

第 3 回

東京都地方精神保健福祉審議会

令和 5 年 8 月 1 8 日（金）

東京都福祉局障害者施策推進部精神保健医療課

午後6時32分 開会

○佐藤課長 お集まりいただきましてありがとうございます。ただいまから東京都地方精神保健福祉審議会第3回を開会いたします。

このたびはお忙しい中、また、このような時期に御出席いただきまして誠にありがとうございます。改めまして、私、当審議会事務局の精神保健医療課長、佐藤でございます。審議に入るまでの間の進行役を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

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

○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3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。前回、7月に開催いたしました本審議会におきましては、次期計画の方向性について御議論いただいたところでございます。本日の審議会におきましては、前回事務局からお示しし、皆様に御了承いただきました計画の構成に基づきまして、計画の中身の議論に入っております。

近年、精神保健福祉施策を取り巻く環境は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進や、改正精神保健福祉法への対応など、目まぐるしく変化しております。都における施策の方向性を検討するに当たりまして重要な時期と考えております。本日は計画の骨子案をお示しさせていただきますので、それぞれの委員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、どうぞよろしくお願いいたします。

簡単ではありますが、私からの御挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○佐藤課長 本日でございますが、資料の次第に沿って進めさせていただきます。協議事項は、第8次東京都保健医療計画改定骨子（精神疾患・認知症）についてでございます。本日は約2時間、8時半をもって閉会の予定としております。

資料をおめくりいただきまして、委員の皆様の名簿、都の職員、幹事の名簿を資料1で記載しております。本日ですが、学識経験者の細矢委員、社会復帰関係者の江頭委員、また区市町

村代表の佐藤委員及び山田委員は御欠席との連絡をいただいております。

その他の委員の先生方は御出席の連絡を受けております。

委員の名簿はこのとおりでございますが、先日の第2回、7月12日にて御欠席なされた先生方がいらっしゃいますので、本日御参加いただいている先生より御挨拶、自己紹介等をいただければと存じます。名簿の順に、先生のお名前を御紹介させていただきますので、よろしくお願いいたします。

学識経験者で、武蔵野大学、岩本先生、よろしくお願いします。

○岩本委員 岩本でございます。今回は授業と重なって欠席しまして申し訳ございませんでした。専門は精神保健福祉です。よろしくお願いします。

○佐藤課長 よろしく願いいたします。

続きまして、今回、会長代理も務めていただきます笠井委員でございます。

○笠井委員 前回欠席で申し訳ございませんでした。東京大学の医学部附属病院で精神科をしております笠井と申します。よろしくお願いいたします。

○佐藤課長 よろしく願いいたします。

続いて、繁田委員でございます。

○繁田委員 慈恵医大の繁田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○佐藤課長 よろしく願いいたします。

続いて、医療関係者の欄でございます。東精診の芦刈先生でございます。

○芦刈委員 東京精神神経科診療所協会より来ました芦刈と申します。今回は欠席して失礼いたしました。この会議、大変楽しみにしております。よろしくお願いいたします。

○佐藤課長 どうぞよろしくお願いいたします。

続いて東精協の副会長、塚本先生でございます。

○塚本委員 吉祥寺病院の塚本です。よろしくお願いいたします。

○佐藤課長 よろしく願いいたします。

続いて、東京都医師会の副会長、平川博之先生でございます。

○平川（博）委員 皆様、こんにちは。東京都医師会の平川です。よろしくお願いします。

○佐藤課長 よろしく願いいたします。

ありがとうございました。委員の先生方、本日もよろしくお願いいたします。

また、前回に引き続き御参加いただいている委員の皆様、改めてよろしくお願いいたします。

幹事につきましても表のとおりでございます。よろしくお願いいたします。

資料の確認に移らせていただきます。

本日の資料につきましては、事前に配布させていただいております。配布資料といたしましては、次第と、資料1から2－5まで、また参考資料ですが、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、事務局から事前に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。不足ありましたら御連絡ください。

続きまして、前回もご説明しましたが、本日オンラインで参加されている先生方へのお願いでございます。改めての案内となり申し訳ございませんが、イヤホン、またはヘッドホンを御用意いただける方は着用いただければと思っております。また、御自身の発言時以外はマイクはオフ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をしていただくか、挙手ボタンを押していただければ、事務局でお名前を呼ばさせていただきます。

オンライン会議の都合上、音声聞こえないなど不具合がございましたら、メールにて御連絡をいただくようお願いいたします。

以上、御案内でございました。

この後の進行につきまして、加藤会長にお願いしたいと思っております。

加藤会長、よろしくお願いいたします。

○加藤会長　それでは、早速議事に入りたいと思っております。

今日は私自身が5時前には予定がつかなかった関係で遅い時間帯になりまして、申し訳ございません。ただ、遅いおかげで出席率が抜群に良いので、意外とこういう時間帯も悪くはないのかなと勝手に思っております。

審議に入ります前に、あらかじめ確認をさせていただきます。

本日の審議会及び会議議事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。

本日の審議及び議事録は、審議会の規程に基づき公開ということによろしいでしょうか。

特に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、議事に入らせていただきます。

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骨子についてです。

まず、この医療計画の中の精神疾患の部分について、事務局から御説明をお願いいたします。

○佐藤課長　改めて、事務局でございます。

資料2－1を御覧いただければと思います。

前回、精神疾患については4本柱で構成するということでお話しさせていただきました。

まず、1個目の柱でございます。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。資料2-1の1ページを御覧いただければと思います。

第8次での取組を考えるに当たりまして、まず現状等につきまして御説明をさせていただきます。

1点目でございますけれども、精神障害者が地域で必要なときに適切な医療が受けられる仕組みを構築するためということで、保健医療圏域ごとに地域の関係機関による地域連携会議や症例検討会など開催することによって、日頃から患者さんの紹介などが円滑に進むよう関係機関同士の連携を構築してきました。都内11圏域で実施してきたものです。

次に、2つ目の丸ですけれども、地域で暮らす住民の方々に精神疾患について正しく理解をしていただく、広く理解していただくために、各圏域での住民向け講演会や精神保健福祉センターによる広報活動などにより普及啓発を実施してまいりました。

3点目でございますけれども、未治療や治療中断などで地域社会で生活するのに困難を来している精神障害者や、精神障害が疑われる方を対象といたしまして、区市町村と連携しながら都立精神保健福祉センターの専門職チームによる訪問支援、これを実施してきたところでございます。

4点目でございます。地域移行、地域定着ということで、現在都内に住所地のある長期入院の患者さん、これは9,482人、前回から少し減っているというところでございます。

そのような長期の入院者を減らしていくために、6事業所に地域移行、地域定着促進事業を委託いたしまして、1から2圏域を担当いただき、12圏域で活動していただいております。また、5つの事業所でグループホーム活用型ショートステイを委託しております。

6点目ですが、自治体を中心となった退院後の支援取組を進めるために、都版ガイドラインをつくりました。今後、運用に関する研修なども実施していきたいと考えています。

現状、このような取組状況でございますが、課題につきましても説明させていただき、御議論いただければと思います。

課題を4つ書かせていただきました。

1つ目でございますが、一般診療科と精神科等の連携体制充実に向けた対応です。精神障害、もしくは精神保健に課題を抱える方が地域で安心して暮らせるようにするためには、様々な支援が側面からできるように、地域の精神科病院、それから訪問看護ステーション、薬局、保健所など、多職種、多機関が連携しながら、引き続き体制の整備に努めることが重要です。

また、圏域ごとに実施している精神科医療地域連携事業ですが、まだ一部の圏域で事業が未実施であるということが課題にあります。

2つ目の課題、都民への普及啓発・相談対応となります。

精神疾患は言うまでもなく、早期発見、早期治療が重要でございますが、偏見や理解不足などもあり、受診勧奨、受診をしてもらうことがうまく進まないという現状がございます。速やかに専門相談、医療につなげるために、身近に支援者が存在することが重要なのではないかと考えています。

