています。

【圏域の認知症疾患医療センター】

地域拠点型(1か所)	立川病院
地域連携型(5か所)	たかつきクリニック、国分寺病院、新田クリニック、東大和病院、武蔵村山病院

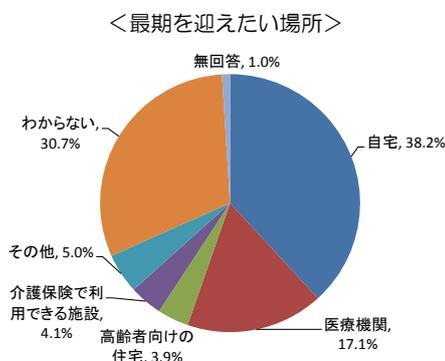
1) 認知症サポーター：認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者である。市町村や職場などで実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講した人が「認知症サポーター」となる。

- また、都はかかりつけ医への研修・助言をはじめ、地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師として認知症サポート医¹⁾の養成を進めています。圏域では62名の認知症サポート医が登録されています。(平成30年8月現在「東京都福祉保健局とうきょう認知症ナビ」)。養成研修は、独立行政法人国立長寿医療研究センターが実施しています。
- 新オレンジプランでは、早期に認知症の鑑別診断を行い、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制を構築していくため、「認知症初期集中支援チーム」²⁾の設置の促進が示されました。これを受けて、平成30年度からすべての市町村で、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に認知症初期集中支援チームを置き、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げるとともに、自立生活をサポートする取組が進められています。
- また、高齢者への身体的、心理的、経済的虐待等の増加に伴い、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が制定され、平成18年4月1日から施行されました。現在、地域包括支援センターや社会福祉協議会等で高齢者への虐待防止等に関する相談や支援を実施しており、関係機関による高齢者虐待防止ネットワークの整備も進みつつあります。

暮らしの場における看取り

- 都が平成27年度に設置した、「福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議」では、「人生の最終段階を迎えたときに、ご本人やご家族が希望する生活を送ることができるようにするために、都民に対する普及啓発や医療・介護の専門職に対する研修、看取りに対応できる多様な住まいの確保などが必要である」と提言しました。
- 超高齢社会は多死社会でもあり、住みなれた暮らしの場における看取りを支えていくことは、高齢者施策において極めて重要な課題です。住民が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることについても選択できるようにする必要があります。そのためには、住民への普及啓発や、暮らしの場における看取りの体制を整備していくことが欠かせません。

【看取りに関する都民の意識】



- 東京都「平成27年度高齢者施策に関する都民意識調査(平成28年1月実施)」では、38.2%が自宅で最期を迎えたいと思っています。

出典：東京都福祉保健局
「平成27年度 高齢者施策に関する都民意識調査」

1) 認知症サポート医：地域でかかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う医師である。
2) 認知症初期集中支援チーム：医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療、介護の導入・調整、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームである。

【都民向け普及啓発リーフレット】

人生の最期を望みどおりに迎えるために、
どのような準備が必要になるのでしょうか…



考えてみましょう

これまでの自分の人生を振り返り、これからどうしたいのか、自分らしい生き方やしめくり方について、改めて考えてみましょう。

- ・自分はどんなことを大事にしてきたか、大事にしたいか
- ・これからどのように暮らしていきたいか
- ・最期は、どこで、どのように迎えたいか
- ・どのような場面で、どのような医療を望むか、望まないか
- ・いざというときに救急車を呼ぶかなど…



話し合みましょう

高齢になり認知症になったときや事故などで意識を失ったときなど、ご自身の意思を示せなくなると、家族など身近な人たちが重要な決定をしなければならぬこともあります。最期まで自分らしく過ごすためにも、身近な人たちの負担を減らすためにも、あらかじめ話し合い、思いを共有することが大切です。身近な信頼できる人と、考えたことについて話し合ってみましょう。

- ・何らかの理由で意思が示せなくなったとき、どうしたいか、どうしてほしいか、どのような医療を受けたいか、受けたくないかなど…



書き留めておきましょう

考えたことや話し合ったことを、ノートなどに書き留めておきましょう。万が一、意思を示せない状況になったときに、周囲の人たちがあなたの思いを知ったり、確認したりできる手掛かりとなります。



- 人生の最期の迎え方は様々です。過ごす場所、受けられる医療や介護などについて、調べてみることも大切です。
- 思いや考えは、状況などによって変化するものです。いつでも書き留めておきましょう。節目節目に見直しましょう。

思い・考えを整理するために…

人生の最期の過ごし方やもしものときに伝えておきたいこと・知っておいてほしい情報などを考え、書き留めするための「エンディングノート」といった冊子などもあります。上手に活用しながら、いざというときに備えておきましょう。



