

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、高齢者が末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。

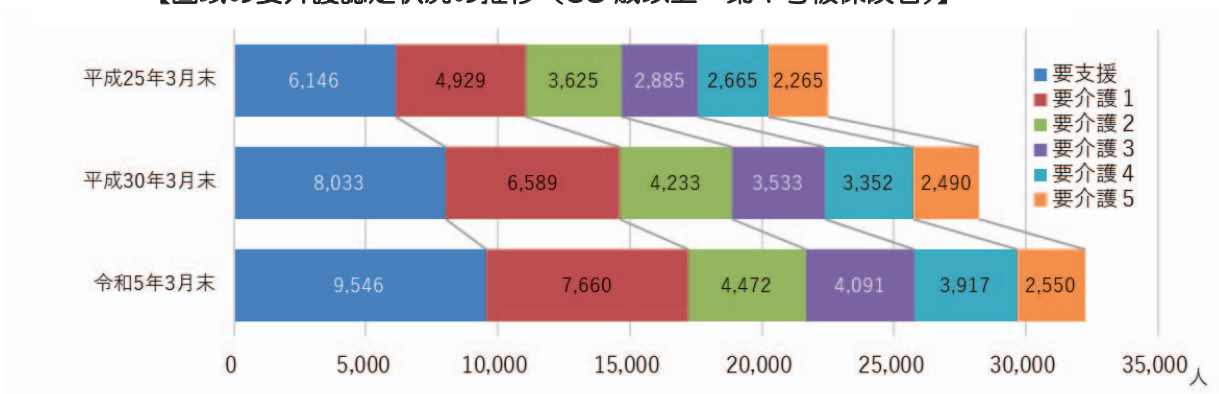
第1節 高齢者の保健福祉

現状と課題

高齢化の進行

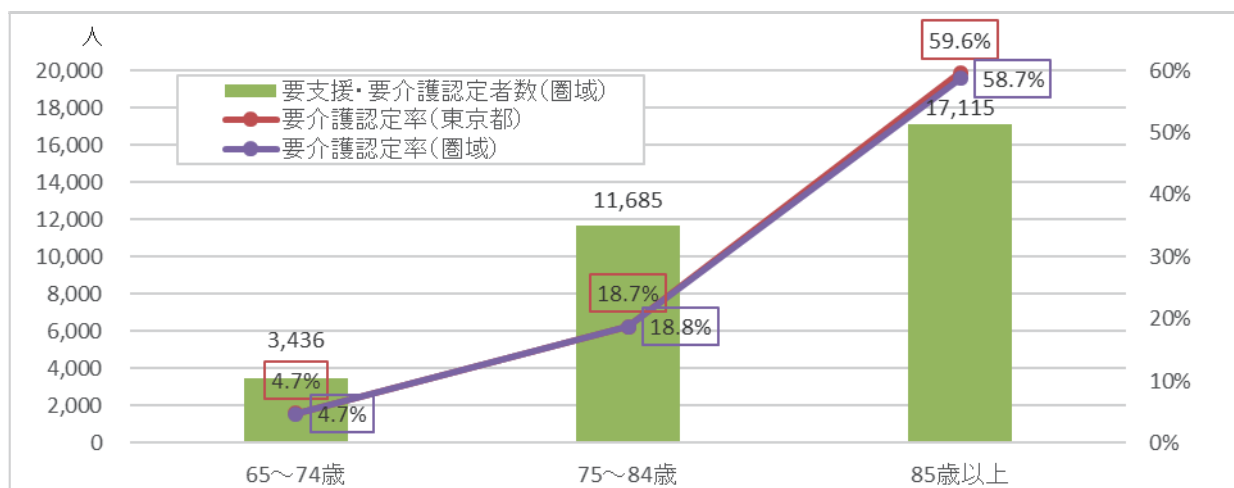
- 令和2年の国勢調査では、都の総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合は22.7%でしたが、圏域の高齢化率は24.9%と都よりも高く、今後も高い比率で推移し、「団塊の世代」が全て75歳以上となる令和7年には25.3%、令和27年には31.6%に達する見込みです。
- 圏域における65歳以上の高齢者単独世帯数は、令和2年の38,964世帯と一般世帯総数の12.5%を占めており、今後も増加し続けることが予測されています。
- 東京都福祉局の介護保険事業状況報告によると、令和5年3月末の介護保険の第1号被保険者（65歳以上）のうち要介護（要支援）認定者数は、都が637,573人、圏域が32,236人であり、要介護認定率は、都20.2%、圏域19.6%（85歳以上の場合、都59.6%、圏域58.7%）となっています。