3つ目、未治療・治療中断者の支援ということで、より複雑困難な課題に直面しているケースの支援の充実、ごみ屋敷の問題とか8050問題など、本当に各地域での困難事例が聞こえてきます。これらについてどのように対応していくかという課題があります。

4つ目ですが、地域移行・地域定着の取組ということで、新型コロナウイルス感染症も踏まえまして進まなかった部分がありますが、5類に移行したことを含めていろいろ訪問なども進めていくということが重要かと思えます。

2点目は、高齢化の問題があります。本人、また家族が高齢化していきますので、医療以外にも、福祉分野などとの連携なども必要となってくる可能性があります。

3つ目ですが、統合失調症であったり難治性精神疾患の方で長期入院されている方もいらっしゃいますが、クロザピン等による治療により地域生活へ移行するということも可能となってきました。多くの支援者が理解し、支援に活かしてほしいと考えています。

4つ目です。措置入院者が円滑に地域生活に移行し、その人らしい生活が送れるよう、一体的に取り組んでいく必要がございます。

次頁となります。今後の方向性ということで、精神障害者が地域の一員として安心して暮らすことができるよう、包括的な支援を受けられる体制づくりを推進するということを方向性として考えております。

取組の1つ目として、連携体制強化ということで、連携会議や症例検討会などの検討をしていきたいと思えます。

また、実施に当たりましては、各圏域の実施状況を共有する協議会の開催などにより、連携手法を共有したり、複数の圏域での事業実施により未実施地域をなくしていく取組をしていく必要があると考えております。

さらに、地域で暮らす精神疾患をお持ちの方が、日常生活において一般診療科への診療アクセスに困ることがないように、一般診療科と精神科の連携体制強化、一般の診療科のお医者様

にも理解していただくような研修なども重要と考えています。

取組 2、都民への普及啓発・支援ということで、精神疾患に関する様々な偏見、誤解を解くために、様々な普及啓発事業を 2 の取組のように行っていく必要があります。

取組 3、未治療・治療中断者に対してのアウトリーチ、これをさらに充実していく必要があります。

4 番目、地域移行・地域定着の取組ということで、地域移行コーディネーター、それからピアサポーター、これらの方々の活用をより積極的に進めていくこと。

さらに高齢の方、難治性精神疾患の方が地域で生活できる体制整備を進めていくこと。

地域包括ケアシステムに関して、区市町村の取組状況に差が生じないよう取組を支援していく必要があります。

最後となります。「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」を昨年度改訂しましたので、これらに基づく支援を進めていきたいと考えています。

以上、柱の①につきましての御説明をさせていただきました。
よろしくをお願いします。

○加藤会長 よろしいですか。今、第 1 の柱を説明していただきました。

それでは、こ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したいと思います。
いかがでしょうか。

平川淳一委員、どうぞ。

○平川（淳）委員 東精協の平川ですけども、この地域包括ケアのそもそもの考え方として、そのサービス自体は市区町村でやると。そして、市区町村がその地域で障害があってもなくても、みんながサービスを受けられる仕組みということで、何も医療にばかり来る必要はなくて、早期診断しなくてもその人の生活が成り立っていれば問題ないわけで、最近、発達障害の方もいますけれども、何か支援を受けなくてもやれている人はそれでいいと思うんですよね。しかし、それでもうまくいかない人たちを医療ではない形で支援することや、いろいろな地域のサービスの選択肢があって、そこで初めて相談に行くと、医者よりこうしたらどうですかという話になってこないといけないと思っております。

今回ののは相談ばかりつくればそれでいいような話になっていますけれど、その前にこの全体の構成を考え直して、退院促進、早く治療して早く医療介入してと、そんな病人扱いしなくていい人もいっぱいいるので、そこをもう少しうまくまとめていただく、それから市区町村の取組についても評価の内容を、窓口をつくっただけでなく、どのようなサービスをどのぐらいや

っているかということをきちんと評価をしたり、データベースといいますか、きちんと把握をして、都としてそれを監督するというような、これは都が予算をつけてそれをやっていくということが必要かと思います。

最近発達障害を私、少し勉強させていただいて、加藤先生にいろいろ教えていただいて、やはり診断つけることがあの人たちのためにならないんだというふうに学びましたので、少し意見を変えさせていただきましたので、よろしくお願いします。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。私が言うことを平川委員から言っていて、非常にうれしく思います。ありがとうございます。

今のような御意見について、ほかにいかがでしょうか。

岩本先生。

○岩本委員 岩本です。すみません、今のお話しとは違う内容でもよろしいでしょうか。

○佐藤課長 はい、大丈夫です。お願いします。

○岩本委員 普及啓発のところなんですけれども、御説明の中で、都民に対する講演会等、例をお示しいただきましたけれども、そういった講演会というのは関心がある人しか来ないというところで、広がりというところでは弱いことを痛感しています。

できれば、学校教育、学校との連携ができないかなと思っています。特に、高校では保健体育の授業で精神疾患に関する内容が組み込まれたこともありますので、都立高校と連携してそういった授業などで学ぶ機会が持てると良いのではないかなと思っています。学校の先生に対しても知識を持ってもらうことにもなりますし、生徒さんが家庭でその話をするという広がりもあると思うので、教育との連携についても御検討いただけるといいと感じております。

以上です。よろしくお願いします。

○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。

○佐藤課長 佐川委員、お願いいたします。

○佐川委員 東京都看護協会の佐川です。

2点ございます。

まず、取組3の未治療・治療中断者への支援のところでございます。

先ほど難治性の方のクロザピン使用についてもお話がありました。クロザピンの治療をされる方の中には、治療の途中で退院される方もいらっしゃると思いますので、患者さんの在宅療

養における訪問支援だけではなく、地域の支援者への研修と教育についてもお願いしたいと思いました。

2点目が取組4の地域移行・地域定着の取組の推進の4番目の○の「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」についてです。2021年度厚生労働省報告では、措置入院患者が約1,500人、医療保護入院が約18万人です。措置入院患者さんの退院後支援はとても大事だと思いますが、医療保護入院につきましても任意で入院した方ではないので、退院後の支援に含めていただけるとありがたいと思います。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。平川委員。

○平川（淳）委員 何度もすみません。

先ほど教育委員会といいますか、学校教育云々の話がありましたが、この地域包括ケアはまさしく重層的支援といいますか、教育は教育、福祉は福祉だということではなくて、その人に対していろんな関係部署が関わっていただくような仕組みをぜひつくるべきだと思うんですけど、これはなかなか難しく、横串入れられないんですよね。だから、これはぜひ都でモデルなどを示して、例えば小学校のいろんなデータが中学校に上がらない、中学校のデータがまた高校に上がらないという、そこでもう分断されてしまうようなことで、その人のケアが連続性がなくなっちゃうんですよね。

そういうことも含めて、もちろん個人情報のこともありますけども、仕組みをつくって、個人情報を守りながらケアを充実させ、継続させということをお願いしたいというのは、せっかく包括ケアシステムになるので大事な課題にしていきたいというふうに思います。

それから、先ほど看護協会の方から難治性の話が出ましたが、難治性についてはもう既に研修会を地域に向かってやっておりますので、認識していただきたいなと思いました。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございました。

私からも発言させていただいてよろしいですか。

今、平川委員からも、あったんですが、これからの保健医療計画に関わってくると思うんですが、まさにこれまでの精神疾患の分野での医療計画というのは、どちらかというと統合失調症が中心になっていて、そういう場合のケアは、例えば早期発見・早期治療や、あるいは難治

