

## 令和6年度宮城県精神保健福祉審議会（第1回）

### 1 日時

令和6年11月13日（水）午後6時から午後8時40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、岩館敏晴 委員、大木恵 委員、岡崎伸郎 委員、小原聡子 委員、角藤芳久 委員、日下みどり 委員、草場裕之 委員、小松容子 委員、佐藤泰啓 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17人出席）

#### （2）事務局

〔保健福祉部〕志賀慎治 保健福祉部長、大森秀和 保健福祉部副部長

〔県立病院再編室〕鈴木伸 県立病院再編室長、荒井謙吾 副参事兼総括室長補佐

〔病院再編第二班〕川和拓央 主幹（班長）、後藤千輝 主査（副班長）、  
千歳拓武 主事

〔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、  
中野禎一 総括室長補佐

〔精神保健推進班〕鶴若美亜 技術主幹（班長）、戸刺徹 主任主査（副班長）、  
井上直子 技術主査（副班長）、渡部和馬 技術主査、  
江上貴章 主事

### 4 開会

#### （事務局）

それでは定刻となりましたので、ただいまから令和6年度宮城県精神保健福祉審議会（第1回）を開催いたします。

### 5 委員紹介・会議の成立について

#### （事務局）

続きまして、委員紹介に移ります。前回の審議会以降に新たに委員に就任いただきました委員を御紹介させていただきます。宮城県保健師連絡協議会の佐藤泰啓様です。

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。

小森田委員、黒川委員からは、事前に欠席の連絡を受けております。

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17名の委員に御出席して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、精神保健福祉審議会条例の規定により、以後の進行につきましては富田会長をお願いいたします。

富田会長よろしくお願いいたします。

## 6 議事

(富田会長)

皆様、本日はお忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。それでは早速ですが、今回は次第のとおり報告事項として精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業、それからみやぎ心のケアセンターの令和7年度運営スケジュールを設定しております。

それから協議事項として県立精神医療センター建替えに関する議事を設定しております。限られた時間でございますので、委員の皆様にご発言いただけますよう、進行してまいります。

それでは、次第に従い進行させていただきます。報告事項の精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業、それからみやぎ心のケアセンターの令和7年度運営スケジュール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))

それでは資料に沿って説明をさせていただきます。資料1精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業について御説明をさせていただきます。お手元にお配りしている資料はツーインワンになっておりまして、右下に小さく数字を記載してございます。そちらがページ数になりますので、見つらくて大変恐縮ですが、そちらのページ数を御覧いただければと思います。

それでは1枚目の下になりますが、2ページを御覧ください。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方というものを示しております。こちら厚生労働省で、令和3年3月に報告書を取りまとめ、日常生活圏域を基本とし、市町村等の基礎自治体を中心とした全国の各自治体で進めるよう示されているというものでございます。3ページ目は、そのイメージ図となっております。

4ページを御覧ください。本県における「にも包括」の取組です。令和4年度に開催を

いたしました障害者自立支援協議会精神障害部会におきまして、記載の3つの課題を整理し、これらの解決のための体制強化を図るとのことといたしました。

5ページを御覧下さい。本県の課題解決に向けた令和6年度から10年度までの取組パッケージでございます。左にパッケージの柱を記載してございますが、地域精神保健福祉体制の強化、地域移行、環境整備、普及啓発を総合的に進めまして、県全体における「にも包括」の構築を推進してまいります。特に令和6年度からは、仙南・仙台地域をモデル地域として定め、その取組から得られた知見を生かしながら、他の地域にも横展開をしてまいりたいと思っております。

6ページを御覧ください。地域移行支援から、「にも包括」への転換ということで、昨年度までは「精神障害者地域移行支援事業」として、160万円というところで実施してまいりました。精神科病院長期入院者の退院に向けた個別支援を中心に事業を実施してきたというものでございますが、今年度からは、右にありますとおり、予算を昨年度の約30倍に拡充し、様々な新規事業を開始してございます。

7ページを御覧ください。今年度の「にも包括」の事業概要でございます。大きく1番から3番までの3つの事業で構成をしてございます。1番目と2番目は、すべての市町村や保健福祉事務所を対象とした事業となっております。8ページは、事業のイメージ図となっております。市町村、圏域、県全体という単位で、それぞれに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、地域課題の共有や課題解決を図ることを目指しております。市町村の協議の場につきましては、それぞれの自立支援協議会などを想定しているところでございますが、現在未設置の市町村がまだ10か所あります。今年度中にすべての市町村で設置・開催するということを目標としてございます。