【圏域の要介護認定状況の推移（65歳以上・第1号被保険者）】



出典：東京都福祉局「介護保険事業状況報告（月報）」

【圏域の年齢階級別要支援・要介護認定率】



出典：東京都福祉局「介護保険事業状況報告（月報）」

地域包括ケアシステムの推進

- 国は、「団塊の世代」が全て 75 歳以上となり、介護保険の要介護者が急増することが見込まれる 2025 年（令和 7 年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。
- 平成 12 年 4 月にスタートした介護保険制度は、高齢者を取り巻く状況や社会のニーズに合わせて、3 年に一度、法改正が実施されています。2021 年度（令和 3 年度）の改正では、地域包括ケアシステムを強化するため、地域住民の抱えるさまざまな課題を包括的に支援する体制を市町村が構築できるようサポートする体制が整備されました。
- 都は、「第 9 期高齢者保健福祉計画」（令和 6 年度から令和 8 年度まで）に基づき、地域で支え合いながら、高齢者がいきいきと心豊かに、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる東京の実現に向け、地域包括ケアシステムを深化・推進するための取組を進めるとしています。

第1部

第1章
地域保健医療推進
プランについて第2章
圏域の保健医療の
現状

第2部

第1章
健康づくりと保健
医療体制の推進第2章
高齢者及び障害者
施策の推進第3章
健康危機管理体制
の推進第4章
災害時公衆衛生の
体制整備の推進第5章
地域保健医療人材
の育成第6章
プランの推進体制重点プラン及び
指標

参考資料

○ 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、「地域包括ケア計画」として位置付けられ、2025年（令和7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更なる深化・推進に向けて在宅医療及び介護連携の現状・課題の抽出、対応策等の検討を進めています。

介護予防・フレイル予防と社会参加の推進

○ フレイルは、加齢に伴い、筋力・認知機能等の心身の活力や社会とのつながりなどが低下した状態と言われています。要介護高齢者の多くが、フレイルという中間的な段階を経て徐々に要介護状態に陥るが、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能であるとされています。

○ フレイルには、『身体』の虚弱、『こころ／認知』の虚弱、『社会性』の虚弱の3つの要素があります。『身体』の虚弱には、骨や関節、筋肉など運動器の衰えが原因で、歩行や立ち座りなどの日常生活に支障をきたす状態であるロコモティブシンドロームを含みます。

○ フレイルの状態に至ることなく、健康な状態で高齢期を過ごすためには、栄養（食・口腔機能）、運動、社会参加の3つの柱が影響すると言われており、バランスの良い食事や運動による生活習慣病の予防、高齢になっても社会とのつながりを保ち続けることなどが重要です。

○ 都は、「介護予防・フレイル予防と社会参加の推進」を東京都高齢者保健福祉計画の重点分野の一つに位置付け、リハビリテーションの専門職等を活用した介護予防や、高齢者が体操等を行う通いの場づくりなどに取り組む区市町村を支援しています。

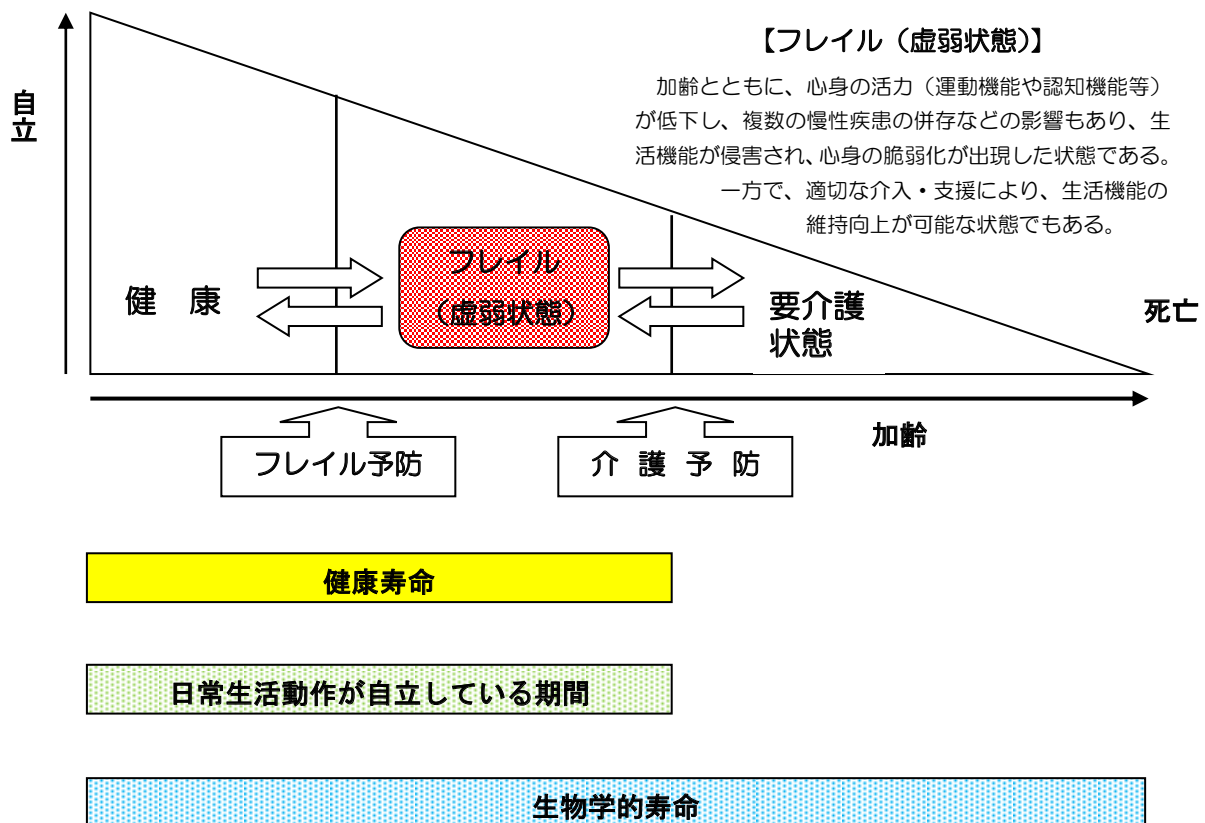
○ 市では、介護予防・フレイル予防を推進するため、住民への普及啓発事業を行っています。また、地域の介護予防の拠点となる通いの場の更なる拡大及び機能強化を支援しています。