出典：東京都福祉保健局「最期まで自分らしく暮らし続ける～私が私らしい最期を迎えるために～」

今後の取組

(1) 地域包括ケアシステムの整備を推進します

市は、地域包括支援センターの機能を強化し、介護保険等の在宅サービスや在宅医療を担う在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等と連携し地域包括ケアシステムの整備を推進します。

具体的な対策として、介護保険事業計画に基づきサービスの質と量の確保に努め、地域密着型サービスの推進とともに介護保険事業者の人材を育成しサービスの質の確保に努めます。

介護保険事業者、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等は、市と協働して地域包括ケアシステムの構築、推進に参加します。特に介護保険事業者は、サービスの内容や質及び事業者のマネジメント力等を評価し、その結果を公表する福祉サービス第三者評価の実施に努めます。

保健所は、摂食嚥下機能支援事業、在宅ケアにおける感染症対策、看護職員の相互研修等を通して、市や関係機関と協働して圏域の地域包括ケアシステムを支える人材の育成支援を推進し、介護サービス基盤整備強化に向けてその一助となるように努めます。

(2) 高齢者の「フレイル」に対する総合対策を推進します

市は、口腔機能の低下、低栄養、運動機能や認知機能の低下、社会参加の減少などフレイルに関する予防の必要性について普及啓発を行います。また、介護予防教室の開催などを通じて生活機能の低下が疑われる高齢者を早期の段階で把握し、地域支援事業として、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、認知症予防などの事業を実施します。さらに、望ましい生活習慣の取組の推進による介護予防の推進、フレイルに関する情報の提供、地域におけるボランティア活動の育成・支援等を実施するなど、高齢者のフレイルについて総合対策を重視した取組を推進します。

医師会、歯科医師会、薬剤師会等関係団体は、フレイルの総合対策に積極的に関与します。

市民や健康づくりに関わる地域の自主グループは、フレイルの総合対策に主体的に取り組み、人と人とのつながりによる、支え合える地域づくりを目指します。

NPO 及び民間事業者は、フレイルの総合対策に積極的に関与します。

保健所は、関係機関が取り組む、フレイルの総合対策を支援します。また、高齢者施設における感染症予防のための自主管理を支援します。

(3) 認知症対策を総合的に推進します

市は、認知症ケアを充実するため介護職やケアマネジャーに対して研修等を実施します。また、都とともに、認知症高齢者グループホームの整備を推進します。

地域包括支援センターは、地域拠点型認知症疾患医療センター、地域連携型認知症疾患医療センターや認知症診断の助言及び研修を行う認知症サポート医等と連携して、医療と介護のネットワークを強化し、地域の認知症高齢者の支援体制を整備します。

保健所は、家族関係が複雑で様々な問題を抱えるケースへの支援など、老人精神の専門医による相談や保健師による相談活動を通して関係者を支援します。

(4) 一人暮らしをしている高齢者を見守り、地域の方々とのつながりを進めます

高齢者の孤立を防止するためには、住民同士のつながりを強化し、普段からの支え合いに広がっていくことが重要です。

市は、自宅等で一人で暮らしをして日常生活に不安のある高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように支援を行います。

社会福祉協議会や民生児童委員は、地域で高齢者を見守り支える活動が根付くように、市や関係機関、住民等との連携を密にして見守りのネットワーク化を推進します。NPOや自治会、ボランティア、民間事業者などは、創意工夫を凝らした活動を展開するなど、高齢者の見守りを支えるサービスの提供に努めます。

地域の近隣住民やかかりつけ医などの医療機関、警察・消防などの行政機関、新聞・宅配・郵便・電力・ガスなどの事業者は、一人暮らしをしている高齢者に注意を払い、気づきに心がけます。

重点プラン12	高齢者の「フレイル」に対する総合対策を推進します
指標 ⑮	各市において「フレイル」予防対策推進のために住民に対して行っている普及啓発事業
	ベースライン
	指標の方向
	推進する

コラム

圏域における高齢者見守り活動・事業の事例

現在、圏域で実施されている高齢者の見守り活動・事業で、先進的な取組事例を紹介します。これらの活動には、取り組んできた人たちの知恵や経験、工夫がたくさん入っています。圏域各地で、高齢者を見守る様々な活動や事業の輪が広がろうとしています。

東大和市高齢者見守りネットワーク ～大きな和～

東大和市は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、「東大和市高齢者見守りネットワーク～大きな和～」を実施しています。
このネットワークは、地域で活動する団体や事業所等の協力機関が日常業務等の中で、高齢者の「ちょっとした異変」に気付いた場合、東大和市役所や高齢者ほっと支援センター（地域包括支援センター）へ連絡し、地域の高齢者を見守っていくものです。

