

## 令和5年度宮城県精神保健福祉審議会（第6回）

### 1 日時

令和5年10月20日（金）午後6時30分から午後9時45分まで

### 2 場所

宮城県行政庁舎9階 第一会議室

### 3 出席者

#### （1）委員

我妻睦夫 委員、姉齒純子 委員、岩舘敏晴 委員、大木恵 委員、小原聡子 委員、  
日下みどり 委員、草場裕之 委員、小松容子 委員、鈴木陽 委員、高階憲之 委員、  
富田博秋 会長、西尾雅明 委員、林みづ穂 委員、原敬造 委員

（19人中14人出席）

#### （2）事務局

〔保健福祉部〕大森秀和 保健福祉部副部長

〔医療政策課〕遠藤圭 参事兼医療政策課長

〔精神保健推進室〕村上靖 精神保健推進室長、八巻直恵 技術副参事兼総括室長補佐、  
松本賢治 総括室長補佐

〔精神保健推進班〕菅原美帆子 技術補佐（班長）、戸刺徹 主任主査（副班長）、  
成田廉 主事、笠原優花 技師、江上貴章 主事

〔発達障害・療育支援班〕大内浩昭 室長補佐（班長）、巖岩美之 技術主任主査

### 4 開会

（事務局）

ただ今から令和5年度宮城県保健福祉審議会（第6回）を開催します。

### 5 委員紹介・会議の成立について

（事務局）

続きまして、御出席いただいております委員の皆様を御紹介するところですが、名簿を御参照いただくことで省略とさせていただきます。

岡崎議員、角藤委員、黒川委員、小森田委員、富士原委員からは事前に欠席の連絡を受けております。

また、日下会員については、遅れる旨事務局の方に連絡が入っております。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、会議の成立について御報告申し上げます。本日は14名の委員に御出席いただいておりますことから、精神保健福祉審議会条例に規定する定足数を満たしており、会議が成立しておりますことを御報告申し上げます。

また、本審議会は、県の情報公開条例第19条に基づき、公開が原則となっておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは、これより議事に入りますが、精神保健福祉審議会条例の規定により、以後の進行については富田会長にお願いいたします。

富田会長、よろしくお願いいたします。

## 6 議事

(富田会長)

よろしくお願いいたします。

本日は大変お忙しい中、御参集いただき、誠にありがとうございます。今回は次第に記載の通り、第8次宮城県地域医療計画（精神疾患）に関する議事を設定しております。

知事から医療審議会に諮問があった宮城県地域医療計画のうち、精神疾患について意見を求められております。限られた時間でございますので、委員の皆様には円滑な進行に御協力いただきますよう、また、皆様に御発言をいただきますようよろしくお願いいたします。

それでは、次第に従いまして、進行させていただきます。

まずは、資料1の「第8次宮城県地域医療計画（精神疾患）特に議論いただきたい項目」を説明の上、項目（1）精神病床にかかる基準病床数について、事務局から説明をお願いします。

(事務局（精神保健推進室長）)

それでは、第8次宮城県地域医療計画（精神疾患）について説明させていただきます。宮城県地域医療計画につきましては、参考資料1ということで付けさせていただいております。医療法の規定に基づきまして、宮城県医療審議会が知事から意見を諮問されております。医療審議会での審議に当たり、計画の精神疾患の部分について、医療審議会事務局から依頼を受けまして、本日、当審議会に意見をお諮りするものです。

参考資料3を御覧ください。本日、御審議いただきました基準病床数及び中間案につきましては、事務局から医療審議会事務局に提出し、11月下旬の医療審議会において審議され、パブリックコメントが行われる予定となっております。

それでは、資料1を御覧ください。はじめに、本日、特に御議論いただきたい項目ということで、事務局から4点あげさせていただきます。

1は、基準病床数でございます。2につきましては、素案の審議をいただいた8月1日の第2回審議会において御意見をいただきました医療圏についてでございます。詳しくは、後ほど資料で説明をさせていただきたいと思っております。3点目、4点目は、中間案本文の記載内

容に関するものということで、3点目は、外来に関する事項でございます。患者の増加によりまして、外来の新患予約が困難となっている中、主な疾患に外来機能に関する事項の記載を追加してございます。この件について、御意見をいただきたいと思っております。4点目は、身体合併症への対応についてです。精神医療センター建替えの中でも、御議論いただいておりますが、治療抵抗性統合失調症の治療やコロナの経験を踏まえた身体合併症対応のため、他の医療機関との連携等に関する記載を行ってございます。この点についても御意見をいただきたいと考えてございます。

それでは、議題の(1)精神病床に関する基準病床数について説明をさせていただきます。資料3を御覧ください。2イン1の資料となっております、スライドの番号を、それぞれ右下に付けてございます。この番号で説明させていただきたいと思えます。

まず、スライドの2、これまでの基準病床数と既存病床数の推移を表にしてございます。今回、表の一番右側であります、第8次計画の基準病床数の決定をお願いしたいと思えます。現時点での、既存病床数は記載しております、6, 124となっております。

2枚おめぐりいただいて、スライドの7です。第7次と第8次の基準病床数を算定する算定式が変更となっております。こちらの真ん中あたりのところで、細い字で書いている部分でございますが、第7次の計画では、推定人口を計算の基礎としてございました。人口減少ということもあるんですけども、推定人口数をかけて計算をするという形でしたので、医療需要の変化はそれほど大きくない形でした。第6次計画と第7次計画の基準病床数が同じで、変更なしとなっていたのですが、こういった計算式に基づいていました。一方、第8次計画につきましては、平成26年から平成29年の実際の患者数の変化、こちらを基礎として計算をするという形になっております。このため、近年の精神病床における入院患者数の減少傾向がそのまま反映するような形となっております。

スライドの10を御覧ください。国から示されております、今回の数値と算定式でございます。スライドの真ん中あたり、小さい字で恐縮なんです、政策効果のA、政策効果のBという記載がございます。政策効果Aは、認知症を除く慢性期入院患者に関するもの、政策効果Bは、認知症の慢性期入院患者に関するものというふうになっておりまして、この2つの係数の取り方によって、3種類の基準病床数の候補をその下の部分で示してございます。上の表は、先ほど申しました算定式に基づいて、急性期、回復期、慢性期のそれぞれの患者数を推計した数値が記載をされています。算定式の方を御覧いただきたいと思えます。一番上の算定式に記載しておりますのが、国が推奨しております、病床数4, 602というものの計算式です。こちらは、政策効果Aがゼロ、政策効果Bが0.1という数字を使っております。0.1というのは、政策効果により10%患者数が減少するという意味合いでございます。これらの数値により算定されました、医療需要4, 371を病床稼働率95%で割った数値、こちらが基準病床数4, 602という計算になります。以下、計算の式については同じでございますが、最小値というふうに示しておりますのは、政策効果Aを国が定める上限の0.08に設定しているもの、また、最大値4, 618は政策効果Bを国の下限値0.

08で計算したものであるというものでございます。ページの下に囲みで記載させていただきました、既存病床数、第7次計画の実績等を踏まえ、先ほどの計算式の最大値、4,618を基準病床数として提案させていただいております。

1枚おめくりをいただきたいと思っております。本日、追加でスライドをお配りさせていただいております。第7次と第8次の、数字を整理したものです。棒グラフの一番上は、第7次計画の基準病床数を作る際のベースとしました、平成26年の実績の数値となります。2番目は、第7次計画の令和2年時点での目標の数値、3番目が令和2年の実績値、4番目の一番下は第8次計画の目標値となります。棒グラフの色分けですが、一番左の青の部分が3か月未満の急性期、赤いところが1年未満の回復期の数値、グレーの部分が1年以上の慢性期の患者数として入院需要を示してございます。2番目と3番目の一番右側に緑のところがございますが、これが政策効果による慢性期患者の減少数を示してございます。第8次目標の棒グラフには慢性期患者のグレーがありませんが、第8次計画においては認知症を除くオレンジの部分と、認知症の青の部分に分けて計算をするという形になってございます。グラフの右隣に記載をしています、入院需要（政策効果なし）という部分ですが、こちらは、政策効果を考慮しない入院需要ということで推計値になってございます。第7次目標では、平成26年から令和2年の間で入院需要が255増加するという形になってございます。一方で、この2番目のグラフの緑の部分、慢性期患者への政策効果が740減少ということで、政策効果が大きく見積もられているという形になってございます。今回は、令和2年から令和8年までの間で入院需要は、政策効果のないものでありますが、313減少するというような推計値になってございます。入院需要を厳しく見るという形になってございます。政策効果の部分は、一番下の表の一番右側に緑の小さい記載になっておりますが、こちらは少なめで59でございます。こちらが先ほど説明させていただいた算定式が変わったことで、こういった形の推計値になっているというものでございます。

続きまして、慢性期のグレーの部分を御覧下さい。1番目から2番目に引いた矢印、こちらがマイナス544となっておりますが、これが令和2年の目標ということになってございます。結果はどうだったかと申しますと、1番目から2番目に引いた矢印ということで、240人の減少ということで、慢性期の患者さんについては、目標を544だったところを240人の減少にとどまった、約半分の減少幅にとどまったという形になります。ただ、一方で、政策効果の面で、緑の部分を御覧いただきたいのですが、2番目の棒グラフで、目標としては740人減少ということで想定をしておりましたが、この部分だけを見ますと、政策効果としては436人の減少をしたという計算になっています。この部分は政策効果の面だけでみますと、約6割ぐらいの減少幅は達成したというふうに思っております。今回は、3番目から4番目に引いた矢印ということで、慢性期の患者につきましては、485人の減少を目標とすることで、第7次計画、一番上のところの544というような減少目標は下回る数字になってございますが、先ほどの政策効果の部分で、小さい、減った、と計算される部分、436は上回る数値ということになってございます。

続きまして、急性期と回復期の部分です。1番目と2番目のグラフを御覧いただきますと、令和2年目標では青、赤のところはそれぞれ微増ということで、急性期と回復期については増加する目標としておりました。しかし、1番目から3番目に引いた矢印を御覧いただきますと、令和2年実績では、急性期、回復期を合わせて158人の減少ということになってございました。今回は、3番目から4番目の矢印のとおり、令和2年実績から113人、急性期と回復期部分については増加するというので、今回の基準病床数の計算をさせていただいています。今回提案の基準病床数の内訳は資料のとおり整理しているということで御覧いただければと思います。説明は以上です。

(富田会長)

ただいま事務局より説明がありました内容につきまして、御意見、御質問のある方、いらっしゃいますでしょうか？

原委員、お願いします。

(原委員)

えっと質問ですけども、この基準病床数っていうのはどういうことを意味しているのでしょうか？これによって何が変わるのか、教えていただけますか？それが一つと、もう一つ、政策・・・なんでしたっけ？政策効果、これ、どういう政策をやった効果としてこれが減少したということをお話しているのか、その説明をお願いいたします。

(富田会長)

村上室長、お願いします。

(事務局(精神保健推進室長))

まず、基準病床数の意味合いでございますが、基準病床数につきましては、まず一つは医療法に基づく病床許可、病院の開設許可等の際に、この基準病床数一つの許可の基準になります。医療圏の中で原則的には、この基準病床数を超えての新しい病院の新設というのは許可されないということになります。一方で、既存病床数、精神の病床数については、今1,000床程度のオーバーという状態になっているのですけれども、これを政策的に減らすであるとか、そういったことは、制度的にはできない形でございます。この基準病床数をこういう形に設定したので、例えば、今ある病床を強制的に減らすといったことはできない、そういう手法、手段がないというものになります。こちらについては、将来的な医療需要の見込みがこういう形になっているということで、経営の参考にさせていただきながら、病床数を減らしていただくような目安にさせていただくというような意味合いになろうというふうに思います。

政策効果の点でございますが、資料3のスライドの6です。第7次計画におきましては、

政策効果として3つ示されてございまして、認知症以外の患者の減少を促す効果ということでは、政策効果1というふうに記載しておりますが、地域移行を促す基盤整備がなされていること。政策効果2としまして、治療抵抗性の統合失調症の治療薬を普及させること、この2つによって、認知症以外の患者数が減るであろうということ。政策効果3としまして、認知症施策の推進、これによっては認知症の患者が減るということで、ここに記載をしている想定の数値がそれぞれの政策効果として期待される数値ということであげられてございました。

(富田会長)

岩館委員、お願いします。

(岩館委員)

質問というより意見なんですけど、毎回、この基準病床数が出るんだけど、実際には何も意味がないという・・・と言っては悪いけど、例えば、基準病床数に向けてどういう政策やるかと言っても、結局は今言ったように何もできないというのがあるのと、それから、前に岡崎委員が言ってましたけど、昔、宮城県は地域ケアを熱心にやっていたので、入院しないで済む、それだけ精神科の病床が少ない県だったんですよ。今、人口10万に対して、260ぐらいでしたけど、昔は200を切ってたんですよ。だから、昔は宮城県は地域で一生懸命やってるからベッドが少なくてもいいという、全国的にも誇れるものだったんだけど、当時の基準病床数では宮城県は精神科のベッドが足りない県だということになって、新しく精神科病院を開設したいっていう申請が次々あがったわけです。あの時も専門家は開設を認めたらベッド数が増えるだけで、何もいいことないと反対したんだけど、結局、県はそれを認めて、結果的に新しく開設した病院は認知症しか診ない病院がほとんどだった訳です。認知症を診ている病院は早期の退院が少ないので、結果的に宮城県は国の定めた退院率3か月、6か月、12か月の目標値を全然達成できなくなりました。あの時、病床を増やさなければ、今みたいに病床が多過ぎるということにはならなかったんですよ。最近の状況と似てると思うんだけど、専門家の意見をちゃんと聞いてれば、こういうふうにならなかったっていうのは一つ。それから、この前、民間公募の話が出た時にですね、精神医療センターが258床から170床に減らせば88床を減らせたわけですよ。多分、8%ぐらい減らせたと思うんだけど、県が出してきた民間公募は、新たに病院を一つ増やして、結局トータルで1床減らせばいいっていうプランです。あれを厚労省と相談したって言いましたが、厚労省がそれでオッケーしたのかな？ そうすると、基準病床数を出したって、本当は88床減らせたはずなのに、1床減らすだけで良いいっていうことになっているから、幾ら基準病床数を決めたって、国と県が意味ないことをやろうとしている訳です。基準病床数を提示して、精神科病床数が多過ぎるといっても、実際やってることは矛盾しているというか、整合性がない訳です。結局、いくら基準病床数を出しても実際にはあまり意味がない気

がします。

(事務局 (精神保健推進室長))