性だったらどうするか等、入院が前提のようになっているんですね。しかし、これから状況は変わっていくと思うんですね。統合失調症のような疾患モデルを考えると、周りでのケアというのは、薬を飲まなくなったから早く飲みなさい、何とか飲ませるようにしよう、飲まない、あるいはいろいろ問題があるから入院させよう、あるいは入院して少しでもよくなったら退院させようと、何か医療的なケアが初めから前提になっていて、そういうための普及啓発をしようとかいう視点ばかりなんですね。

多分、今の学校教育でいうと、発達の問題もまさに関係するわけですが、それは別に入院をしないわけです。そのままいて、だけど少しルートが違うとかいうようなところで、そういう人たちは基本的に非常に長く続きますから、あるときだけやるわけじゃなくて、もう地域だったら地域でそのままずっとその人がいるということでやっていかなくちゃいけない。今度、高齢になってきた場合には、今問題になっているような、親が死んだらどうするんだという、今度はこれは地域で、地域だけではないかもしれないけれど、とにかく周りで支えるしか方法がないわけですね。そういうことをだんだんこの地域包括ケアでは取り上げていく方向が必要じゃないかなと思います。少し余計なことを申し上げました。

ほかにいかがでしょうか。

平川博之先生、どうぞ。

○平川（博）委員 先ほどの医療がどこまで絡むべきかという点です。、自立しているので、放っておいても大丈夫じゃないかという話もありました。私は精神科医ですが、本日、東京都医師会の立場ということで、一般科の意見も兼ねて発言させていただきます。

ご存じの通り、欧州においては脱施設化の流れで病院から地域へ移行をされたわけですが、確かに病院から離れて地域で生活で生活できるようになったことは結構だと思いますが、その一方で、地域生活を送る患者さんの寿命が短くなったというデータも出ています。病院で不自由な生活をしながら長生きしても意味があるかどうかというのは別問題として、地域生活する患者さんへの医療提供体制とりわけ、身体面の健康管理は十分していかなければならないと思います。

先ほどからメンタル面の医療供給体制等の話が多く出ています。それをどこまで手を差し伸べるか、多職種連携でどう支援するかということも大事ですけども、同様に身体面についての管理も重要です。実際、身体疾患が重症化した方々の一般科の病院への受入れは厳しいものがあります。地域で生活されている患者さんの身体面の健康管理にも十分な配慮が必要です。心身ともに健康で長生きしてほしいです。

そういったことも含めて、今回、東京都医師会では改めて精神科医と一般科医との相互理解のための連携というものの事業化して参ります。一般科の先生方にも、これから地域に精神障害者が数多く出てくるので、そういう方々の健康管理をお願いしますと訴えて参ります。

また、なぜ一般科の先生方が精神障害者の診察に腰が引けてしまうのかなということを調査して、どの辺に手を打てば、それらの抵抗が減少するのか調査していく予定です。

地域生活を支援していくためには、精神面だけではなくて、身体面を含めた医療・ケアを多職種協働で進めていくべきだと思います。

私からは以上です。

○加藤会長 ありがとうございました。

ほかにはよろしいでしょうか。

水野委員、お願いします。

○水野委員 水野です。よろしいでしょうか。

○加藤会長 はい。

○水野委員 今の平川先生の御意見、全くそのとおりだと思います。統合失調症の方、平均余命も一般健康に比べて20年近く短いということも世界的にも指摘されていますので、身体ケアはぜひ大事な点だと思います。

もともと挙手したのは、その前の加藤先生の御意見、これも本当に大事なポイントだと思ったので、先ほどの資料と併せて1点意見を述べさせていただきたいんですが、あの資料で示されました、資料の下の方です。柱①の今後の方向性のところの目指す方向性のところに、「精神障害者が地域の一員として安心して暮らすことができるよう」という文面がございます。これは「精神障害者が」で方向性としてはいいんですが、先ほど加藤先生がおっしゃっていたように、あまりにも、統合失調症が全て重いと言うつもりはありませんが、古典的な精神障害だけにイメージが膨らむというのは、今日非常に精神疾患の軽症化と多様化というのが目立つ中で、見出しとしてはどうかなと思います。

精神保健福祉法の第5条のところに、精神障害者とはというふうな定義がありまして、そこには統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、その他の精神疾患を有する者をいうと、こういうふうに法で定められているんですね。

そうしますと、今日の社会で、特に東京のような大都市で身近な深刻な課題になっている鬱病とか適応障害とか不登校とかひきこもりとか依存症、嗜癖症、発達の問題、その他のより身近な多種多様な健康課題が、このその他の精神疾患を有するものというふうな整理で、この精

神障害者という語の一義的対象者として位置づけられてないというところがもともとありますので、見出しとしてはもう少し幅のある言葉にさせていただいたほうが良いかと。

この取組2のところでは、「都民の一人ひとりが」といういい書きぶりでスタートしておりますので、もう少しみんなのメンタルヘルス的な、優しくすればいいというものではないんですが、適切な方向性を表すような言葉を探していただけるといいなと思いました。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。

おっしゃるとおりに、精神障害者が地域の一員として安心して暮らすことができるようなのは、これは何かもう決まり文句になっていますね。若干、昔のままのフレーズを無批判に使いすぎたのかもしれませんが。ぜひ参考にさせていただきたいと思います。

ほかによろしいでしょうか。

それでは、資料2、精神疾患の柱②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。先生方から御指摘いただいたとおりに、現在の状況に即して、分かりやすく、さらにきちんと表していけないといけないと感じております。広い視野も持って、表現も先ほど教育の連携や、一般科と精神科の連携等、今の時代に合ったきちんと捉えた表現に変えていきたいと思います。ありがとうございます。

それでは、柱の②について御説明をさせていただきます。資料は、資料2-2になります。こちらの現状について触れさせていただきましたが、1点目の救急医療体制、初期救急・二次救急・緊急医療ということで、措置入院の指定病床、病院の確保として、30病院に御協力いただいて、298床お願いしております。

また、精神科夜間救急診療事業などに基つきまして、夜間・休日の情報センターの受療相談や、早急な治療が必要な方への精神科医療機関受診体制の確保なども、皆様の御協力に基つきまして対応しているところでございます。

(2)の精神身体合併症救急医療、これは本当に課題があるところでございますが、5つのブロックで連携会議等を通じて一般科との連携強化をしていただいております。

また、合併症医療事業に基つきまして、夜間・休日に身体疾患を併発した精神科の患者さんについて、迅速・適切な対応を医療機関で行っていただいております。

受入れ、連携等につきましては、一つ一つの事例などの検討をしながら、地域で本当に身近なところで取り組んでいただいていると認識しております。引き続きよろしくお願いいたします。

(3) でございます。災害精神医療でございます。

災害時こころのケア体制連絡調整会議等におきまして、。作業部会などを設けまして議論を行っているところです。

東京DPATの体制整備につきましては、地域偏在も考慮しまして、どの地域でもできるようにということで、現在未登録の圏域が区部西部にあるのですが、これを解消すべく調整しています。

最後ですが、災害拠点精神科病院（3病院）と、災害拠点精神科連携病院（24病院）ということで、目標の指定数を達成いたしました。今後、実際の受入体制等につきまして具体的に検討していきます。これが現状でございます。

今度、下の課題でございます。

1つ目となります。精神科救急医療が必要な患者さんが日々発生しておりますが、より確実に適切な医療につなげる仕組みを考えなければいけないと思っております。これまでも先生方から様々な御指摘をいただいているように、一つ一つのケースをたどるとやはり課題があり、適切な医療につなげるために困難なケースが生じているところもあります。実際に機能させるための仕組みの検討が必要です。

