

第4回

東京都地方精神保健福祉審議会

令和5年10月30日（月）

東京都福祉局障害者施策推進部精神保健医療課

午後5時02分 開会

○佐藤課長 それでは、第4回東京都地方精神保健福祉審議会を始めさせていただきます。

このたびはお忙しい中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。私は、東京都福祉局の当審議会事務局、障害者施策推進部精神保健医療課長の佐藤でございます。審議に入るまでの間、進行役を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、会議に先立ちまして、石黒障害者医療担当部長から一言御挨拶をさせていただきます。

石黒部長、お願いいたします。

○石黒部長 福祉局障害者医療担当部長の石黒でございます。

今期、第4回東京都地方精神保健福祉審議会の開催に当たりまして、一言御挨拶を申し上げます。

委員の皆様方には、本日は大変お忙しい中、本審議会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

また、日頃より都の精神保健医療福祉施策に多大なる御理解と御協力をいただいておりますことに厚くお礼申し上げます。

さて、今年度は東京都保健医療計画の改定の時期を迎えております。次期計画の内容については7月から皆様に審議を重ねていただき、本日は3回目の審議となります。本日は、前回事務局からお示しさせていただき御議論いただきました計画の骨子を基に、いよいよ計画の素案の議論に入っております。今回の改定では、精神疾患については地域包括ケア、救急医療、多様な精神疾患、そして昨今課題となっております虐待防止に向けた取組の4本の柱、また、認知症については普及啓発や予防など6本の柱を立てて計画策定を考えております。

本日は、これらの柱ごとに計画の素案をお示しさせていただきますので、それぞれの委員の皆様方の専門的なお立場から御忌憚のない御意見をいただければと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

簡単ではございますが、私からの御挨拶とさせていただきます。

○佐藤課長 ありがとうございます。

続きまして、本審議会の委員の皆様、審議会規程第8条に基づく審議会の運営を補佐する幹事、並びに事務局職員を御紹介いたします。御紹介は資料の委員名簿と幹事名簿で代えさせていただきますが、前回第3回の審議会から委員お一人交代いただきました。新しく委員になられました先生に御挨拶をお願いできればと思います。

東京都議会議員の山加朱美先生、もし御挨拶できましたらお願いできますでしょうか。

後ほどまたお時間あるときにお願いしたいと思います。早坂義弘都議会議員にこれまで委員を努めていただきましたが、今回、委員の交代ということで、この第4回から東京都議会議員、山加朱美委員に御就任いただいております。後程、御紹介させていただきます。

ほかの先生方は継続でございます。改めてよろしくお願いたします。

それでは、資料の確認をさせていただきます。

本日の資料につきましては、事前に配布をさせていただきます。配布資料といたしましては、次第と、資料1から2-6まで、参考資料は1-1から12まででございます。御確認いただきまして、不足等ございましたら、事前に事務局から御案内しているメールアドレス宛てにメールにて御連絡いただければと思います。

それから、本日オンラインで参加されている委員の皆様へお願いを改めてさせていただきます。本日、イヤホンまたはヘッドホンをご用意いただいている方は着用をお願いいたします。また、御自身の発言時以外はマイクはオフの状態としていただきますようお願いいたします。

また、御発言の際には画面に向かって挙手、もしくは挙手のボタンを押していただきますと、事務局のほうでお願いするようにさせていただきますので、お手を挙げるか挙手ボタンを押していただきますようお願いいたします。

会議の途中で音声聞こえないなど不具合が発生した場合には、事前に事務局から御案内しているメールアドレス宛てにメールで御連絡いただければと思います。

それでは、この後の進行につきましては加藤会長にお願いしたいと思います。

加藤会長、よろしくお願いたします。

○加藤会長 それでは、早速次第に沿いまして進めさせていただきます。

まず、審議に入ります前にあらかじめ確認をいたします。

本日の審議会及び会議録等につきましては、東京都地方精神保健福祉審議会規程第9条により、原則として公開となっております。

本日の審議会及び議事録は、審議会の規則に基づき公開ということよろしいでしょうか。

御異議がないようですので、会議及び議事録は公開といたします。

それでは、議事に入ります。

議事の1つ目は、協議事項、第8次東京都保健医療計画改定素案についてです。

まず、第8次東京都保健医療計画の精神疾患について、事務局から説明をお願いします。

○佐藤課長 ありがとうございます。

それでは事務局から御説明をいたします。

資料2-1となります。

第3回の東京都地方精神保健福祉審議会にて、第8次東京都保健医療計画の素案につきまして委員の皆様より様々な御意見をいただき、御了承いただきました。ありがとうございます。

今回、各柱として設定しました4つの柱、その骨子を基に素案を事務局にて検討いたしましたため、こちらに提示させていただいております。計画の素案ということで非常に分量が多いことから、説明は2つに分けて行います。

始めに第3回審議会にていただいた御意見を踏まえまして、骨子に変更が生じた部分について御説明をいたします。次に、計画素案にて新規の取組や前回の計画から変更の箇所といった次期の計画でのポイント、それから第8次計画での評価指標について御説明をさせていただきます。

それでは、まず資料2-1、こちらを御覧いただければと思います。柱の1つ目ですが、地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）となります。

まず、第3回の審議会にて委員の皆様からいただいた御意見により変更した点について御説明をいたします。大きく2点あります。

まず、1点目でございますけれども、課題と取組の構成を見直しをいたしました。こちら平川淳一委員、それから加藤会長から、治療を前提とした構成に限定されすぎているのではないかと、統合失調症を中心に入院患者に対するケアと中心とした取組が多く、早期発見という視点での取組が少なく見受けられるという御意見をいただきましたので、その点について見直しをいたしました。具体的には取組の1と2でございますけれども、普及啓発や連携体制の強化など早期発見につながる内容の記述と構成としております。

それから取組の3、取組の4のところで、地域定着や地域移行の内容として、治療のみならず治療後の地域移行についても重視するような記述、構成としております。

それから、大きく見直したもう一点ですが、目指す方向性の文言を少し見直しをいたしました。こちら水野委員より、「精神障害者が」という冒頭の用語でございますけれども、精神疾患の多様化が進んでいるということを考慮した記述にしてほしいという御意見を踏まえ見直しております。具体的には今まで「精神障害者が」と言っていたところを、「精神障害者及び精神保健に課題を抱える方が」という、改正後の精神保健福祉法の表現を参考としまして、精神疾患の多様化を網羅できるように表現を修正しています。

以上が、委員の皆様よりいただきました御意見を基に骨子を修正した箇所の説明となります。

ここまでが2-1でございます。

続きまして、計画の素案のポイントということで、骨子を基に作成しました計画の素案と評価指標の説明となります。資料の2-2でございます。分量が多いところがございますので、新規取組や前回計画からの変更箇所について御説明をさせていただきます。大きく3つございます。

まず、1点目ですが、取組の1-1、右上の2つ目の記述になります。メンタルヘルスの問題を抱える人の身近に支援者が存在することや、速やかに治療や相談支援などにつながる、支援者が存在することで、速やかな治療や相談支援などにつなげることができます。そのため都民の一人一人が正しい知識と理解を持ってメンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚の方などの支援者となるような普及啓発を実施していきたい、これを2つ目の記述に書いています。