出典：東大和市役所ホームページ

小地域福祉組織化事業（武蔵村山市社会福祉協議会）

武蔵村山市社会福祉協議会は、誰もが安心して暮らせる環境を住民の手で築き上げる住民活動である「小地域福祉組織化事業」を推進しています。
活動団体は武蔵村山市内に10グループあり、高齢者への見守り、声かけ、閉じこもり予防活動などに取り組んでいます。
武蔵村山市社会福祉協議会は、活動をより効果的にする組織化やネットワークづくり、住民が福祉活動に参加できるような基盤づくりを支援しています。

【取組内容】

- ① 見守り、声かけ活動
- ② グループ活動（茶話会、会食会、福祉学習会、軽体操教室、世代間交流など）
- ③ 個別支援活動（散歩の付き合い、ゴミ出し、買い物、布団干しなど）

出典：東京都福祉保健局「東京都における高齢者見守り活動・事業事例集～高齢者を地域で見守る50のヒント～」（平成23年3月）

第2節 障害者(児)の保健福祉

1 障害者(児)への総合支援

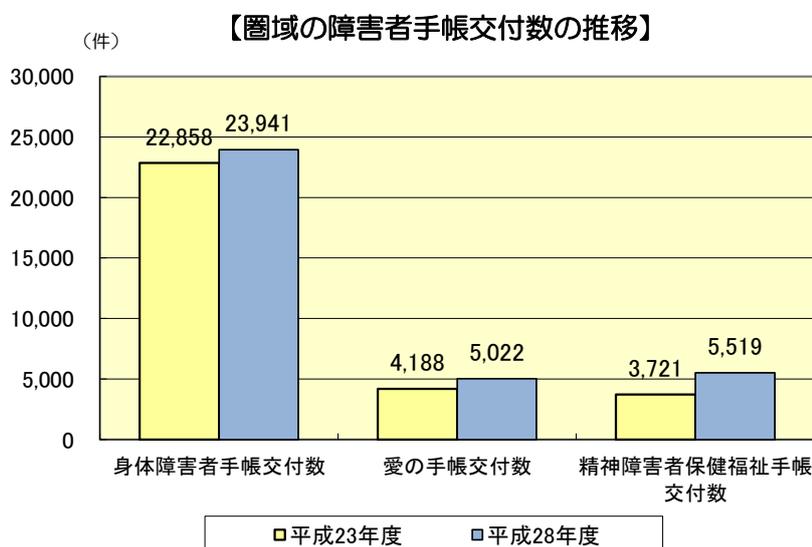
現状と課題

これまでの国や都の動き

- 平成18年4月に施行された「障害者自立支援法」では、それまで身体・知的・精神という障害の種別ごとに異なる法律で実施されていた福祉サービスや公費負担医療などが共通の制度となりました。また、地域における障害者の自立支援を実現し、その生活の質の向上を図る視点から、住民に身近な区市町村にサービスの実施主体が一元化されるとともに、就労支援が抜本的に強化されました。
- 平成25年4月には、地域社会における共生の実現に向けて、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、「障害者自立支援法」が「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」(以下「障害者総合支援法」という。)に改められました。その結果、障害者の定義に難病等が追加され、平成26年4月には、重度訪問介護の対象者の拡大、ケアホームのグループホームへの一元化などが実施されました。
- 平成26年1月、国は、障害者の権利及び尊厳を保護し、促進するための包括的かつ総合的な国際条約である「障害者の権利に関する条約」に批准しました。これに先立ち、平成25年6月には、行政機関等や民間事業者に対し、障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止や合理的な配慮の提供を求める「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(以下「障害者差別解消法」という。)」が制定され、平成28年4月に施行されました。
- 都は「障害者差別解消法」に基づき、障害者差別の解消に係る事例共有、関係機関の連携推進、差別の解消に資する効果的な取組の検討、障害特性及び障害者への理解を促進するための普及啓発・研修等について協議を行うため、平成28年6月に「東京都障害者差別解消支援地域協議会」を設置しました。そして、「東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例」(平成30年10月施行)を制定するなど、障害を理由とする差別を解消する取組を推進しています。
- また、都は平成30年3月に「東京都障害者・障害児施策推進計画」(平成30年度～平成32年度(2020年度))を策定しました。平成28年6月の「児童福祉法」改正により、障害児に関するサービス提供体制を計画的に推進するため、都道府県及び区市町村に障害児福祉計画の策定が義務付けられたことを受けて、新たな「東京都障害者計画」、「第5期東京都障害福祉計画」及び「第1期東京都障害児福祉計画」として策定したものです。この計画では、障害者施策の3つの基本理念(「全ての都民が共に暮らす共生社会の実現」、「障害者が地域で安心して暮らせる社会の実現」、「障害者がいきいきと働ける社会の実現」)が掲げられ、この基本理念に基づく様々な取組を推進することになっています。