9ページ目を御覧ください。こちらは普及啓発の中核となります心のサポーターを養成する研修事業です。メンタルヘルス・ファースト・エイドの考え方をわかりやすく学ぶ研修としております。令和8年度までに2,500人の養成を目標にしております。今年度から精神保健福祉センターが中心となり、サポーター養成研修、また指導者の養成研修を実施しております。

11ページを御覧ください。当事者・家族等の活動支援・ピアサポート活用事業です。先日、宮城県障害者自立支援協議会精神障害部会に作業部会を設けまして、ピアサポート活動の現状・実態の把握や当事者のニーズを踏まえた活躍・地域交流の場、さらには支援のあり方などの検討を今年度行う予定としております。また、現にピアサポーターとして活動している当事者団体やピアサポーターを活用している事業所に活動経費の補助なども予定してございます。

12ページを御覧ください。ピアサポートの関連情報ということで記載しておりますが、今年5月に当事者団体・家族会を対象に事業の説明会を実施しておりますが、そこでいただいた意見を掲載しております。住民への普及啓発や相談窓口の明確化、情報発信、当事者活動への支援、団体同士の横のつながりと意見聴取の機会といったものを設けてほ

しいという御意見をいただいております。県の施策や事業への反映というものを今検討しているところでございます。

続きまして13ページを御覧下さい。入院者訪問支援事業でございます。精神保健福祉法改正による新規事業でございます。市町村長同意による医療保護入院患者に対しまして、本人の御希望により病院外から訪問支援員を派遣し、面会相談などを通して患者の孤独感、身近な困りごとといった問題の解消を図り、これにより地域生活のイメージづくりや退院への意欲を引き出す効果を期待しております。県と仙台市の共同事業ということで、宮城県精神保健福祉士協会に委託して実施をしております。

続きまして15ページを御覧ください。こちらはモデル地域の体制整備事業として、仙南・仙台地域を対象とした事業となります。管轄の保健福祉事務所の体制強化を図るものでございます。仙南・仙台保健福祉事務所と精神保健福祉センターに「コーディネーター」と「都道府県密着アドバイザー」を配置し、国が任命した外部有識者であります「広域アドバイザー」の助言を受けながら取組を進めているところです。

最後に16ページを御覧下さい。こちらの地域移行推進体制整備事業は、精神障害者の地域移行・地域生活支援に取り組む精神科病院の体制整備を支援するため、「療養生活継続支援加算」を算定している医療機関の人員配置に対して経費補助を行うものです。ピアサポーターの補助事業と同様に現在準備を進めてございます。

「にも包括」についての説明は以上でございます。

続きまして、資料2みやぎ心のケアセンターの令和7年度運営スケジュールについて、御説明をいたします。資料2を御覧ください。こちらの資料は8月21日の県議会環境福祉委員会への報告資料でございます。

左側の1経緯でございますが、本県では、被災者の心の問題に長期的に対応するため、拠点となるみやぎ心のケアセンターを平成23年12月に設置しました。

以降の心のケアにつきましては、令和元年の復興の基本方針、こちらの国の閣議決定を踏まえまして、令和2年度に定めた取組方針に基づき、市町や保健所等の地域精神保健福祉活動へ移行を進めてまいったところです。

2番の活動実績です。令和5年度の面接電話相談件数は1,940件とピーク時の約四分の一に減少しております。相談の契機ですが、「本人からの依頼」、「家族親族」の順となっております。既に診断を受けている精神障害者本人や引きこもりの家族からの相談が現在は多いという状況でございます。相談の背景につきましても、「精神変調」や「健康上の問題」、「家族家庭問題」の順となっており、震災に起因して見られた「近親者の喪失」、「住環境の変化」、「経済生活再建問題」といった相談は、令和3年度以降大幅に減少しております。さらに普及啓発や支援者支援については、大幅に減少しております。人材育成については、令和3年度から段階的に精神保健福祉センターに取組を引き継いでいるところでございます。

3番の今後のスケジュールですが、令和7年度末までに心のケアセンターの業務をすべ

で終了した上で、閉所に向けた諸手続きを完了させることを目標にしております。各センターの業務は、令和7年9月末で終了し、石巻・気仙沼地域センターについては、12月末に閉所、基幹センターにつきましては、令和8年3月に閉所の予定としております。

最後に4番心のケアセンター閉所後の心のケアについて、心のケアは、センター閉所後も長期的に継続する必要があると認識しております。引き続き市町村や保健所等を中心として、地域の関係機関が連携して対応してまいりたいと思います。

私から報告事項についての説明は以上であります。

(富田会長)

ありがとうございました。それではただいまの報告に関しまして、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)

資料1パワーポイントの5枚目、宮城県の精神保健福祉施策推進パッケージに数値目標がないというのは問題なんじゃないかなと思います。単に令和6年から令和10年までの流れは書いてますけど、これをどんなふうにして推進していくのかという具体策も、その点に関してお答えいただきたいと思います。