通いの場では、地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げています。

○ 高齢期において市は、講演会を開催するなど、摂食嚥下機能の低下がみられる高齢者を対象に、「口腔機能の向上」プログラムに取り組んできました。今後も、このような機会を捉え、口腔機能の重要性とともに、歯と口腔の健康と全身の健康、口腔管理の重要性について、住民や福祉関係者等、地域全体に普及・啓発していくことが必要です。

摂食嚥下機能や口腔機能の向上は、フレイル予防の一環としても重視されており、多職種連携を

図りながら、更に充実していくことが期待されます。(再掲)



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」に基づき作成

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、医療や介護が必要となる期間です（P11 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。

コラム

各市のフレイル予防の取組例

- 立川市・・・楽しみながらフレイル予防に取り組めるよう、株式会社コスモインテリジェンスが開発したフレイル予防アプリ「イマカラ」を活用し、市民の主体的な健康づくりやフレイル予防を推進しています。
- 昭島市・・・要介護・要支援状態となることを予防し、体力増進を実感でき、楽しく続けられるアクティブシルバー体操教室を実施しています。
- 国分寺市・・・歩行姿勢測定システムを活用し、歩行姿勢を3Dで見える化します。
また、歩行の状態を数値化し、データ分析による適切な改善指導及び支援を行うことで、運動意欲を高めます。
- 国立市・・・市民サポーターにより、フレイル（虚弱）度を半年毎に測定する、フレイルチェック会を開催しています。
- 東大和市・・・市と市民、専門家が協力して市独自の「東大和元気ゆうゆう体操」を作りました。体操会場に通い、一緒に体操をすることで、介護（フレイル）予防に重要な「運動」「口腔ケア」「社会参加」が可能になります。
- 武蔵村山市・・・歩いて通える「お互いさまサロン」づくりを進めています。「お互いさまサロン」では、体操や脳トレなど様々な講座やレクリエーションを行い、地域の高齢者の介護予防やいろいろな世代の交流を目指しています。

（各市ホームページより）

認知症高齢者の増加

- 都内で要介護（要支援）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人（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上）は、令和4年11月時点で約49万人に達し、令和22年には約57万人に増加すると推計されています。
- 令和元年6月にとりまとめられた「認知症施策推進大綱」では、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる社会を目指すため、「共生」と「予防」の2つが両輪として挙げられました。ここでいう「予防」とは、「認知症の発症を遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」の意味です。
- また、認知症施策推進大綱を推進することは、国が推進している「地域包括ケアシステムの構築」の一環であり、また認知症予防の考えは「介護予防」の定義と同様です。
- 認知症施策推進大綱において、令和7年度までに「全市町村でチームオレンジなどを整備」という目標が設定されています。「チームオレンジ」とは、認知症と思われる初期の段階から、心理面・

生活面の支援として、市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組みのことです。

- 令和5年6月16日には、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、認知症の人を含めた国民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進することを目的とした「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が公布されました。
- 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