先ほどもご意見ありましたが、統合失調症のみならず、症状も複雑多様化しています。適切な判断、これが困難なこともあります。その対応が必要と考えております。

2つ目の合併症です。合併症につきましても円滑な受入れということで、一般科と精神科の連携充実が求められています。

また、精神症状、身体疾患も様々な難しい症状もございますが、確実に受け入れられる体制整備が求められています。

さらに、新型コロナウイルス感染症のとき非常に苦労しながらも各病院に御協力いただきながら、対応を進めてきたところがございます。今後また新たな感染症などが発生した場合に、同じような課題が出ると思います。その際も同様に対応していかなければならないと考えています。

3つ目の災害時の対応となります。災害もいつ来るか分からないということで、即応できる体制整備が必要でございます。8次計画には、発災後、様々な支援機関が活動するための各機関との連携も踏まえた災害時こころのケア体制整備と記載しております。

DPAT、DMATとの協力活動等も踏まえて検討していく必要があります。

次頁になります。今後の方向性・取組の概要ということで、目指す方向性として2点となり

ます。1つ目としては、「緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が」と、先ほどのご意見を踏まえ、表現の再考が必要ですが、精神障害者等ができるだけ身近な地域で迅速かつ適切な医療を受けられる体制づくりを推進する。2つ目として、災害時においても、これらの方々が適切な医療を受けられるような体制整備となります。

取組1、2、3でございます。1番目、医療体制の整備ということで、より確実につなげるということで昨年度精力的に御検討いただいた常時対応型施設の指定なども進めていきたいと考えています。困難ケースが増加していきますので、それらへの対応もできるような考え方にしていきたいと思います。

2番目も昨年度、関係の先生方に御検討いただいている合併症対応救急体制の整備ということで、継続して議論を進め、合併症対応の連携強化、受入れ対応を進めていきたいと考えます。

夜間・休日の発症等に対処するための適切な医療体制についても考えなければなりません。新興感染症への対応も必要になってきます。

取組3ですが、災害時における体制整備の推進ということで、DPAT活動、より即応しながら実際の災害のときにきちんと対応できるような受入体制、それから、訓練・研修なども必要となってきます。

区市町村との連携について区市町村のこころのケア体制もやっておりますので、これらの共有なども図っていきます。

最後ですけれども、関係団体の連携なども必要となります。

以上でございます。ありがとうございます。

○加藤会長 ありがとうございます。

それでは、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。

はい、どうぞ。

○塚本委員 吉祥寺病院の塚本ですが、当院も24時間365日取れるように努力して、随分夜間でも取れるようにはなってきています。しかし、一番困るのが、土日で措置入院を受けたときに、身体合併を伴うケースです。

当院で困ったのは、金曜日の時間外に、措置入院で入ってこられた方が、39度の発熱があり全身発疹もみられたケースです。当院での対応が難しかったため、翌日の土曜日、松沢病院が取ってくださったので非常に助かりました。やはり土曜日でも日曜日でも措置入院を受ける病院は単科の精神科病院が多く今後、土曜日でも日曜日でも措置で身体合併があった場合、取ってくださる病院を増やしていただきたいと思います。

措置以外、医保でも任意でも、ある程度近隣のよく分かってくださる病院とは連携が組めるんですけども、措置入院に関してはなかなかすぐ近くの病院でというわけにはいかないものですから、その辺ぜひお願いしたいと思います。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。

平川博之委員、いかがですか。

○平川（博）委員 直接、東京都医師会はそちらのほうに直接は関与はしていませんが、ゆゆしき問題だと思っています。先ほども少し触れました通り、なぜ受け入れないのかということについて、措置入院はともかくとして、一般科の先生方との溝はきちんと埋めていかなければ、今後ますますこの問題は大きくなると思っています。更に認識を深めてまいります。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。

今、塚本委員からの措置入院のケースとなると、これはかなりややこしいですね。特にほかのことも含めて御意見ありましたら、どうぞ。いかがでしょうか。

羽藤委員、どうぞ。

○羽藤委員 精神科救急情報センターの経験から少しお話しさせていただきます。

情報センターで最近対応に困るケースが3つあります。1つは高齢者の認知症によるBPSDのケースです。たかがBPSDと思われるかもしれませんが、包丁を振り回すなど激しいケースが少なくないです。高齢者は、医療保護入院が必要なとき同意者を確保できない、単身の方も多い。対応が難しいです。そうしたケースの殆どは、日中は、地域包括支援センターで把握され、対応されています。しかし、夜間は地域包括支援センターに連絡がとれません。高齢者の夜間の救急を円滑にするために、夜間に地域包括支援センターにご協力いただきたいです。そのための仕組みについて検討する委員会、検討会をつくっていただけないかなと思います。

2つ目は発達障害のケースです。発達障害を背景にした家庭内暴力、あるいは自殺企図のケースで、暴力や自殺企図がの仕方がとても激しいもの。暴力の場合は警察官が保護しています。入院医療が必要な状態ですが、家族の方は医療保護入院の同意者になることに二の足を踏まれる。そうすると情報センターでは対応できないです。このようなケースを入院医療につなげるには23条通報を経由するしかありません。発達障害による暴力や自殺企図ケースの取り扱いについて検討する場がとても必要です。

3つ目ですが、東京都の精神救急医療は様変わりしています。二次救急で入院となったケースの半数は警察官が保護しています。警察官が保護しているケースがこれほどに増えた一因は、

依頼ケースが高齢化していて、40代から50代が多くなってきているためです。その親御さんはかなりな高齢です。親御さんでは対応できなくて警察に頼まざるを得ない。うまく警察官に保護していただけたとしても、そのあとの親御さんの動き方が良くないことがあります。入院医療につなげようとしてもスムーズにいかない。打開策のひとつとして、23条と二次救急との棲み分けを見直すことも必要です。

東京都の精神科救急システムは、情報センター経由の二次救急と措置ルートとを、完全に分離して、運営してきました。しかし、もはや完全に分離しては運用が難しくなっています。見直しが必要です。見直す場を設ける必要があります。

以上、3点を御指摘させていただきました。

○加藤会長 ありがとうございました。

まさに重要なテーマですね。高齢になってきた、これは当事者の場合もあるし、その保護者の場合もありますね。

ほかにいかがでしょうか。

新井委員。

○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。

取組の3のところの災害時における精神科医療体制の整備の推進というところで、災害時、避難行動要支援者というくくりがあります。東京都の新しい被害想定ですと、東京都が想定している死亡者の約6割が避難行動要支援者になるんですね。その中にはもちろん身体の障害の方もいらっしゃいますけれども、精神の障害の方もいらっしゃると思います。

例えば一つの例ですと、岡山の水害のときに、あの方は発達障害だったと思うんですけども、避難路が分からなくて、そして水死してしまったというケースもあったと思うんですね。それぞれ区市町村のほうは避難行動要支援者の名簿をつくるのが義務化されていて、そしてそれぞれの個別支援計画をつくるという形になっています。それが災害医療のほうではきちんと書き込まれているんですけども、この精神科のところでも災害時のところを特出しして、取組3の4つ目に避難行動要支援者、在宅の方ですね、そういう方の災害対応ということを書いていたきたいと思います。

このDPATというのは、主に災害時の病院避難とか、そういうところを今のところ想定して訓練とかしていると思うんですけども、そういった在宅の方の避難ということも精神科の災害時の体制ということには書いていただきたいなと思います。

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。

ほかに。

はい、どうぞ。

○平川（淳）委員 東精協の平川ですけども、今、新井先生おっしゃったように、災害時の具体的なプランというのが少し見えなくて、例えば（３）の丸、３つ目の災害拠点精神科病院と災害拠点精神科連携病院というのがございますが、今、指定でこの３病院、24病院が指定されたということで安心している感じがあるんですけども、実際に災害が起きた場合には、この災害拠点病院だけでは対応できずに、連携病院が拠点病院的な直接患者さんを受け入れたりするような機能を持たなければ、多分成り立たないというふうに思うんですね。