それから、「にも包括」のいろんなパッケージには、アウトリーチ推進事業とか、そういういろんなパッケージが入ってると思いますけれども、そういうことに対する言及がないんですけども、その辺ところはどんなふうにか考えているのか教えていただきたいと思います。

それから、コーディネーターなるものとアドバイザーというのが出てますけども、これは具体的に何を意味しているのか、誰を意味しているのか教えていただければありがたいと思います。以上です。

(事務局(精神保健推進室長))

ありがとうございます。資料1の5ページ、こちらのパッケージについての御質問でありました。こちらには数値目標の記載はございません。ただ、私どもとしましては、「にも包括」の取組も含めまして、県の精神保健福祉ということで、障害福祉計画であるとか、そういったところで地域移行に関する目標数値を設定してしまして、これらのパッケージを推進することによって長期入院者数、退院率、そういったところの向上を目指してまいりたいと思っております。また、このパッケージは、それぞれ実施をする個々の事業につきましても、それぞれ目標などを設定しながら、取り組んでまいりたいと思っております。

次に、「にも包括」の中でアウトリーチという部分については、この中で申しますと地域移行の取組の中にそういった部分も含まれてくると思っております。アウトリーチに

については今現在、「にも包括」とは別な事業の中で精神保健福祉センターによるアウトリーチであるとか、そういった部分で取組を行っているところです。「にも包括」の中でどういう事業を今後進めていくかというのは、これから検討してまいりたいと思っております。

次に、資料1の15ページあるかと思いますが、コーディネーターの配置、都道府県密着アドバイザーの配置というものであります。コーディネーターにつきましては、保健福祉事務所に会計年度任用職員として専門職を配置するという形になってございます。こちらを配置し、県の担当職員と連携をしながら、それぞれの圏域の「にも包括」の活動についてサポートをしていくということでございます。また、都道府県密着アドバイザーにつきましては、各保健福祉事務所で圏域の有識者、「にも包括」の活動に携わっている方を選任させていただいて、そちらの方に外部の有識者の目線でアドバイスをいただきながら、県の保健福祉事務所等での活動をサポート・御助言等をいただくということで取り組んでいるところです。

(西尾委員)

同じく「にも包括」のところですね。モデル地域の体制整備事業をやって、今、話題にもなったコーディネーターとかアドバイザーの質問をしたと思うのですが、その下の地域移行推進体制整備事業で、これ予算が2,370万ということで全部の「にも包括」予算の半分近くになっているんですが、内容としては、療養生活継続支援加算を算定するための精神科病院の院内体制整備を行う精神科病院に対して行う経費補助ということで、特定の地域の精神科病院が診療報酬を得られやすくするために補助するというので、それ自体は釈然としないところもあるんですが、あるいはかなりの予算なので実際、今年度の事業を元に横展開するというのであれば、今年度どのような取組がされて、どのような知見が得られたかということ、予算額も高いだけにお聞きしたいところです。なぜこういう話をしたかということ、この後、合併症の議論とかもあるんですが、例えばこのお金が適切に使われていないのであれば、圏域の合併症の対応の構築にお金をまわすということも十分考えられると思うので、今現状でこの療養生活継続支援加算に関する取組がどうかというのを知りたいと思います。

これは令和4年から診療報酬が付いてるんですけども、医療機関が行うケアマネジメントという位置付けで、従来の障害者ケアマネジメントが福祉側のケアマネジメントとすれば、それと拮抗をするようになったりしてですね。そこら辺の整理も踏まえて、お願いしたいと思います。

(事務局(精神保健推進室長))

ありがとうございます。資料1の16ページでございますが、地域移行推進体制の整備事業の現状の取組ということでございます。こちらについては、事業の立ち上げをした

後、様々御意見もいただいております。今現在こちらの経費補助についての補助要綱などを作成している段階で、早急にそちらの方の準備を進めて実際に医療機関に使っていただけるようにということで進めてまいりたいと思っております。内容としては、人件費補助だけではなく、新たな人を確保するものだけではなくて、今、医療機関においてそういった活動に携わっている方、あるいはこれから携わっていく方の研修経費であるとか、人材育成の経費であるとか、そういった部分にも使っていただけるような補助の形にしていきたいと考えております。

(原委員)

今の話ですけれども、クリニックもこの病院に入ってるんですか。精神科病院って書かれてありますけど、診療所は外れているということでしょうか。

(事務局 (精神保健推進室長))

こちらの事業につきましては、今のところ病院を対象にということと、あともう一つ、仙台市以外の医療機関ということをご想定しております。

(原委員)

それじゃあ、診療所はもらえないってことですか。仙台市以外も。

(事務局 (精神保健推進室長))