- 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81名の認知症サポート医¹⁾が登録されています（令和6年6月現在「東京都福祉局とうきょう認知症ナビ」）。養成研修は、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが実施しています。
- さらに、都はこれまで、認知症シンポジウムやとうきょう認知症ナビの運営により、認知症に関する正しい理解の促進を図ってきました。また、認知症の本人の方を「とうきょう認知症希望大使」に任命し、認知症の人本人からの情報発信を支援しています。
- 市では、認知症基本法を踏まえ、認知症サポーター²⁾養成講座の開催や認知症ケアパス³⁾の作成・普及、認知症カフェの推進等、認知症になっても地域から孤立しない地域づくりを目指し、認知症施策を総合的に推進しています。

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。

2) 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。

3) 認知症ケアパス：認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の形態に応じたサービス提供の流れを地域ごとにまとめたもの。

在宅療養の推進

○ 在宅療養とは、住み慣れた自宅等で、医療と介護（訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導、訪問介護等）を受けながら、療養生活を送ることです。

○ 「保健医療に関する世論調査（令和5年2月）」（東京都政策企画局）では、都民の34.0%が長期の療養が必要になった場合、自宅で療養を続けたいと思っています。しかし、そのうち58.1%が実現は難しいという回答でした。その理由としては、「家族に負担をかけるから」「急に病状が変わったときの対応が不安だから」等が挙げられています。

○ 平成26年の介護保険法（平成9年法律第123号）改正により、介護保険法に基づく地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、区市町村が主体となって取り組むこととされ、平成30年4月からは、全ての区市町村において実施されています。

○ 「在宅医療・介護連携推進事業」は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿（地域の理想像）を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的に、区市町村が実施主体となって地域の実情に応じて様々な取組を実施するものです。

○ 都は、医療・介護に係る関係者や行政、住民代表等による「在宅療養推進協議会」の設置、地域の病院や診療所における「在宅療養後方支援病床」の確保、在宅療養に関する相談対応や医療・介護連携に関する調整等を行う「在宅療養支援窓口」の設置、デジタル技術を活用した情報共有や多職種連携などに取り組む区市町村を支援しています。

○ また、「高齢者の生活実態（令和3年10月）」（東京都福祉保健局）では、34.4%が自宅で最期を迎えたいと思っています。しかし、「令和3年人口動態調査（東京都分）」（厚生労働省）では、都民の死亡場所の内訳は、病院が60.9%、自宅が23.7%となっています。

○ 自身の人生の最終段階で受たい医療について、家族や医療関係者等と話し合っている方の割合は、「高齢者の生活実態（令和3年10月）」（東京都福祉保健局）では、詳しく話し合っているが1.6%、一応話し合っているが20.7%と、約2割にとどまっています。

- 住み慣れた暮らしの場において最期まで自分らしく暮らし続けるため、都民が自らの希望する医療・ケアを受けることができるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）¹⁾に関する都民への普及啓発に取り組む必要があります。
- 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期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。

第1部

第1章
地域保健医療推進
プランについて第2章
圏域の保健医療の
現状

第2部

第1章
健康づくりと保健
医療体制の推進第2章
高齢者及び障害者
施策の推進第3章
健康危機管理体制
の推進第4章
災害時公衆衛生の
体制整備の推進第5章
地域保健医療人材
の育成第6章
プランの推進体制重点プラン及び
指標

参考資料

1) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）：将来の人生をどのように生活をして、どのような医療や介護を受けて最期を迎えるかを計画し、自分の考えを心づもりとして家族や近しい人、医療やケアの担当者とあらかじめ表しておく取組。

今後の取組

(1) 地域包括ケアシステムを深化・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を深化・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、各種会議への参加等を通して、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、人とのつながりを生かして、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。

(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。

また、認知症サポーターの近隣チームによる認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う「チームオレンジ」の取組を推進します。

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、複雑で様々な問題を抱えるケースへの支援など、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げ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。

重点プラン 11	認知症対策を総合的に推進します
指 標 ⑬	各市におけるチームオレンジ等の設置
ベースライン	2 市（令和 6 年 4 月時点）
指標の方向	全市

第 1 部

第 1 章
地域保健医療推進
プランについて第 2 章
圏域の保健医療の
現状

第 2 部

第 1 章
健康づくりと保健
医療体制の推進第 2 章
高齢者及び障害者
施策の推進第 3 章
健康危機管理体制
の推進第 4 章
災害時公衆衛生の
体制整備の推進第 5 章
地域保健医療人材
の育成第 6 章
プランの推進体制重点プラン及び
指標

参考資料

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っています。

東大和市高齢者見守りぼっくす

- 東大和市は、高齢者の在宅生活の安心を確保するため、高齢者の見守り支援を専門とした相談窓口「高齢者見守りぼっくす」を設置しています。
- 社会福祉士やケアマネジャー等の資格を持った相談員が、地域の高齢者宅を戸別訪問し、地域での見守りを必要とする高齢者に対し、民生委員、自治会、関係機関と連携してネットワークを構築し、地域で安心して生活できるよう支援します。