ありがとうございます。岩館委員から御指摘ありました基準病床の変動については、資料3のスライド2のところに記載をしてございました。基準病床数の推移のところでは第3次・第4次は7,000床程度だったが、第5次計画で大きく減っているんですが、それに合わせるような形で既存病床数のところについては第4次・第5次のところで400床・700床増えている。このあたりのことかなというふうに思っております。基準病床数の算定につきましては、国の基準に基づいて、これ計算をするということで、それぞれの医療計画の時にそういった国の基準に基づいてということで、今回も宮城県独自の計算ということでなくて、国で指定されている計算方法に基づいて、算定をさせていただいているというものになってございます。

もう一点、基準病床数のところで御覧いただきたかったのは、スライドの11に記載しておりますように、その内訳は、こういった形で分析を行っております。今回のものにつきましては、慢性期については減るんですが、急性期回復期については、増加する入院需要に対応するような、政策が必要であろうと、そういった政策推進する上での目安になろうかというふうに思っております。

民間病院の誘致につきまして申し上げますと、今の計画の中では、どちらかというと慢性期のところではなく、急性期回復期を主に担っていただく病院ということで、そういった意味ではこの基準病床数の考え方と大きく食い違いはないのではないかなというふうに思います。

(富田会長)

岩館委員。

(岩館委員)

国が基準病床数の計算式を途中で変えたことに結局振り回されていると思うんですけどね。ただ、せっかく宮城県がやってきたことをある意味棒に振るようなことを過去にはしてしまってるんじゃないかなというのがあります。それから、日本経営コンサル会社の分析に、精神科病床が減っているのは、長期入院した人が高齢になって死んでいるからだっていう分析結果が出ていましたよね。あれに対して、私が実際のデータを出して違うということを証明しました。宮城県で死亡退院が多いのは、圧倒的に認知症の病院です。じゃあ認知症の病院は病床数が減っているかというのと全然減ってないんですよ。実際、病床数が減っているのは、急性期を中心にやっている病院なんです。一生懸命、回転を早くすれば、空きが出ちゃうんですよ。退院した分、新しく入院があるんだったら病床は減りませんが、急性期やっているのと凸凹が非常に激しいので、結果的に病床が空くんですよ。

だから、県の計画で急性期の病床は増えるというのは良いんだけど、たぶんこの病床数は、年度末一日の患者さんのことを言っているんですよね。630調査ですよね。急性期の病棟って、ある時はすごく空くんですけど、ある時は満床近くだったりして、だからその6月30日だけ見ても、実態を示さないんですよね。たまたまその日空いているとか、たまたまその日は結構満杯だとかね。そして、満杯になる可能性を考えれば、病床数を減らせないんですよ。

急性期で回転が速いと、その凸凹が大きいので、病床数だけの問題ではないんじゃないかなって感じがします。だから、病床数で言うんだったら延べ在院日数を365で割った方が正しいですよね。それでも、急性期を一生懸命やっている病院ほど凸凹が激しいので、それで病床数云々とはやっぱり言えないんじゃないのかなと思います。

慢性期中心の病院と認知症の病院は、だいたい病床数は日によってそんなに変わらないですよね。急性期の病院ほど凸凹が激しいので、その辺も考えないと病床数だけの問題ではないと思うんです。今すぐどうしろということではないんですけど。

(富田会長)

御意見よろしいでしょうか。原委員、さっき挙手をされていたようですけれども。

(原委員)

先程のですね、政策効果1に地域移行を促す基盤整備、政策効果2にクロザピンの治療効果の普及というふうになってますけども、これもうちよつと具体的にどういうことやったのか教えていただけますか。何を政策効果っていうふうにおっしゃっているのか。そのクロザピンが243人いなかったんですよね。違うんですしたっけ。これ、実数ですか。数字がどういう数字なのかというのはよく分かりにくい部分があって、420人というのは想定値ってことですか。想定値で実績が436人、これは実績なんですか。ということは、想定値よりも実績の方が多かったということですか。それではないので違うの。なんかね、数字がよく分からないところがあるんですよね。だからどういう数字で説明してるのかがよく分からなくて、ここだけじゃないんですけどね。例えば、統合失調症の方の患者数なんかも、何が患者数でどこでデータベースで示しているっていうふうになってるんだけど、それが23,000人ってどこの数字で外来患者が23,000人いるのかなとか、統合失調症の患者さんね、そういうその数字がよく分からないところがあるので、これを全体バーッとこう読んでみてもですね、イメージつかない。実態とね、我々が普段治療している実態、医療活動している実態と乖離しているような気がするんですけど、どこでどういう数字を出しているかという、もう少し明確にしてもらえると、ありがたいなと思います。

(富田会長)

村上室長。

(事務局 (精神保健推進室長))

どうもありがとうございます。政策効果は、資料3のスライドの6ページで政策効果1・2・3というところで数字を記載してございますのは、こちらの想定740人の内訳ということで、計画策定の時点での想定人数ということになってございます。それに対しまして、政策効果の減少436という数字はこれと別ということになっておりまして、この436人の内訳というのは、なかなかこの数字というのはいえない。何をもちましてこの436、どこが効果があったのかということ、はっきりとした分析ができない形になってございます。

ただ、例えば政策効果2につきまして見ますと、宮城県におきましては、入院における治療性の統合失調症の治療薬、こちらの処方患者数は全国数値が令和元年度2.91、それに対して宮城県が1.58というような数字があるんですけれども、こういったところから見ますと、全国に比べると、約半分ぐらいと、そういったところからすると、その政策効果2の数字につきましても、想定クロザピンの使用実績等から見ると、その半分ぐらいの実績でなかったのかなというようなことが推定されるのではないかなというふうに思っております。

また、地域移行を促す基盤整備ということで申しますと、私どもで実施をしているまきにも包括の関係の県の事業であるとか、市町村の取組というそういったものが、その地域移行を促す基盤整備といった部分になってくるかなというふうに思っております。

(富田会長)

私の方から原委員のコメントに追加して質問ですけども、クロザピン普及の政策として具体的に何かされたということはあるのでしょうか？宮城県は全国的にもクロザピンの使用率が低い県で、これは東北大学精神科でも問題意識を持っていて、県内の精神科医療機関に声をかけて、血液免疫科とつないで導入していただけるようなサポートをしたりとか、メーリングリストを作って連携したりとかということに取り組んではいます。

県として何か政策でクロザピンの普及を図っているということがあったのでしょうか。その辺認識してなかったものですか。

村上室長。

(事務局 (精神保健推進室長))

クロザピンの普及に特化した県の取組はございませんでした。ただ、そういったことを進めるにあたりまして、特にクロザピンについては、一般の医療機関、精神科以外の医療機関との連携を推進、促進していくということが重要だということで、県の医療計画の中におきましても、そういったことを謳い、各医療機関の方にも働きかけといいますか、そういったものやってきたという取組でございます。

(富田会長)

原委員。

(原委員)

今に関連しますけども、医療観察法という法律の入院治療をしてる機関がありますよね。宮城県はありませんけど。そこでクロザピンが使われている率っていうのはかなり高いんですね。私たちは医療観察法の指定通院医療機関というのをやってますけども、クロザピンを使っている方を退院させる場合には、私のところは東北大学と連携をして、そしてクロザピンを使っている人は、東北大学で薬物療法をやってもらって、私のところでデイケアやるとか、そういう形で連携をとったりですね。あと東北医科薬科大学は、医療観察法のデイケアがないので、東北医科薬科大学の医療観察法の通院機関と私のところのデイケアが、医療観察法の通院の連携をとっているんですね。そういう意味で言うと、やっぱり医療観察でのクロザピンの使用率の高いということを鑑みるとですね、これから医療観察法を受け入れていく場合に、そのクロザピンの使用をきちんと見越した形で計画を立てなきゃならないと思うんですね。沖縄県とかは非常に県がたぶん率先していろんなネットワークを作ってるんじゃないかと思うんですけども、富田先生、その辺ところどうですか。

(富田会長)

県が率先している事例があるかというか、私が知っているところだと千葉県では大学中心で取り組んでいるけれど、県との連携もいいのではないかと思います。ここまでのところはともかくとして、これからもう少し医療の現場と行政とが、政策のことで、もう少し意見交換をして、お互いにサポートし合って、より良い医療を作っていくような体制ができるといいと思います。これまでのところ4病院再編のこともありますが、医療現場と行政との距離が遠かったと思います。問題意識は行政と我々と共通して持っているところがあるので、是非いろんな形で意見交換、連携が進んでいくといいと思います。

(草場委員)

質問です。

(富田会長)

草場委員お願いします。

(草場委員)

質問と最初に事務局に要請です。さっき岩館委員が日本経営のコンサル結果について、瑕疵があるんだということを2回目、今日指摘されました。あれ有料の相当お金掛けたコンサ

ルのはずなので、重大かつ明確な誤りがあるわけだから、そこは修正、なぜ誤ったのかという  
ことと修正文を出させるべきだと思いますので、次回審議会までそれをお願いします。

次は質問ですが、これたぶん分かってないの私だけだと思うので、質問が間違ったら途中  
でやめますので教えてください。今回の第8次計画は、今後5年、6年の宮城県の精神医  
療や福祉について議論していると、計画だとそういう理解でよろしいですか。

(富田会長)

村上室長。

(事務局 (精神保健推進室長))

はい、結構です。

(草場委員)

よろしいですか。資料1の6ページ、ごめんなさいスライド6ですね。スライド6の中で  
先程原委員が使われたスライドですけれども、政策効果1の地域移行を促す基盤整備って  
いうふうに書いてあることの意味なんです、これはこういうふう理解していいでしょ  
うか。入院している患者さんができるだけ、地域の中で生活できるようにするための基盤、  
そういう条件を整えていくと、そういうことの効果で420人の病床数を減らすと、そうい  
う理解でよろしいですか。

(富田会長)

村上室長。

(事務局 (精神保健推進室長))

このスライド6の420というのは、第7次計画での想定数ということになっておりま  
す。それで第8次計画の中では、この数字が59という形になります。59というのがこの  
政策効果という形になりますが、第8次計画におきましては、今回御提案しているものでは  
政策効果Bということになりますので、認知症の慢性期入院患者にかかる部分が59減る  
ということで、地域移行に関する認知症を除く慢性期入院患者については、この政策効果に  
ついては、今回は見込んではいないという形になります。この政策効果1の地域移行を促す  
基盤整備というものの意味合いというのは、委員からお話しあったように、患者さんが地域  
で生活していくというための様々な取組ということになります。

(草場委員)

じゃあ本格的な質問ここからです。私、8月31日の審議会でも県立医療センターの周りに  
約70か所のグループホームなど、地域で患者さんが生活していくための施設があるんだ

ということを図でお示ししました。ああいう施設があるということが地域移行を促すという、まさに基盤だと私は理解しています。その基盤の持っている価値は日本に誇るべきものであるということについても、事務局も含めて一致していることだと思います。それでもし仮に富谷に県立医療センターが移ってしまうとですね、あそこの地域移行を支えている人たちは一緒に富谷に移るか、つまり病院があるから、そこで存在していたグループホームなどがなくなってしまうんじゃないか。あるいは半分ぐらいに減ってしまうんじゃないかとか、私はそれをずっと危惧してるんですけども。5年後、6年後のその宮城県のその県立医療センターが県南にあるかないかということ抜きに、この地域移行整備計画とかいうのを議論することの意味が、私には理解できてないんですよ。この質問自体が間違っているのでしょうか。つまりですね、富谷の医療関係者の人は、ユーザーズネットの人たちが企画した8月か9月の集會に勉強会として出ておられて、社会資源が整ってますねという驚きの声とともに、富谷にはその社会資源がゼロに等しいので、今から作らなければいけませんということをおっしゃってたんですよ。ということは、富谷に県立医療センターが移転してしまうと、この地域移行を促す基盤整備の元になっている基盤が壊れるので、このその第8次計画そのものがですね、存立し得るのかどうかというのが私の素人なりの疑問なんです。質問以上です。

(富田会長)

草場委員、重要な御提案だと思いますが、今の1の議題は基準病床数の話で、この後2の議題で医療圏と医療連携体制について設定してありますので、そこでまた県の説明も伺った上で、その点についても県からも説明をしていただければと思いますが、よろしいでしょうか。

岩館委員。

(岩館委員)

単純な質問なんですけど、スライド11の急性期、回復期、慢性期、あと認知症慢性期って区分があるんですけど、この数値も国の計算式でこういう形が出るんですか。それともこれは宮城県独自で出したのですか。

(富田会長)

村上室長。

(事務局(精神保健推進室長))

こちらの数字は、国の計算式で出しております。スライドの9に推計の方法の図解がございます。複雑なんですけれども、全国的な増減率に、都道府県別の入院実績を掛けて、それを年度ごとに計算していくというようなもので、年齢ごとに計算をする形になっています。

変化率の部分は国のデータ、全国のデータです。このスライド9の左側にあります全国値というのが国のデータです。その変化率を掛けるベースになっているのは、都道府県のデータということになっております。

(岩館委員)

宮城県は認知症のベッド数がたぶん全国平均から比べて多いので、その辺が反映されている数値かどうか聞いたかったですけど。

(事務局(精神保健推進室長))

変化率につきましては全国の数字を使っておりますので、そこは反映されていない。ただ、ベースになっております実績の数字の部分については、宮城県の数字になっておりますので、ベースの数字には、現在の宮城県の病院の構成を反映した数字が使用されているという形になってございます。

(富田会長)

ありがとうございました。この議案1についての御審議はよろしいでしょうか。  
原委員お願いします。

(原委員)

先程の政策の件ですけども、政策効果、地域移行を促す基盤整備、これが政策効果1ということで、これが第8次計画ではゼロということなんですよね。そうするとですね。この間にも包括ケアに対して、予算を一桁二桁三桁ぐらい多く、予算をつけるというふうに言っていたことは、このこととどういう整合性があるかというのは全然わかんなくなるんですね。つまりそのにも包括ケアをすることに全体で、宮城県全体でも包括ケアに少なくとも三桁、百倍なんかの予算をつけると、これはね、決して移転の問題とは関わりないんですからね。移転の問題と関わりなく百倍の予算をつけるというふうに約束したので、そこは間違いなく約百倍の予算がつくと思うんですね。移転は関係ないですからね。政策の三つで出したうちの一つなんで、移転は関係ない。160万円の百倍だとしてもなんぼですかね？1億6000万しか出さないんですよね。そういう予算で、なおかつやるにも関わらずゼロですか？地域移行のところゼロってどういうことかよくわかんないんですけど、そこを説明してください。

(事務局(精神保健推進室長))

今回の数字につきましては、スライドの11に記載しております。まず第一に、入院需要を大きく減らして見てるといところが大きな点になってございます。慢性期関連につきましては、目標値としては485。これは減る・減らすということを目標としてございます。