診療所は入らないということで、今のところそういう形で検討をしております。

(原委員)

それはおかしいでしょ、差別です。それはね、診療報酬に対して公平じゃなければならぬんで、公平じゃないところで競争排除するっていうのは、これは県としてはどういふものなのでしょうか。もう一回再検討をお願いしたいと思います。診療報酬ですから、結局は診療所だろうが、病院だろうが決まってできるわけですよ。だけど、病院だけ付けるっていうのはおかしいでしょ、どう考えても。

(事務局 (精神保健推進室長))

いただいた御意見を踏まえまして、検討してまいりたいと思います。

(草場委員)

資料の1の図を拝見しますと、障害者にも対応した地域包括システムの構築イメージということで、住まい、医療機関、それから地域の様々な介護系福祉系の人たちが障害者と生活してるっていうふうになっていて、それはまさに名取の精神医療センターを中心にし

た地域のイメージそのものだなというふうに改めて思ったんですが、ただここで生活している障害者の人たちが完全に満足しているわけではなくて、いろいろな意見要望を持っています。今日示された案の中に、私が見落とししてるかもしれませんが、障害者当事者の意見を汲み上げて、日々アップデートして、制度をアップデートしていく仕組みが無いように思うんですが、もし、私が見落とししているならどこか教えてください。もし無いのであれば、どこかの部局がシステムとして入れなければ、言葉だけになってしまうので、そのシステム化の方策を考えていただきたいと思います。

(事務局 (精神保健推進室長))

ありがとうございます。資料につきましては、12ページであります。こちらの精神保健福祉の関係事業説明会ということで記載しており、今年5月に開催をしております。当事者、御家族、団体に御案内をして、説明会を開いております。その場では記載のような様々な御意見もいただいております、こういったものを事業の中身であるとか、事業を推進していくところに反映をさせていくということで想定をしております。

年に一回開催をしているところではありますが、御意見にもあるとおり定期的にとこのような御要望もありますのでこういった意見を聴取する機会というのは、このパッケージの中には掲載はしておりませんが、「にも包括」に限らず、様々な御意見をいただく場として引き続き継続してやっていきたいと思っています。

(姉齒委員)

私は(宮城県障害者自立支援協議会)精神障害部会の方から参りましたが、前にもお話ししたと思うんですけど、「にも包括」の協議の場の未設置地域が10か所ということでお話いただきましたけど、その10か所がどこにあるかという、モデル地域がある仙南が3つの市町、仙台圏域が3つの町、そして大崎圏域が1つの市と3つの町ということで、大崎圏域は1つの町以外は未設置なのが現状です。

それから、私はにも包括構築推進サポーターということで、県北の方の状況も地域の方から聞いてみたんですね。そうしたらまず、今年度になってから、地域で実施した県の説明会かなんかに出た保健師さんから「私、にも包括って初めて聞きました」という声を聞いたとか。それから開催するにあたっては、町自立支援協議会の委員さんはほとんど皆さん「にも包括」を知らないから、ゼロベースで話をしてほしいと、そういったお話をいただくので、これは精神保健福祉センターが仕事をしてないというわけではなくて、まだまだ行政や市町村自体の取り組みに対する力の入れ方が弱いのかなと思います。

2か所のモデル地域は確かに未設置地域が多いと思いますけれども、大崎地域も正直言って悲しい状況でありますので、決してそのモデル地域ということに限らず、ほかのところも県で力を入れてやっていただけないかなというふうに思います。いかがでしょうか。

(事務局 (精神保健推進室長))

ありがとうございます。「にも包括」の取組につきましては、今回モデル地域として仙南・仙台でコーディネーター配置ということでやってございますが、他の保健福祉事務所におきましても「にも包括」の取組については、今年度から力を入れて行ってございます。先程、未設置の地域すべてで開催目標にするといったところはモデル地域以外についても同じ考え方で取組をしてみたいと思っております。また、来年度以降につきましては、どういった形になるか未定のところもございますが、仙南・仙台での経験を踏まえて、県北地域でやれるかというところを検討して、モデル地域の取組は横に展開してみたいと思っております。

(草場委員)