出典：東大和市ホームページ

立川市地域見守りネットワーク事業

- 立川市では、子供から高齢者まで全ての市民が、地域から孤立することなく安心して暮らせるよう、総合的な見守りシステムの一環として、住民や市内で活動する団体や事業者の協力の下、日常生活や日常業務の中で気づいた異変を市などへ連絡してもらい、安否確認等につなげる取組(地域見守りネットワーク事業)を推進しています。
- 本事業の趣旨に賛同し、立川市との協定に参加している団体・事業者は、通常の活動や業務の中で異変を発見した場合、活動や業務に支障のない範囲で市の「見守りホットライン」へ連絡します。
- 通報を受けた市は、担当課が庁内の関連部署や警察署、消防署、民生委員・児童委員等の関係機関と連携しながら安否確認や必要な支援を行います。
- 令和3年度に寄せられた通報は合計66件で、そのうち高齢者は41件(62.1%)でした。

出典：東京都福祉保健局「高齢者等の見守りガイドブック第4版」(令和5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

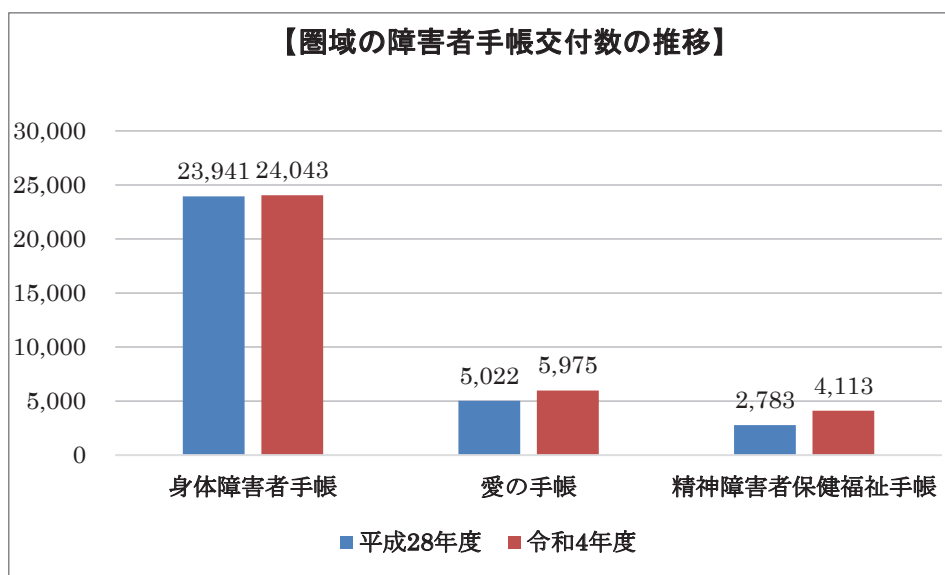
- 平成18年4月に障害者自立支援法が施行され、身体・知的・精神という障害の種別にかかわらず、必要とする福祉サービスや公費負担医療などが共通の制度となり、区市町村にサービスの実施主体が一元化されるとともに、就労支援が抜本的に強化されました。
- 平成25年4月には、「障害者自立支援法」が「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（以下「障害者総合支援法」という。）に改められ、障害者の定義に難病等が追加されました。さらに、令和6年4月1日を施行期日とし、障害者等の地域生活や就労支援の強化等により障害者等の希望する生活を実現するため、基幹相談支援センターの設置及び地域生活拠点等の整備を市町村の努力義務とされる等改正されました。
- 平成28年4月、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。）」が施行されました。同法は令和3年に改正され、事業所による障害のある人への合理的配慮の提供が義務づけられました（令和6年4月1日施行）。都においても「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、障害者を取り巻く環境変化に対応し障害者施策の一層の充実に取り組むため、令和6年度から令和8年度までを計画期間とする新たな「東京都障害者計画」、「第7期東京都障害福祉計画」及び「第3期東京都障害児福祉計画」として「東京都障害者・障害児施策推進計画」を策定しました。本計画は、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

- 令和4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48万6千件、愛の手帳（知的障害者（児）対象）が約10万件、精神障害者保健福祉手帳¹⁾が約8万件でした。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6千件であり、精神障害者保健福祉手帳は約4千1百件でした。

1) 精神障害者保健福祉手帳の認定有効期間は2年間

- 障害者手帳交付数は都・圏域ともに増加傾向にあり、平成28年度に対する令和4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倍、愛の手帳（知的障害者（児）対象）が1.2倍、精神障害者保健福祉手帳が1.5倍と、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：東京都福祉保健局「福祉・衛生統計年報」