この485減るということに、算定式の方で申しました、平成26年から29年の減少の率をかけているという形なんです、この平成26年から29年のその減少の中に、すでに地域移行についての効果分が入っているというような形で、我々の方は認識してございます。前回第7期の時は入院需要を大きく見て政策効果もそれに付随するような数字として出しているのですが、今回は入院需要を実際の入院患者数の減少に合わせて減らして厳しく見えています。地域移行に関する取り組みの成果、これまでの取り組みの成果の部分がこの485を減らすというものの中に、すでに組み込まれているということで、改めて政策効果Aの部分については、あえてここでは見込まないという形で御提案をさせていただいているという考えです。

(原委員)

ちょっとおかしいんじゃないですか？それは意味わかんないですけども。この政策効果のことが485人に入っているとおっしゃるならば、何人が政策効果でこの485人から減るといことなんですか？そこを明確にしないと。ただ単に485人、これはベット数を減らしたという話ですよ。だからそれではさ、全然説明になってないでしょう。

(事務局(精神保健推進室長))

この485人というのは、入院需要が減るといような考え方でございまして、ベッド数が減るといことではないです。この485人の算定の根拠が、平成26年から29年の入院患者数の減少といものが、その根拠になってございまして、その中にその間に行われた地域移行の取り組みの効果は入っているといことで、今回、国におきましても仮に政策効果Aを算定するとい場合についても、上限としては0.08とい数字を使いなさいといことになっておりまして、そこは8%分といことで大きな数字にはならないといふうになっています。

(原委員)

いや、国としては分かりましたけども、宮城県としてはあれだけね、予算をたくさん出すといふうに言ったのに、こんな感じなんですか？そのところはどうか？

(事務局(精神保健推進室長))

にも包括の取組につきましては、なかなか効果といものは、予算をかけたとして、どの程度の効果が実際の数値として出てくるかといところは、まだ我々としても計算できない部分になってございまして。にも包括の取組については強化するといことは、そういう方針で臨みたいといふうには思っておりますが、この基準病床数の中で、どの程度、その数値をみるべきかといところは、今の段階ではこのくらい見込めるといものは、申し上げられません。

(草場委員)

原委員のお話で、自分が聞きたかったことがよく整理できました。端的に伺いますが、この8次計画の政策効果1を算定するにあたって、これまでのにも包括予算の桁違いの予算を前提にしていますか？していませんか？つまり増額、百倍という桁違いという声も出ましたけれども、そういう価格の費用で、人も財も人もいろんな物資もですね、増えるんだということを見込んでこの計画を立てられていますか？

(事務局(精神保健推進室長))

取組を強化するというを前提にして、計画を立ててございます。中間案の中におきましても、そういった記載をさせていただいております。

(草場委員)

取組を強化するとかではなくてですね。私の質問は桁違いに増やすということを明言されたので、そういうことを前提にしていますか？と。もっと言えばですね。いくらを前提にしてこの効果、検討されているんですか？

(事務局(精神保健推進室長))

予算の金額につきましては、県の中で予算を作っていくという部分はまた別の手続で進んでまいりますので、今ここで触れられないということを申し上げます。

(富田会長)

よろしいですか？結局この59という数字は政策の積み上げで計算しているわけではないわけですよね。この59のその計算の仕方を改めて説明いただけるといいのではないかと思います。485人減る計算してるのに何故これをこの緑に追加しないのかという説明がないと分からないのではないかと思います。

(事務局(精神保健推進室長))

慢性期(認知症除く)と認知症慢性期合わせて2,428ということになるんですが、これに59を加えた数字。これが26年から29年のその変化率をもとに令和8年末の入院需要を推定した数字の合計、医療需要の合計ということになります。こちらの数字は確かに年齢・階層ごとに数字をかけて推計をしているものを合算したものになってございます。そうやって計算した医療需要からさらに、プラスアルファで減る部分ということで、59という数字がだされておまして、これは認知症慢性期の患者さんの1割を、推計した数字よりもさらに政策効果として減らす・減るといふ形です。

(富田会長)

よろしいですか？入院需要が減るメカニズムの中には、政策が関係しているということにはならないのでしょうか？

(事務局（精神保健推進室長）)

政策効果が令和2年の第7次の目標742に比べて、第8次で大きく59減っている理由は、これも算定式の方に理由がございまして、算定式を御覧いただくと、第7次の目標については、変化率が人口の減少の数字を使っているということで、医療の変化とは、違う数字をベースにして計算をしているので、その結果として、出てきた数字というのは255プラスという大きな数字になっているんですけれども、こちらについて医療の観点で補正をするというか、医療の観点で見たときに過大な数字であるので、そこは政策効果という考え方で、適正な数字に補正をするというところで、その補正の考え方がこの政策効果1、2、3を使ってというのが第7次目標の計算の仕方であったということでもあります。今回、第8次については、算定式の段階で、すでに医療の部分での入院需要が減っているということが、すでに反映されている数値ということになりますので、そういう意味で入院需要自体は医療の実態と大きく異ならない推計値となっているというものでございまして、その上で更にプラスアルファの政策を追加することによって、これまで以上に地域移行であったり、認知症の政策を進めていくことによって、これまで以上に減る部分というのが10%なり8%なりという数字を出してきているということで、大元の算定式が政策効果の数字の出し方も違っているというふうに理解しております。

(原委員)

すいません。説明がよくわかんないんですけども、時間がなくなっちゃうんで。次の項目に移ってください。

(富田会長)

ありがとうございます。59のところだけ緑とは色を変えて、これは「認知症政策のみによる減少分」であって精神医療政策による減少分は含まないということを示すことで、よりクリアになるのではないかと思ったのですが、御検討いただければ幸いです。

議題1につきましては、その実効性のところについては議論もあったところではあります。とりあえず、国の方針等に基づいて基準病床数を4,618床とするということで、よろしいでしょうか？

よろしいですかね。ありがとうございます。それでは次の議題に移ります。審議事項2の精神医療圏と医療連携体制について事務局からご説明をお願いします。

(事務局(精神保健推進室長))

それでは議題2の精神医療圏と地域連携体制について説明させていただきます。資料4を御覧ください。国の基本方針におきましては、患者本位の医療を実現していけるように、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能と地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定をすることとされてございます。スライド2のとおり、第7次地域医療計画から二次医療圏と同じく、県内4圏域としてございます。医療連携体制につきましては、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を明確にし、相互の連携を推進するということとしてございましたが、県内の医療体制、第7次計画策定時点では、医療機能の明確化はせずに、スライド4のとおり、特殊機能を有する精神科医療機関のみを医療計画の中で表示しておりました。

第8次地域医療計画の中間案につきましては、第2回精神保健審議会の御意見を踏まえ策定をしたいというふうに思っております。スライドの6枚目を御覧ください。

(1)精神医療圏につきましては、第7次計画と同じく県内4圏域、精神科救急医療圏域は全県1圏域というふうにいたしますが、にも包括の構築を推進するための取組は障害保健福祉圏域での取組になりますので、その旨を医療計画にも明記をした上で、精神医療圏域の取組にも包括の取組を連携することということで記載させていただきたいというふうに思っております。

スライド7を御覧ください。(2)の医療連携体制については、多様な精神疾患等に適切に対応するため、精神医療圏ごとに医療機関の役割や医療機能等を明確にし、相互の連携や専門の医療を提供できる体制の整備を推進するという方向性を記載しております。第7次計画で記載しました、特殊機能を有する精神科医療機関につきましては、医療機能を明確化するものの一つとして、その記載は時点修正をし、掲載ということにさせていただきたいというふうに思っております。

スライド8を御覧ください。医療連携体制の整備の方向性としましては、多様な精神疾患等を元に情報収集、発信、人材育成、地域連携拠点機能からの相談対応、難治性の事例の受け入れ等の機能を持つ県の連携拠点機能、医療連携の拠点となる地域連携拠点機能、また、地域において精神科専門医療の提供を行う地域精神科医療提供機能の三つを医療圏ごとに設定するというものを行ってまいりたいと思っております。

イメージは、スライドの10を御覧ください。連携拠点機能を明確化するため令和6年度に、審議会の中で医療連携の検討部会を設置させていただきたいと思っております。医療機関の調査などを行った上で、こういった機能につきまして、令和8年度の中間見直しまでに、具体的に拠点機能をどこに置くのかなど、明確化した医療機能をホームページ等で公表していくということで考えてございます。

今回の計画の中では、具体的にどこの医療機関がどの機能を持つというところまでは書き込みができないのですが、そういった作業につきまして、令和8年度の中間見直しまでに、部会の中での議論を通して、明確化をしてみたいというふうに思っております。説明

は以上です。

(富田会長)

ありがとうございます。先ほどの草場委員のからの御意見を、この議題のほうに回させて頂きました。現在の精神医療センターにしても、仮に富谷移転した場合の精神医療センターにしても、共に仙台医療圏に位置することにはなりますが、それでも仙台医療圏の中での医療リソースの偏りであるとか、拠点の病院をどこに置くのかということは議論に影響が出るところだと思いますので、先ほどの保留している案件についてコメントをお願いできませんでしょうか。

(事務局(精神保健推進室長))

今回の医療計画につきましては、精神医療センターの建て替えの計画議論が一方で進んでいるところでございますが、まだ決定を見ているわけではないということで、今回の計画につきましては、今現在の名取に精神医療センターがあるということを前提に、計画は記載させていただいております。その上で、この連携拠点機能の考え方から申しますと、精神医療センターにつきましては、まずは県全体の県連携拠点機能、こういったものになるようにということで、まずは位置付けがなされるであろうというふうに思っております。その上で、地精神医療センターとしての、地域連携拠点であるとか、地域精神科医療提供機能といった部分につきましては、建て替えの議論の中で、精神医療センターがどこになるのかという部分は影響してくるであろうというふうに思っております。そういった部分については、来年度設置をする部会の中で、そういったことも含めて、検討して参りたいというふうに思っております。

(原委員)

医療圏ごとのですね、人口を教えていただけると、ありがたいなと思います。

(事務局(精神保健推進室長))

すみません、手元に資料ありませんでした。

(原委員)

仙南医療圏というのは、第六次医療計画の時は18万8千人ぐらいいたと思うんですね。で第7次になったら17万7千、今現在多分16万ぐらいになってるかどうかかわかんないですけども、だんだん減ってますよね。この減ってる医療圏をどうするかということが、多分医療審議会の方では問題になると思うんですけども。第8次医療圏構想に関しても、この第7次と一緒に医療圏でいくということでもいいんですか？

(富田会長)

遠藤課長、お願いします。

(事務局 (医療政策課長))

御質問のありました部分について、医療計画全体の中での医療圏のお話と思います。先生からお話いただきましたように、仙南の医療圏人口が17万人を切っている状態ございまして、計画部会の方で御検討いただくときにも、この医療圏のあり方については御意見を頂戴しております。それで、まだ中間案のとりまとめまでは至っておりませんが、地域医療構想調整会議と申しまして地域単位での会議、そして計画部会それぞれで御意見を頂戴しておりますが、今回の計画でも基本4つの医療圏の形の中で、第8次の部分については考えていくという方向で、委員の皆様の御意見は大方相違ないかなと思っています。

(富田会長)

村上室長。

(事務局 (精神保健推進室長))

すみません、原委員から御質問ありました医療圏ごとの人口ですけれども、令和5年6月1日時点のものでございますが、仙南医療圏については160,530、仙台につきましては1,537,111、大崎・栗原につきましては249,232、石巻・登米・気仙沼につきましては320,549。繰り返しますと仙南が160,530、仙台が1,537,111、大崎・栗原が249,232、石巻・登米・気仙沼につきましては320,549という数字になっています。

(原委員)

ありがとうございます。

(富田会長)

岩館委員お願いします。

(岩館委員)

圏域ごとに考えるのは私は賛成なんですけれども、県連携拠点機能と地域連携拠点機能というのは、ピンと来ないですね。県連携拠点機能は、そんなに必要なのかなというか、各地域連携拠点があれば、その後の取りまとめはどこかの病院がやるのではなくて、それこそもっと広い会議で話し合うべきことで、県連携拠点機能っていうのが、はたしてどんな役割をして、どんな意味があるのか掴めないんですけど。

(富田会長)

村上室長をお願いします。

(事務局 (精神保健推進室長))

この県連携、地域連携、地域精神科医療提供機能、この3つの機能に分けて考えるということは、第7次の医療計画において国から示されているものになってございます。第7次の計画の際は、こういった部分が宮城県におきましては、現状なかなか区別できないということで、そういった記載ができなかったということであろうというふうに思っております。機能としましては、県連携拠点につきましては、医療連携情報収集の県拠点。また、人材育成についても県全体の拠点機能を担うというところが位置付けというふうにされてございます。今現在、その県連携拠点機能を担っている医療機関につきましては、一部の疾患についてはこういった機能を担っている部分はございまして、人材育成などを行っているということもございまして、そういったところの機能を整理しながら、それぞれの疾患ごとの機能の拠点病院というものを指定していくことによって、それぞれの地域での連携なども、バックアップできるのではないかなというふうに思っております。

(岩館委員)

この辺は、精神保健福祉センターと県立病院との役割分担とか、この辺も曖昧な気がするんですね。それから、前回の資料の2の1で私は非常に気になっているんですけども、にも包括は地域の民間病院がやることだって書いてありますよね。さも公的病院は、にも包括を担う立場ではないみたいな言い方があって、非常に気になっているんです。そうするとその県連携拠点機能というのは、県立精神医療センターがやることで、地域連携拠点機能というのは、地域の民間病院がやることだっていう、そういう考えでしょうか。

(富田会長)

村上室長。

(事務局 (精神保健推進室長))

にも包括につきましては基本的な考え方としましては、やはりその患者さんの日常圏域、患者さんの身近な地域で、様々なサービスと言いますか、資源を利用できるような形を模索する。その中には、医療資源も医療機関もその中に含まれている。

(岩館委員)

そこをなんで民間ってわざわざ言わなければならないのか。県立はその地域で患者さんのために何もやってないのかっていうことになる。

(富田会長)

大森副部長お願いします。

(事務局 (保健福祉部副部長))

前回の資料で民間の方がという書き方をさせていただいたのは、現状において公立病院というのは精神医療センターの一つしかないということでございます。それで、名取でやるにせよ、仮に富谷に移転するにせよ、そちらでもにも包括の役割というのは、県立病院としても担っていくものだろうというふうに考えています。ただ、そのにも包括を支える病院というのが、基本的にはその生活圏域で数多くなければいけないということからすると、それは公立病院だけで担うことはできないだろうと。そうしますと、当然に民間病院にもその役割を既に担っていただいていますし、更にその輪を広げていく必要があるだろうという趣旨の回答でございました。