先程の質問、もう一回当事者の関与という問題を質問します。

今日参考資料として配っていただいております、仙台弁護士会の総会決議、この8ページの4項にですね。精神障害者の権利擁護に関する問題ということで、この4病院問題を取り上げているんですが。今ここで皆さんに読んでいただきたいのは、障害者権利条約4条3項、この審議会でも何度も触れたところですが。条約締結国、日本も条約締結国ですが、条約実施のための政策の実施、策定実施、それから障害者に関しての問題についての意思決定過程において、次のようにしなさいという、二点ですね。一つは、障害者を代表する団体を通じ、障害者と緊密に協議すること、これをやりなさい、これが第一です。第二に、これをやりなさいって言うてるのは、障害者を積極的に関与させるということです。先程御説明もあったように、家族や障害者の意見を聞くというのはとてもいいことで、それをやっていただきたいんですが、ここに書いているのは、ただ意見を聞く、利用者の意見を聞くということになると、そのケアをしてくれている相手に遠慮とかいろいろありますので、ここで書いているのは、団体を通じて協議をするというところがあって、それはとても大事なところなんです。それでも問題に応じてどういう団体を相手にするかっていうのは基準が必要だと思いますが、この「にも包括」についてはどういうシステムでやるのか、そして意見を聞くだけではなくて、積極的に障害者を参加させると言っている。このことにどう答えるかっていう、その辺の言及というか、仕組みの言及をお願いしたいと思います。今日できないと思うので、次回の審議会で結構ですので、検討結果をお知らせください。

(富田会長)

そういうことでよろしいでしょうか。一人一人聞いていくと御意見が出てくると思いますが、令和6年度の途中ということなので、できれば年度内に審議会を開催し、今年度の取組の成果と来年度どうするのかということをもう少しできれば詳しい資料で説明いただきたいです。これをやることで、どういうふうに、「にも包括」が進んでいくのか、例え

ば地域移行がどう進んでいくのか、その辺が見やすいような形でもう少し資料を整理して  
いただいて、もう一回ぐらい年度内に審議会の開催をしていただきたいです。

はい、原委員。

(原委員)

もうこの問題は非常に大きな課題なので、改めて審議会を開催した方がよろしいんじ  
ゃないでしょうか。

(富田会長)

もう少し資料とかも揃えていただいて、令和6年度内に開催を検討していただきたい。  
続きまして協議事項に入りたいと思いますが、それでは草場委員の方から。

(草場委員)

進行について、御提案があります。お諮りください。前回の審議会では、県の職員の方  
や患者さんの意見をここで聞くということを決めたと思います。ただ、なかなか県から新  
しい案も出なかったのもそういう機会もないまま過ぎていきましたが、今日患者さんが是  
非発言したいということで準備をしてくださっていますので、5分から10分くらいの間  
でお話をいただければと思いますが、どうでしょうか。

(富田会長)

よろしいでしょうか。当事者の方からのお話をお伺いするというので、御異議のある  
方、いらっしゃいますでしょうか。

(委員から異議の発言なし)

それでは席の準備をお願いします。

(青木氏)

みやぎユーズアアクション実行委員会の青木もらんと申します。名前は仮名です。第  
一回目の審議会でご貴重なお時間をいただき、精神医療を利用する当事者の訴える場を設け  
てくださったこと、大変ありがとうございます。感謝申し上げます。

訴えの前に、今般の丸3年に及ぶ移転計画の議論において、体調を崩し入院に至った精  
神医療ユーザーが何人もいること、ユーズアアクションでも代表を含め、複数人が何度  
も入退院を繰り返している事実を御認識ください。県の移転構想は、病を持つ者に対して  
加害し、病状を悪化させ、日常を脅かしている事実を重く受け止めていただきたいと思  
います。さて、病院建替えについて私からの訴えです。

- 一 現地建替えを含む名取市内での建替え以外に選択肢はない。
- 二 名取市内での建替えに際し、委員会、作業部会などを立ち上げてほしい。

- 三 議論に精神障害当事者と現場をよく知る支援者、医師、看護師などを参画させる。
- 四 議論をする人選は県の一任ではなく、宮城県精神保健福祉審議会を通して決めていただく。
- 五 現在の精神医療センターは閉鎖病棟だけになっているが、開放病棟を設ける。
- 六 児童思春期の患者と家族の不利益にならないよう、現在の治療環境、支援体制を維持継続し、更なる地域生活の安全と安心を約束すること。
- 七 「にも包括」への連携を念頭に置き、地域移行がスムーズなシステム作りをすること。
- 八 そのために地域に開かれた病院を再度目指し構築し直すこと。
- 九 現在の精神医療センターの強みは、看護師の質の高さだと思う。ハード面だけにお金をかけるのではなく、人材の確保育成に十分な予算を割くこと。