- 令和5年度東京都福祉保健基礎調査「障害者の生活実態」の結果では、障害者の年齢構成は障害種別により大きく異なっています。各障害者における60歳以上の割合は、身体障害者68.2%、難病患者53.8%、次いで精神障害者20.7%です。知的障害者では、6.6%になっています。

また、「収入を伴う仕事」において、一般就労の割合は、難病患者47.6%、精神障害者31.8%、知的障害者29.1%、身体障害者27.6%となっており、前回調査より増加しています。

さらに、災害に備えて、障害特性や難病に応じた特別な対策をとっているか聞いたところ、「避難所等において医療が受けられるよう、お薬手帳などにより医薬品や病状等の情報を記録している」と答えた割合は39.0%、「災害時や緊急時に連絡できるよう、家族や知人等の連絡先を把握している」と答えた割合は30.2%です。一方、「特に対策をとっていない」と答えた割合は、28.7%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きます。平成28年6月公布の「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。更に令和3年9月には「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が施行され、医療的ケア児の日常生活・社会生活を社会全体で支援等の基本理念が掲げられました。都道府県においては医療的ケア児支援センターが設置されることが期待され、都においては令和4年9月に区部・多摩部において各一か所設置されました。

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、その状態にある子供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。

医療的ケア児の支援のための関係機関の協議の場については、令和5年度現在、圏域では3市が設置しています。

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では、国が示した成果目標として児童発達支援センターを各区市町村又は各圏域に一か所以上設置することが示されています。身近な地域での生活を支援していくため、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、在宅療育・在宅療養支援や地域生活基盤の整備をより一層進めることが求められています。

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。

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、各種専門部会（相談支援、就労、地域移行等）を設け、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。

- 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では、地域生活支援の充実に向けて令和8年度末までに、地域生活支援拠点の整備とともに、コーディネーターの配置や支援ネットワークなどによる効果的な支援体制や緊急時の連絡体制の整備が求められています。令和5年現在、圏域内では3市に設置され、体制整備を図っています。また、相談体制の充実・強化策として、総合的な相談支援、地域相談支援体制の強化及び関係機関等の連携の緊密化を通じた地域づくりの役割を担う基幹相談支援センターの設置と体制整備が求められています。

障害者の就労については、今までの取組に加え、一般就労をする割合の向上が対策に加わりました。

- 保健所は、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等に入院中の重症心身障害児や医療的ケア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）障害者が安心して地域生活を送れるよう支援体制の充実をはかります

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¹⁾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。

市は、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がりを行う相談支援事業を更に充実し、地域自立支援協議会で地域の課題を共有し、地域生活拠点の設置や基幹型相談支援センターなどの支援体制の充実を図ります。

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。また、個別支援活動を充実させるとともに研修等の開催を通して人材育成に努めていきます。

（２）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の充実を図ります。自立支援協議会就労専門部会等で、地域の課題を共有するとともに、地域支援体制整備に取り組みます。

保健所は個別支援活動や各種会議への参加、関係機関との連携を通して地域支援体制整備に努めていきます。

（３）重症心身障害児（者）及び医療的ケア児に対する在宅療養支援を推進します

保健所は、重症心身障害児（者）への個別援助活動を実施するとともに、在宅重症心身障害児（者）・医療的ケア児訪問事業利用の支援を行います。また、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等、市と連携し在宅ケアの質の向上に取り組んでいきます。

市は、医療的ケア児が入院中から支援につながれるよう、医療的ケア児の早期把握に努めます。障害児（者）・医療的ケア児支援のための関係機関連携・協議の場の充実や、児童発達支援センターや医療的ケア児等コーディネーターの設置と活用を行う等、医療的ケア児の地域生活の向上を図ります。

- 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）共生社会実現にむ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。

重点プラン 12	障害者が安心して地域生活を送れるよう支援体制の充実をはかります
指 標 ⑭	基幹型相談支援センターの設置及び相談支援機能の充実
ベースライン	3市（令和6年4月時点）
指標の方向	全市

第1部

第1章
地域保健医療推進
プランについて第2章
圏域の保健医療の
現状

第2部

第1章
健康づくりと保健
医療体制の推進第2章
高齢者及び障害者
施策の推進第3章
健康危機管理体制
の推進第4章
災害時公衆衛生の
体制整備の推進第5章
地域保健医療人材
の育成第6章
プランの推進体制重点プラン及び
指標