今の連携病院は、あくまで拠点病院で受け入れた患者さんを、その後方支援として指定を受けているというのが24病院の考え方なので、これでは多分災害時は回らないんじゃないかなというような意見もあります。ですから、そこは次のステップとしては具体的なプランを在宅の人も含めて立てていくということを少し考えていただければと思います。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。そんなところでよろしいでしょうか。

それでは、次に精神疾患の柱③にさせていただきます。

事務局から説明をお願いいたします。

○佐藤課長 それでは、今度は柱の③ということで、多様な精神疾患への対応ということで御説明をいたします。

資料２－３でございます。１ページから３ページまであります。

今回、新しく柱立てをした多様な精神疾患ということで、治療拠点の整備や早期発見等を記載しております。

各精神疾患ごとに記載しており、時間との兼ね合いから簡単に説明いたしますが、まずうつ病です。令和２年には患者数は平成29年の２倍近くということでございます。認知行動療法に関する専門職研修、それから中部センターでも様々な支援を行っています。そのような個別のデイケアのプログラム等の支援を行いながら、さらに復職、仕事に戻っていただくための支援や、いわゆるノウハウ普及を進めていければと思っております。

統合失調症です。統合失調症は、令和２年度ですと入院患者数が約１万人とされています。先ほど少し話が出ましたが、クロザピン、それからmECT、これらの普及のため、研修なども実施していますので、より多くの人に知っていただきたいと考えております。連携体

制構築等も進めていきたいと思っています。

依存症です。依存症はもともと都立精神保健福祉センター等でアルコール、薬物、ギャンブルについて取り組んでいます。専門医療機関、治療拠点機関を選定して、医療アクセスの向上を図っていきます。

課題ですけれども、正しい知識の情報発信の実施、理解促進、早期治療、相談支援につなげるということ、区市町村等の職員にもしっかり理解していただいて、初期の相談で適切な対応ができるようにしなければいけないと思っています。

また、都立精神保健福祉センターが出張して支援することや、研修の講師などもやらせていただいています。より連携体制を強化していく必要があります。

次頁になります。小児精神科医療でございます。都立の小児総合医療センターを拠点として、「こころ」と「からだ」を密接に関連づけた総合的な医療を提供しています。また、先ほども出ましたが、お子さんから、最近は大人も多いんですけど、発達障害の課題があります。都民向けのシンポジウムなども通じながら理解促進を進めていきたいと思っています。

発達障害に関しましては、令和5年1月から、こどもTOSCA、おとなTOSCAということで、発達障害の相談機関を2つに分離して相談に対応しています。

専門的な医療機関を中心としたネットワーク構築、実地研修なども行って、早期の対応を図っているところです。

3枚目のスライドにいきます。高次脳機能障害です。高次脳機能障害の特性について共有することは難しい部分もあるのですが、苦労されながら日々暮らしている方が多くいらっしゃいます。心身障害者福祉センターを拠点として対応しております。区市町村等の連携をしっかり行いまして、その急性期から維持期に向けての対応を進めていきたいと考えています。

高次脳機能障害の方は、就労などもしっかりやっていきたいという方が多くいらっしゃいますので、どういう形でつなげていくか、検討が必要です。

摂食障害です。若い女性を中心だと言われてきましたが、最近は男性や年をある程度重ねた方もなり得る、本当に誰でもなり得る病気です。自殺につながる場合もありますし、身体の症状を併発し、生命の危険が伴うようなこともございまして、医療機関に早期にかかっていたくということを、しっかり私たちが普及していく必要があります。

最後、てんかんでございます。てんかんも専門的な治療につなぐための理解を促進していく必要があります。例えば小児科などに相談が来たときに、てんかんの症状等をうまく見定めながら専門の機関につなげていくことができれば、より適切な診療に早期につながるといったこ

とで、一般医療機関の方にも理解を深めていただくような普及啓発も進めています。

てんかん支援拠点病院ということで、NCNPを指定しまして、連携しながら対応しています。

多様な精神疾患ということで、まとめさせていただいて、それぞれの精神疾患についてしっかり対応していく必要があるということで書かせていただきました。新しい精神疾患が入っておりますが、今日出席頂いている委員の先生方にも本当に多く関わっていただいている部分がありますので、ぜひその関わっていらっしゃる先生から御意見などもいただければと思っております。

以上でございます。よろしくお願いします。

○加藤会長 ありがとうございます。

こちらは、まさに新しい方向性を示す柱かと思います。少し新し過ぎて、またあまりにもいろんな病気やいろんな疾患が入って焦点が難しいですが、いかがでしょうか。

はい。

○平川（淳）委員 東精協の平川です。この摂食障害について、国立精神・神経医療研究センターが摂食障害の全国のセンターになっているはずなんですけど、ここがもうほとんど機能していない、外来もやっていないといいますが、そんなような状況で、東京都で摂食障害になった場合に非常に困る患者さんが多くいます。

先日、千葉県国府台病院の摂食センターの先生に聞いたら、東京からかなり千葉のほうにお世話になっているという話もあります。この摂食障害については特に力を入れていく必要があるのかなというふうに思っています。専門の先生がいらっしゃるうちはいいんですけども、例えば、くじらホスピタルというのが、我々の協会には入っていない病院ですが、摂食障害を専門にしていた院長先生がいたんですけど、辞めてしまって、今は全く摂食障害の専門治療ができない状況になっているようなんですね。そういうところから、どうしたらいいかと相談が来るんですけど、ほかに手が無いので千葉を紹介するようなことになってしまっていますので、ぜひお考えいただければと思います。

○加藤会長 なるほど、そうか。くじらは女性が多かったですね。

○平川（淳）委員 そうです。

○加藤会長 そういう関係なんですね、なるほど。今、重要な御指摘をいただきました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

先ほども少しそんなような論点がありましたが、従来の精神障害というのは、おおよそ統合

失調症を想定していたのですが、もう多様化の時代であるということで、このような形で出てきました。最初は、多少総花的になるのはやむを得ないかなとは思いますが、徐々に焦点を絞っていければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、これはここまでにさせていただいて、引き続き精神疾患の柱④について事務局から説明をお願いします。

○佐藤課長 それでは、今度は④でございます。柱の④です。

精神科病院における虐待防止等に向けた取組の推進ということで、これも新しく柱立てをしたところです。現状等、これまでの取組ということで書かせていただいているとおり、精神科病院での虐待はあってはならないものでございまして、虐待行為の発生防止、早期発見や、再発してはならないということで、各病院では取組を進めていると承知しています。

今度、令和6年4月1日施行の改正法におきましても、各病院における虐待防止措置の実施や都道府県への通報の義務化がなされるところです。この法改正に向けての準備も今、都のほうでも進めています。

これまでの取組状況でございしますが、立入検査など、指導監督を進めながら、精神医療審査会における処遇改善請求などへの審査も行っています。

また、精神科病院に外部の目が入りづらいと指摘されことがあります。そのようなことが場合によっては虐待につながっているのではないかという議論もあります。より一層の人権擁護、組織風土の醸成が求められるということで、滝山病院に関しましてもこの部分について大きな課題があったため、都では改善命令を発しました。

また、疑われる事案があった場合に速やかな初動対応ができることも必要となっています。

次頁になります。目指す方向性ということで、改めて虐待防止、再発防止を書かせていただいております。

今回、取組に書いてありますが、今度の法改正で入院者訪問支援事業という事業ができました。精神科病院に入院している患者さんで、特に最初は市区町村長同意の患者さんなどを対象に訪問し、傾聴や助言などを行うという新しい事業です。具体的な事業内容はまだ国から示されていないのですが、東京都でも試行錯誤しながら、今、予算要求などしているところでございます。機能や効果を発揮すべく訪問支援される方の質の確保なども課題でございまして。