(岩館委員)

あの書き方は私は違うと思うんですけど。

(大森副部長)

もし誤解があるようであれば、そこは修正いたしますが、趣旨としてはそのような趣旨で御回答申し上げます。

(富田会長)

原委員お願いします。

(原委員)

今の話の続きですけども、公的な総合病院に精神科の医師がいる場合ありますよね。例えば仙南であれば県南中核病院。それから大崎市民病院。それからもう一つ、栗原は今いませんかね。栗原中央病院もいますよね。常勤はいないですか。そういうね、公的な医療機関にいる精神科の機能も、結局こういうところにきちんと落とし込まないとならないと思うんですね。単にリエゾンをやってればいいという話ではなくて、やっぱり地域の患者さんをどういうふうにこうサポートするかっていう中では結構総合病院のそういう精神科のあるところは、大きいわけですし、地域包括ケアということになるとですね、それこそ身体疾患を抱えている精神疾患を抱えている両方抱えている人たちは、総合病院のその精神科にかかっている人もあるいは、総合病院用の身体科にかかっている人も非常に多いわけなんです。

そういう面で言うと、精神科の病院だけを取り上げてね、その地域拠点機能とかっていうのは問題があるのかなというふうに私は思うんですね。それからクリニックでも、例えば医

療観察をやっているクリニックは3か所あって、私のところなんかの場合は、もうこの何年間で十何人の医療観察法の患者さんをケアしてるし、今現在ももう少しで3人、現状の中で3人の医療観察法の方をケアする形になっているんですね。それからそういうようなね、そのクリニックであっても、いろんな形で包括的なケアに関わっていることがあるわけですので、その病院だけではなくてですね。やっぱりクリニックの外来の機能というのはこの次にあるかもしれません。討論でありますけどね。この地域連携拠点機能という中に精神科のクリニックが入ったって別におかしくはないんで、そのところがですね、前回の第7次の時も私は言ったんですけどね。そこは討論にはならなかったと思いますけども、その辺のところはね、病院が前提になって考えているような気がするんで、もう少し診療所の方のそのいろんな機能も、あるいはその公的な病院で外来しかないところもそういうところも含めてですね、やっぱりにも包括っていうのを考えないと片手落ちになるんじゃないかなというふうに思います。

(富田会長)

村上室長。

(事務局(精神保健推進室長))

ありがとうございます。原委員御指摘のとおり私どもは、にも包括の担い手となる医療機関につきましては、精神病床を持つ病院だけに限定してということではなく、患者さんの身近な地域ということであれば、当然クリニックも入ってくるだろうというふうに思っております。また、今回提案をしております連携拠点機能につきましても、必ずしも精神病床を持つ病院に限定して考えるということではなくていいのではないかとこのように思っております。ですので、今後、部会等の中で御議論いただく中で、精神病床を持つ病院に限らず、お話ありました公的病院で精神の外来、あるいはクリニック、そういったものも、この連携機能の中に位置付けられれば位置付ける方向で検討してまいりたいと思います。

(原委員)

第7次計画の時にも話しましたが、特殊機能を有するね、精神科医療機関これの中でもクリニックがいっぱいあるんですね。もちろん、認知症のその疾患センターやしているところもあるでしょうけども、それ以外にもですね、例えばデイケアをやっていたりとかね。そういういろんな形でやってる機関があるので、もう少し診療所の方にですね、表示もきちっとしていただきたいなど。前は診療所の数多いから数は出せないとか言って、拒否されましたけど、今回はきちっと診療所の機能に関しても表示していただければありがたいと思います。

(富田会長)

岩館委員。

(岩館委員)

原先生と私ばかり言っているんだけど、これだけクリニックが増えているので、前から県と仙台市には言っているんですけど、クリニックのデータをちゃんと取って欲しいなと思います。なかなか難しいというので断られているんですけど、例えばクリニックがどういう患者さんを診てるかとか、原委員が言ったようにクリニックでもどういうクリニックがあってというのが明らかにならなければ、病診連携と言っても、どことどういう連携したらいいのか、政策も立てられないですよ。是非クリニックのデータも県と仙台市で検討して、きちんと公表していただきたいなと思っています。

(富田会長)

西尾委員お願いします。

(西尾委員)

1つ質問ですけれども、資料4スライド6に、にも包括の構築のために保健福祉圏域と医療圏ごとの取組と連携とありますけども、これは具体的にどんなことを考えておられるのかというのを確認したいという質問です。それから2つ目は、スライド10に審議会に部会を設置して医療連携検討部会を設けるということですが、これは医療計画の地域連携に関することだと思います。ところが実際には、にも包括の細かい圏域でいろいろなニーズが上がってくるのだと思います。一見すると医療に関する課題だから、部会のメンバーには医療機関の方が多くなると思うのですが、さっき話が出ていたように、もともと宮城県は病院が少なく、保健師さんが頑張って入院を減らしていたので、当然その保健の力が上がれば、医療の機能も大きく変わってきます。それから、名取にはグループホームが多いから、逆に退院する人も増える。福祉も医療と連動しているのです。何が言いたいかというと、この医療連携検討部会のメンバーは医療の方は半分ぐらいに抑えて、むしろ保健福祉分野の方とか、もしくは当事者の方とかを多く入れる、そういうカルチャーというか、文化がないとさっき言ったような、にも包括の圏域と医療圏との連携というのは成り立たないのではないかと意見を上げておきたいと思っています。

(富田会長)

村上室長お願いします。

(事務局(精神保健推進室長))

ありがとうございます。スライド6の障害保健福祉圏域との連携の部分ですが、今のところ各保健所単位でもにも包括に関する地域の協議会などを行っているというところも

ございますので、そういったところに例えば医療機関にも圏域を超えて、障害保健福祉圏域を超えてでも入っている医療圏の医療機関などに御参加をしていただくとか、そういった一つ一つの取組の中で障害福祉圏域を超えた部分での医療機関の参画を促すであるとか、そういったような取組は行っていきたいというふうに考えております。それ以上のところはまたこれから、今後検討してまいりたいというふうに思っております。

部会の構成につきましては、まだこれから検討させていただきたいというふうに思っておりますが、具体の検討の中でも自立支援協議会の精神部会などの議論などとも、連携をした議論ができればいいなというふうに考えてございます。そういった意味で構成員の方はまた後ほど御相談しながら決めてまいりたいというふうに思います。

(西尾委員)

障害福祉圏域と医療圏との連携というのは、例えばにも包括の方の圏域の会議を先にやって、それを医療圏の方の会議にあげていくとか、あるいはにも包括の方の圏域の報告を必ず医療圏でやるとか、あるいはその2つの会議が重なるメンバーで少しやるとか、そういうことを具体的に考えていただきたいと思います。

(富田会長)

高階委員、お願いします。

(高階委員)

先程の地域連携拠点機能とか、県連携拠点機能という部分なんですけども、非常に確かにこういう機能が必要かなというふうには思うんですが、実際にこれを行う場合はですね、コストの部分マンパワーとか、そういうところをきちんと出していただかないと、民間でやってくれて言われたってプラスアルファのこういうところをできるかっていう話なんです。お金がついたとしても、人が集まるかっていう部分があれば、県南の話が出てますけども、それは仙南医療圏のようなところでは、看護師自体はそもそも不足しているとか、いろんなそういうマンパワーのリソースが不足している中で、こういう機能だけをポンと出されて、じゃあやってくださいという話にはならないので、実際にこれを現場に落とし込む場合には、どれくらいの方がプラスアルファで必要だとか、経費的にこれくらいかかるんだというところを出していただかないと。ああ、いいですねというふうには言えないんだと思います。国がこう言ってるからじゃなくて、宮城県でやる場合には具体的にどうなのかという部分をぜひ出していただきたいと思います。

(富田会長)

村上室長お願いします。

(事務局 (精神保健推進室長))

ありがとうございます。地域連携拠点の機能についてのコストであるとか、そういった部分につきましては、もう少し時間をかけながら検討させていただきたいというふうに思っています。現在、特殊機能を有する精神医療機関の中には、センター機能ということで県から委託というような形で、その機能のコストの部分を予算化している部分がございます。そういったところも3か年かけて、このあたり検討したいというのは、そういった部分も含めて、予算のところなどについては時間もかかる部分もございますので、来年度まずは、医療機関調査などそういったところから、こういったニーズがあるのか、こういったものが必要なのかというところを整理しながら、コストの面についても対応できるような形で検討してまいりたいというふうに思います。

(高階委員)

こういう機能について、そのそもそも病院に持たせるべきものなのかということがあるかと思うんですよ。むしろ地域の拠点とは保健所がやったほうがいいのか、新たな精神保健福祉センターの分所みたいなものがあるんだとしたら、そういうところがやったほうがいいのかあるかと思いますので、そういうことも含めて本当は検討していただきたいと思います。

(富田会長)

鈴木委員お願いします。

(鈴木委員)

県北部の精神科資源に乏しい保健所長として一つお願いがあります。先程のスライド7、8を見る限り医療圏ごとに、それぞれの役割を分担するというふうになってはいますが、実は私の管轄するところでは、患者さんの一部でその医療圏を超えて、他の医療圏の方の医療機関に受診しているということがあります。それは、これまで長い歴史の中から圏域にはその病院がないので、別の圏域の方に向いているということがあります。そういった流れがありますので、この医療圏ごとにとすることは非常に大事かもしれませんが、実際運用するときはですね、そこのあまり縛りをつけないでいただきたいかなと思います。これは、その患者さんの長年の地域の病院との連携がありますので、運営にあたってはそこだけ注意していただきたいかなと思います。私から以上です。

(富田会長)

ありがとうございます。原委員お願いします。

(原委員)

今のお話の続きなんですけど、仙南医療圏から仙台医療圏に確か3割ぐらいの患者さんが

流れているはずですよ。それから、参考資料を見ると、例えば仙南医療圏は3施設ですよ。それから大崎は5施設、石巻は5施設。こういう少ない施設の中で、地域連携拠点機能を持つ病院を部会を作って選定するというのとはどういうことなのかなというのはよくわかりにくい部分があるんですけども、さっき高階先生がおっしゃったように、県はちゃんと責任をもって、こういう機能を作るような組織を作るとかなんか考えてもらった方がいいんじゃないですか。これ病院でやれといってもね、病院だって3か所しかない。病院で私のところ地域医療拠点機能ですよ。あなたのところは私の言うことに従いなさいじゃないけど、私、こういうこと言いますよって話になって、そうなるかどうかは仙南の3病院でなるかどうかはわかりませんが、あるいは5病院でね、あそこの病院は嫌だよ。いや、あんなところに拠点病院されたら困るよとか、そういう話になる可能性だってないわけじゃないんですよ。この部会で検討させるというのはどういうことかよくわからないんですよ。部会でそういうことを検討するということですよ。これは具体的にどういう機能を持っているか、どういう機能というのはわかってるわけですよ。ここに書いてんだから、これを部会で検討するという場合には、どういうことを検討するか、もう少し具体的にその部会の内容を示さないと、ただただ先延ばししてるだけじゃないですか。今仙南に、例えば支援拠点病院である、あるいはあるはずのその精神医療センターが県北に移ると。仙台北圏域に移ると、多分、その仙南の3割の患者さんの多くは県立医療センターについてたはずなんです。その3割の患者さんの権益を奪うということになるわけですね。その医療圏から考えると、少なくともそうではなくても、今現在でも仙南地域では医療圏ごとの成り立ちがなっていないわけですよ。そこはあれですよ。わかりますよね。医療政策課の遠藤さん、それはあれですよ。医療圏ごとに充足しなきゃならないっていうはずのことが成り立っていないということはあるんですよ、ありますよね。それは精神だけじゃないですよ。母子もそうですよね。

それで私、前に周産期のほうで言ったんですけども、あれは中核病院に産婦人科があったにもかかわらず、それが医師が充足されなくて、あそこのセンターが稼働してないという問題なんですよ。その問題を放置してて、あるいは、その問題、一生懸命やってるかもしれないけども、それがうまくいかなくて、それで日赤の周産期部門をそこに持っていくというそういう話でいいですよ。あそこのこの間の話は、だからちゃんと医療圏の問題をね、県として考えないと本当にちぐはぐな政策が出てくるだけなんだと私は思うんですよ。癌の拠点にしても、癌の拠点に精神科の機能が必要だって書いてるにも関わらず、日赤と合併したって精神科の機能がないんですよ。

そういうね、ちぐはぐなんですよ。だからもう少し要件の問題をきちっと考えて、本当にその住民たちが生活が成り立つように、あるいは医療が成り立つような政策をちゃんと打ったほうがいいんじゃないかと私は思うんですけども、その辺、御回答ください。

(事務局 (医療政策課長))

今、原先生からお話がありました、医療圏の充足率、地域での完結をある程度できることを目指してのお話のところだと思います。医療圏の考え方といたしましては、基本、入院治療を要する部分においては、ある程度医療圏単位で完結できることを目標としておりますので、そうした意味において、現時点での考え方からする要件からの人口規模、そして地域での関係性の度合いから参りますと、仙南医療圏はその点においては目指す水準に達していないというのが状況でございます。一方で、何も手を講じていないのかと申しますと、精神科医療ではなく一般医療の分になってまいりますけれども、地域医療構想の中で病院間の役割分担というあたり、仙南地域はもう4年ほどなりますでしょうか。国の重点指定区域の申請と指定しておりまして、県南中核病院と刈田病院の役割分担を通して、その急性期治療、そしてそれ以外民間病院さんが多い役割の部分の回復期も含めての体制というものの連携については、病院からの調整も含めて取り組んでおります。そうした中で、やはり医療資源の偏在、という言い方もあるかと思いますが、先ほど御指摘のありました周産期の医療も今なんとかしている状況。それを確保しながらという部分で取り組みも進めてございます。

事例として挙げておりました、例えば名取に病院ができて日赤さんが、という話かと思うんですけれども、周産期でまいりますと日赤さんの持っている今の医療機能のところは、総合周産期母子医療センターという周産期の中で一番レベルの高い機能まで御対応いただいて、そして、県南中核病院さんがやっていたところ、そのレベル感には達しないところを、地域として担っていただいていたところ、補完関係のところ、早期の体制の充実も含めて取り組んでいるところがございます。また、それ以外のクリニックのほうでの分娩の取り扱いが減るとするのは、全県的にも見られるところがございますが、そういったところへの手立て、もしくは病院とクリニックとの連携のところでのその分娩の今後の体制の確保というところが、鋭意掘り起こしながらなかなか十分な形になっていないところがございますけれども、取り組みを続けていかなければならないところと思っております。