続きまして、2点目のポイントです。取組1-2の3つ目の記述です。これまでは二次保健医療圏域ごとに早期発見、早期対応推進のための研修や症例検討会を実施してまいりました。近年、実施圏域が増えてきたものの、まだ一部においては未実施の圏域もあります。今後複数圏域での合同実施を可能とすることなどにより、都全域での事業実施を目指していきたいと考えています。それが2点目です。

そして3点目です。取組1-2の5点目の記述になります。慢性期の身体合併症を有する精神疾患をお持ちの方については、受入医療機関が限られているという現状もございます。身体合併症を有する方が精神科病院に入院したときにも必要な身体の疾患治療が受けられるよう、地域の医療機関と連携して身体治療を実施する精神科病院を支援していきたいというふうに考えています。

続きまして、今度は資料2-3の説明をさせていただきます。資料2-3、評価指標でございますが、柱の1からは1点挙げています。

取組1-3に関しまして、退院率と長期在院者数、それから平均生活日数を設定しております。これは第7次の計画でも採用していた数値と同じ評価指標を用いています。第7次のときは、国が出している精神保健福祉資料のNDBにある数値を基に目標等を設定していました。国の数字のその後の公表が令和元年度を最後に止まっている状況にございまして、数字が新たに取れないこともあったので、今回の評価指標、項目は同じ項目を記載しています。東京都の現状と国から示された障害福祉計画基本指針の通知の数値などを比較して、東京都は高い数値を示しているという状況がございます。そのため、現状の維持を努めつつ、さらに改善を図るべく、新たな目標設定値を設定しているところでございます。今の数値を落とさないというこ

とを基本の理念としつつ少し数値を上げた目標値を設定しています。

柱1に係る計画素案と評価指標の説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

○加藤会長 どうもありがとうございました。

ただいまの事務局の説明について何か御意見ありましたらお願いいたします。よろしいでしょうか。

特にないですね。ありがとうございました。

引き続き、精神疾患の柱2について、事務局から説明をお願いいたします。

○佐藤課長 ありがとうございました。

続きまして、柱の2につきまして御説明をさせていただきます。資料の2-1、柱の2の資料です。緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり、緊急医療について御説明をします。

柱の内容としては第3回の審議会から骨子についての記載内容の変更はございません。そのポイントについて、資料の2-2で御説明をさせていただきます。柱の1と同様に、ここでは新規の取組や前回計画からの変更箇所を絞って御説明をいたします。

柱の2では、新興感染症への対応につきまして、新規の取組として次の2つの内容で記述しております。

1つ目は、取組2-2の4つ目、コロナ禍では、各病院において非常に大変な思いをしてコロナ患者さんのご対応をいただき、この3年間を乗り切ってきたところです。改めて今回、新たな計画においては、この経験を踏まえ、新興感染症への対応を記載したいと考えました。新興感染症等を併発し、一般科病院等での治療が難しい患者さんに対しては、新型コロナウイルス感染症の際の対応に倣いまして、精神科病院の身体科の先生方の御協力をいただきながら、精神科患者身体合併症医療事業の活用などの医療体制整備を図っていきたいと考えています。

2つ目のポイントです。取組2-3の3つ目、これは災害の話になります。災害は、いつ来るか分からないものです。来たときに緊急な対応を求められるものでございます。災害時の医療に加え、感染症発生、蔓延時の医療を確保するため、災害時に派遣される医療チームであるDMA T、DPA Tが医療法に位置づけられています。関係団体等との具体的な連携や支援内容について検討していきたいと考えています。

それから資料2-3の評価指標になります。この救急に関しては2点挙げております。2-3の資料になります。

まず1点目です。取組2-1と2-2に係る精神科救急医療機関数になります。こちらですが、国の法上の基準に基づいて毎年厚生労働省に報告している医療機関の数をここに記載して

います。昨年度より議論いただいている常時対応型の施設の追加、新たな指定をはじめとして、精神科救急医療体制における各医療機関の充実と強化ということで目標値とさせていただいております。

それから2つ目の目標値ですが、取組の2-3に係る東京DPATの登録機関数及び隊員数、それから先遣隊の登録数となります。こちら、東京DPATの登録機関数は都内全域での支援体制を確保するため、圏域を考慮しながら増やしてきた状況です。また、継続した活動ができる隊員数を確保するため、1隊10名程度の規模で要請を行っております。東京DPATの隊員、それから先遣隊が発災後にすぐに活動できるように、機能の維持、向上に努めてまいりたいと考えています。

柱の2に係る計画素案、それから評価指標の説明は以上でございます。

○加藤会長 ありがとうございます。

ただいまの事務局の説明について、何か御意見がありましたらお願いいたします。いかがでしょうか。佐川委員、どうぞ。

○佐川委員 ありがとうございます。災害時における精神科医療体制について確認でございます。災害時というのは平常時以上のことはできませんので、平常時からの準備というのはとても大事なことだと思います。災害時については東京DPATのことですとか、保健活動との連携ということが記載されているんですが、平常時の準備としては、災害時における医療体制の整備の中の区市町村の災害時こころのケア体制に関する取組を共有するという部分で読み取ればよろしいのでしょうか。

私は前職のときに、やはり災害時、台風が来たときに精神科のグループホームの方が避難所はどこかとか、そういった探しをどうするかというような、そういう相談にも乗っておりましたし、災害時の、災害になる前のいろんな啓発というのはとても大事なことだと思っておりますが、その読み取りは区市町村の災害時の連携というところによろしいでしょうか。よろしくをお願いします。

○佐藤課長 佐川委員、ありがとうございます。

おっしゃるとおりですね。緊急時にすぐに立ち上がるためには平常時からの訓練が重要でございます。都でも中部総合精神保健福祉センターと日頃から訓練等を行っております。表現については委員おっしゃったとおり、この関係団体と連携ということの中には訓練とか、それから普段からこころの整備体制の構築に向けて議論しております。具体的な取組として、DPATの隊長として、都の先頭で引っ張っていただく石黒部長、何かありましたら一言お願いします。

○石黒部長 区市町村の皆様との連携を今後もいろいろ考えながら、訓練等もさらに充実していきたいと考えています。

以上です。

○加藤会長 よろしいですか。佐川委員、よろしいでしょうか。塚本委員、どうぞ。

○塚本委員 先ほどの救急の体制で常時対応型というところが3病院載っていましたが、それを今後充実させるために目標が立てられていたと思います。具体的にはどのような形で進めていかれるのか教えていただきたいと思います。