また、病院職員の方への研修なども、意識向上、組織風土づくりに向けて、考えていきたいと思っております。

さらに、最初に申し上げたように虐待通報が今度義務化されますので、都でも通報を受けた

際の窓口を整備していくことを考えていまして、通報が来たときにきちんと対応できるように、今、検討をしています。

今回の滝山病院の事件を踏まえて、事件が発生した東京都として、このようなことが二度とないように構造的な問題から考えながら対応していきたいと考えてございます。

まだまだこれから検討を続けていくところでございますが、現在このような形での状況でございます。御説明とさせていただきます。

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。

これは皆さん御存じのと通りの事件報道に絡んでの課題だと思います。いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○塚本委員 滝山病院に関してはすぐ東精協で会長の平川先生と副会長の田邊先生が滝山病院に実際に行かれて、いろいろ話をお伺いしてきました。その話では、パートの職員が多くて、やはりガバナンスがきいていなかったと感じました。

滝山病院は透析の患者さんや、身体合併症の患者さんや、長期の難しい患者さんをかなり抱えていた病院で、そういう難しい患者さんを長期間診ていくには、診療報酬がとても低い。だからなかなか普通にやっていたら成り立たないような状況だったのではないかと私は思っています。やはり長期でも難しい患者さんがいらっしゃって、特に身体合併があったり、難治性であったり、そういう難しい人たちを診るのにあまりにも低いコストで診なきゃいけない状況がつくられているところに、今回のような問題が起こっているんじゃないかなと思います。

そのため、難しくて、なかなか外に出せなくて、なおかつ体も診なくちゃいけないという方に関しては、もっとコストをかけないと、こういう問題は解決しないんじゃないかと私自身は思っています。その辺りいかがなものかと思い、御質問させていただきました。

○加藤会長 ありがとうございます。

その辺、内部の事情なんかは私は分からないんですが、いかがでしょうか。ほかに御意見ありますでしょうか。

○平川（淳）委員 私は、滝山の虐待防止委員会に出ていますので、塚本先生がおっしゃるとおりなんですけども、そもそも論として、今、後見人さんがついた場合に、医療的な判断はしないと、経済的な判断しかしないということになっているので、その患者さんの治療方針をどうするのかといったときに、その場の医者が判断することになるわけなんですけども、そうすると、命を優先すると。そうすると、本来どこまで治療するかのところは御家族と相談しても、

これでお看取りしましょうみたいなことは多いんですけども、そういうバックグラウンドのない人たちにしては治療を続けていくことになってしまうんですね。それが非常に不幸を招いているというふうに私は思っています。

例えば、認知症で透析をするということだけを取り上げてみても、食事療法を守らなきゃいけない。ですから週3回、例えば病院に入院している人だとすると、家族が付き添いで透析病院に行くかというのと、それも行かないと、そういう人もいないとなると、透析自体は難しいわけですよね。そういう本人も望まない、現実的にもない、それを無理やりやるとああいう形になってくるということで、やっぱりどこまで治療するかというところのコンセンサスもないままに、その責任を回避して押しつけるという形で今、滝山が生まれてきている部分もあると思うので、しっかりとした議論をした上で、これは国民的コンセンサスは難しいかもしれませんが、非常に感情に流される日本国民ですので、かわいそうだからやるだけやるというような話になってしまうので、そこはやはり透析学会とか、きちんとした形で適用指針を決めていただくことも必要なんじゃないかと思います。どこまでやるか、認知症が出て、手足を縛ってまで透析をするのであれば、そこはもうやめるとか、やはりその辺、ルールがないまま責任を取らない形で治療を進んで延命だけするというようなことも問題かなというふうに思います。

確かに塚本先生おっしゃるように、滝山はすごい安いんです。うちも何人か引き受けようとしたら、うちの自己負担のコストでは成り立たない。数万円安いんです。数万円安くて、透析をして、職員は非常勤ですから割高なわけですよ。ですから、そういう意味ではすごくもうかって悪徳病院みたいに言いますけど、それほどもうかってない。しっかり議論しなきゃいけないのかなというふうに思います。

○加藤会長 かなり難しい問題ですが、そういう背景もあるということをご議論を一応出させていただいて、よろしいですか。どこかありますか。

岩本先生。

○岩本委員 すみません、武蔵野大学の岩本です。ここの書きぶりなんですけれども、虐待防止のところは、もう少し工夫ができないでしょうか。今、滝山病院のお話も出ていましたけれども、いろいろな事情が積み重なっていると思うんですけれども、結果的にあのような事件が起きたということを踏まえて、もう少しここは突っ込んだ書きぶりにしていただきたいと思っています。

たとえば、こうすれば防止することが可能だったんじゃないかとか、もう少し早く発見することが可能だったんじゃないかということはあるかと思いますので、やっぱりこうしたことを

起こさないための工夫について、もう少し盛り込んでいただきたい。

今の書きぶりは、そのとおりなんですけど、あまりにも一般的なことを言っているという感じなので、どこをどうしていくことで防止につながるのかということを、今、滝山病院のことも調査や検証が行われていると思いますので、そこから得られた知見を反映できないかということのを切に思っているところです。

また、今の先生方のお話のように、滝山病院の問題は本当に包括的に捉える必要があつて、先ほどの身体合併症の問題も含めて、今の精神保健福祉の課題が浮き彫りになっていると思いますので、そういったことをきちんと踏まえて、今回の計画に反映していただけるといい思っているところです。

以上です。よろしくお願いします。

○加藤会長 ありがとうございます。

ここにある表現は、あまりにも当たり前のことが書いてあるので、誰も何も言えないように思います。実態はそうでないところに多分あるんだろうと思いますので、その辺を配慮してもう少し進めていければと思います。

木村委員、はい。

○木村委員 私も今、岩本先生がおっしゃっていただいたように、東京都におけるとても大きな問題だと思いますし、様々な構造的なところに関わってくるかなと思いますので、もう少し扱いとして大きく具体的にしていっていいのかなと思います。

また、先ほど塚本先生おっしゃっていただいていた、診療報酬が低くてなかなか経営的に難しいというお話があったと思うんですけど、その点は確かに理解できるかなと思うんですが、一般的な感覚でいうと、虐待、人権侵害が起きただけではなくて、不必要な医療行為がされていたという疑惑もあるわけですから、そういうところを考えると、構造的にビッグモーターと同じで、もうからないから不正行為をしても、それで良いということにはならないと思うので、そこは私は違うのかなと思いました。

また、少し懸念しているのが、精神科病院を取りまとめている日精協の会長先生、これは機関誌等で滝山病院事件の擁護とも取れる発言をされていて、びっくりしたんですけど、患者さんの地域移行ですとか開かれた病院という今の流れや国連からの勧告というのにも逆行されて、反対していて、すごい時代錯誤かなと個人的には思っています。こういうところの共感する方、病院を経営されている方がいらっしゃると、自浄作用ってどこまで期待できるのかなと思いますし、そういう大変な人を見ているから多少問題が起きても仕方ないみたいな、そういう認識

というのが虐待事件がいつまでたってもなくならない一因なんじゃないかなと思っています。

これについて、やはり中から自浄作用されていくという取組も必要かと思うんですけど、そこだけでは期待できないところは大きくて、やはり外部の来年度から始まりますけど、目が入る、そこにいろんな専門職の方、弁護士の方も含めて入っていただくということですとか、前回も指摘させていただいたんですけど、東京都での監査を、書類審査中心と思うんですが、実際に働いている職員の方、患者さんにヒアリングを行っていただいて、実態をより正確に把握していただくことですか、地域移行をさらに推進していただく、こういったことが必要なかなと、今回この資料を拝見して思いました。

以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。

○平川（淳）委員 すみません、今の話、私が何か言わなきゃいけない立場で、すみません。

今、日精協会長、山崎先生に対する御意見ございましたが、おっしゃっているようなことは百も承知で、その上でお話をしているんで、言葉の表面づらを捕まえて時代錯誤だというのは、もっと深い意味がございますので、そこはそういうマスコミの報道、それだけを見てほしくない。