以上が精神医療を利用する当事者としての思いです。

最後にこれまで審議会で議題に上らなかったことですが、是非これからお話しすることの議論を期待いたします。2021年9月、県立精神医療センターが村井知事の進める病院再編構想に巻き込まれて3年2か月が経ちました。村井知事の提案があるたびに具体的な移転反対の根拠や意見、当事者の声を県に届けてきましたが、そのたびに私たちの行動に対して励ましや賛同の声を県民の方々から頂いた一方で、当事者間でも心ない言葉やSNSでの誹謗中傷にさらされ、現在に至っています。また、この移転問題では、県は北と南に分けてお話しされることが多かったんですが、既に分断が持ち込まれ、深い溝ができていると感じます。この溝が今後、我々精神医療ユーザーの生活にどのように影響するかは未知数であり、強い不安を感じています。私たちは精神医療を利用する当事者という立場で、県立精神医療センターの名取市内での建替えを求めて精いっぱい声を出してきました。精神障害当事者は知事が折に触れ、会見の場で仰ったような判断できない人間ではなく、一人一人が意見を持った県民であることをお忘れにならないでいただきたい。知事はじめ県幹部の方々には私たちの言葉を真摯に受け止めていただき、役職を離れても、部局内で最大限偏見や差別解消に誠意を持って取り組まれ、そして県の意に反する意見を持った者に対する不利益行為がなされないように求めたいと思います。是非この審議会でのことも議論していただき、不安のない日常を取り戻すための具体的な県施策の検討実施を切に望むものです。

(富田会長)

青木さん、ありがとうございます。今の言葉を重く受け止めて、審議に入りしたいと思います。

それでは、まず県の方で建替えの方向性について資料を基に御説明よろしくお願ひします。

(事務局(県立病院再編室長))

資料3を御覧ください。県立精神医療センターの建替えの方向性について、御説明いたします。

初めに、「1. これまでの経緯」ですが、県では令和3年9月に精神医療センターを富谷市に移転し、東北労災病院と合築する構想を発表し、労働者健康安全機構との協議を開始しました。この構想に対し、患者や家族などの当事者や関係者の皆様からは、「県南部の患者の入院・通院が困難になる」「県南部のコミュニティや文化が損なわれる」など、様々な御意見を頂いているところであります。昨日開催された宮城県障害者施策推進協議会においても、当事者である委員から、検討に時間を要している状況を踏まえ、「当事者の生活を揺るがしている」といった御意見を頂いております。

県のこれまでの対応案といたしましては、精神医療センター移転後の県南部の精神科医療体制を確保するため、「名取市の新病院に精神科の外来機能を設置する案」や、「民間の精神科新病院を誘致する案」などの検討を行うとともに、昨年12月には「県立のサテライトを設置する案」を提案し、本審議会でも今年2月に御報告したところです。また、県から提案したサテライト3案に対して、2拠点化による経営面や人員配置への懸念のほか、本院は名取市に設置すべきといった御意見を頂いたことから、現在、提案のサテライト3案にこだわらず、柔軟かつ多角的に対応案を検討しております。

次に、2ページを御覧ください。建替えの方向性に係る現在の検討状況を御説明いたします。建替えの方向性としては、大きく3パターンに分けて整理しております。

初めに、パターン①は、「富谷市と名取市にそれぞれ新病院を設置」する案であり、それぞれの機能・規模は、富谷市に本院を置く現行案から柔軟に見直しを行いたいと考えております。メリットとしましては、今後、病院間での協議・検討が必要となりますが、富谷市における精神医療センターと東北労災病院の合築による身体合併症対応力の向上とともに、名取市の精神医療センターによる県南部の精神科医療提供体制の維持が可能である点が挙げられる一方、課題としては、2拠点化による財政負担の増加のほか、2拠点でも持続可能な人員配置にするため、休日・夜間の当直体制などの大きな見直しが必要となります。

次に、パターン②は、「精神医療センターの機能を富谷市に段階的に移行」する案であり、移行期間を設けることで利用者や職員等の環境変化による影響の緩和を図るものです。内容としては、名取市の現センターの機能について、数年かけて段階的に富谷市の新センターに移行させ、機能移行と合わせ、現センターの規模を縮小して建て替えるものです。メリットとしましては、パターン①同様に富谷市のセンターと東北労災病院の合築による身体合併症対応力の向上のほか、移行期間中に富谷市、名取市それぞれの地域の「にも包括」体制の整備が可能になるものと考えております。一方、課題としましては、パターン①同様の課題のほか、段階的整備による財政負担の増加や、詳細な機能移行計画の策定、また、老朽化した現施設の利用期間が長期化する可能性が挙げられます。

最後に、パターン③は、「名取市に本院を設置、富谷市に県北部の精神科医療に対応する機能を整備」する案です。なお、県北部の精神科医療に対応する機能については、入院機能ではなく、地域の「にも包括」体制の整備に向けた必要な機能について、今後検討していく必要があるものとして整理しております。メリットとしましては、県南部の精神科医療提供体制が維持され、県南部在住の利用者や職員への影響が少ないことが挙げられます。一方、課題としましては、「名取市内で本院建設に十分な広さを持つ建替用地の確保が必要」となるほか、「精神科単科病院として単独で建て替えるため、身体合併症の対応に課題がある」こと、また、パターン②同様、「土地の状況によっては建替えまでの現施設の利用期間が長期化し、財政負担が増加する可能性がある」ことが挙げられます。