○佐藤課長 塚本先生、ありがとうございます。

常時対応型の医療機関につきましては、診療報酬改定に基づいて昨年度かなり精力的に塚本先生に入っていて、議論いただいて、在り方について検討してきました。他の道府県でもいろいろ試行錯誤の中、取り組んでおります。24時間365日の対応につきましてどういう形で実際に確保していくのか、具体的には、満床だったときどうするのかとか、そういうようなケースへの対応みたいに議論を進めていくという状況に現状としてあります。本当は少し早くに指定をしていくという予定で昨年度御議論いただいておりました。他県の状況を踏まえながら、少し慎重な動きをしているというところがございますが、いつでも受けられる緊急体制は重要でございますので、充実と書かせていただきました。改めて、時期が明示できないのが申し訳ないのですが、早急に常時対応型についての議論を国の状況を踏まえながら行い、新たな病院の指定につなげていきたいと考えています。よろしく申し上げます。

○塚本委員 どうもありがとうございました。

○加藤会長 ほかによろしいでしょうか。新井委員、どうぞ。

○新井委員 ありがとうございます。東京都医師会の新井です。

取組2-2の1つ目の丸のところについての質問です。地域の関係者会議等により、地域で受入れが困難な精神身体合併症救急患者という文章がございますけども、この地域の関係者会議等というのは具体的には何をお考えでしょうか。地域救急会議という会議が身体のか、指定二次救急医療機関のほうの会議ではございますけども、そのことを言っているのでしょうか。

○佐藤課長 ありがとうございます。

基本的には精神科身体合併症救急連携事業の中で、都のブロックに分けて会議等を行っていただいています。その地域の中でのコアな病院さんに主導になっていただいて、その地域ごとの救急連携のところでの会議体、連携協議会を想定して、各地域での実情に応じて各種連携の

体制構築について話し合っていたで、そういうような会議になっています。

○新井委員 精神科の病院が主体となった会議という、そういう会議体ということでしょうか。

○佐藤課長 主体は、東京都でお願いしているのは各地域ごとの精神科の病院に基幹となっていておりましたが、身体病院、いわゆる一般科と精神科との連携、それから地域の福祉だったり行政だったり、それらを全体を1つのネットワーク化して連携していくようなことを目指した会議体で、各地域で構成されています。

○新井委員 身体のほうがですと地域救急会議というのが二次医療圏ごとに行われておりますけれども、そこでもやっぱり受入れ困難事例の東京ルールですよね、その東京ルール事案の検証というのをしているわけですが、その東京ルール事案の中には必ず精神というキーワードが出てきて、多いときですと十数%か20%とかいうわけで、ぜひそういうところにも参加をして、そこでこのモニタリングをしたようなデータを共有して、地域で対応していくというのが実効性がより高まるのではないかと思います。その辺も含めて「等」と書いてございますので、そういった会議も含めてよろしくお願ひしたいと思ひます。

○石黒部長 。今のお話なんですけれども、新井先生がおっしゃったとおり、各圏域の地域救急会議に、この身体合併症救急連携事業の精神科病院もほぼ参加する形で、今一緒に連携して要因分析等にも関わるような方向で議論しています。今後もそれをさらに充実させていこうと考えております。

以上です。

○新井委員 私も地域救急会議にいろいろ出ているんですけども、なかなか精神科の話まで掘りする場面というのがちょっと、時間的なものもあるんですけど、そういったところのデータを少し別枠で立てて示していただければ、より議論が深まるかなと思ひますので、そのデータをつくるのはこの事務局でしょうから、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

○石黒部長 ありがとうございます。そのように検討していきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○加藤会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

○羽藤委員 取組の2-1及び2-2のところなんですけど、この中に子どもの精神科救急のことが落ちています。これまで地精審の場で子どもの精神科救急についてあまり議論してきたことはなかったのですが、最近、子どもの自殺が増えています。自殺未遂した小学生、中学生のおおよそ半分は精神科クリニックに通っています。クリニックで対応できないケースは、都立

小児総合医療センターでお願いしても、うまく引き受けていただけないことが多い。小児精神科救急医療は重要な課題です。取り組みの中にぜひ入れておいていただけたらというふうに思います。いかがでしょうか。

○加藤会長 これについてどなたか。

○佐藤課長 事務局です。ありがとうございます。子供もしくは若い方の精神疾患に関する視点というのはこれまでポイントとして立ててこなかったところですが、若年層での自殺の問題やまた、ト一横にいる子供たちもかなり精神疾患を抱えている人も多く、その子たちにどう対応していくのかは、精神保健とほかの都の施策も関連しながら解決していく大きな問題で最近クローズアップされております。

今の羽藤先生の視点は重要な視点だと思っております。またほかの委員の先生から何か御示唆等いただければ記載を追加するなど考えていきたいのですが、いかがでしょうか。

○加藤会長 これについて、具体的によろしいですか。

○羽藤委員 一言追加させていただいてよろしいでしょうか。

○加藤会長 はい、どうぞ。

○羽藤委員 精神科救急医療情報センターでは、15歳未満の救急相談を年間約190件ぐらい受けています。19歳以下では600件近くになります。15歳未満の事例は家族や周りの者が対応すれば何とかかかるといふ、そんなことはないです。家族で対応できなくて警察が保護している、警察も対応に困っています。10歳の子が23条通報されたこともあります。そのケースは措置診察されていませんが、もし措置診察して緊急措置入院の要件を満たしても措置入院が10歳の子に適切かどうか分かりません。適切でない可能性があります。小児の精神科救急医療の必要性がとても高まっています。都立小児総合医療センターの精神科の方は、地精審の委員になっておられませんが、これからは委員として積極的に加わっていただいて、検討できたらなと思っております。

以上です。

○加藤会長 非常に新しい提案をありがとうございました。

私は発達障害が専門ですので、そういう未成年との付き合いは多いんですが、全くそういう視点はありませんでした。これは今急に上げてどうこうというのは難しいと思いますが、佐川委員、どうぞ。

○佐川委員 東京都看護協会の佐川です。先生のおっしゃるとおり、小児の精神科救急、本当に大事なことだと思っております。私の経験では10代のお子さんがリストカットをして、逆に

何回も何回もリストカットがあって、それで外科的に縫合するんですけど、その糸を自分で切って何度も運ばれると。それも外科に運ばれるというような経験を何度もしております。そういったことから精神科救急、小児のところも必要というふうに私も思います。

もう一つは、やはり若いお子さん、特に統合失調症の方でも若い方の発症というのも経験しております、そういった方は親御さんが相談に保健所にお見えになるんですけども、やはりいろんなところの相談、教育相談からいろんなところを回られて最後に保健所にいらっしゃる場合もありますので、その相談の場所に到着するのにかかなりの期間を要してしまうということがありますから、精神科救急だけではなくて早期発見、啓発というところも学校保健と連携した対応が必要になるのではないかなというふうに考えておりました。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。

この点で、ほかにありますか。よろしいでしょうか。

これは検討事項にさせていただくということにさせていただきます。岩本委員、どうぞ。

○岩本委員 岩本です。別のことでよろしいでしょうか。

○加藤会長 はい、どうぞ。

○岩本委員 取組の2-3の3つ目のところで、先ほど佐川委員からもお話があったところなんですけれども、関係団体との具体的な連携支援内容というところで、障害のある方や高齢者の方に災害時の避難時の要支援者に対する個別支援計画の策定なども進められているかと思うんですけれども、そういった要支援者の行動計画などのところで何か精神保健、精神医療からの働きかけとか、そういったお考えがございましたらお聞かせいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○佐藤課長 事務局で答えられる方、いますでしょうか。