(草場委員)

議事の進行にも関係します。今日の諮問を受けての審議会で、しかも医療法30条の6の規定に基づいてこの意見を求められているので、さっき私で一番目の病床数の問題、スルーしてしまいましたけど、私は病床数の計算根拠について、きちっとした説明がされなかったと思うので、意見を求められれば保留です。今議題になっているものについては反対をします。

その理由を申し上げます。この資料4の9の連携拠点機能に求められる機能というところで、共通目標の第1番目に書いてあるのは、患者本位の精神科医療を提供するとあります。さっき鈴木委員が医療圏を超えて受診している人がいるんだと、原委員も仙台からたくさんの方が仙南の県立医療センターに行っているという実態が、表明されました。それは専門

家として、やはり患者さんの意見を聞いているから、ここで代弁したということになって、それとても貴重だと思うんですけども、当事者である患者さんの意見を聞いていけば、当然に出てくる話だと思います。私は誰の先生の治療を受けて、長年こういう治療を受けてきました。地域のこういう人たちの支援を受けて、今の生活があります。そういう話をちゃんと聞いていけばですね。勝手に医療圏を引いて、そこに行きなさいとかですね。現在、与えられている治療環境や福祉の環境を奪うということではできないと思うんですね。

で私、全部参加できなかつたんですが、一昨日、仙台弁護士会と東北弁護士連合会が共催をして、WHOのミシェル・ファンクさんという精神保健福祉制度や政策ユニットの責任者の方が来てお話をなさいました。全部聞いてないので、私ではなくてもし聞いている方があったら中身報告していただきたいんですけども、要は、生きて生活している患者さんの意見からすべてを決めてください。それが今の世界のルールですということを明確にお話になりました。私が今日この連携案について反対するのは、この資料4の中に患者さんの意見を聞くというプロセスがどこにも書かれてないんですよ。どこにも書かれてないです。部会という話も出ましたけれども、そもそも部会についてはその任務をはっきりさせてないので、それも反対なんですけれども、とにかくまず患者さんの意見を聞く、これまでも聞いてなかったじゃないかっていうのは、私自身の反省でもありますけれども、ただ今回はですね。第7次の時と第8次の計画で最大の問題、違いは、現在存在する仙南地域での県立医療センターという中核が取り去られて30キロ遠いところに移転されるという案も組上に乗った上で開かれた地域医療審議会、地域医療計画の審議だということです。これは7次の時と大きく違っていると思います。現在与えられている医療と福祉を奪う、奪われる人たちがたくさん出るという境目に来ています。ここで当事者の意見を聞かないで何かを決めるということ。これはいい連携だとか、これは悪い連携だとか、そんなことを議論する大前提が欠けていると思います。それが今回の提案に反対する理由です。

(富田会長)

当事者の方の意見を聞くということについてですが、先程、部会を立てて具体的な計画を立てていくという話がありましたが、例えば、この審議会の中には、我妻委員や黒川委員が当事者や当事者家族として入っておられますように、部会に当事者の方を入れるという可能性はどうなのでしょう？

大森副部長、お願いします。

(事務局(保健福祉部副部長))

今日のお付けしている参考資料7の部分で草場委員からの事前質問の回答でも伝えていくところがございます。現状で団体や当事者に対して何か別の機会を設けて御意見を聞くということは、現状では想定はしてないですけども、いずれ医療計画という形でパブリックコメントを実施することになります。その際に一般の県民の方、あと当事者の方を含めて、

様々な御意見を聴取する機会がございますので、そういった形で御意見の聴取だったり、反映の機会だったり事務局としては考えているところでございます。

(草場委員)

今の答弁はひどいんじゃないですかね。障害者権利条約に明確に反する答弁だと思うので、事務局の中で検討して再答弁をしてください。そんなこと書いてないですよ。権利条約。私たちの声を聞きなさいと、立法過程において患者団体の意見を聞きなさいと書いたんです。いや、そこで回答するのは、早まるのを待ってください。会長、今の重大発言なので、重大発言なのでもう一回、回答を検討させてください。同じこと言われるに決まっているので、

(事務局 (保健福祉部副部長))

毎回同じ話になってしまうのですが、政策決定過程において意見を聞きなさいということになっていますので、現状、我々がやっている計画案そのもの自体、決まっている話ではないのですね。その過程で意見を聞くということ自体が、権利条約違反とは全く考えておりません。

(草場委員)

そうではなくて、そうではなくて。名取にある県立病院を30キロ離れた北のほうに持っていくということによって、影響を受ける人たちの話を直接聞きなさいということ。政策に反映させるという過程が欠けてますよということを申し上げています。資料7でどんだけの人の話を聞いたとかいうのは、この中身も問題ですけども、そのことを申し上げてるんじゃないですよ。昨日のミシェル・ファンクさんの話はまさに当事者の話、県立医療センターというものを利用しながら、病院の周りがあるネットワークを使って生活している。その当事者の人たちの意見を聞かずに中核の病院を取り去るとするのは、それはありえないことだと。それは権利条約に照らせば、その通りだと思うんですよ。で、さらに大森さんのお話があったので付け加えますけれども、前回角藤先生が私はどういう立場で発言しているかっていうことの議事録をもう一回読んでみたんですけども、当該病院の利用者の立場を利用、反映して発言してますよっていう箇所全然ないんですよ、それで46ページ7ページぐらいにはあるんで、読み上げてもいいんですけども、つまり、私の出発点というのはあり方検討会だということをおっしゃっていて、患者さんや職員がここから県立病院が取り下げるのをやめてくださいという声を代弁してるっていう箇所が一箇所もないんです。つまり、病院を使っている人たちの声を直接反映している声はこの審議会には一度も出てきてないと直接の話は来ていない。角藤先生が患者の意見も代弁してますとおっしゃるんだったら、ここに出たことになります。が出てないんですよ。そして他方出てきているものとして、推察できるのは職員アンケートですよ。組合がやった職員アンケート。職員アンケ

一トの結果、前回ここで配布されましたけれども、移転なんかとんでもないというのが8割を超えているわけですよ。患者さんと直接接している職員の人たちが反対多数であるということですよ。で、その職員たちはそのように感じているということは常に接している患者さんの声がありました。

(富田会長)

確認ですけども、最初は8次計画を進める上で、患者さんの意見を反映させる準備があるのかというお話だったのですが、今は建替えの話になっていて、その話は次の審議会で予定されているところです。

(草場委員)

質問を変えます。連携ということを考えるなら、拠点病院公的な拠点病院がどこにあるかということはとても大事な問題になってくると思います。そうすると今、この審議会で審議されているのは、名取のどこかに建て替えるっていう案と富谷に移すっていう案と二つあることになります。そうすると、どういう連携をつくっていくかっていうことについてはA案、そしてB案二つ案が出てくるはずですよ。具体的な案であるならばですよ。私はそう思いますが、今回どっちかに移るけども、こういう連携でいきますっていう案になっているのが、私は疑問なんですけども、そこはどう考えればいいんでしょうか？

(事務局 (大森副部長))

先程村上室長が御説明していますけれども、現状のその6か年の計画については、まだセンターはどこに建て替えられるということが決定していないので、仮に名取にあるという前提で、この計画の案を作っているという話を申し上げました。加えて、この拠点に関しましては、中間見直しまでの間にその役割だったり、どういったところにそういったことを担っていただけるか、そういったところを具体の中で議論をしていくというお話をしていますので、我々の説明はするようにさせていただいているつもりでございます。

(富田会長)

時間もだいぶ押してきていますので、この次の中間案についても御説明いただいて、その後にもまとめてこの件も議論を続けたいと思います。中間案の説明をお願いします。

(事務局 (精神保健推進室長))

それでは中間案についての説明をさせていただきます。

中間案の詳細につきましては本文であります資料5と第7次計画との新旧対照表の資料6というところでお配りしてございました。また、作成に当たっての統計データは資料8でございます。事前にもお送りをさせていただいてございました。本日は資料2の概要版で、

かいつまんで説明をさせていただきたいと思います。

資料2のA3版の資料になります。

資料の左上、1地域医療計画の概要でございます。計画期間は令和6年度から6年間としてございます。すみません。赤字で令和6年度の後ろに2023と書いておりますが、2024の間違いでございました。大変すいません。修正をお願いいたします。

次に2の計画の位置付けでございます。宮城県障害者福祉計画等、各種の計画と連動したものであるということで、地域医療計画が位置づけになってございます。また、黄色の宮城県地域医療計画の欄の下にかっこ書きで記載をしておりますが、今回作成する第8次計画から地域医療構想と医療費適正化計画、医師確保計画、外来医療計画、これらをこの地域医療計画で兼ねるものというふうになってございます。

3地域医療計画の中間案、(1)目指すべき方向性の部分で青で記載しています。第8次医療計画中間案の部分です。7次計画の評価や国の通知を踏まえまして、2点方向性として挙げてございます。1点目は令和6年の精神保健福祉法の改正を踏まえまして、対象を精神障害の程度や有無にかかわらず誰もがということで、精神障害者ということには限定せずに拡大した上で「にも包括」の構築を推進するとしてございます。

2点目、多様な精神疾患等に対する医療体制の構築に関することでございますが、素案では、患者本位の医療の実現というような記載にしてございましたが、委員からの御意見も踏まえまして、患者のニーズに対応した医療の実現というふうに変更させて頂いた上で、疾患ごとの医療機能の明確化、医療機関等との連携体制の整備を進めたいというふうに考えておりますことから、方向性の文末の部分連携体制の整備を推進するということで記載をしております。

次に、(2)現状と課題・施策の方向性について、朱書きの部分の主なところを説明いたします。まず1宮城県の精神疾患とこころの健康の現状についてでございます。

精神疾患の患者数は、増加傾向にございます。令和6年の法改正において、精神保健に課題を抱える者も相談支援の対象とする、対象者が増えるということも踏まえまして、2の(1)の相談支援体制・普及啓発体制につきましては、身近な市町村における相談支援体制の整備を進めるということにしてございます。

また、東日本大震災の被災者等に対する支援につきましては、引き続き関係機関と連携し、地域精神保健福祉活動への移行など支援体制の充実を図ってまいります。

(2)「にも包括」の推進では、重層的な支援体制の整備や医療福祉サービスの充実が求められているということで、心のサポーター養成による普及啓発・入院者訪問支援員を活用した地域移行を図ってまいります。

次に(4)身体合併症治療については、引き続き精神科と一般科の医療連携体制整備を進めるほか、治療抵抗性統合失調症への対応、新興感染症発生時の対応等の医療連携体制の整備を進めます。

多様な精神疾患のうち①統合失調症につきましては、治療抵抗性の統合失調症の治療を

必要時受けられるような地域連携体制の構築を進める。③認知症については、医療現場全体の認知症対応力向上と関係機関との連携強化を進めるという記載としてございます。

裏面を御覧ください。⑤発達障害につきまして、発達障害を診断、診療できる体制を整備するとともに、身近な地域での相談支援体制整備、教育福祉等、関係機関との連携体制の構築を進めること。⑥依存症につきましては、依存症の各計画に基づきまして、依存症専門医療機関と他の医療機関、関係機関との連携による支援体制整備を進めてまいります。

⑦高次脳機能障害については、地域支援病院の指定が県内二か所というふうになってございます。これら身近な地域拠点の整備を進めてまいりたいと思います。

⑩PTSDにつきましては今回、国の指針に基づき項目を追加いたしました。災害等の被災者や犯罪被害者等の精神的被害等に関する知識の普及啓発の推進、専門職の育成や医療連携体制の整備を推進します。

自死対策につきましては、自死対策推進センターとの連携強化とともに、未遂者、若年者、女性などの課題を踏まえた自死対策を推進してまいります。

災害精神医療につきましては、災害拠点精神科病院の整備について県の実態を考慮しながら検討する必要があるということ。また、新興感染症の発生蔓延時のDPAATの派遣体制整備を図ってまいります。

(9) 東日本大震災と心の健康につきましては、みやぎ心のケアセンターの活動が令和7年度で終了いたします。長期的な心のケアが必要であるとの認識のもと、引き続き関係機関との連携による被災者等の支援体制の支援の整備を図ってまいります。

続いて(3)精神疾患の医療機能の現況につきましては、議事2のところの説明をさせていただきますとおりでございます。

次に(4)数値目標でございます。国の指針の重点指標ということで、アウトカム指標というものが示されてございますが、そのアウトカム指標を今回目標項目として設定しております。第7次計画から変わってございますのは入院治療のうち、急性期回復期についても65歳以上と65歳未満とに分けて目標値を設定する。また新たに新規入院患者の平均在院日数を目標数値に追加してございます。

なお、相談支援の状況や様々な事業の実施状況など、計画の進捗管理のための指標については、目標値とは別に定めたいというふうに考えてございます。

最後に基準病床数につきましては、先程説明させていただきました。4,618という数字を記載させていただいてございます。事務局からの説明は以上でございます。

(富田会長)

ただいまの御説明につきまして、質問、コメントをお願いします。

はい、姉齒委員をお願いします。

(姉齒委員)

先程の議題2の時にも質問しようかどうか迷ったんですけども。この(3)のところで、にも包括の取組が県内7圏域の障害福祉圏域ということになって、それぞれ所属している場所のところの医療圏ごとの取組と連携するみたいなふうに私解釈したんですけども。具体名出していいのかな。例えば大崎栗原圏域ですと、栗原の圏域は、入院患者さんにしても、通院患者さんにしても、どちらかというとその大崎よりは登米圏域の病院を利用されている方が多いということもあって、実際に今、栗原では、にも包括の話し合いをする時に、登米の病院の方と連携しているとか、そういうね。先程鈴木委員や原委員もおっしゃっていたように、圏域を越えているっていうところが、結構あるような気がして。こういう場合は、この形になってしまうと、なんて言ったらいいんでしょう、いずいというか。しっくりこないというか、そんな感じがするので、ここはなんとか、うまく考えられないものかなというふうに思うんですけど、どうでしょう。

(富田会長)

はい、村上室長。

(事務局(精神保健推進室長))

はい、ありがとうございます。今回、記載をこういう形にしたことによって、実際に圏域を超えて利用されている方、患者さんの利用を制限するとか、そういったことは想定してございませんでした。

また、にも包括について、各圏域あるいは市町村で協議の場を設けていただいております。そこにその圏域を超えて医療機関、利用の実態に合わせてですね、御参加していただくといったことは、当然あってよろしいのではないかとこのように思います。そういったことも制限するという事ではないことで記載をさせていただいております。誤解を生じるようなことであれば、本意ではないので、記載の方法なども調整したいというふうに思っておりますが、意図としてはそういったことではございません。