次に、3ページを御覧ください。仮に名取市内に本院を設置する場合の建替場所について、御説明いたします。令和元年度の「県立精神医療センターのあり方検討会議」では、建替えに関する提言として資料記載の①から⑤の項目が挙げられています。これらの提言を踏まえると、建替えの検討に当たっては、資料の下に記載のとおり、「ア 隔離室・個室不足解消のために十分な面積を確保できること」、「イ 施設の老朽化が著しいため、早急に建替に着手できること」、「ウ 県民の利便性の向上及び精神科救急を行う上での交通アクセスの良さ」、「エ 身体合併症対応のため、近隣の一般病院との連携体制が構築できること」の4つの事項に特に留意すべきと考えております。

なお、仮に名取市内に本院を設置する場合の建替用地については、アからウの条件を踏まえて、候補地を検討してまいりますが、民有地については土地の取得や造成等に長期の時間を要することが想定されることから、県及び県立病院機構が所有する土地を候補地として、今後、検討してまいりたいと考えております。また、エの身体合併症への対応については、本日の協議で委員の皆様から御意見を伺いたいと考えており、資料4で詳しく御説明いたします。

次に資料4を御覧ください。宮城県の精神科医療における身体合併症の整理について、御説明いたします。

初めに、1ページを御覧ください。上段に、「令和元年度『県立精神医療センターのあり方検討会議』における『身体合併症』に関する提言」の抜粋を記載しております。資料3の説明でも一部触れましたが、身体合併症に関しては、「近隣の一般病院との連携体制の構築」や、「急性期精神医療における身体要因の鑑別・身体状況への対応を適切に行う必要がある」ことなどについて提言されております。

また、下段では、令和3年1月に厚生労働省が公表した「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書より、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制」について、抜粋して記載しております。精神科救急医療体制は、精神障害者の地域生活を支える重要な基盤として位置付けられ、「にも包括」の一環として、緊急の医療を必要とする精神障害者が、適切かつ迅速に医療を受けられる体制がセーフティネット機能として重要であり、その構築が求められています。

報告書では、「(1) 精神科救急医療の提供に係る機能分化」として、精神科救急情報センターの設置、充実などの「①平時の対応・受診前相談」のほか、「②入院外医療の提供」や、身体合併症への対応を含む「③入院医療の提供」、「④精神科救急医療体制整備の調整・連携」が記載されております。また、「(2) 身体合併症対応の充実」として、都道府県等において精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図ることなどが示されたほか、地域の実情に応じ、精神症状と身体症状を一元的に対応できる身体合併症対応医療施設の整備についても、今後、推進していくことが求められたところで

す。

次に、2ページを御覧ください。精神医療センターの身体合併症への対応状況について御説明いたします。宮城県の精神科救急医療体制については、精神医療センターが休日・夜間帯の対応を担うことで基幹的な役割を担い、輪番に参加する民間医療機関と連携して、24時間365日の切れ目のない精神科救急体制を構築しております。なお、身体合併症患者については、現状として、平日・日中を中心として精神科病床を有する総合病院等で対応しておりますが、精神単科病院である精神医療センターでは、身体治療に必要な医師や検査機器等の体制が整備されておらず、精神症状が急性的に出現した患者に対する器質因の鑑別を含め、身体合併症患者の対応が難しいことから、患者受入について課題を有しているものと考えております。

なお、参考1として「精神医療センターにおける身体合併症の対応状況」、参考2として「精神科救急情報センター実績」を記載しております。精神科救急情報センターは、医療機関や救急隊などからの受診前相談の体制として重要な役割を担っていますが、約500件程度の受診相談のうち、身体科優先を理由として受入れを断っている件数が40～50件程度ある状況となっております。

次に、3ページを御覧ください。本審議会では委員の皆様から頂いた御意見のうち、身体合併症に関するものを抜粋し、「単科精神科病院における対応」、「総合病院における対応」及び「精神医療センターにおける対応」の3つに分類して記載しております。赤字の部分ですが、「開業医や総合病院に、偏見なく当たり前に精神障害者を診てもらえるようにすることが必要」、また、「総合病院内の精神科では、夜間の人的配置が不十分であり、夜間は引き受けられない」といった御意見のほか、精神医療センターにおける対応について、「身体的な診療や器質因な要因の鑑別診断をできる体制がないことが問題」など、身体合併症に関して様々な御意見を頂いております。