○岩本委員 何かそういうことも考えられるのではないかという意見として聞いていただければと思います。よろしくをお願いします。

○佐藤課長 ありがとうございます。やはり要支援者ということで、地域の個別支援計画をつくりながら、特に高齢者であったり障害者であったり把握しながら、特に重度の方等は区市町村は一人一人把握しながら対応していくものと思いますが、実際その福祉避難所の個別の状況なども確認していきたいと思います。

○岩本委員 よろしくをお願いします。

精神障害への支援のところは分かりにくいところもあるので、働きかけがあるといいなと思いました。よろしく願いいたします。

○加藤会長 はい、どうぞ。

○横井課長代理 精神保健福祉担当の横井と申します。災害時こころのケア体制整備事業の担当です。

昨年度末に区市町村の災害時こころのケア体制について調査をさせていただいております。今年度はそれを踏まえ地域の課題等を整理をして、東京都として何を取り組んでいかなければいけないのか検討を進めていきたいと考えております。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。

岩本委員、よろしいでしょうか。

○岩本委員 はい、ありがとうございます。

○加藤会長 ほかに御意見、コメントございますでしょうか。

それでは、引き続き精神疾患の今度は柱の3ですね。3について事務局から説明をお願いします。

○佐藤課長 ありがとうございます。

先ほど羽藤先生からいただいた子供、若年者の精神疾患、精神救急の扱いについては検討させていただきます。現在、保健医療計画の会議の進行状況もあるので、今からどこまで入れられるかは検討させていただきたいと思います。ただ、視点としては重要な視点だと思いますので、何か形に残せないか検討させていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

それでは、続きまして今度は柱の3ということで、私のほうから説明をさせていただきます。柱の3は多様な精神疾患への対応、これまで個別事項ということで整理していましたが、今度は柱として1本立てまして、整理しております。骨子につきまして、前回の審議会から記載の変更はありません。

資料の2-2ということで細かい資料ですが、計画の素案のポイントについて御説明をいたします。資料2-2になります。

今回も同様に、新規の取組や前回からの変更箇所に絞って御説明いたします。御説明したいことは全部で4つございます。

まず1点目です。取組3-3、依存症です。依存症の患者さんが地域で適切な医療を受けられるようにするためには、依存症専門医療機関の拡充が重要だということで記載しています。

依存症治療拠点機関による医療従事者向け研修や医療機関向け連携会議、それから受診後の患者の支援などにより、地域における連携体制の構築に向けた取組を推進していきたいと考えています。

2点目ですが、取組の3-5の2点目の記述になります。発達障害児、大人も含めた発達障害者の記述になります。都の支援拠点である東京都発達障害者支援センター、TOSCAですが、令和5年1月から子供部門と大人部門の2か所に分かれて運営を行っています。大人については加藤先生の神経研究所がしています。精神系支援の充実に向けまして東京都発達障害者支援センターの大人部門、大人TOSCA、それから医療機関、生活支援、就労支援機関など、地域の関係機関との連携強化等により地域における総合的な支援体制の整備を推進していくことを書かせていただいております。これが2点目、発達障害児（者）でございます。

3点目です。取組3-7、摂食障害でございます。先ほどの議論にて若年層の話が出ました。摂食障害は若い方中心とした精神疾患ですが、最近は年齢や性別問わず誰でもなりうるということで理解が進んできております。心身の成長などに大きな支障を来すほか、場合によっては生命の危険を伴う場合もあります。そのため都内における医療機関等の連携促進、相談体制の整備、都民への普及啓発を行う支援拠点病院を新たに設定していきます。これが3-7、摂食障害です。

4点目でございます。取組3-8になります。てんかんです。令和4年9月1日、去年ですけど、国立研究開発法人国立精神神経医療研究センター病院をてんかん支援拠点病院として指定をしております。拠点病院において、てんかんに関する専門的な相談支援のほか、他の医療機関との連携強化や、てんかん診療に携わる医師等への助言、普及啓発等により正しい理解を深める取組の強化を行っています。ここまでがポイント、4点ございました。

続きまして、今度は評価指標についてです。資料2-3でございます。

まず1点目の評価指標です。取組3-3に関しまして、依存症専門医療機関の数です。これまでの数はここに書いてありますとおり、アルコール健康障害が9医療機関です。薬物依存症は2医療機関、ギャンブル等依存症は1専門医療機関を選定しております。適切な医療を受けられる体制を整え、さらなる拡充を図っていこうと考えております。依存症専門医療機関数の増加、増やすということで目標としております。

それから、2点目の目標でございます。取組3-7に係る摂食障害支援拠点病院数です。先ほども御説明いたしましたとおり、今回こちらを設置したいということで現在、議論を進めています。摂食障害の拠点となる病院を設置するというので取組3-7の目標とさせていただきます。

いています。

以上が柱の3に係る計画の素案及び評価指標の説明でございます。

以上でございます。よろしくお願いいたします。

○加藤会長 ありがとうございます。

それでは、この柱3について、ただいまの事務局の説明について、何か御意見ありましたら
お願いいたします。

よろしいでしょうか、これについては。これは新しい柱になりますので、ぜひ御意見があり
ましたらお願いいたします。

まず、これは一応こういう形で様々な精神疾患をこれから取り上げていくという方向性を示
すのが重要なと思います。ありがとうございました。

続きまして、今度は精神疾患の柱4について、事務局から説明をお願いします。

○佐藤課長 ありがとうございます。

続きまして、今度は柱の4ということで説明をさせていただきます。精神科病院における虐
待防止等に向けた取組の推進でございます。

骨子につきまして、第3回、前回の審議会にて委員の皆様からいただきました御意見により
幾つか修正、変更しておりますので、まずその点について御説明をいたします。

まず1点目ですが、内容につきまして具体化をする視点で少し記載を見直させていただきま
した。

前回、岩本委員より、都内の患者の虐待事件、八王子の事件を踏まえまして、もう少し踏み
込んだ内容を盛り込むべきではないかという御意見をいただきましたため、具体化を図ったと
ころになります。

具体的には2点目の取組の記載のところになりますが、改めて虐待通報や相談の窓口の整備
を書かせていただきました。

それから、通報窓口、相談窓口、通報、相談を受けてから実際の虐待の確認、続いて検証、
再発防止ということで、その一連の流れをしっかりと構築していくということが重要というふう
に認識しまして、そちらを分かるように、この取組ということで記載しています。

立入検査も当然、都として行っていくということも含めて書いてございます。それがまず1
点目、表現を書き加えた点となります。

2点目ですが、課題について少し細分化をしたところになります。具体的には3点目と4点
目の課題です。患者さんへの虐待の発生しやすい要因として記載していた環境、実際その背景