(姉齒委員)

行政の方とかは、結構真面目な方が多いので、意外とその形通りに受け取ってしまうという可能性が結構あるような気がして。それで本来の意図とは違うような受け取りをされているんだなっていうのはあります。実際、その栗原の精神科の病床のある病院さんっていうのは認知症だけの対応で、精神科疾患の方についてはよくわからないということは、はっきりおっしゃっているので、たぶんそういったところで話を振られても困るんだろうなというふうなところもありますので、ちょっと書き方を工夫していただけると、ありがたいなと思います。

(富田会長)

はい、原委員お願いします。

(原委員)

データの件なんですけどね。統合失調症が増えているというのは、どういう根拠でおっしゃっていますか。一般的に考えれば、若年層の人口が減っているし。高齢者の統合失調症を発生する発生率を考えると、若年層の人口減ってきてるので、統合失調症の患者さんは減ってるんじゃないかと思うんですね。ただね、データベースを基準にするとですね。高齢者の施設でですね。例えば、リスパリドン使う、リスパダールを使うと。リスパリドンを使うと統合失調症という病名がついてですね。だから、データベース上のその統合失調症はもしかして増えてるかもしれないんですけども、実態として統合失調症が増えているという印象は私は持てないんですけども。全国的にも統合失調症の患者さんは減っているというふうに思いますけども、県は統合失調症の患者さん増えているというふうに書いてますよね。それはなんでなんでしょうか。根拠を明らかにしてください。

(富田会長)

はい、村上室長。

(事務局 (精神保健推進室長))

資料1の(2)の現状の課題と施策の方向性1の部分で、精神疾患の患者、受診者数は年々増加傾向で、気分障害、神経症、統合失調症の順に多いということで記載させていただいておりました。統合失調症の患者さんにつきましては、本文の方にも記載していたのですが、入院患者数については減少。一方で、外来については数値的には増えているというような形になっているということです。本文の4ページにもこの旨記載をさせていただきます。この統合失調症の患者数につきましては、NDBという診療報酬のデータから入院患者を減少、外来患者増加という数字を出させていただいておりました。

(原委員)

それはね、日本のその保険制度の問題があつて、薬を使うとその病名付けないとですね、減点されるんですね。従って統合失調症じゃない人も、その向精神薬を使うと統合失調症になるんですね。そういうのを背景にして、政策を立てたら誤るんじゃないですか。そういう実態を知ってらっしゃるんですね。知らない、知らないですか？

だから神経症だって同じですよ。マイナートランキライザー使うと神経症って、そういう病名がつくんですよ。だから、内科の先生が不眠症と神経症とかって眠剤使えばそういうのつくし。だから、データベースをね、もとにして考えたらね。全然違う数字が出るんですよ。その本当は県でもわかってますよね。このデータベースの、この国のデータベースは、レセプトのデータベースですよ。レセプトのデータベースというのは、我々が毎日点数を削ら

れないように、一つの薬、便秘の薬使えば便秘って付けるんですよ。付けないと削られちゃうんですね。そういうのがシステムですから。だから、例えばリスペリドンを使えば統合失調症ってつけるし、私も国保とかの審査会の審査やってましたけど。明らかにこんな統合失調症あるかって、初診の78歳の方が統合失調症って、ついてますよ。そういうのをね、ベースにして問題立てたら、問題が誤るんじゃないですか。だから、ちゃんとしたデータを元にして、政策を立案するように考えないと。ちょっともう、なんていうかな、政策のその方向性が誤っちゃうんじゃないかと。データというのはエビデンスに基づいてですね。ちゃんとやらないとならないわけですから、政策をつけるには。その辺のところをちゃんと考えていただけると。

(富田会長)

先程の草場委員の発言も含めて今日の審議会と今後の流れを確認させていただきます。知事から医療審議会に計画の立案が求められていて、医療審議会から当審議会に精神保健福祉の部分の諮問が来ている状況ですが、この後、どういう流れになりますでしょうか。つまり、この中間案について今日、文言を具体的に詰めて出す必要があるのか、今後まだ修正の余地があるのか等、その辺の今後のタイムスケジュールについて御説明いただければと思います。

はい、村上室長。

(事務局(精神保健推進室長))

本日出ております参考資料3、こちらが確定のスケジュールになっております。真ん中の一番下のあたりに第6回の審議会10月20日というふうに記載しております。そこから矢印が出ておりまして、医療審議会、こちらの第3回に中間案の医療審議会として全体の計画ですね。精神のものを含めたものの審議をするのは、11月に予定を立ててございます。そのため、中間案を今月中に医療審議会の事務局に提出してもらいたいということで、私共も依頼を受けてございます。

このため、この中間案につきましては、今月中に医療審議会に提出できる形にできないかということで考えてございます。本日提出難しいということであれば大変恐縮ですが、1週間程度、御意見を取りまとめる時間をいただきまして、医療審議会に提出する文案につきましては、会長に一任していただきながら、事務局と会長の方で調整をして、医療審議会に提出案を作らせていただければというふうに思っております。

ただ、その後もパブリックコメントがあり、最終案についてということがございまして、次回1月が最終案の協議になりますので、中間案の後も、様々な修正の御意見などについてはいただきながら、パブリックコメントの結果なども含めて最終案をまとめていきたいというふうに考えてございます。ですので、二段階といいますか、そういったところでこの計画の方をまとめられればというふうに思います。

(富田会長)

審議会にはもう返ってこないということですね。この審議会の審議には返ってこなくて。あとは、パブリックコメントで各委員やそれ以外の方からコメントを出す意外に機会はないということでしょうか。

(事務局 (精神保健推進室長))

最終案につきまして、1月にですね。もう一度審議会を、本日と同じような形で最終案の審議をいただく場を設けたいということでございます。そちらもそれが終わりますと、それがまた医療審議会の方に提出ということで、そこもスケジュール的には期限が決まっているという形になります。

(富田会長)

何らかの形では、精神保健福祉審議会として、ここを修正して医療審議会に提出するというのを、今日この場か、あるいは1週間以内に確定させる必要があるということですね。岩館委員、お願いします。

(岩館委員)

今日、議論いただきたい項目の身体合併症の対応っていうのは結局議論されなかったですよ。

(富田会長)

そうですね。

(岩館委員)

タイムスケジュールがあるので、それはそれでしょうがないと思うんですけど、最終案に向けて、またもう一回話し合いは必要なんじゃないのかと思います。

(富田会長)

それは具体的にはどういうことでしょうか。

(岩館委員)

今は完成品ではないけど、中間案として出すしかないんじゃないのかなとは思いますが、今月だってもう10日しかないですよ。

(草場委員)

ちょっと質問してもいいですか。

日程の問題なんです。法律で決まっているわけじゃないので。今日の諮問は、医療法的には法律に書いてあるのは、医療審議会の意見を聞くことができるってこととの関係で、私たちの精神福祉審議会に諮問されたんだと私は理解してるんですが、たぶんそれでいいと思うんですね。だから、中心の法律が求めているのは、医療審議会の方かもしれません。だけど、その精神福祉の問題については、ここはやっぱり最も強く意見を言わなければいけないということで、ここで結論が出てないから、医療審議会をちょっと待ってくださいと、言うべきではないかと思います。

私はさっきから何度も、この資料4の10ページに具体的なプロセスが書かれてあって、連携拠点機能の明確化に向けて必要なことっていうことで部会を設けるということがいきなり提案されて、その部会がどんな役割を果たすのかっていうのも全然分からない。権利条約のことで、大森さんは何度も私が質問するということでおっしゃいますが。権利条約は患者団体によって特定してちゃんと書いてあるわけで、それがなされて、それがこういうところに組み込まれないということに強い衝撃を受けています。

精神福祉審議会としては、このような状態を承認したかのような形で医療部会に送ってはならないと私は思っています。こうやってスケジュールを書くなら、どこで患者団体の意見を聞くと、聞くのかと。その聞き方についても当事者に聞くべきなんですよ。私はここに住んで、こうですとか。私の都合はこうですとか。だからあの人の都合わかんないから、あの人の意見はこんなふうに聞いたらいんじゃないでしょうかということも含めて、この審議会で急いで。案を出せというなら、私出しますので、当事者から聞いて。そういう形でやらないと、この精神福祉審議会の役割を果たせないんじゃないかと思います。

(富田会長)

部会を設置して、部会で検討するというのは、どこのプロセスに入るのでしょうか。

(事務局(精神保健推進室長))

部会を設置して、こういう形で検討するというのは、私どものこの精神保健福祉審議会での決定事項となります。

(富田会長)

どの時期、段階でそれは行われるのでしょうか。

(事務局(精神保健推進室長))

これは最終案が決定した来年度に設置してということで考えてございます。計画の中ではそういうこの医療機能明確化していくということのみを記載です。

(富田会長)

であれば、そのプロセスについてはまたこの審議会で議論して、実施に移せるということでもいいんですかね。

(草場委員)

もう一回。

医療審議会にこの精神福祉審議会の、暫定的な意見でもなんでもいいですが、上がっていくと。その時に医療審議会の人にこんなふうに言われませんか。ここで名取移転案と、富谷移転案が俎上に上っていると聞いてます。で、どちらか、どちらに拠点が移ったときにどうなるかっていう二つの案なしに、本当に実施可能な案として提案されているんですか。と、いうふうに聞かれる。私は医療部会の審議員なら必ずそう聞きます。で、そのように聞かれたものをここはですね、上げていくっていうのは、この審議会の役割を果たしてないということになると思います。だから、意見まとまってないので、もう少しお待ちくださいと言えないんじゃないでしょうか。今日のところはですよ。

(富田会長)

村上室長。

(事務局(精神保健推進室長))

今回、中間案を作成をするというのは、その後パブリックコメントを行って、県民の皆さんの意見を聞くために、中間案をまとめるわけでございます。

今回私どものこの精神保健福祉審議会において、保留といった形で、例えば精神疾患の部分白紙で出してしまうというのは、県民の皆さんの御意見を聞く機会が失われるということになってしまいます。なんとかこの中間案は、場合によってはその審議会での保留になっているというようなことを記載することも可能かもしれませんが、なんらかの中間案ということで医療審議会の方にきちんと提出をし、パブリックコメントで県民の皆さんの御意見をいただける機会ということを確認するということが必要なのではないかなというふうに考えております。

(富田会長)

建替え案が定まるまで、この話に入れないと言うのは・・・

(草場委員)

そんなことは言ってないですね、私が申し上げているのは。

(高階委員)

先程から事務局の方で名取にあるのを前提とした話をしているというお話がありますから、これは名取にあることを前提としてということをきちんと強調するなり明記して案を出すというのは現実的な対応だと思うんですよ。富谷と両方を併立させて作るなんて言ったら、富谷の方はもうデータとかいろんなものは全然ないわけですから、案の作りようがないので、名取にあるということを前提として、それで一番ベストっていうか、現実的な案を作っていくしかないんだろうなというふうに思います。

(富田会長)

というか、もう既に結局どういう形で医療審議会に提出するかを決める段階で、あと、ここはこう変えて出して欲しいということを行わなければいけない段階のわけですね。名取に県立精神医療センターがあることが前提になってる計画であるということはおっしゃるとおりですよ。

(草場委員)

明記していただきたいですね。名取に中核病院がある前提の第8次計画ですっていうことを明記していただきたい。

(富田会長)

大森副部長お願いします。

(事務局(保健福祉部副部長))

実際8次医療計画の計画期間というのは、来年から6か年というところでございますので、仮にですけど、仮に富谷の方になったとしても、建て替え完了するまでは精神医療センターは紛れもなく名取にございます。それで、実際、その現在進行形でどう施策をするかという議論が進んでいますので、もしそこが仮に富谷になった場合であれば、それは計画の見直しという形で対応ができるものと考えております。

(富田会長)

はい、草場委員

(草場委員)

その見直して、見直してっていうその修正で対応できるのかどうかっていう点が、含めてね含めて、パブリックコメントでは、権利条約の4条の要請を満たしたことになります。今はパブリックコメントっていうのは、すべての政策についてほとんどパブリックコメントを求められています。何度も言いますが、権利条約4条に書いてあることは、患者団体の意見を立法過程によって聞けということになっているわけですよ。その作業が書き込まれ

ていない案については反対ですので。もし、このスケジュールも含めて。審議会に、医療審議会に出されるというのであれば、私は次回のこの精神福祉審議会までの間に、患者の意見をこうやって聞くべきだというスケジュール案を追加で提案しますので、今日は採決しないでください。しないことを望みます。

(富田会長)

はい、大森副部長。

(事務局 (保健福祉部副部長))

草場委員の方から、団体の意見を聞く機会がないだろうと。我々はパブコメで聞いたらいという話をしたのですが、草場委員のおっしゃるとおり当事者団体の声を直接聞く機会があれば、より望ましいというのは紛れもなくそのとおりにかなと思っております。そういうことであれば、当事者団体のことを相談しながら、現行の我々の計画についての御意見というものも、ぜひ聞く機会を設けたいというふうに考えております。そういう形で御理解いただければと思っております。

(富田会長)

御意見のある方は、具体的に修正箇所をおっしゃって頂く必要がありますが、本日の資料のうちどれとどれが医療審議会に上がるのでしょうか。

村上室長。

(事務局 (精神保健推進室長))

医療審議会に提出が必要なのは、基準病床数、資料3の結論部分の数字のところですね。あと、資料5の中間案の本文の二つになります。

(富田会長)

それでは、具体的にここをこう書いてほしいという御意見があれば、この場かもしくは、1週間以内に私の方までお知らせいただいて、本審議会としてで総括して出す形になりますか。

林委員、お願いします。

(林委員)

私が違和感の大きいところをお話しさせていただきたいと思うんですけど、資料5の13ページに、児童思春期精神疾患というのがございます。それで、その下の発達障害のところには、二次障害の問題に対応できるよう、精神科における診療体制の充実と保健医療などの連携が必要ということが書かれているんですけど、児童思春期精神疾患について

も、二次障害という記載はいらないんですが、やはり教育とか医療とか福祉とかも含めて、いろんなところとの連携が絶対に必要だと思います。ですので、その連携のことはぜひ記載していただきたいです。また、児童思春期というのは精神的に大きく発達する時期でもあるので、発達課題にも対応した治療などが行われるようにということも、ぜひ加筆していただければと思います。

