

「精神障害施策」の次期計画の施策展開の方向性について

1 はじめに

区では、精神障害者施策の充実に向けて、国補助事業である「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」を活用し、取組みを進めています。今後も、同補助事業で示されている他メニューの活用を含め、地域における支援体制の充実を図る必要があります。

なお、現在（令和2年5月）の新型コロナウイルス感染症による経済・社会への影響は、今後も長期化することが見込まれており、次期計画の期間中、社会不安等により心のケアが必要となる方（アルコール等への依存症や自死を考える方を含む。）の増加に留意する必要があります。

2 次期計画期間中に取り組む課題

【課題1】精神病床における長期入院患者に関する目標値や目標（例）

（1）取組みの状況（実施状況の評価）

精神科病院長期入院患者については、病院の所在する自治体別の入院患者数のみ公表されており、区では、病院別の入院患者数を把握できていませんでした。令和元年度に区が実施した精神科病院への長期入院患者に関するアンケート調査（対象者568名）によると、長期入院患者のうち、住まいの確保や家族の理解等の受入れ条件が整えば、退院可能で本人に退院の意思がある区民が60名以上いることが判明しました。また、長期入院患者の6割以上は、65歳以上であることが判明しました。

（2）課題（評価を踏まえた改善）

第5期障害福祉計画では、国が示す成果目標として精神病床における1年以上の長期入院患者数や早期退院率が設定されていますが、区として具体的な目標値を示すことが困難でしたが、第6期障害福祉計画では具体的な目標値が必要です。

また、65歳以上の方の地域移行にあたっては、介護保険サービスの利用も想定する必要があります。対象者の年齢や利用できるサービスに応じた地域の支援チームの体制づくりが必要です。

（3）次期計画の施策展開の方向性（計画）

区では、令和2年度から試行実施する「精神科病院に長期入院している区民への訪問支援事業」により、地域の支援者が区民一人ひとりに対して定期的なアセスメントを行い、本人の状況に応じた支援を行うことで、希望

する生活の実現に繋げる事業を進めていきます。

入院から地域生活への移行が実現した人数を目標値に設定するのではなく、入院患者を訪問し、本人の意向確認や状況確認を行い、本人が希望する生活に関する意思決定を支援する人数を目標値とします。

具体的な目標値としては、過去の地域移行に関する国の調査研究において、長期入院患者のうち全体の14%は退院可能とされていることを踏まえ、令和元年6月末現在、区民の長期入院患者568人の14%である80人に対して定期的なアセスメントを行うほか、必要に応じて家族支援を行う等により、本人が希望する生活の実現に繋げていきます。

ケアマネジャー等の高齢・介護に携わる支援者向けに、障害福祉サービスの制度理解を進める研修を行う等、連携強化に向けた取組みを進めていきます。

<参考1> 国の第6期障害福祉計画の成果目標（案）

- 精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数の上昇：316日以上とすることを基本とする。（新規）
- 精神病床における1年以上長期入院患者数（65歳以上、65歳未満）を設定する。（令和5年度末の全国の目標値は平成30年度と比べて6.6～4.9万人減少となる。）
- 精神病所病床における退院率の上昇：3か月時点 69%以上、6か月時点 86%以上、12か月時点 92%以上を基本とする。

<参考2> 意思決定支援のプロセス 精神障害者支援連絡協議会 委員意見より

○意思決定には、以下の3段階がある。

「1 意思の醸成の支援」 「2 意思を表明する支援」 「3 意思を実現する支援」

入院患者を訪問し本人の意向や状況を確認する行為は、この1,2にアプローチするものであり重要な要素であるが、「本人の希望を聴いて何もしないのはその人に暴力を振るってることと一緒」のため、3の段階が必要となる。また、3を実現するための1,2のプロセスであるとも言える。

【課題2】ピアサポーターが活躍する機会の拡充

(1) 取組みの状況（実施状況の評価）

区では、精神障害当事者が自身の病気や障害を経験してきたことを強みとして活かし、当事者だからこそ分かり合える気持ちに寄り添った支援を行う、「こころの相談機能の整備」で実施する夜間休日電話相談（ピア相談等）や、「精神科病院への長期入院患者の訪問支援事業」における長期入院患者の退院への動機づけを支援するピアサポーター等、当事者が地域で活躍す

る機会の拡充に向けて取り組んでいます。

(2) 課題（評価を踏まえた改善）

今後も地域で支えあう社会の実現に向けて、同じ立場で考えることができるピアサポーターが、当事者の希望や個々の状況に合わせた多様なピア活動ができる環境を整備していくことが必要です。

ピア活動以外にも、個人の経験やストレングス（強み）を活かした社会参加や、社会貢献活動に結びつくような取組みを進めていく必要があります。

(3) 次期計画の施策展開の方向性（計画）

障害当事者が地域で支えあう社会の実現に向けて、ピアサポーターやピアサポーターの支援者を養成する体制の整備を行うほか、ピア活動を希望する方を登録・認証する仕組みづくりや、社会参加から雇用まで幅広く当事者が活躍できる機会や場を創出し、マッチングする仕組みづくりに向けて検討を進めます。