から課題、要因までを具体的な表現で少し書かせていただきました。もちろんこれが全てではないんですけれども、この課題の③にある本人の意思によらず入院が必要とされる、そういう形で入院する場合があります。こういった非自発的入院では、患者はどうしても閉鎖的な病棟で治療することもあります。外部との面会交流がなかなか難しいというような状況は、ケースによりますが、人権擁護の考え方からいくと望ましくない。このことについてどのように現状の制度と両立させていくかというところが課題というふうに考えています。

外部との面会交流が実質的に遮断される状況という言い方をしていますけども、課題にある対応策として、今回取組に書かせていただきました。最後の丸になりますが、医療機関外との面会交流が途絶えやすい入院者に対して、医療機関の外部の第三者が入院中の患者さんを訪問し、傾聴、いろんな話を聞いたり、いろんな情報提供を行うなどの支援という、これは国のほうで今回、法改正で事業化されました、来年4月から始まる入院者訪問支援事業というものを想定しながら、その事業につながるような表現で見直しています。具体的にどういう人に病院に入ってもらおうかというのはこれからさらに国と情報交換しながら進めていくんですけど、やはり患者さんとの接点をしっかり持って、いろんな話を聞いて助言ができるような方が望ましいと考えております。これから研修や準備をしていきたいと考えています。

これらがまず委員の皆様よりいただいた御意見を基に骨子を修正したところとなります。

続いて、計画素案のポイントになります。まず、資料2-2です。柱4は全て新しい内容ですので、項目は少ないのですが、一つ一つ説明をさせていただきます。全部で取組の方向性ということで3点です。

1点目です。患者虐待を発生させない組織風土づくりに向けた取組の支援です。病院全体の風土、虐待を起こさせないという強い決意はもちろんですけど、様々なところでの風通し、例えばスタッフさんの連携であったりとか、難しい患者さんに対する対応、それから情報の連携、院内の横の連携などがしっかりできている組織ほど虐待という行為は起こさせない組織づくり、固い組織ができているのではないかと、我々検査の中で感じるところでございます。

新たに精神科病院の管理者層や、現場のリーダー層にあたる病棟の師長さん等、組織を束ねる立場の方を対象とした研修を行いたいと思ひまして、現在予算の要求等の調整を進めています。病院職員さんを束ねる方への研修等を通じて病院内にさらに浸透させていくような、具体的な病院の組織づくり等を含めていろいろな研修へ盛り込んでいけば、病院で働く職員さん皆が患者さんへの人権擁護への意識向上を果たし、精神科病院における虐待が発生しにくい組織風土づくりに向けた取組の支援を検討しています。まだ予算要求中なので調整中ではありますが、

こういった形で検討を進めているというところでございます。

続いて、大きく2点目になります。2点目は、通報相談窓口を設置し、早期に虐待が疑われる事案の発見を図るとともに、通報内容の検証、場合によっては抜き打ちも含めて立入検査をし、それにより指導監督の強化をしていきたいと考えています。これが2点目、通報相談を受ける窓口の新たな設置でございます。

そして3点目の丸になりますが、先ほど説明しました入院者訪問支援事業ということで、医療機関外の第三者が入院中の患者さんを訪問し、傾聴や情報提供を行います。

大きくこの3点を重要なポイントとして、この虐待防止、人権擁護に向けて、まずは都として取り組んでいきたいと考えています。

今度は評価指標です。資料2-3です。虐待防止を数字で評価することはなかなか難しいところであり、非常に指標評価の検討には苦労したところです。各精神科病院において、院内で院長先生のリーダーシップの下、院内報等を通じてしっかり周知徹底していただいているところがほとんどだと思うのですが、虐待防止研修を評価指標といたしました。研修は繰り返し受講していくということも重要だと思いますので、全ての病院さんに参加していただきたいということで、全病院参加ということで目標としております。

柱4、虐待防止等に向けた取組推進について説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○加藤会長 ありがとうございます。

ただいまの柱4に関する事務局の説明について、何か御意見がありましたらお願いいたします。

佐川委員、どうぞ。

○佐川委員 ありがとうございます。東京都看護協会の佐川です。

丸の一番上の研修等について伺います。課題のところでは管理者やリーダー層をはじめとした病院職員に対して、だからリーダー層だけではなくて病院職員に対してもさらなる意識向上が必要というふうに課題設定がされています。取組4の取組の方向性としては、精神科病院の管理者やリーダー層を対象とした研修という、リーダー層研修で多分、枠組みとしては今の御説明ですと、リーダー層は研修を全病院の方がお受けになって、その知識、技術を得たものを職場に持って帰ってOJTですとか職場内研修を開くという、そういった仕組みづくりという形にされるということだと思うんですけども、私は看護協会ではいろんな病院様に訪問しております。500床以上の病院もありますし、例えば100床、200床の病院にもお伺いします。そうしますと、おっしゃることはやはり200床、小規模の病院ですと、なかなか研修に出すこ

ともままならなかったりするというふうにおっしゃっていますので、例えば小さい規模の病院ですと、研修実施はされていると思うんですけれども、そういう実際に研修されるときの支援ですとか、そういったことについては検討されていますでしょうかというのが1つ目の質問です。

2つ目の質問は、評価指標なんですけれども、指標が全病院参加するということを指標にされているんですが、今のその枠組みからいうと、研修をお受けになったリーダー層が病院に持ち帰ってOJTなりを開いていくというところを最終目標にされるとすれば、研修受講だけではなくて、病院に持ち帰って病院の中で研修とOJTを実施した数というのにも必要になるのではないかなと思うんですが、その点いかがでしょうか。質問です。

○加藤会長 いかがでしょうか。

○佐藤課長 ありがとうございます。

まず、1つ目のところから回答いたします。実際その病院の規模によって現状は異なると思います。例えば、リーダー層の人数も違いますし、最上位にいる方だけではなく、10人程度を束ねる方等にもしっかり受けてもらいたいというところがあります。小規模の病院では、なかなかその研修に行くことが状況的に厳しいということも承知してしまして、実地の研修以外にオンライン、オンデマンドでの配信を検討しています。忙しくてもタイミングが合うときに受けただけでいいことでもしっかり受講してもらいたいと考えています。

2つ目の御質問とも重なっていくんですけども、今回、我々としてはリーダー層、現場リーダー、もしくは病院幹部ということで想定していて、最終的な目標は佐川委員がおっしゃるとおり、病院へ持ち帰って、全ての職員さんに浸透させてほしいといった思いがあります。その際には、ただの座学みたいな形で虐待はこうだ、これはいけないんだというような一方的な議論にとどまらずに、やはりどのようなケースで虐待が行われ得るのかというのをそれぞれ皆さん、職員さん一人一人の体験を含めながらみんなでも共有して、難しい事例への対応をどうしたらいいのか、アンガーマネジメントみたいなやり方をどうやって考えていったらいいのか、そういう形で、ぜひ職場ではむしろみんなでも話し合いながら、ロールプレイング等を含めながら、自主的に回していくような動きにつながればいいかなと思っています。病院に持ち帰ってOJTとか実際浸透することが大事だという御意見、本当にそのとおりだと思います。少しそのあたり、目標設定等、再度検討させていただければと思います。ありがとうございます。