例えば、自分の大事な父親を介護している人が父親を殴ってしまうということもあります。これは愛情があっても、やっぱり人間というのはそういう部分がありますので、そういう中で精神科医療というのはやっているということで、人間対人間の話ですので、そういうことはベースにあるということで、その上でもやはり暴れてしまったりとか、押さえつけたりするようなことで、我々としてやらざるを得ないというようなこともあります。

実際にこの間、滝山病院に行きましたところ、五、六人の看護師が患者さんを押さえつけて、鼻から管を入れていました。聞きますと、その患者さんは鼻から管をどんどん抜いちゃうんですね。入れるたびに抜いてしまうということで、食事するたびにみんなで押さえつけて管を入れているということがありました。それをしなければ、その人は死んでしまうんですよ。だけでも、そののやっていた看護師さんが私たちのほうを振り返って、先生これって虐待でしょうかと言っていました。そういうことがやはり精神科の中にはあるので、その辺も複雑な気持ちの中でそういう行為をしていますので、それでやらないで死んでしまったら、それはそれでいいのかという別の面もちょっと考えていただきたいなというふうに思います。

すみません、以上です。

○加藤会長 ありがとうございます。

いろいろ意見をいただきました。ありがとうございました。葛巻委員。

○葛巻委員 都精連の葛巻と申します。何というんですか、その事後の対応というだけじゃなくて、事前の対応もやってもらわないとまずいんじゃないかと思っています。

これは意見ですけど、それ1点です。

○佐藤課長 事後対応も必要だけど、事前の対応もしっかりやるべきだと。

○加藤会長 はい、分かりました。ありがとうございました。よろしいでしょうか。

○葛巻委員 はい、いいです。

○加藤会長 それでは、続きまして、次に認知症部分について事務局から説明をお願いいたします。

○小澤課長 資料2－5につきまして認知症施策推進担当課長の小澤から御説明させていただきます。

柱の①から⑤までございますけれども、まとめて御説明させていただきたいと思います。

柱の①は、認知症の人の増加への対応ということでございます。現状のところは、現状都内で要介護認定を受けている高齢者の方の中で、何らかの認知症の症状を有する方は増加傾向にございます。令和12年度には約57万人の見込みとなっております。

また、今年の6月16日に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立した上で公布されました。こういった現状。

それから、東京都でのこれまでの取組状況でございますけれども、東京都認知症施策推進会議を設置しておりまして、この中で施策について検討してございます。それから、シンポジウムですとか、とうきょう認知症ナビというところで普及啓発を実施してございます。また、とうきょう認知症希望大使を任命しておりまして、認知症の人本人からの情報発信を支援してございます。

課題といたしましては丸を、3つございますけれども、1つ目は、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるようにすると。そのために、区市町村をはじめとした関係機関と連携して、認知症の施策を総合的に推進するということ。それから都民の理解促進を図っていくこと。それから、認知症の人本人が自身の希望や必要としていることなどを自らの言葉で語っていただく、こういった機会の確保も必要だと考えてございます。

今後の方向性・取組としましては、目指す方向性として、認知症になっても認知症の人の意思が尊重されて地域で安心して暮らしているということ。それから、都民が認知症についての正しい知識を持って正しく理解している。こういった方向性を目指した上で、取組としまして

は引き続き推進会議において施策を検討してまいる。それから、広く普及啓発を実施していく。また、御本人の情報発信というところで、東京認知症希望大使からの情報発信を支援していきたいというふうに考えてございます。

柱の②を御覧いただきたいと思います。

専門医療の提供体制の確保と適切な支援に向けた体制整備でございます。

現状、認知症疾患医療センターということで、都内に52の医療機関を指定してございます。また、都の取組としては認知症疾患医療センターのほか、島しょ地域などのセンター未設置の地域におきまして、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が研修等、医療の支援を実施してございます。

それから、認知症初期集中支援チームとの連携をしてバックアップを行う認知症コーディネーターを配置している区市町村を支援してございます。

それから、認知症アウトリーチチームが区市町村の初期集中支援チームの活動を支援してございます。

また、認知症サポート医の情報を、とうきょう認知症ナビで周知してございます。

課題としましては、こちらも3つございます。認知症の専門医療を提供できる体制の整備、それから新たな認知症疾患修飾薬の承認が今後見込まれてございます。投与開始前に必要な検査体制ですとか、副作用に対応するといった体制の整備も重要でございます。

また、島しょ等、認知症疾患医療センターの未設置地域における支援の充実も重要でございます。

方向性としては、居住する地域にかかわらず、等しくその状況に応じた適切な医療を受ける、こういったところを目指してまいります。

取組の1番目、専門医療の提供体制の確保と地域連携の推進では、認知症疾患医療センターにおける専門医療の提供、それから新たな認知症疾患修飾薬に対応可能な医療提供体制を整備していくこと。それから、島しょ地域等の支援でございます。

それから、取組2では適時・適切な支援ということで、早期に医療や介護のサービスにつなげる取組ですとか、区市町村の初期集中支援チームの活動を支援していく。こういったことに取り組んでまいります。

柱の③でございます。適切なケアの確保でございます。

現状、認知症サポート医養成研修を受講していただいているドクターは1,668人、かかりつけ医認知症研修の修了者が6,918人ということになってございます。

これまでの取組としては、介護従事者に対する研修、それから、かかりつけ医や介護士等の地域の医療従事者に対する研修、それから認知症サポート医等の専門職に対する研修ですとか、歯科医、薬剤師等に対する研修等を実施してございます。

課題といたしましては、こちらも3つ掲げてございます。認知症に精通した医師や看護師等の医療従事者を育成すること、それから多職種が協働して意思決定支援を行いながら、医療・介護従事者や関係機関が連携した支援の提供を行っていくこと。それから、3つ目といたしまして認知症サポート医の活動をさらに活性化していくと、こういったことが必要と考えてございます。

今後の方向性としてしましては、認知症対応力が向上していくこと、また医療・介護関係者間の連携が図られていくこと。こういったことを目指しまして、取組の1ということで5つ、医療従事者の人材育成、認知症サポート医等の人材の育成、介護従事者等の研修、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の支援、これに加えて認知症サポート医の活動の活性化ということも必要と考えてございます。

柱の④でございます。柱の④は、認知症の人と家族を地域社会全体で支える環境の整備、それから若年性認知症への対応でございます。

現状、何らかの認知症の症状を有する高齢者が51.6%、また、65歳未満で発症する若年性認知症の人が都内に約4,000人いらっしゃると。東京都の取組といたしましては、関係機関の連携支援ですとか認知症カフェの設置支援等を進めてまいったこと。それから、都内の認知症サポーターの活動の促進ということで、キャラバンメイト養成研修ですとか、チームオレンジ・コーディネーター研修を実施してございます。若年性認知症につきましては、都内2か所に若年性認知症総合支援センターを設置いたしまして、本人、家族、区市町村等からのワンストップ相談窓口というふうにしてございますとともに、研修等を実施してございます。

また、企業向け研修会、介護の事業所向け研修会を実施してございます。

課題につきましては、こちらも3つ掲げてございますが、地域における認知症対応力の向上ですとか、介護者を支援する取組の充実が必要でございます。

それから、チームオレンジを2025年までに全区市町村で整備する必要がございます。

若年性認知症につきましても支援の充実が必要でございます。

方向性としてしましては、地域社会全体で認知症の人と家族を支える環境を整備すること。それから、若年性認知症に関する普及啓発ですとか、早期に適切な支援を受けることができる。こういったことを目指して取組の1と取組の2を掲げてございます。