あとは、概要版とこの資料5の本文とは対応していると思うんですけど、一つだけ、この概要版の記載ですごく違和感が大きいのが、「現状と課題・政策の方向性」という大きな表の2に「にも包括」の推進という記載があって、その右の「政策の方向性」というところに「人材育成を含めた相談・支援体制の整備」とあって、続く括弧内に（入院者訪問支援員の活用）と書いてあるんですね。ただ、これは実際には資料5の本文に書かれている通り、人材育成を含めた相談・支援体制の整備というよりは、地域移行のための意味合いが大きいと考えますので、訂正いただければと思います。あと細かい文言はいろいろと気になるところがありますが、それはまた後ほど会長にお伝えするというので、よろしくをお願いします。

（富田会長）

我妻委員はもうお帰りの時間ですね。御発言を頂く機会がここまでなくてどうもすみませんでした。もしよろしければ、今日の議論を通して一言どうかお願いします。

（我妻委員）

申し訳ありません。頭ぼうつとしてるんで、ごめんなさい。何を言おうかと思って本当申し訳ないんですが。私ね、おかしいんですけども58歳で東北福祉大学の通信課程で土日祝日にスクーリングというんですか？それで2年で60歳で卒業したんですね。63歳で精神保健福祉士の資格取って、私が自助グループを作って16年経つと思うんです。やっぱり16年経っても結局この自分が何も力ないっていうか、私のサークルの中で毎回出てくる人が自死したことがあるんですが、2人ばかり。それで本当に自分が力ないと思って、福祉大学でその新課程で勉強したと思って、それでやっと資格を取ったわけなんですけども、それから、サロンって言いますか、精神障害者だけでなく、誰でも来れるような場はね。必要と思って憩いとくつろぎの場ってことで、サロン・ラポールっていうのを立ち上げたんですね。また、この年に8回ぐらいだけのこの集まっての行事だけではみんなのこと分からないと思って、一応本当はね、毎週水曜日に大体10時頃から12時半ごろまで私が車で送迎して患者さん、当事者を送迎して自腹きって、私の女房のうちで洋品店やブティックやってますから、その跡地があるんで、それを利用してサロン・ラポール立ち上げたんです。一緒に入院した女房と一緒に立ち上げたんですが、200万以上かかりました。いろいろと大工さんや色んな方に。どこからの援助ももらえませんでした。白石市からもどっからも行政から一切もらえないです。ただ、自助グループとしては社会福

祉協議会から白石のですね。年に4万5千円だけです。実際、出てます。白石市長に2、3回要望書出して会いましたけども、何の反応もないんですが、本当に。何の援助も何もありません。知ってても全然見向きもしません。

(富田会長)

ありがとうございます。本当に重要な示唆ですね。このように精神保健福祉の体制を向上していくということで、当事者の方であるとか、いろんな関係者の方が考えて動いておられることと、このような政策とがうまく連動するということは、非常に重要なことだと思います。我妻委員の御発言は重要なご発言で、いろいろな形で反映させていけるといいと思います。ありがとうございました。

(姉齒委員)

すみません、我妻さんお帰りになるので。本当はこの会議の最後に御相談したいと思ったんですけども、いらっしゃるうちにお話させていただいてよろしいでしょうか？次回の審議会の進め方っていうところの話になるんですけども、ぜひですね。当事者団体の方をお呼びして、意見を聞かせていただいていたのかなというふうに思うんですけども、まず我妻委員の御意見を伺いたいなと思っておりまして、よろしいでしょうか？当事者の声を次回の31日の審議会で聞かせていただきたいんですが、いかがでしょうかという私の我妻委員への問いかけなんですけども。

(我妻委員)

やっぱりなんと言いますか、確かに今こうやって生きてることが奇跡って言えば奇跡ですね。ミラクルだと思います。そして人間として生まれて、そして私はもう中学校の時ね。人間っていうのは50万年ぐらい前に出てきたってんですけど、だけど、今の教科書、中学生の教科書では700万年ぐらい前にアフリカで発生したって言いますが。人間がずっと大昔から殺し合いです。戦いでっていうか、本当にずっともう殺し合っているんですか？もう他の動物とか虫が同じ種をそれをこんなに殺すんですかね？それは抽象的なあれですけど、精神障害と関係ないって言いますが。

何て言ったらいいのかな？私はうん、優生保護法ってありましたけど、50年続いたんですけど、そういうものを間違いだから殺せば良いとか。知的障害者だから差別するとか、そういうことはダメですね。本当ね、うん。優性保護法50年続いたってことは、結局もしかすると私も殺されたかもしれないです。だけど、私は家族に恵まれて、週に2回ぐらいね。入院してる期間に面会来てくれたんです。両親ともね、兄弟も3人兄弟なんですけど、兄貴も姉も。姉の子供とか息子さんにもみんな来てくれたんです。だから、あと私、女房の家族も週2回ぐらい来てもらったんですが、だけど全然見向きもしない親もいます。見放された人もいます。何十年と入院していました。一回も面会に来ません。本当に

かわいそうでした。私の知ってるだけでも。うん、普通に社会に出て、こう働けるようになった人が本当わずかです。蔵王町の人で結婚してタクシーの運転手してたのに、精神科病院にかかったことを奥さんに分かれたために、自分で車の中に排気ガスを引き込んで自死した人はいます。私が知っているだけでも10人以上は自死しています。

私が結婚して、今から40年前結婚して子供はいないんですけどもだけど。それ、結婚するようになったのも自死した人のおかげなんです。私が入院した時に36歳の奥さんって言いますか、この人は私が26歳の時、36歳の人が旦那さんに暴力を受けて、子供3人と離婚させられて、そして結局うつ病になって、そしてずっと入院してたんですね。その人のおかげで、ずっと一生涯入院していてもいいかなと思って、少しは良くなるかなと思って、そのおかげで、今の女房といろいろ夜ご飯食べてから8時頃まで毎週いろいろ話して、そして付き合うようになって結婚したんですけども。申し訳ありません。

(富田会長)

いえいえ、ありがとうございました。姉歯委員、御趣旨が分からなかったのですが、最初に我妻委員から御発言を頂いてから審議会をスタートしてほしい、するべきだということだったのですね。次の回はそのようなことで承知しました。ありがとうございます。

次の回は県立精神医療センター建替えの議題で審議会を開催しますが、その際には是非、我妻委員から最初に御発言いただければと思います。よろしくお願いします。本日はありがとうございました。

(姉歯委員)

あの、是非ですね。当事者団体の方をお呼びして、ここでお話を聞かせていただけないかという私の提案でした。はい。いいですか？

(我妻委員)

やっぱり私だけこう一人だけ当事者といいですか、こう実際、現実でね。私だけ発言しても、やっぱりあれなんで、なんでやっぱり。村井知事に、苦しい思いをした人、当事者にも意見述べたいと思います。そういう提案をします。以上です。

(富田会長)

今回のメインとなる内容の確認ですが、そのような話を伺う機会を設けるとして、メール等でもお話した通り。今回は委員の間で、県にどのような具申をするのかということの内容について詰める機会にできればと思います。

(草場委員)

姉齒委員の話を受けて、また今日も私ばかりですみません、本当に我妻さんがおっしゃったように、今名取の病院を使っていて移るかもしれないよ。でも民間来るよみたいな話で、こうぶらぶら振り回されている状態の人が、どんな気持ちで暮らしているのか、我妻さんがおっしゃったように生きていることがミラクルだっておっしゃったような人たちを相手に、今のような仕打ちをしていいのかっていう話は直接、ここで参考人招致みたいな形で10分ぐらい時間とって話を聞いて、そしてみんなでもた審議するっていう風にしたらいんじゃないでしょうか？すべきだと思うんですけど。

(富田会長)

はい。御意見がある方いらっしゃいますでしょうか？

(原委員)

私も賛成します。まずはお話を聞いて、やっぱり当事者の方はどのぐらい苦しんでいるのかということを考えているのかということ、もう一回県にちゃんと伝えていくのは、この審議会の役割だというふうに思います。賛成です。

(富田会長)

そうしましたら、そのようなことで進めたいと思いますが、どなたに来て頂くのでしょうか。傍聴とはまた別に御意見ということで、どういう方に、また、何人ぐらいの方にお越し頂くのがよいのでしょうか？どのようなところにお声がけを頂けるのでしょうか？

(姉齒委員)

前回の審議会でもお話をチラッとしたんですけども、みやぎユーザーズアクションの方々からもぜひ公開のところでお話をしたいというふうな御意見を書面で審議会にいただいていたと思うんですね。ですので、まずその代表の方でもよろしいので来ていただいて、お話しいただければと思います。やはりそうですね。当初から、本人抜きで、本人のことを決めるなということはずっと、この審議会の中でもお話が出てきたと思うんですけども、なかなかその県の方ともお話をね。一緒にこう公開の場で聞くというふうな機会というのはなかったと思うので、まずはこの審議会ですべてをやっていこうではないかというふうに思います。なので、ユーザーズアクションで代表の方から選んでいただいてもよろしいです。

(富田会長)

恐縮ですが、最初に10分ぐらいお時間を設定させて頂いて、お話を頂くということで、それを県の担当者の方も含めて聞いていただいてから委員の審議に入るということでよろしいでしょうか？どうも御提案ありがとうございました。それで本日の本題に戻りま

すが、この後、今日の議題として外来機能のことなど3、4の事項が残っていますが、これらは医療審議会にあげる内容にも関連することなのではないでしょうか。

(事務局 (精神保健推進室長))

まず医療審議会にあげられる部分につきましては、資料5に記載を致しているものになりますが、外来診療については疾患ごとに、外来の患者数など前回第7次計画の時とプラスして記載をしているような形で、今のところとどまっているというような形になってございます。

最終案に向けて、このあたりで御意見をいただきたいというところがございますので、必ずしも今日この場でさらに御意見でなくても、文章でお気づきのところをいただきながら、最終案に向けて御意見をいただければということも思っております。身体合併症についても同様で、もしこの記載内容について、今の段階での修正の御意見等あれば、1週間以内ぐらいでいただきたいと思うんですが、その後、さらに突っ込んだ部分での御議論というのは、最終案に向けて後ほどということでも結構でございます。

(富田会長)

当事者の方の御意見をどう計画に反映させるかということも含めて、突っ込んだ議論は、また今後継続するとして、とりあえずは今回、医療審議会の方に返答する内容については、1週間以内に私の方までお送りいただくというようなことで進めさせていただければと思いますが、よろしいでしょうか？

(草場委員)

一点だけ質問させてください。私だけ分かってないかもしれないので。医療福祉の専門ではないので。仙台市長は、仙台市と協議してくださいという強い申し入れをしていると思うんですけども、その仙台市長が申し入れている中身は、今回の医療審議会にあげる案に影響するものがあるでしょうか？それよくわからないので。つまり仙台市長が求めている協議をすると、この中身が変わったり、積み上げられたりとか、そういうものがあるのか何か私わからないので、これは単純な質問です。林先生に伺った方がいいのかもしれないですけど。

(富田会長)

林委員。村上室長からですか？

(事務局 (精神保健推進室長))

仙台市長からの申し入れにつきましては、精神医療センターの建て替えに関するということになってございますので、この計画においては、先ほども申し上げた通り、その

建て替えではなくて、そうではないことを前提にということで、直接の影響はないのではないかなというふうに思っております。

(富田会長)

そうですね。それではそのようなことで。では原委員。

(原委員)

この政策の中では、県のね、やってることばかり書いてるみたいですけどね。例えば、民間でやってる命の電話の活動とかね、非常に自死の重要な活動はあるんですよ。そういうのがすっぱり抜けてるんじゃないかと思うんですよ。で、やっぱり医療体制も含めてだけでも相談体制も含めてですけど、決して官だけがやってるわけじゃなくて、やっぱり官と民が合同でやって、お互いにその補完し合いながら作っていくという基本的な姿勢に欠けてんじゃないかと私は思うんですよ。自分たちのことは確かに書いてますよね。だけど、他のね、民間でこういうこともやってるんじゃないかとか、こういうこともやってるんじゃないかというのは一切書いてないですよ。それは一つ、これをね、きちんと書き込むべきだと、医療計画の中にもそれが。

もう一つですね、第7次のその計画の、総括ですね。全く総括がなされてないですね。現状と課題っていうのは出てますけども、この現状と課題に何に至ったのかと第6次計画から第7次計画に移ったのにも関わらず、その計画の中でどういうことがやられて、どういう総括されてきたのか。だから、その結果がにも包括に対して160万円という。そういうね、予算の配分でこういうことの総括をしなければ、決してこの間ね、知事が何倍かのその予算をつけるとかって言っても、今聞いたら予算の概要だって何も出てないじゃないですか。検討もしてないじゃないですか。そういうことではね、ちょっと困るんで、やっぱりもうね、具体的に物事を提示してもらわないと。我々とすれは言葉だけがその上っ面を述べて、また7次の計画と一緒にってしまうという。そういうふうに危惧するんですね。だから、もうちょっと具体的な内容をね、書いてやるように富田先生の方からも。

(富田会長)

そうですね、これは具体的にどう書くのがいいのかということ、原委員からは是非1週間以内に……。

(原委員)

いや、先生、僕もね、忙しくて、とてもじゃないですけど。

(富田会長)

そうですね。

(原委員)

私はね、資料もね。資料も2日前に来るんですよ。これを全部読んで、これを全部読みこなすなんて、それはもう外来診療をやってるうちではもう無理なんですよ。少なくともね、1週間以上前にもらわないとね、とつてもじゃないけど、私はやれません。

(富田会長)

ただ、文章に修正を加えないと、提出内容は変わらないので。

原委員の御意見に付言させていただきますが、民が行っていることを記載するという考えもありますが、県の中で必要なことはやはり網羅されなければならないと思います。例えば、様々な疾患という項目がありますが、この中で宮城県で非常に劣っているところとして、クロザピンの使用率のことは記載していますが、例えば、睡眠医療、特に中枢性過眠の診療体制というのは、宮城での整備が遅れています。ようやく今整ってきて民とか、学で進めていますが、これまで隣県に行かなければ診断もつかない状況だったわけです。それからニュースにも出ましたが、性別不合の方も、これまで東京まで行かないと身体治療が受けられないというような体制整備状況だったところでした。東北大学病院で遅まきながらその体制を始めていますが、決して行っていることのアピールをするという意味ではなく、ただ、県民の方でそのような問題を抱えていらっしゃる方は非常に苦労されているという現状を明らかにすることが重要なわけです。宮城県に生まれたる不幸ということになってはいけなわけですね。そのような方が、東京で生まれていれば受けられる医療を宮城県では受けられない。それは宮城県で精神保健福祉に関わる者としては、看過してはいけないこととか、改善に向けて動かなければいけないことであるということ、官も民も学もなく共通する課題です。様々な疾患のところで重要な疾患を挙げられてますけど、その他にもいろんな県民の方が困っていらっしゃる精神保健福祉上の課題はあるので、前文のところにより総合的に記載して、「など」のような形で包括するような文章を入れていただくとよいと思います。それがないと、ここに記載のない問題を抱える当事者の方が自分の抱えている問題はこの中に入っていないのだなと取り残されることにならないように、そのような文章を最初の前文の形で入れていただくといいと思います。この文案は私から提出させていただきたいと思います。