○加藤会長 木村委員、お願いします。

○木村委員 木村でございます。今回、虐待防止に向けた取組ということで、今、佐藤課長か

ら説明いただいたところなんですけど、今年、滝山病院事件という極めて重大な事件があった東京都の取組ということで、やはり表現的にもそうなんですけど、もう少し意気込みが表れるものがあるといいなと思いました。先ほどの全病院で研修をされるというところを想定されているということでしたが、こちらの取組内容に「全病院を対象にした」とか入れていただいていると思いますし、こちらの立入検査についても抜き打ち検査を含めたという御説明あったと思うので、こちらも「抜き打ち検査を含めた立入検査を実施する」などの文言にさせていただいてもいいのかなと、そういったほうが本気で取り組んでいるんだなというのが伝わりやすい内容なんじゃないかと個人的に思いました。

1つ目の取組については本当に医療に関わる方の人権擁護に向けた意識を向上できるというのはすごく大事なところで、やはり精神科病院というのは診療報酬が安かったり、人員が少ないというところもある中で大変な患者さんを診ないといけないというところで、どうしても無理がかかったり、そういう状況なので、何かあっても仕方ないんじゃないかという意識を持った方は一部いらっしゃると思います。そういったところにアプローチして、そういった意識がエスカレートしていくと虐待も起こりやすいので、ほかでは虐待しなかった方がその該当病院は虐待してしまうみたいなところ、状況も発生するのかなと思いますので、その意識改革ができるということが大事かなと思います。

あと、2つ目の先ほど虐待が疑われる病院への立入検査というお話があったんですが、まさに抜き打ち検査というのは、抜き打ち検査した時に虐待の場面がそこでリアルタイムにあるということはなかなかないと思うんです。そういうことがあるという、抜き打ち検査があるということだけでも大分心理的というか、緊張感を持っていただけるところかなと思いますし、あと、その抜き打ち検査される中で聞き取りもされると思うんですけど、患者さんも含めた聞き取りをしていただくなど、より実態が明らかになるような検査の体制をしていただけるといいかなと思います。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。

○佐藤課長 事務局、佐藤です。木村委員、ありがとうございます。

今回の滝山病院の虐待事案、このような案件が今後ないように、働きやすく、虐待が起きないような体制づくりにしっかり取り組むためのきっかけにしていかなければいけないと思っています。

大きく3点ご意見いただいたと思っております。まず意気込みを伝えるために、もう少し踏

み込んだ表現にさせていただきたいと思います。今回この滝山病院の事件を踏まえて、都として新たな柱を立てました。これまで虐待についての柱を立てたことはなかったんですけど、都としてもしっかり進めていきたいという意気込みを持っています。それをしっかり表していきたいと思いますし、抜き打ち検査についてもしっかり記載していきたいと考えております。

それから2点目でいただいたご意見についてです。我々も今回立入検査を何度も続けております。そこで感じたこととしては、スタッフさんが好き好んでという言い方がいいか分かりませんが、虐待をやりたくてやっているわけではないということです。ただ、その組織の中で少し緩みが出ると、現場で難しい患者さんへ非常に難しい対応をスタッフは迫られて、1人で苦勞したり悩みがあるといった悩みをスタッフさんから吐露されることもあります。そういった中で、自分だって大変なんだから、そのような状況にあった時に少し手を上げちゃうという少し油断が生じて起こりうるのだと思います。組織の中で体制づくりがしっかりしている病院であれば、手を上げる等は起こさないのですが、滝山病院で起きた事例から、スタッフさんの個人的な問題というよりは組織の問題であるところを非常に感じるところでございますので、組織体制づくり、先ほど申し上げた風土づくりというのをしっかりやっていきたいと思っています。

あと3点目、抜き打ち検査の話をしていただきました。おっしゃるとおりで、抜き打ちで実際の場面を見つけることは非常に難しいんですけども、いつ行政が来るか分からないということの緊張感、これは本当に重要なことだと思いますので、そういった視点でもやっていきたいと思っています。それから患者さんへのヒアリングについても、重要なポイントとして心がけて進めていきたいと考えますし、現在も少しずつそうやって進めているところはございます。立入検査をしっかり行って指導を行うとともに、病院に対してはなかなか現場で苦勞するところも慮りながら、その支援も併せて行っていくということで、いろいろな面から精神科病院での虐待防止に向けて都としても本気で取り組んでいきたいと考えています。よろしくお願ひします。

○木村委員 ありがとうございます。

○加藤会長 ありがとうございます。

岩本委員、どうぞ。

○岩本委員 岩本です。資料2-1の今現在の取組のところなんですけれども、これまでのところで、精神医療審査会のことについて書かれていて、まさに審査会は入院患者の人権に配慮した処遇の確保ということが目的だと思うんですけども、このあたりの現状といいましようか、非常に審査の数も多いと思いますし、書類での審査の難しさもあると思いますので、審査

会の機能というところで虐待防止等に向けて今後考えられる検討事項というものがありましたら、お聞かせいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○佐藤課長 精神医療審査会ですね。都のほうで各先生方、それから精神科のお医者様、それから弁護士の先生、精神保健福祉士の専門職5人の合議体で行っています。取扱う件数も多いものですから、8チームに分けて、それぞれお忙しい中、御協力いただき、退院請求ですとか処遇改善請求といったものの審査に対応して頂いています。審査会の審議以外に、もう一つその前段階で各病院に委員の先生方が赴いて患者さんの状態を把握しながら審査が進められています。

実際に退院請求や処遇改善請求が虐待とリンクするかは別ですが、患者さんの処遇をきちんと改善していく上での重要な審議会だと考えています。改めて先生方、それから事務局である中部総合センターと連携しながらしっかり続けていきたいと思っています。ありがとうございます。

○加藤会長 よろしいでしょうか、岩本委員。

○岩本委員 はい、ありがとうございます。いろいろ大変な面もあるのではないかと思ったものですから、質問させていただきました。ありがとうございます。

○加藤会長 ほかにありますか。

はい、葛巻委員。

○葛巻委員 都精連の葛巻と申しますけど、昨日、NPO法人コンボのやっているリカバリーフォーラムというところに出たんですけど、そうしたら、そこでNHKの記者と弁護士が滝山病院の詳しい事情を説明してくれたんですけど、写真なんかも見せてくれて、何かまだ入院している人がいるそうです。その人の意向が聞けていないとかということをおっしゃるんですけど、それはどういうことになっているのでしょうか。そんなことを言われたんですけど。

○佐藤課長 滝山病院に入院している方について、都では5月から生活保護を除く全ての患者さんにお会いして、退院を希望する方の調査を行っています。生活保護の方は自治体が行っているんですけど、生活保護でない方については、誰からも支援の手が届かないケースの方が多くいらっしゃると思いますので、そういった方に東京精神保健福祉士協会の協力もいただきながら、5月は3週にわたって意向を聞きました。

それから6月には、その患者さんの御家族の方にお話をし、突然のことで驚く御家族が数多くいらっしゃるんですけど、状況について御説明し、御理解と今後に向けての協力を要請す