圏域の障害者（児）の現状と課題

- 平成28年度末における都内の障害者手帳交付数は、身体障害者手帳が約48万3千件、愛の手帳（知的障害者（児）対象）が約8万6千件、精神障害者保健福祉手帳¹⁾の平成27年度及び28年度における累積交付数が約10万5千件でした。圏域の交付数は、身体障害者手帳が約2万4千件、愛の手帳（知的障害者（児）対象）が約5千件であり、平成27年度及び平成28年度における精神障害者保健福祉手帳の累積交付数は約5千5百件でした。
- 障害者手帳交付数は都・圏域ともに増加傾向にあり、平成23年度に対する平成28年度の圏域における手帳交付数の増加率は、身体障害者手帳が1.05倍、愛の手帳（知的障害者（児）対象）が1.20倍、精神障害者保健福祉手帳が1.48倍²⁾と、特に精神障害者保健福祉手帳交付数の伸びが顕著です。



出典：身体障害者手帳・愛の手帳については東京都福祉保健局「福祉・衛生統計年報」
精神障害者保健福祉手帳については東京都立多摩総合精神保健福祉センター「東京都の精神保健福祉の動向」なお、「平成23年度」については平成22～23年度累積交付数、「平成28年度」については平成27～28年度累積交付数を計上している。

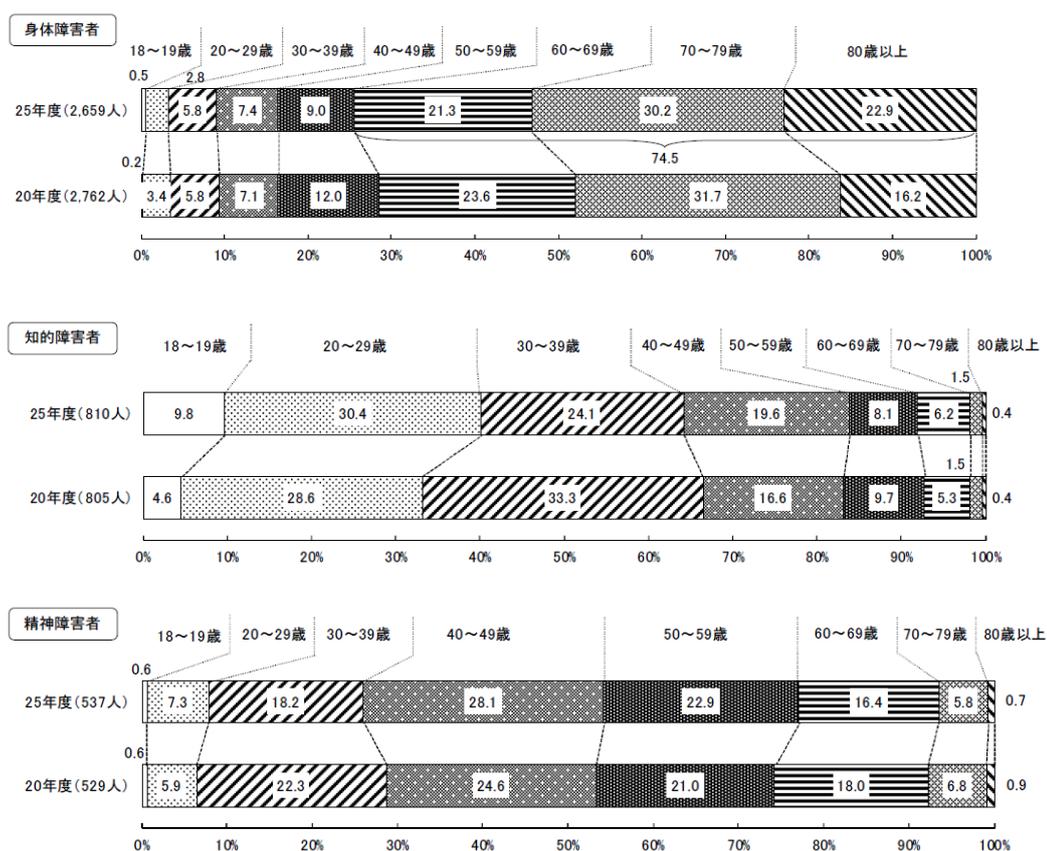
- 都が平成26年10月に公表した平成25年度東京都福祉保健基礎調査「障害者の生活実態」によると、障害者の年齢構成は障害種別によって大きく異なります。