ピアサポーターとピアサポーターの支援者双方においても、指導的な立場ではなく、対等な関係性で仲間として支え合うための環境整備についても検討します。

【課題3】普及啓発・理解促進

(1) 取組みの状況（実施状況の評価）

精神障害者や精神疾患等の理解及び差別・偏見の解消をめざし、地域で暮らす人々や地域生活を支える支援者に対し、精神疾患や障害に対する正しい知識を普及・啓発し、人格や個性を尊重する社会の土台づくりを行っています。

(2) 課題（評価を踏まえた改善）

今後も、精神障害や精神疾患への理解が地域社会全体に浸透するような取組みを継続的・効果的に進める必要があります。

(3) 次期計画の施策展開の方向性（計画）

全区的な機能である保健医療福祉総合プラザに設置した世田谷区保健センターを活用し、広く区民に対する精神疾患の理解促進を図るとともに、当事者や家族が企画・運営する講演会を実施する等、精神障害や精神疾患に関する正しい知識を学ぶ機会を創出します。

上記の全区的な取組みと調整しながら、各地域の保健福祉センター健康づくり課では、地域のネットワークのつながりを活用したこころの健康づくりにより、精神障害についての理解促進を図ります。

不動産関係者や企業、民生委員、ケアマネジャー、教育現場等、地域生活を送るうえで協力を得たい関係機関との連携強化を図るため、出前講座を

実施する等普及啓発について、一層効果的に促進していきます。
相談支援専門員や区職員等、地域生活を支える支援者に対する育成研修プログラムに、精神疾患等の理解を深める内容を加え、また、地域では、地域ならではのネットワークを活かし、地域住民や支援者、区職員を対象として事例を通じた理解を促進するため、当事者や家族による経験談等の講話を盛り込む等、精神障害者が地域で安心して生活できる社会の実現に向けて理解促進を進めていきます。

【課題4】日中の居場所づくり

(1) 取組みの状況（実施状況の評価）

区内には日中活動の場として、生活介護や自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、地域活動支援センター等があり、3,300人を超える方に対し、利用目的に合わせたサービスを提供しています。

地域の保健福祉センター健康づくり課のデイケア事業は、病状等が不安定などの理由で、上記通所施設にはまだ通所できない方に対し、地区担当保健師の家庭訪問等相談支援により、精神疾患の病状に合わせながら実施しています。

(2) 課題（評価を踏まえた改善）

日中活動を希望する精神障害者の中には、職員や他の利用者との人間関係を築くことが苦手な方、症状の変動や体調悪化により通えなくなる方、通所の意思はあるが体力的に毎日通うのが難しい方等、個々の特性等により既存の通所施設の利用が難しい方がいます。

65歳を迎えた後に介護を必要としながら通われている方や、働くことに限らない日中活動ができる場を求めている方等、多様な状況により、法の枠組みに沿って提供される施設への定期通所が馴染まない方がいます。

こうした方々に対する日中の居場所となる場が、地域には限られているため、個々の特性や状況、ニーズに応じた日中活動の場の確保が必要です。精神障害者の居場所については、地域ごとの整備・充実や支援者の育成も課題であり、これらの課題解決を含めてサービスを充実させていく必要があります。

(3) 次期計画の施策展開の方向性（計画）

既存の通所施設がそれぞれの特色を活かしながら、ニーズに沿った柔軟な受入れ、施設の機能転換や機能付加等について、事業者の意向を伺いながら進めます。

従来に通所施設とは異なる日中活動の場の整備や、地域施設の活用、地域の社会福祉協議会と連携した居場所（カフェ等）の展開について、進めて

行きます。

また、話を聞いてくれる相手がいる場や、人との交流が苦手な利用者が交流や活動を促されないで、その場にいること自体が尊重される場、余暇活動プログラムの提供がある場等、個々の特性や状況、ニーズに応じた多様な精神障害者の日中の居場所づくりと、それらを支える支援者の人材育成に取り組みます。

【課題5】住まいの確保支援

(1) 取組みの状況（実施状況の評価）

区では、民間賃貸住宅の空き部屋情報を提供するお部屋探しサポート事業を実施するほか、民間法人による障害者グループホームの運営を支援しています。

(2) 課題（評価を踏まえた改善）

住まいが確保されると、地域生活を送るための様々な支援も進みやすくなるだけでなく、障害者本人の自立心、自発心が促される等、自立に向けた重要な一歩となります。

精神科病院やグループホームから地域での在宅生活に移行するためには、生活の基盤となる住まいを確保することが前提であり、そのためには、賃貸物件オーナーへの不安解消や理解促進が不可欠です。

(3) 次期計画の施策展開の方向性（計画）

精神科病院からの退院者を地域で支えるための緊急介護人派遣制度の拡充や、総合支援法の個別給付である「自立生活援助」サービスの充実、地域住民の協力により障害者の生活を地域で見守る体制の強化を図る等、賃貸物件オーナーの不安を軽減し、入居を促進させる施策を推進します。