るような電話掛けを都庁から、1家族1時間から中には長時間の方もいらっしゃいましたが、行いました。

7月には、患者さんの身体の状況や希望等も踏まえた病院調整を東京精神保健福祉士協会の御協力をいただきながら行いました。8月にそれを通して転院調整の整った方に、改めて都と東京精神保健福祉士協会の方とで合同で滝山病院に行つて御本人と面会して、最終の意思確認をしています。その流れで、1人ずつ転退院の調整をしています。

8月には5人、9月には2人、10月に2人ということで、これまで9人の方の転院が行われています。転院先の病院で地域移行に向けたさらなる色々な訓練、生活の仕方、御飯の作り方、お金の使い方、薬の管理の仕方等について学ぶなど、訓練をしていると聞いています。

それでも滝山病院については身体の疾患、透析の話がよく出ますけども、そちらも併せると対応が非常に難しい方が多くいらっしゃるの、簡単に病院が見つかるという状況ではございません。また、転院した途端に症状が悪化するということは避けなければいけないので、慎重に調整を進めています。希望する患者さんの転院先はまだ全て見つかっていない状況ですけど、その中で東京精神保健福祉士協会さんは本当に日々努力、お休みのときに都庁に来て、従事していただきながら頑張ってもらっています。協力しながら今後も進めていきたいと思ひます。

以上です。よろしくお願ひします。

○葛巻委員 昨日来ていた弁護士さんは、自分は何か直接その患者さんに会いたいけど、それは制度的にできないなんていうことを言っていたんですけど、それはどういうことなんですか。

○佐藤課長 患者さんが希望すれば会えます。そこは個々にももちろん合意があればですが。おっしゃっている詳細の意味はよく分からないです。

○葛巻委員 分かりました。よろしくお願ひします。

○佐藤課長 はい、ありがとうございます。

○加藤会長 よろしいでしょうか。それでは、次に移らせていただきます。

続いて、認知症部分について事務局から説明をお願いします。

○小澤課長 認知症につきまして、担当課長の小澤から御説明いたします。

資料2-4を御覧いただきたいと思ひますが、認知症の国の大綱がございまして、こちら見直しの理由の1つ目に書いてありますけれども、この大綱の5つの柱に沿つて施策を進めることが重要である、そのように国のほうからございまして、こちらに沿つて柱立てを更新いたしますという内容でございまして。

また、併せて令和5年6月に認知症基本法が成立しておりますので、こちらの趣旨も踏まえ

た記載にしていきたいというふうに考えてございます。見直し後の構成は、この下にございますように、柱1の基本的な考え方から、柱2、普及啓発・本人発信支援、柱3が予防、柱4が医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、柱5が認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、柱6が認知症の研究の推進ということにしております。

資料2-5を御覧いただきたいと思っております。

資料2-5が3ページございますが、2-5の1枚目ですね。(1)基本的な考え方、こちら取組の1にございますように、東京都認知症施策推進会議で中長期的な施策を検討していきたいと考えております。

柱2では取組2のところ、認知症に関する都民の理解の促進、それから認知症の人本人からの発信の支援ということに取り組んでまいります。

柱3、予防。認知症の発症や進行を遅らせる取組・研究の推進のところでございます。こちら、取組の3のところでございますように、区市町村の支援ですとか、あと東京都健康長寿医療センターのほうでAI等を駆使した新たな認知症予防の取組を研究しておりますけども、こちらの取組を推進して実用化につなげていきたいというふうに考えてございます。

2枚目をお願いいたします。柱4は取組4-1というところで、早期診断・早期対応の推進というところでございます。丸の1つ目でございますが、認知症検診と検診後の支援の仕組みづくりを進めていきたいというふうに考えてございます。

取組4-2は、医療提供体制の整備でございます。疾患医療センターを拠点型を12か所、連携型40か所の整備を進めてまいりました。こちらでの専門医療の提供のほか、疾患医療センターの未設置地域につきましては、健康長寿医療センターに設置いたしました認知症支援推進センターのほうで支援体制の充実を図ってまいります。

取組4-3は、医療・介護者の認知症対応力の向上でございます。こちら、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師など医療従事者への研修、認知症サポート医等への研修、それから介護従事者への研修を進めてまいります。

取組4-4は、日本版BPSDケアプログラムと意思決定支援でございます。東京都医学総合研究所と共同して日本版BPSDケアプログラムの普及促進を図ってまいるとのことと、医療・介護従事者が本人の意思を尊重しながら診療や支援を行うという、本人の特性に応じた意思決定支援を行えるように研修等を充実してまいります。

取組4-5でございます。こちらは家族介護者の介護負担軽減でございます。地域づくりの支援ですとか認知症カフェの設置、家族会の活動の支援など、区市町村の支援をしてまいりま

す。

3枚目をお願いいたします。柱の5でございます。取組5-1でございますけれども、国が今後、認知症施策推進基本計画を策定してまいります。こちらを踏まえまして認知症バリアフリーの一層の推進、それから認知症の人の社会参加を推進する取組も検討してまいります。

取組5-2でございます。地域づくりですけれども、認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組の推進、それから区市町村でのチームオレンジの整備、それから介護サービス基盤の整備を進めてまいります。

取組5-3でございます。若年性認知症施策につきましては、都内2か所の若年性認知症総合支援センターでワンストップの相談対応を行っていくほか、居場所づくりや社会参加の促進、それから拠点整備ということで区市町村の支援に取り組んでまいります。

柱6、認知症の研究の推進ですが、取組6でございます。健康長寿医療センターで認知症未来社会創造センター（IRIDE）の運営を支援しておりますけれども、健康長寿医療センターの研究で認知症の原因や診断マーカーとなるたんぱく質や糖鎖等の解析のほか、共生社会の実現に資する研究ですとか、軽度認知障害高齢者などに対する介入研究なども進めてまいります。また、AI等を駆使した新たな認知症予防の取組を推進して実用化につなげていきたいと考えてございます。

指標については、資料2-6で現時点のものをまとめております。取組4-1、認知症検診に取り組む区市町村を、全区市町村を目標に。取組4-2、認知症サポート医の養成研修修了者も増やしていきたい。それから取組5-2、チームオレンジの整備に取り組む区市町村を全区市町村としてまいりたいと考えております。

併せて、第9期の高齢者保健福祉計画においても指標を検討中でございます。

認知症につきましては説明は以上でございます。

○加藤会長 ありがとうございます。

ただいまの事務局の説明について、何か御意見がありましたらお願いいたします。よろしいでしょうか。挙手はないですね。

羽藤委員、どうぞ。

○羽藤委員 素朴な質問ですが、認知症についての医療計画が出されていますが、各地域では地域包括ケアシステムを構築することが課題になっています。医療計画と地域包括ケアシステムを構築することとの関係がどこかに記載されていると全体が見えやすいなというふうに思うんですが、そこら辺り、どうなっているのでしょうか。素朴な質問で申し訳ありませんが。