身体障害者は60歳以上が74.4%と高齢層の割合が多くなっており、平成20年度と比べてもその割合は増えています。一方で、知的障害者は60歳以上が16.2%、39歳以下が64.3%と若年層の割合が多くなっていきます。精神障害者については、40歳代が28.1%と最多で、次いで50歳代が22.9%を占めており、いわゆる働き盛り世代の割合が多くなっていきます。また、精神障害者は60歳以上も22.9%と相当数存在することも特徴です。

1) 精神障害者保健福祉手帳の認定有効期間は2年間。

2) 精神障害者保健福祉手帳については、平成22年度～平成23年度累積交付数と平成27年度～平成28年度累積交付数を比較。

【障害種別・障害者の年齢構成】



出典：東京都福祉保健局「東京都福祉保健基礎調査 障害者の生活実態」（平成 25 年度）

- 在宅者を対象とした家族状況の質問項目「一緒に生活している人（複数回答）」では、身体障害者は「配偶者」の割合が最も高く 51.5%、知的障害者では「親」が 78.5%ですが、精神障害者では「一人で暮らしている」割合が 37.7%であり、他の障害者に比べて単身者の割合が高くなっています。
- 「収入を伴う仕事をしている」と回答した割合が最も高かったのは、知的障害者の 28.1%であり、精神障害者は 22.3%、身体障害者は 22.1%でした。精神障害者については、「障害者の雇用の促進等に関する法律」が一部改正され、平成 30 年度から法定雇用率の算定基礎に精神障害者が加わるなど就労を取り巻く環境が変化しています。また、7割以上が 60 歳未満の年齢層であることを考慮すると、特に就労支援の充実が課題となっています。
- 医療技術の進歩等を背景として、地域で生活する重症心身障害児（者）¹⁾、医療的ケア児が増えています。身近な地域での生活を支援していくため、在宅療育・在宅療養支援や地域生活基盤の整備を進めるとともに、施設入所のニーズにも配慮することが必要です。

1) 重症心身障害児（者）：重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害といい、その状態にある子どもを重症心身障害児という。さらに成人した重症心身障害児を含めて重症心身障害児（者）と呼んでいる。

- 平成28年6月の「児童福祉法」改正により、医療的ケア児が適切な支援を受けられるよう、自治体は、保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとされました。保健・医療・福祉等の関係機関は医療的ケア児が適切な支援を受けられるよう、相互の連携強化や在宅生活を支えるサービスの充実に積極的に取り組むことが必要です。

障害福祉計画と自立支援協議会¹⁾

- 「障害者総合支援法」では、必要な障害福祉サービスや相談支援等が地域において計画的に提供されるよう、都道府県と市町村に対し障害福祉計画の策定を義務付けています。計画策定にあたっては、地域における障害者のニーズと社会資源の把握分析に基づいてサービスの必要量等を推計し、計画期間の各年度における施策目標・事業目標を具体的に提示することになっています。
- 平成25年度からは、地域の関係機関が情報や課題を共有しながら障害者の地域生活支援システムづくりを推進するための協議会（以下「自立支援協議会」という。）を設置することが都道府県と市町村に義務付けられました。圏域においても各市で自立支援協議会が設置されており、相談支援事業者の活動を核として、利用者ニーズに対応した支援調整と地域の実情に根ざしたネットワークの構築が進められています。
- 保健所は、圏域の公衆衛生専門機関として、各市の自立支援協議会等に参画するとともに、障害のある児童への療育相談や保護者の育児相談等を実施し、市の障害福祉サービスと圏域内外の医療機関や専門機関との連携に協力しています。また、NICU等入院中の重症心身障害児が家庭に戻る際には、都の重症心身障害児（者）訪問事業の訪問看護師との連携を図り、在宅移行への支援を進めています。
- 今後も、市や保健所、関係機関が連携して、障害者（児）やその家族が地域で安心して生活できる環境づくりを進めていく必要があります。

1) 自立支援協議会：地域における障害福祉の関係者が連携や支援の体制について協議を行うための会議。「障害者総合支援法」第89条の3第1項に規定する協議会であり、都道府県及び市町村に設置が義務付けられている。

今後の取組

(1) 地域生活支援事業¹⁾を推進します

市及び保健所は、障害者（児）が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、本人の状況に応じた柔軟な形態で地域生活支援事業を決定するとともに、地域の特性や障害者（児）のニーズを踏まえた支援体制を整備し、地域生活支援事業を計画的に推進します。