参考資料

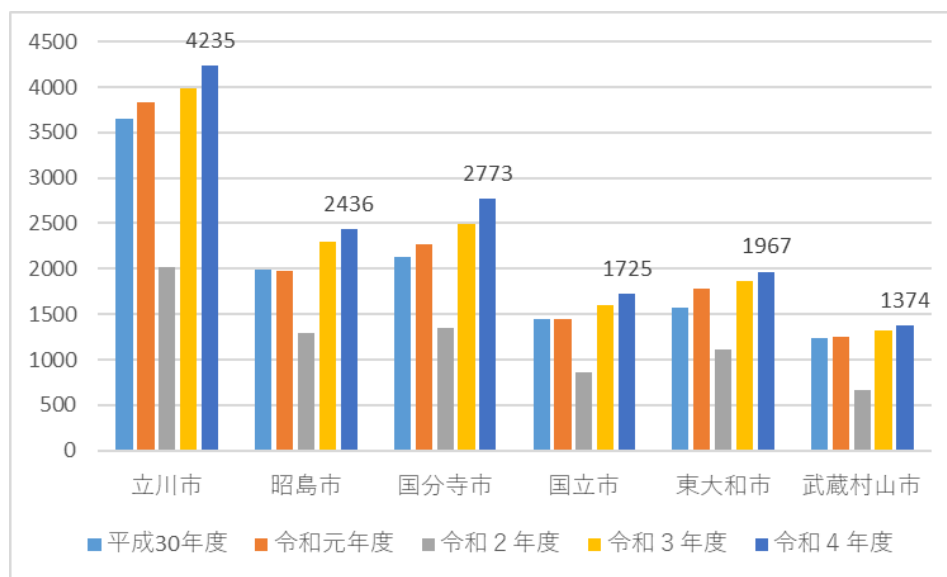
2 精神障害者への支援

現状と課題

○ 令和2年10月の患者調査に基づく、都内の精神疾患患者は68万5千人と推計されており、平成29年10月の38万3千人から増加しました。特に気分障害や神経症性障害が増加しています。精神疾患は多様で、都民にとって身近な疾患になっています。

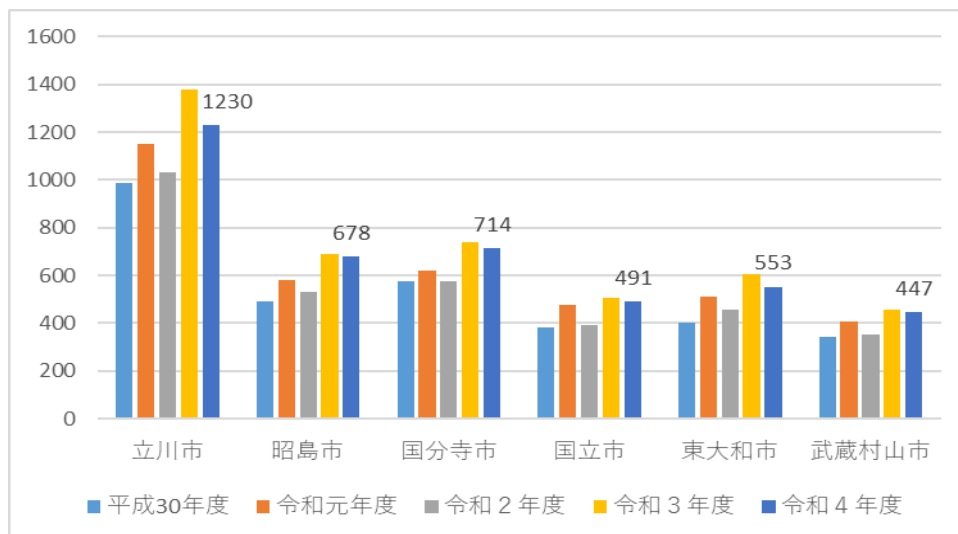
○ 圏域6市の自立支援医療（精神通院）や精神障害者保健福祉手帳を利用する人も増加しています。

【自立支援医療（精神通院）認定件数】



出典：東京都福祉保健局障害者施策推進部「東京都の精神保健福祉」

【精神保健福祉手帳交付件数】



出典：東京都福祉保健局総務部「福祉・衛生・統計年報」

- 圏域内の精神科医療機関は、他圏域に比べて少ない状況です。精神疾患の早期発見・早期診断に時間を要すること、必要時には圏域外の医療機関について理解し、調整を行っていくことは課題の一つです。また、急激な病状悪化や緊急時に入院をする場合、圏域内では対応できず、北多摩南部圏域、北多摩北部圏域、南多摩圏域、区部の医療機関を利用しています。

これらの状況から、かかりつけ医と入院医療機関との入院時及び退院時の連携、入院中からの退院支援計画による地域移行支援などが必要です。

【精神科病院、病院精神科外来及び診療所数】

	立川市	昭島市	国立市	国分寺市	東大和市	武蔵村山市
病院数（病床数）	1（38）	-	-	-	-	-
病院外来数	1	1	-	-	-	1
診療所数	9	1	3	9	3	-