地域づくりといたしましては、認知症地域支援推進員の支援、それからチームオレンジの整備等に取り組む区市町村の支援等を掲げてございます。

取組２、若年性認知症につきましては、都内２か所の若年性認知症総合センターの支援の充実、区市町村の支援等を掲げてございます。

最後に、認知症予防の必要性和認知症に関する研究ということでございます。現状のところ、FDAが世界初の認知症疾患修飾薬を正式承認したところでございます。東京都の取組といたしましては、認知症検診に取り組む区市町村の支援、それから初期段階から継続的な支援ができる地域づくりを推進する区市町村の支援、それから行動心理症状、BPSDの改善が期待される日本版BPSDケアプログラムの普及、それから区市町村における認知症予防の取組の支援、電気通信大と連携した東京アプローチの事業、それから令和２年度から健康長寿医療センターの認知症未来社会創造センター（IRIDE）での研究、またIRIDEでのAI等を駆使した新たな認知症予防の取組の推進等を実施してまいりました。

課題としまして、認知症予防の必要性和認知症に関する研究につきましては６つ掲げてございます。段階に応じた適切な支援が受けられる体制の構築、それから認知症検診推進事業、こちらの早期診断・早期対応のさらなる推進を図る必要性。それから、認知症ケアプログラム推進事業についての都内の全自治体での実施、また、認知症未来社会創造センター（IRIDE）での都における高齢者医療研究での拠点としての機能、認知症との共生と予防に関するビッグデータを活用した研究を進めること等を考えてございます。

今後の方向性として、予防の取組、研究と成果の普及という方向性の中で、取組の１といたしまして、予防の認知症の発症・進行を遅らせるための取組として、区市町村への支援、それから認知症検診の推進、それから段階に応じた適切な支援が受けられる体制づくりを推進すると、そういった取組を進めてまいります。

それから、認知症に関する研究につきましては、健康長寿医療センターでのAI等を駆使した新たな認知症予防の取組を推進する研究を進めまして、都民や社会へ還元していくこと、こういったことを掲げてございます。

説明は以上でございます。

○加藤会長　ありがとうございました。

それでは、ただいま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。

羽藤委員ですか、どうぞ。

○羽藤委員　先ほどもお話ししましたが、精神科救急医療情報センターでは、譫妄状態、ある

いはB P S Dのケースが、毎年、ひしひしと増えています。今お聞きした認知症のいろんな対策は、夜間の時間帯については、ぽっかり穴が空いているように思います。例えば、夜間帯での認知症のケアについての相談窓口を設けることはできないでしょうか。認知症疾患医療センターの医療機関が輪番でお引き受けいただくとかできないでしょうか。精神科救急医療情報センターで、この人は入院したほうが良いとか、他の対応で良いとか、トリアージのアドバイスをしていただけるととても助かります。今でもとても必要です、これからますます必要になります。是非、そのあたりのこと、ご検討お願いしたいです。

○加藤会長　ありがとうございました。

実際にケアをどのような仕組みでしていくかというのは、認知症に関してはやや少ないかもしれないですね。

そのほかに御意見ないでしょうか。

岩本先生、どうぞ。

○岩本委員　岩本です。度々すみません。少し専門の先生にお聞きしたいと思っているところなんですけれども、今の御説明の中に適切な治療、適切なケアという言葉がたくさん出てくるんですけれども、何をもって適切というのかがとても難しいところだと思っています。今、緊急時の対応、夜間の救急時の対応についての御意見がありましたけれども、それも含めて、これは医療計画の骨子ということもありますので、認知症の方の入院治療の役割というんですか、精神病床にも一定数、認知症の方の入院がいらっしゃるわけなんですけれども、入院治療がどういった認知症ケア、認知症治療の役割を果たすのかといったところを、ある程度のビジョンが示されるといいと思って伺っていました。ちょっと私がいまいち分からないので教えていただければと思って発言させていただきました。よろしくお願いします。

○加藤会長　ありがとうございました。

○平川（淳）委員　私は一応、認知症疾患センター長ですので。

今、認知症については循環型ケアといって、B P S Dがあるときは入院したり、精神科に受診されますけど、それ以外は介護の中で、なるべくその地域で暮らすという仕組みになっています。

だから、B P S Dがあるからといって長期化することはないんですけれども、今、精神科病院で長期入院になっている方々は、介護施設などに入所されていて、そこでのやはり大声とか、盗食とか、徘徊とか、そういう行為が続いてしまって、その施設では見れないというような場合に精神科の方でお預かりすると。ただ、出口がないので長期化するという傾向になっています。

す。精神科の入院は、長期化すると罰則のように減算されていきますので、決して我々にとってもありがたい話ではないんですけども、そういうのが現状になっています。

それから、BPSDについては羽藤先生から救急で多いということなんですけども、これは繰り返し起こっているものなので、介入の仕方によって、わざわざ夜、救急介入する必要はなくて、ある意味ちょっとコンビニ救急的な要素もあるのかと思うので、これについては地域でもう少しケアをよくして、夜間救急にならないような仕組みを考えていくべきだと私は思います。

以上、よろしいですか。

○加藤会長 ありがとうございます。

そのほかによろしいでしょうか。

それでは、以上です。

第8次の保健医療計画の改定骨子については、精神疾患、認知症ともに今はまだ骨子の段階ですので、そこに盛り込むべきものについていろいろ御発言、御提案をいただきました。それを含めて皆様に御了承いただいたかと思います。素案作成に当たっては、今の委員の皆様からいただいた御意見を反映していただければと思います。

次の議事に進めさせていただきます。

議事の2つ目は、その他ということになっていますが、本日は特段議事はないというように伺っています。続けて、全体質疑・意見に進ませていただきます。これまでの全てを含めて、全体を通じて何かございましたらよろしく願いいたします。いかがでしょうか。

前田幹事、お願いします。

○前田幹事（門倉幹事代理） 東京消防庁、救急部長の門倉の代理の救急医務課長の前田です。

今回の骨子の中で、柱の2の救急医療の部分について若干追加の意見を述べさせていただきます。

救急搬送におきましては、コロナの影響もありまして、救急搬送に関わる部分で、東京ルールの件数にありますように、救急搬送困難例が非常に多い状態が常態化してしまっているような今、状況です。その中でも精神がキーワードの搬送困難例の上位にあることは、これは以前と変わってないような状況です。

これまでの取組の中で、東京ルールの中で、身体合併症の事業に加えましてブロックごとの連携も地域の会議の中で周知を図っていただいているところではありますが、搬送困難例の数値を見ますと評価は非常に難しいところではないかというふうに思います。

救急搬送における搬送の長時間化は、やはり都民にとって大きな不利益になることは、これは明らかだというふうに思います。その中でやはりその取組に盛り込んでいただいておりますけれども、休日・夜間のまずは一旦救急医療の傘の中に入れるような救急搬送の受入体制の整備が非常に重要になってくるというふうに考えております。ぜひ東京ルールに関連の事業と調和を図りながら、救急搬送の困難例解消につながるような体制整備につなげていただければというふうに考えております。よろしくお願いいたします。

以上です。

○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。よろしいでしょうか。

本日は貴重な御意見を多くいただきました。本当にありがとうございました。いただきました御意見を踏まえまして、第8次東京都保健医療計画素案の作成に向けた検討を進めていただきますようお願いいたします。

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。お願いします。

○佐藤課長 加藤会長、ありがとうございます。皆様、ありがとうございます。本日も熱心に御議論いただきました。ありがとうございます。

今日、御了承いただきました骨子案につきましては、9月4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、こちらに提出をさせていただきたいと思います。今日頂きました御意見を、東京都保健医療計画の素案の策定、それから都の施策の展開に活かしてまいりたいと考えます。ありがとうございます。

次回の第4回東京都地方精神保健福祉審議会は、10月中に開催を予定しております。また改めて御連絡をさしあげます。本日はありがとうございました。

それでは、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、長い時間ありがとうございました。またよろしくお願いいたします。

午後8時19分 閉会