(2) 地域生活への移行促進と地域生活の継続を支援します

市は、障害者（児）の地域生活を支援するため、障害者（児）のニーズに適切に対応できるようサービスの調整や社会資源へのつなぎを行う相談支援事業を充実します。また、その中核的役割を担う自立支援協議会の着実な運営と充実に努めます。

保健所は、在宅療育支援地域連携会議²⁾への協力や市の自立支援協議会への参加、地域精神保健福祉連携専門部会の開催等を通じて関係機関と連携し、障害者（児）の地域移行・定着支援に向けた地域における保健・医療・福祉従事者のネットワークづくりを推進します。

(3) 就労に向けた支援を充実・強化します

市及び障害者就労支援センター³⁾などの就労支援機関は、福祉施設等から一般就労への移行を促進するため、就労支援と生活支援を一体的に提供する障害者就労支援事業に取り組みます。高次脳機能障害⁴⁾者については、就労支援の取組を促進するため、市及び都（心身障害者福祉センター）等は、高次脳機能障害の正しい理解のための普及啓発や地域支援体制整備に取り組みます。

(4) 共生社会実現に向けた障害者理解を促進します

市、保健所及び関係機関は、「障害者差別解消法」及び「東京都障害者への理解促進及び差別解消の推進に関する条例」の趣旨を踏まえ、障害者に対する住民や関係者の理解促進のための普及啓発を推進するとともに、地域のボランティア活動等を支援します。

-
- 1) 地域生活支援事業：障害のある人が、基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、市町村及び都道府県が地域の実情に応じて柔軟な事業形態により計画的に実施する事業。
 - 2) 在宅療育支援地域連携会議：在宅の重症心身障害児（者）及び医療的ケア児の療育環境の向上を図るために、支援にかかわる各関係機関の連携を推進するため、地域ごとに開催される会議。都が社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会に委託して実施している。
 - 3) 障害者就労支援センター：障害者の一般就労の機会を広げるとともに、安心して働き続けられるよう、就労面と生活面の支援を一体的に支援するために市町村が設置する機関。多くは社会福祉法人、特定非営利活動法人（NPO）などに委託して運営している。
 - 4) 高次脳機能障害：交通事故や頭部のけが、脳卒中などで脳が部分的に損傷を受けたため、言語や記憶などの機能に障害が起きた状態をいう。注意力集中力の低下、比較的古い記憶は保たれているのに新しいことは覚えられない、感情や行動の抑制がきかなくなるなどの精神・心理的症状が現れ、周囲の状況にあった適切な行動が選べなくなり、生活に支障をきたすようになる。

(5) 重症心身障害児（者）及び医療的ケア児に対する支援を推進します

保健所は、重症心身障害児（者）への個別援助活動（電話相談、面接相談、訪問指導、関係機関連絡等）を実施するとともに、在宅重症心身障害児（者）訪問事業利用の支援を行うなど、個別支援を推進します。

また、重症心身障害児（者）が安心して在宅療養を続けられるよう、市と連携し、在宅ケアの質の向上に取り組んでいきます。そのために、地域関係機関に対し、都が開催する訪問看護従事者向け研修会等の周知を行うとともに、保健所で実施する地域関係者向けの講演会等を通して関係者のスキルアップと人材育成を図ります。

重点プラン13	就労に向けた支援を充実・強化します
指標 ⑩	就労定着支援の利用者数
ベースライン	—
指標の方向	増やす

圏域市の紹介（東大和市）



ブランド・メッセージのロゴマークは、市公式ホームページから自由にダウンロードできます。詳しくは、ホームページをご覧ください。

ロゴマークのダウンロードはこちら



東大和市では、「日本一子育てしやすいまちづくり」を目指し、様々な子ども・子育て支援施策を推進しております。

その結果、2015年度の合計特殊出生率が1.67となり、東京都の区市の中で第1位となり、「共働き・子育てしやすい街 全国総合ランキング 2017（日経DUAL）」では、第3位に輝きました。

加えて、現在、ブランド・メッセージを活用して、広く市の魅力を知っていただく取組を始めました。ブランド・メッセージとは、市の魅力や特長を短い言葉で表したものです。

「東京 ゆったり日和 東やまと」は、東京の都市でありながら、ゆったりと落ち着いて、子育てしやすく、住みやすい東大和市の魅力を表現しています。

ぜひ一度、市内散策に訪れてください。

2 精神障害者への支援

現状と課題

入院医療中心から地域生活中心へ

- 国は、平成16年9月に発表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、精神疾患医療や精神障害福祉のあり方について「入院医療中心から地域生活中心へ」の方針転換を明示しました。これを受けて、「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」等を目的として、平成25年6月に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下「精神保健福祉法」という。）の改正が行われました。また、平成25年4月に「障害者総合支援法」が制定されるなど法の整備が進められています。
- 国は今後、「精神保健福祉法」を改正し、措置入院患者に対する退院後支援の仕組みを整備すること等を予定しています。また、平成30年3月には「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」が策定され、積極的な退院後支援の取組が求められています。
保健所は、市や障害福祉サービス事業所等の関係機関と連携し、法改正の動向等を踏まえて対応していく必要があります。