出典：令和5年版東京都の精神保健福祉の動向 多摩地域編

精神保健医療福祉施策の動向

- 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。精神科疾患の発生数が国民の身近な疾患となっていることも踏まえ、平成29年2月には「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰も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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、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」を構築することが適当とされました。

都及び各市においては、障害福祉計画等に目標値を定め、協議の場を設置して地域の課題を整理し、ケアシステムの構築を目指して検討を行っています。

- また、平成29年2月8日「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書においては、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築とともに、多様な疾患に対応可能な医療体制の整備などが求められています。ライフステージごとの精神疾患の課題、依存症や精神疾患について当事者や家族への相談も引き続き必要です。

- 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、都においても令和2年1月に「東京都における措置入院者退院支援ガイドライン」を策定し、保健所では、精神科病院と協力して措置入院患者に対する退院後支援計画やクライシスプラン¹⁾を作成した支援に取り組んでいます。

- 令和4年12月には精神保健及び精神障害者の福祉に関する法が改正（以下、令和4年度法改

1) クライシスプラン：必要な医療が継続されなかった場合や、病状が悪化した場合の対処方針。あらかじめ当事者、関係者で作成、共有します。

正）されました。精神科治療について患者本人の意思を尊重するとともに、それが精神疾患の病状により難しい場合であっても医療の機会を得られるように、医療保護入院における同意者について改正がなされました。虐待加害者を除外し、家族が意思表示を行わない場合には市長同意の可否の判断が可能とされました。また、市長同意により入院した患者への都による情報提供などが令和6年4月から実施されます。精神科医療機関における退院後環境調整員を配置した退院支援に加え、行政や地域からの入院中からの支援体制が加わりました。

- 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における地域連携会議の開催などにより、市やかかりつけ医の課題を共有し、連携を強化する取組を行っていくことが必要です。
- 令和4年度法改正により、都及び市においては、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なり、患者の心身の状態に応じた適切な包括的な支援の確保が示されました。市及び保健所は、市役所内の関連部署との協力、相談支援事業者や精神科医療機関等との連携、多摩総合精神保健福祉センターとの協働を通して地域の実情を踏まえた重層的な支援体制が必要です。

今後の取組

（１）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に、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。

精神疾患は小児期から高齢期まで発症し、精神症状の悪化や生活障害が起きる可能性があります。精神障害があっても住み慣れた地域で暮らしていけるように、世代や症状に応じた保健・医療・福祉等の包括的な連携支援体制づくりを進めます。個別の支援事例から地域課題を抽出し、ケアシステム作りを推進するために、地域自立支援協議会や精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場の着実な運営とその充実に努めます。

保健所は、個別相談や各市への支援とともに、精神保健医療福祉連携会議等を活用して取組を推進します。

（２）精神保健福祉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、精神保健に課題がある者に対する相談も含め、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重層的に充実させます。

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めます

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めます。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。

（４）メンタルヘルス、精神疾患や精神障害に関する正しい知識の普及啓発を進めます

市及び保健所では、住民の身近な疾患である精神疾患の正しい知識、地域の相談支援等の社会資源、精神障害者の権利擁護等に関して普及啓発を行います。精神障害に対する偏見をなくし、障害者の地域生活支援についても住民の関心と理解を深める事を進めます。

第1部

第1章
地域保健医療推進
プランについて第2章
圏域の保健医療の
現状

第2部

第1章
健康づくりと保健
医療体制の推進第2章
高齢者及び障害者
施策の推進第3章
健康危機管理体制
の推進第4章
災害時公衆衛生の
体制整備の推進第5章
地域保健医療人材
の育成第6章
プランの推進体制重点プラン及び
指標

参考資料

重点プラン 13	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ます
指 標 ⑮	地域包括ケアシステムの構築のための具体的な取組
ベースライン	
指標の方向	充実させる

圏域市の紹介（武蔵村山市）

ウォーキング教室 ～自然の中を歩いて 心も身体も健康に～

ウォーキングには、生活習慣予防やストレス解消など様々な効果があります。

武蔵村山市では、市内在住で関東学生陸上競技連盟会長を務められている有吉正博さんを講師に迎えて※、緑豊かな狭小丘陵などを歩く「ウォーキング教室」を開催しています。

（※令和6年3月現在）

令和5年1月にリニューアルしたウォーキングマップのコースを講師の指導を交えながら、実際に市民に歩いていただくことで、健康づくりのきっかけを提供すると共に緑豊かな本市の魅力を伝えています。



武蔵村山市広報キャラクター M ジロ

市の鳥「メジロ」をモチーフにした「M ジロ」がウォーキング姿になり、ウォーキングマップを盛り上げています。