それからもう一つ実務的なところで、発達障害のところについて触れさせていただきます。この領域は今、子ども総合センター等において保健レベルである程度対応されてきているところをもっと充実させるということだと思います。一方、宮城県において臨床現場で困っていらっしゃる方が多いと感じるのは、重点的なケアが求められる発達障害のお子さんへの体制の弱さだと思います。強度行動障害の方の治療やケア、福祉支援をワンストップで行うようなところ、例えば、愛知県医療療育総合センターとか、そのようなところは宮城県にないわけです。それで、今のところ、宮城の各医療機関がそれぞれに、その場その場の対応をし

ています。それでは、システマティックなケアはできないわけで、何らかの形で県の政策医療で取り組んで頂かないと、できないところのように思います。非常に重たい課題だと思えますが、何らかの形で文言に書くということもありますし、実際、何か検討をお願いできればと思います。今度の建替えの議論の中でも繰り返しお話をしてきているのですが、文章がぼやけているように感じます。県立精神医療センターの建替えの時に、その辺のことも含めてインフラや人的体制を考えていただけるといいのではないかと思います。

はい、林所長、お願いします。

(林委員)

これは、宮城県の取組が中心に書かれているので、政令市である仙台市の取組も入れていただけるといいなと考えています。

県精神保健福祉センターのなさっていることでも、仙台市精神保健福祉総合センターでもやっているのもそれほど違和感のない部分もあるんですけど、一番大きいのは8ページの「東日本大震災と心の健康」です。いわゆる「心のケアセンター」を中心とする支援は、宮城県の方でなされているものであって、仙台市は、また別立てでやっていますよね。ですので、仙台市分の記載については、具体的な文案は後ほど富田会長にお送りしますが、別項目でこの中に加えていただけるといいと思っていますところですよ。

他のところもちょうとまた細かく見せていただいて、仙台市のことをこの項目にも入れてほしいという時には、お願いしたいと思います。よろしくお願いします。

(富田会長)

原委員。

(原委員)

もう一つあと、数字をね、この数字が実数なのか延べ数なのかということをはっきりさせてもらえるとありがたいかなと。その辺が曖昧です。

それからもう一つ、震災の今、お話出ましたのでね。私たちも石巻で「からころステーション」という震災の心のケアのね、活動をずっとやっています。で、これはね、10年目にアウトリーチ推進事業というのは打ち切られてしまって、とても地域のですね、本当にそういう意味で言うと、訪問活動ですね。そういう訪問活動を県が打ち切るといって、そういうようなね、ことがあったんですね。

で、私たちはぜひアウトリーチ推進事業というのがあるので、そういう事業にね、転換してほしいと繰り返しお話ししたんですけども、それがうまくできなくてですね。結局は私たちがその後、アウトリーチ推進事業震災版というのは、中止、休止になってしまったんですよ。で、そのことで非常に地域の住民の方々のその支援体制が、作るのにとっても私たちが苦労してましてね。でまたね、やっぱりこの地域医療をやっていく、ある地域生活を支える

視点で言えば、アウトリーチの推進っていうのはすごく大事なんですよね。で、そういうその視点が全然ないんですよね、この中には。この医療計画の中には、その地域精神の分に関しては、アウトリーチを推進していく、あるいは引きこもりに対してもどういう方策を取るのか。

今ね、仙台市では、ひきこもりの居場所事業で、うちのクリニックに委託してもらってるし、それから私たちがひきこもりの外来っていうのもやっています。それからひきこもりに対してのアウトリーチもやっています。そういうような活動がきちんとなされているから、地域でのそのケアもできていくわけなんですね。せんだんホスピタルではACTをやってるし、そういうようなアウトリーチ活動っていうのをきちんと県の政策の中に位置づけていかないとならないんじゃないかと。相談支援事業所のアウトリーチと全く違うんですね、医療からのアウトリーチ、あるいはそういう包括的なそのチームを作ったの包括的なケア。このことを今、大体世界ではそっちが主流で、今入院医療は主流ではないわけなんですよ。それは変わってきているわけですから、主流が変わってるんだけど、まだ反主流の方ね、どっちかわかんないですけど、私たちが反主流なんですけども、そのうち主流になるとは思いますけど、主流のやっぱり今世界で行われている主流のその考え方、地域医療、地域生活の視点のきちんとその県のね、政策の中にも入れるべきだと。それは私は思います。

西尾先生、ちょっとどうですか？

(富田会長)

そうですね。その辺、具体的に文章で起こしていただいて、お送りいただけるようお願いします。どうでしょう、西尾先生。

(西尾委員)

そうですね。医療計画自体が、基本的に病床を中心にいろいろ考えているので、ただ県民、あるいは当事者の、地域精神保健ということっていうと、もう少し、例えば、何らかの機能を持つアウトリーチチームを5年間でいくつ作るとか、そういったところが、病床を減らしていくことにつながるの、そこは大切な視点だと思います。

(富田会長)

ありがとうございました。それでは岩館委員、お願いします。

(岩館委員)

これはやっぱり精神科特有の問題だと思うんですけど。精神科って要するに医療だけじゃなくて、保健福祉が絡む世界ですよ。ところが仙台市は政令指定都市で、保健福祉になると県と同等の権限持つので、県と市がやっていることがお互い見えてない気がするんですよ。保健福祉のことは、仙台市は県と同格で独自にやってるけど、医療に関しては政令

都市であっても仙台市に権限はなく、県の担当ですよね。医療だけの話だったら、きっと簡単なんでしょうけど、保健福祉が絡むので、お互いに何をやっているのか情報が共有されていなくて、そこを地域医療計画に書き込めないでいると思います。よく仙台市と県は仲が悪いとか言われますけど、どうぞ仲良くやってその辺の情報をちゃんと共有していただきたいなと思います。

(富田会長)

ありがとうございます。

それでは今日御発言いただいてない委員の先生から、全体を通して一言ずついただければと思います。

大木委員お願いします。

(大木委員)

ありがとうございます。

いろいろ話が出て、この資料2の(2)の2の医療提供体制の現状と課題の相談・普及啓発体制(1)のところですね。そこの身近な市町村における相談体制の整備と書かれていて、これはまた、文章で回答をお願いしようかと思うんですけど、どういうその相談支援体制の整備を考えているのかっていうのをお聞きしたかったところだったんですけど、お時間がなかったので、どうもそれは大丈夫です。

あとですね、その相談支援体制という、私も精神科の方でソーシャルワーカーとして勤務をしていて、地域に移行する時にやっぱり自宅に帰る方だけでなく、グループホームとかいろんな施設に入所される方が非常に多いので、その時に、今、相談支援事業所で計画相談っていうのを立ててくださいねって言われるんですけど、その計画相談を受けてくれる事業所がどこもないっていう現状があるんです。そうすると、セルフプランという形になってしまって、支援者がつかない、その分、相談支援事業所つきませんってなってしまうと、やっぱりサポートが手厚く必要な方に相談支援事業所がつかないってなると、やっぱり心配な部分があるので、相談支援事業所が運営して行く上でも、多分非常に厳しかったりとか大変な部分があると思うので、民間の事業所へのサポートっていうのを手厚くしていただきたいなというのはあります。

あと、先ほど出ていた自助グループに関してなんですけれども、私、勤務している医療機関でも依存症の拠点病院になっているので、依存症の治療でやっぱりその治療も医療も必要なんですけど、やっぱり当事者の力というのはすごく大事で、自助グループ運営する上でも、そういった行政からのサポートをしていただけると非常に助かるなと思います。

以上です。

(富田会長)

ありがとうございます。この文言をこう書いたら、クリアになるのではないかとことはありますか？

ではまた何かありましたらお願いします。ありがとうございました。

小原委員、お願いします。

(小原委員)

今、県と市の情報共有をと言ったので、いろいろ話されましたけど、この医療機関の偏在の事実を見ても、一方で先ほど鈴木委員がおっしゃったように、中核となる医療機関そのものがない圏域が県側にはあるわけで、そういう現実も踏まえて、私たち精神保健福祉センターの立場としては、これから市町村が、先程おっしゃったように、その身近な市町村で相談支援体制を、しかも精神的な不調を抱えた方々も対象にするというような、現状を追認するような国からの整理がなされている中で、やっぱり「にも包括」っていう現状は、医療計画でありますけど、そのこのところをしっかりと全体を通して考えるのは「にも包括」だと思いますので、そのこの部分をしっかりと書き込んでいただけるといいと思います。

それからもう一点、大震災の後のその心のケアから含めて、心のケアセンターが7年度で終了し、通常精神保健福祉に移行するというところから、今、にも包括とか、統合という中で、先程お金の話が出ましたけど、病床数の話でも話が出ましたけど、やっぱり政策効果を、表現が分かりにくかったっていうところはあるのかもしれないですけども、地域移行であるとか、そういうことの政策効果を見えないような形に、ここで表現してしまっているって、それに取り組む姿勢がなく、見えない形に表現されてしまっているということが、とても残念だったなというふうに思います。

(富田会長)

ありがとうございます。日下委員お願いします。

(日下委員)

私の方からもお伝えさせていただければと思います。

気になった点として資料2です。資料2の2の現状と課題・施策の方向性の中の(2)にも包括の推進というところで、先ほど林委員の方からも話が上がったかと思うんですけども、施策の方向性という点で、人材育成を含めた相談支援体制の整備の後の括弧書き「入院者訪問支援員の活用」っていうのは、これは何の制度からくる文言なのか、すでに今取り組まれているのか、新たに始まる制度のものなのか、何から意味されている文言なのかっていうところが分からなかったんで、そこを教えていただきたいというのが一点です。

さらに、同じ項目の中にある現状と課題の欄につきまして、長期間入院している精神障害者の地域移行というのが現状と課題で上がっているんですけども、地域移行支援の対象者として、以前は一年以上の入院期間の方が対象という縛りがあったんですが、現在では、

支援が入らなければ長期入院が見込まれる方というのも地域移行支援の対象者になっております。そのようなところを踏まえますと、やはり、退院の際に支援を必要としている方というのも、この地域移行の対象者になり得るのではないかと思います。ここをより見ていただいて、先ほど数値目標で地域移行の目標については、前回の7次計画とは算定する数値が違うということで、数値目標がゼロとなっていたんですが、そこが達成されているからゼロなのかというふうに捉えられかねないという懸念もあったものですから、普段この業務を担当させていただいている者として、是非伝えさせていただきたいと思っております。

併せて、先ほど大木委員からもお話があったんですけれども、地域移行にしても、退院後など何かしら福祉サービスを使う方にしても、計画相談という制度が欠かせない状況になっております。仙台市の方ではセルフプランもあるということを知ったんですけれども、私どもが活動をしている仙南地域においては、セルフプランではサービス利用が難しいというような現状で、必ず計画相談がついて専門的知識がある相談員が介入することによって、御本人のニーズ・想いに沿ったプランニングや実現のための連携ができるように尽力していますので、結果として今福祉サービスを使いたい、けれども計画相談がすぐにつくとは限らない、だから何か月待たなきゃいけないといったような相談員のマンパワー不足の現状があります。結果として御本人さんが不利益を被ってしまうというような現状が地域としてあり、相談員全体の課題として挙がっているところかとも思いますので、そこも含めて検討していただければ大変ありがたいと思います。

(富田会長)

日下委員ありがとうございます。小松委員お願いしてもよろしいですか？

(小松委員)

ありがとうございます。今日のところでの意見と言いますか、資料の5とか、多分資料の2とかで今後の方向性っていうところで、先ほどアウトリーチ推進のことも、少し加えるといいのではないかと意見があったんですけれども、それに加えて、今度家族支援のこととかもですね、もうちょっと含めていただけるといいかなというふうに思ったのと、あと、東日本大震災のところなんですけれども、今、福島県から県外に逃げ、避難してきた方ですね。それで避難してきた方が宮城県に避難している方が一番多いということで、日本精神科看護協会でも訪問支援をしているんですけれども、要するにその宮城県に住んでいながら、その住民票が福島にあるのでっていうことで、その人たちの支援がどうなってるのかなっていうところで。福島から委託を受けて、宮城県にいる精神科の看護師が訪問に行ってるっていう状況なんですけど、そういった点で宮城県と福島県との連携で、宮城県に避難してきてる方への、心の健康のところっていうのも、今後含めていただければなというふうに思っております。

あと今日、当事者団体の声を聞くというところで、今日大森副部長さんからですね、イエ

スということで、本当に心強い気持ちになりまして、ありがとうございます。それで当事者の声を聞く時にですね、やはりその声なき声をどう聞くかっていうところだと思うんですけども、今、当事者団体とかってなると、やっぱり地域で暮らしている方っていうのが、こう念頭に置くかと思うんですけども、入院している患者さんとかもですね、結構、この審議会のニュースとかを、朝病棟とかですね、朝のデイルームで皆さん見てるということなんです。で、それを聞きながら、移転のこととかもですね。退院したら30キロ先に自分が通うのかなって、こうつぶやいたりっていうことがなんかあったようなので、やはり入院してる患者さんが今後、自分がこう地域で暮らしていく上で住みやすいかとか、そんなようなところもですね、どんなふうにか聞いていったらいいかなと思うんですけども、声なき声をどういうふうにか聞いていくかということも、工夫して、考えていけたらなというふうに思います。

ありがとうございます。

(富田会長)

ありがとうございます。それでは議論も尽きないところでありますが、ひとまずこれで議論を終えさせていただきます。その他について事務局から何かございますでしょうか？

(事務局(精神保健推進室長))

はい。本日の報告事項につきまして、宮城県障害福祉計画について、資料を添付させていただきました。ありがとうございました。

今日はちょっと説明のお時間がないものですから、御覧いただきまして、御質問や御意見等ございましたら、事務局の方にまたお寄せいただければというふうに思います。

(富田会長)

はい、それではこれを持ちまして議事を終了させていただきます。皆様方には円滑な会議進行に御協力いただきありがとうございました。ここで進行を事務局にお返しいたします。

次回、31日の審議会もよろしくお願い致します。

(事務局)

富田会長、各委員の皆様、ありがとうございました。

事務局から御連絡いたします。次回の審議会の開催予定でございます。今回は継続審議としておりました、県立精神医療センターの建て替え関係について、10月31日に開催いたします。よろしくお願い致します。

それでは以上をもちまして令和5年度宮城県精神保健福祉審議会第6回を終了いたします。本日は誠にありがとうございました。