新たな体制における保健所の役割

- 保健所では旧来の「改正精神衛生法・精神保健法」の時代から、地域における精神保健行政の第一線機関として、保健師や専門医による精神保健（衛生）相談や訪問指導などの事業を実施してきました。障害福祉サービスを住民に身近な市町村が提供する動きの中で、精神障害に係る相談対応のうち、特に専門性の高い又は広域的なサービスについては、今後も保健所の果たす役割が大きいといえます。
- 保健所が関わる相談ケースは、未治療・治療中断による緊急対応や近隣苦情などの対応困難事例が主となっています。状況に応じて、医療機関、警察、市の生活福祉・障害福祉・健康推進担当部署、児童相談所、専門医療機関、地域の社会復帰施設、介護保険関係事業所、民生委員、多摩総合精神保健福祉センターなど多岐にわたる関係機関との密接な連携・協力が必要となります。また、ケースによっては、10年、20年という長期間にわたる継続的な支援が必要となることも珍しくはありません。
平成29年度の保健師による精神保健福祉相談件数は、延べ人員17,679件で、地域の対人保健活動における相談の約74%を占めていました。相談支援の実施に際しての関係機関連絡件数は延べ9,085件で、このうち福祉関係との連絡相談が5,054件、医療機関との連絡相談が2,519件と、多くを占めていました。

【精神保健福祉相談・訪問相談状況(多摩立川保健所実績)】

(件)

年度	精神保健福祉相談(訪問相談を除く)									訪問相談								
	実 人 員	延 べ 人 員	内 訳						実 人 員	延 べ 人 員	再 掲							
			社 会 復 帰	老 人 精 神 保 健	ア ル コ ー ル	薬 物 依 存	児 童 ・ 思 春 期	心 の 健 康 づ く り			そ の 他	社 会 復 帰	老 人 精 神 保 健	ア ル コ ー ル	薬 物 依 存	児 童 ・ 思 春 期	心 の 健 康 づ く り	そ の 他
28年	1,146	12,796	35	713	922	52	1,603	537	8,934	253	1,120	—	65	79	3	99	57	817
29年	1,236	16,585	42	804	1,519	293	1,683	813	11,431	249	1,094	2	28	93	12	86	36	837

地域移行・地域定着のためのネットワークづくり

○ 長期の施設入所者や、いわゆる「社会的入院」の状態にある精神障害者の地域生活への移行を促進するためには、医療と福祉の連携による支援が大変重要です。

市と保健所は精神保健福祉の中心的な行政機関として重層的に連携し、精神障害者の地域移行・地域定着を支援するための保健・医療・福祉の地域ネットワークを構築していくことが課題となっています。

○ 地域で暮らす精神障害者に対しては、疾病と障害が並存するという特性を踏まえ、症状の変化に的確に対応する必要があります。また、精神疾患は、発病や症状の変化に本人も周囲も気づきにくく、重症になるほど病識が薄れ受診を拒む傾向があります。そこで、未治療や治療中断等が生じないように、保健・医療・福祉の関係者が緊密に連携し、より一層の支援充実に努めるとともに、病状悪化時や治療中断時における支援体制の整備を進めることが必要です。

精神科医療と地域連携

○ 都は、精神科医療の地域連携について検討を進めるとともに、平成23年度から開始した「精神疾患早期発見・早期対応推進事業」で、内科医等に対し精神疾患や法制度に関する研修を実施しています。また、都内3か所の都立(総合)精神保健福祉センターでは、区市町村・保健所等と連携して未治療や医療中断等のため地域社会での生活が困難になっている精神障害者、もしくは疑いのある人を対象にして訪問支援を行う「アウトリーチ支援事業」を実施しています。そして、地域における安定した生活の確保に向け、計画的かつ集中的な支援を行っています。さらには、入院に至らない程度の病状悪化等で生活の継続が困難な場合に活用できるよう、医療的なケア体制も備えた短期宿泊などの危機回避的な支援にも取り組んでいます。

○ 精神障害者の地域移行・地域定着を推進するに当たって、圏域の課題は精神医療資源に乏しいことが挙げられます。圏域には精神科の単科病院がなく、精神科病床を有する病院は立川病院(63床)のみであるため、入院治療に当たっては居住地から離れた他の圏域の医療施設を利用する必要があります。また、圏域で精神科を標榜する診療所は40か所(「平成28年東京都の医療施設一