○小澤課長 事務局のほうから、ちょっとお答えが合っているかどうか難しいですけども、地域包括ケアシステムにつきましては、従前から高齢者保健福祉計画の中で推進してまいりました。今回もこの東京都高齢者保健福祉計画と整合性を取りながらやっていくというのが1点でございます。

それから、地域包括ケアシステムをさらに進化させた共生社会という考え方が今年成立した認知症基本法の中で大きく打ち出されております。共生社会の考え方はこの医療計画の中にも書いて、これを進めていきたいというふうに考えてございます。また、地域福祉計画ですとか様々ほかの計画との整合性ということについても図っていききたい、これが認知症に関する他の考え方ですとか共生社会、地域包括ケアシステムとの関係の説明でございますが、以上でございますが、いかがでしょうか。

○佐藤課長 羽藤委員。

○羽藤委員 医療と介護とがどうつながっていくのか、その絵柄をこの保健医療計画の中に少し書き込んでいただくと、一言か二言か文言を書き込んでいただくことでイメージしやすくなるのかなと思っています。いかがでしょうか。

○小澤課長 ちょっと、いただいた御意見を踏まえて記載を考えさせていただきたいと思えます。ありがとうございます。

○羽藤委員 よろしくお願ひします。

○加藤会長 ほかにいかがでしょうか。

芦刈先生、どうぞ。

○芦刈委員 ありがとうございます。今日初めて聞いた言葉で日本語版B P S Dケアプログラムを、取組4-4のところだったか、ちょっと小さい字で、都内全域の普及を図りますとか書いてあってびっくりしたんですけど、ネットで見ると10名募集とかいうのがあったから、始まったんだなと思ひながら見ていたんですけど、これは包括支援センターとかケアマネジャーだとか、そういうところの人がこの日本版B P S Dケアプログラム、みんな知っているよみたいな感じのところまでを目標にされるという意味ですかね。

○小澤課長 御質問ありがとうございます、芦刈先生。

日本版B P S Dケアプログラム、前回の計画から記載をしていったかと思うんですけども、こちら、介護事業者のほうでN P Iの指標で認知症の重症度をチームではかりながら、介護の質の向上に役立てていくと。数値化をして、それを踏まえてケア計画を立てて、それをまたケアの内容に生かしていくと、こういった取組をする事業者が各区市町村、地域に広まっており

ます。また、この研修だったりその事業者への働きかけを区市町村の認知症担当のセッションでやっていただいているんですけれども、こちらを一層進めて、そういった考え方を進めまして、全区市町村でこういった取組が行われるようにしていきたいということが目標でございます。

以上でございます。

○芦刈委員 ありがとうございます。

○小澤課長 説明はちょっと省いてしまいましたけども、レカネマブの関係、1枚目の柱の3の予防のところに記載をしておりますが、柱の3の(3)の現状のところ、レカネマブが令和5年9月に正式承認されましたということが記載されているのと、あと2枚目、課題4-2の医療提供体制の整備のところ、4-2の4つ目の丸のところ、令和5年9月に製造販売が承認された認知症抗体医薬、これはレカネマブのことでございますけれども、対象が早期のアルツハイマー病に限定されていたり、検査、フォローアップの医療機関に限られることですか、適切な配慮とか、こういったことを様々報道されております。東京都としてもこちら、きちっと体制を整備していくということを取り組んでいきたいというふうに考えてございます。

以上でございます。

○加藤会長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

それでは、第8次保健医療計画改定素案については、精神疾患、認知症ともに一応、事務局案で皆様に基本的には御了承いただきました。第2回、第3回にて皆様から有意義な御意見をいただけたために、今回のような形で、よい計画素案ができたかと思っております。改めて貴重な御意見をありがとうございました。

次の議事に進ませていただきます。よろしいでしょうか。

議事の2つ目は、その他ということですが、本日は特段議事はないということで、続けて全体質疑、意見に進ませていただきます。全体を通じまして、何かございましたらお願いいたします。

塚本委員。

○塚本委員 今までの審議会の話とはちょっと話がずれてしまいますが、これは東精協の理事会にも出ているお願い事です。措置診察については石黒部長が大変頑張られている事は重々承知していますが、その中でもやはり少し問題になるようなケースが出てきています。この間の東精協の理事会で上がったのは、緊急性がないだろうというケースで、その方に対して措置診

察がなされなかったんだけど、その後に自殺されて亡くなってしまったというケースでした。やはり人間のやることですから全部が全部うまくいくとも思っていませんが、その中でも措置診察で上げられれば少し違ったのかなと思うようなケースの話が東精協の理事会でも出ます。措置診察については今後ともよろしくお願ひしたい、これはお願ひ事項です。

以上です。

○加藤会長 よろしいでしょうか。

○石黒部長 塚本委員、ありがとうございます。

措置診察についてはまた東精協の皆様方ともいろいろ連携しながら考えていきたいと思ひますので、またよろしくお願ひいたします。

○塚本委員 よろしくお願ひいたします。

○加藤会長 ほかにはいかがでしょうか。なさそうですね。

ありがとうございます。本日は貴重な御意見を多くいただきました。いただいた御意見も踏まえまして、第8次東京都保健医療計画素案策定に向けた検討を進めていただきますよう、お願ひします。

本日、予定されている議事は以上です。進行を事務局に戻します。

○佐藤課長 事務局でございます。加藤会長及び皆様、本日は熱心な御議論をありがとうございます。今日何点かお話しいただいた点につきまして、例えば子供の精神科救急等御示唆いただいたところがございますので、そのあたりにつきましては保健医療計画への反映を少し検討させていただいて、加藤会長とも相談をさせていただいた上で、最終的な計画素案に反映させていきたいと思ひます。本日もたくさんの御意見、御議論ありがとうございます。

本日、計画の素案は一応は御了承頂いたところでございますが、11月20日及び11月22日に開催されます東京都保健医療計画推進協議会改定部会のに提出をさせていただきます。本日はありがとうございます。

今年度につきましては、東京都保健医療計画の改定の前の年度ということで、例年以上の回数を開催させていただきました。委員の皆様、改めてお忙しい中御出席いただき、また、貴重な御意見をいただきありがとうございます。

山加先生、もし入っておられれば、最後でございますが、新しく委員になられたということで自己紹介をお願ひしたいのですが、いかがでしょうか。

○山加委員 今回から参加をさせていただきました、ありがとうございます。

大変各分野におけるすばらしい委員の皆様方の忌憚のない現場の御意見を聞かせていただき、

私は都議会の立場からしっかりと、諸課題を所管局の皆様方としっかりと意見交換しながら、また現場の都民の皆様にお返しができるように頑張ってまいりたいと思います。今日はありがとうございました。

○佐藤課長 山加先生、ありがとうございました。今後とも、どうぞよろしく願いいたします。

○山加委員 ありがとうございます。

○佐藤課長 皆様ありがとうございました。

それでは、時間は少し早めでございますが、これをもちまして本日の審議会を終了いたします。委員の皆様、長時間ありがとうございました。今後ともよろしく願いいたします。

ありがとうございました。

午後6時43分 閉会