賃貸物件オーナーに対し、障害者の地域生活を支える支援チームや福祉サービスの紹介、特にトラブルもなく生活している事例等を区の障害福祉部門と居住支援部門が連携し、不動産団体向けのセミナー開催やPR動画の作成等により積極的に周知することで、精神障害者の居住支援に協力的な賃貸物件オーナーの発掘・拡充に努めていきます。

【課題6】退院後の生活体験機能

(1) 取組みの状況（実施状況の評価）

区内には居住支援事業として障害者グループホームが48か所（平成31年4月現在）あり、区は民間法人による運営の支援を行っています。

知的障害者を対象とする松原けやき寮、身体障害者を対象とする身体障害者自立体験ホームなかまっちにおいて、自立生活体験等を推進しています。

(2) 課題 (評価を踏まえた改善)

精神科病院へ入院している方が退院に向かうまでには、住まいの確保とともに、退院後の住まいにおける生活に向けた準備も大変重要です。

特に長期入院患者は、入院によるブランクにより地域での生活に対するイメージを想像しにくい状態となっているため、病院とは環境と異なる地域の住まいにおける生活スキルの獲得や、本人の意欲や自信の醸成を段階的に踏む機会が必要です。

(3) 次期計画の施策展開の方向性 (計画)

精神障害者が、入院中から段階を踏んで、スーパーへの買い物や掃除や洗濯等を体験し、退院後の生活の経験を積む機能を試行します。

生活体験の状況をもとにして、支援者が退院後の本人の生活能力に関するアセスメントを行い、地域で暮らす際の本人の強み、必要な支援等を見立てて円滑な地域移行を進めていきます。

【課題 7】 家族支援

(1) 取り組みの状況 (実施状況の評価)

精神障害者と暮らす家族への支援策について、事業の枠組みや担い手等を、他の自治体事例の事業効果も踏まえて検討しているほか、障害当事者への対応を家族任せにしない地域の支援チームづくりや、障害者家族の孤立を防ぐ仕組み等の検討を進めています。

(2) 課題 (評価を踏まえた改善)

家族会から、家族のレスパイト (休息) を支援する機能や、精神障害者が不安定なときに家族が一時的に避難できる機能の整備に関する要望があり、ニーズの詳細を把握して対応する必要があります。

(3) 次期計画の施策展開の方向性 (計画)

グループホームの一室を活用したシェルター機能の整備や病院からの退院後の地域生活を送る際の公民連携した支援チームづくり等について検討し、家族支援の拡充に努めていきます。

【課題 8】 保健・医療・福祉等の支援者間の連携強化

(1) 取り組みの状況 (実施状況の評価)

区は、第 5 期障害福祉計画の成果目標として定めた保健・医療・福祉関係者による協議の場として、平成 31 年 3 月に、「世田谷区精神障害者等支援連絡協議会」を設置し、心の相談機能の整備や精神科病院長期入院患者の地域移行を進める際の課題、ピアサポーターの活躍の場等について意見をいただく等、関係機関の連携強化と施策の充実に向けた検討を進めていま

す。

(2) 課題（評価を踏まえた改善）

国は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するための最も重要なポイントは、「保健・医療から地域を考える視点」と「障害福祉から地域を考える視点」の両視点の統合としています。

区は、引き続き精神障害者等支援連絡協議会を通じて保健・医療・障害福祉、高齢福祉、居住支援機関等、各支援者間の顔の見える関係づくりを行いながら、積極的に各課題について検討を進める必要があります。

(3) 次期計画の施策展開の方向性（計画）

医療と保健福祉の連携

円滑な地域支援体制の構築のため、病院からの退院前に、事前に本人、家族と病院スタッフ、地域の支援者が、顔の見える関係づくりを行っていきます。

入院直後からの情報共有や連携、関係づくりを行うことで、退院後の生活を支援するチームづくりや、緊急時の入院患者の受入れ等、相互に相談できるような環境整備に努めていきます。

福祉部門と住宅部門の連携

地域の支援者については、居住支援に関する制度や取組みを十分に知らないまま物件探しを行っている方がいます。一方で、障害に関する知識や理解が十分でないため、障害者にどのように対応すればよいのか不安のある方もいます。互いの強みを活かし、連携して居住支援にあたる仕組みを構築していきます。

障害部門と高齢部門の連携（再掲）

障害福祉サービスを利用している方が、介護保険サービスの利用に移行する際、利用者本人の意向を丁寧に確認しながら、支援者間で適切に引き継ぐ仕組みを整えます。

精神科病院へ長期入院している区民の6割以上は高齢者であることから、地域移行にあたっては、介護保険サービスの利用を想定する必要があり、対象者の年齢や利用できるサービスに応じた地域の支援チームの体制づくりを進めていきます。

ケアマネジャー等高齢・介護に携わる支援者向けに、障害福祉サービスの制度理解を進める研修を行う等、連携強化に向けた取組みを進めていきます。