医療施設（動態）調査・病院報告結果報告書一」（平成28年10月1日現在）です。区部では、人口10万人対約9.9か所であるのに対し、圏域では5.9か所と少ないため、地域移行に当たっては、入院中の病院と退院後に通院する医療機関や障害福祉サービス事業所等地域の支援機関との連携が取りにくく、治療継続支援や迅速な福祉サービスの提供が困難な状況にあります。

- また、都は平成25年度から東京都精神科医療地域連携事業を実施し、当圏域では平成27年度からたかつきクリニックが事業委託を受けて開始しました。この事業を通じて圏域各市における地域連携会議の開催などにより市の課題を共有し、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築の取組が進んでいます。
- 今後も引き続き、保健所は多摩総合精神保健福祉センターや市の障害福祉担当者、相談支援事業者、精神科医療機関等と、地域の実情を踏まえた連携を図っていく必要があります。

コラム

8050問題

「ひきこもり」という言葉が世に知られるようになってからすでに久しい今日ですが、近年ではひきこもりの長期化と高年齢化が深刻になっています。平成27年の内閣府調査によると、16歳～39歳のひきこもり当事者は全国に約54万人いると推計されています。2010年の同じ調査では約70万人と推計されていたので、この5年間で減少しました。

しかし、この値には40歳以上のひきこもりの人が除外されています。4分の1を占めていた35歳～39歳が40歳代になり、そのひきこもりの人たちが調査対象から外れた影響が大きいとされています。

この調査結果によると、ひきこもりの期間は「7年以上」が35%で最も多く、ひきこもりが長期化して40歳を過ぎても社会参加ができずにいる人が多いことがうかがえます。

ひきこもりは、長期化すればするほど解決は難しくなるとともに、依存する親は高齢化して家族は経済的にも苦しくなる傾向にあります。

福祉の現場では、80歳代の親と50歳代のひきこもりの子の家庭が社会から孤立し、経済的に困窮するという「8050問題」が注目されています。高齢になった親が介護サービスを利用したことで発覚したり、両親が死亡した後でその家に中高年のひきこもりの方が同居していたことが分かったということも少なくありません。

中高年のひきこもりは、本人の心身の病気を含めて複合的な問題を抱えていることが多く、本人や家族を支えていくためには保健所などの関係機関による連携が欠かせません。家族だけでひきこもりの問題を抱え込まないよう、そして家族が出すSOSに早く気付くように、支援のための環境づくりを進めていく必要があります。

今後の取組

(1) 精神障害者の地域生活移行・定着支援のためのネットワークづくりを推進します

市は、精神障害者の地域生活移行・定着を支援するため、専門機関・医療機関との連携や必要な障害福祉サービス・社会資源を効率良く利用するための相談支援事業を充実させます。また、その中核的役割を担う自立支援協議会の着実な運営とその充実に努めます。保健・医療・福祉の包括的な連携支援体制の中で、円滑な地域移行・地域定着を推進します。

保健所は、地域における保健・医療・福祉のネットワーク会議を開催・運営するなど、精神障害者を支える広域的な支援体制を充実させます。

(2) 精神保健福祉相談や専門相談の充実を図ります

保健所、市及び地域活動支援センターは、精神保健福祉相談や精神障害者本人及び家族への支援を充実させます。

保健所は、本人や家族、友人、地域住民からのアルコール・薬物依存、思春期問題、ひきこもり相談などに対して専門相談を実施します。特に、未治療者や治療中断者が適切な医療を受けられるよう支援を行うとともに、市や多摩総合精神保健福祉センター等の関係機関とも連携し、対応します。

(3) 関係者のスキルアップを図り、在宅ケアの質の向上に取り組みます

市及び保健所は、地域活動支援センターなど関係機関と連携して、精神障害者が安心して地域生活を送ることができるよう、在宅ケアの質の向上に取り組みます。そのために対象者の抱える課題ごとに、市の生活福祉・障害福祉・健康推進担当部署、児童相談所、専門医療機関、地域の障害福祉サービス事業所、介護保険関係事業所、民生委員、多摩総合精神保健福祉センター等、多岐に渡る関係機関との連携・協力を進めます。そして、事例検討や講演会・研修会の開催などを通し、関係者と情報共有を図るとともに、知識・技術の向上に努めます。

重点プラン14	精神障害者の地域生活移行・定着支援のためのネットワークづくりを推進します
指標 ⑰	精神障害に対応した地域包括ケアシステム構築のための協議の場の設置
ベースライン	—
指標の方向	全市