次に、4ページを御覧ください。身体合併症患者の救急・入院対応に関して、県で実施したヒアリングなどを踏まえ、医療・救急関係者の御意見を記載しております。精神科、一般科、救急隊の区分で、資料の左側が入院前の対応、右側が入院後の対応に係る御意見となります。

初めに、資料左側の入院前の対応については、総合病院の精神科から「精神科病院で診察を断られた身体合併症患者が、ウォークインで受診に来ることがある」、「夜間・休日

において、医療スタッフの配置等の課題から、精神症状が重篤な身体合併症患者の受入れは困難」といった御意見がありました。また、一般科の区分では、精神科病床のある総合病院の救急科から「身体症状の緊急性・重症度が低い事案を、搬送困難事案として受け入れることも多い」との御意見や、救急隊からは「身体所見がない又は緊急性・重症度が低い救急要請も多い」との御意見を頂いております。

次に、資料右側の入院後の対応については、総合病院の精神科から「単科精神科病院は身体管理等が必要な患者の受入れに消極的なため、身体治療後の転院調整が難航することが多い」との御意見があったほか、単科精神科病院から、入院患者の身体治療等について、「精神症状が重篤な患者は転院先の調整が難航する場合がある」との御意見を頂いております。また、一般科の区分では、総合病院の救急科から「精神疾患・症状を有する患者を受け入れる場合は、HCUなど常時スタッフの目が届く病床への入院となるため負担が大きい」といった御意見を頂いております。

次に、5ページを御覧ください。宮城県が抱える身体合併症対応の課題について、日本精神科救急学会の「精神科救急医療ガイドライン」に基づき、整理した内容となります。資料の上段左側は、ガイドラインから抜粋した類型概念図であり、精神症状・身体症状それぞれの重症度に応じて、タイプ1からタイプ4に分類されております。例えば、タイプ1については、精神症状の重症度が「中～高」、身体症状の重症度が「無～低」の一部の領域となり、資料右側に記載のとおり、精神科病棟での身体的治療が想定されております。この分類を基に、身体合併症対応の課題を整理しますと、県としましては、赤の点線で示している領域の課題①から課題⑤まで、大きく5つの課題があるものと考えております。

まず、課題①について、タイプ1のうち精神重症度「中～高」で、身体重症度が「低」の領域において、単科精神科病院の中で、身体症状の重症度は低いですが精神症状は重篤な身体合併症患者に対応できる医療機関が限られていることが課題と考えております。

次に、課題②について、タイプ3の領域において、精神科病床のある総合病院では、夜間・休日における精神症状が重篤な身体合併症患者の受入れが限られていることが課題と考えております。

次に、課題③について、タイプ1のうち精神重症度「中～高」で、見かけ上の身体症状が無い領域において、急性的に精神症状が出現した患者の身体疾患・症状の評価として、器質因の鑑別に対応できる医療機関が限られていることが課題と考えております。

次に、課題④について、身体重症度「無～低」、精神重症度「無～低」の領域において、救急搬送の必要性が低く、受入病院の調整が難航して搬送困難事案化するケースがあることが課題と考えております。なお、この課題については、主に一般救急の課題であると認識しております。

最後に、課題⑤については、入院後の出口対応の課題となりますが、身体重症度「低～高」・精神重症度「中～高」の領域において矢印で示しておりますとおり、身体の治療を

終えた身体合併症患者について、身体管理や空床管理等から転院調整が難航していることが課題と考えております。

これらの課題については、精神医療センター単体で解決すべき課題というより、むしろ県全体の課題として考えていく必要があります。今後の検討を踏まえ、仮に精神医療センターを単独で建て替える場合には、課題①の「身体重症度が低い患者の対応」や、課題③の「器質因鑑別」について、精神医療センターの機能強化を図るほか、課題②の夜間・休日の対応や、課題⑤の身体治療後の転院調整についての、精神科病床のある総合病院との一層の連携強化などについて、引き続き現場の声を伺いながら、県全体として、身体合併症の対応力を向上できる体制構築を目指してまいりたいと考えております。

最後に6ページを御覧ください。東北労災病院と移転・合築する場合の身体合併症対応について、先程の類型概念図を基に、期待される効果を整理しております。資料に記載のとおり、東北労災病院との移転・合築により、主にタイプ1とタイプ3の領域において、身体重症度の低い身体合併症患者の受入れや、夜間・休日の対応、器質因鑑別のほか、身体合併症患者の転院受入などの効果が期待されますが、いずれも実現に向けては今後の病院間協議が必要になるものと考えております。資料4の説明については以上です。

(富田会長)

御説明ありがとうございました。ただいまの御説明を基に審議に入っていきますが、その前に我妻委員から御意見を資料として頂いております。最初に我妻委員の方から、資料に基づいて説明をお願いできますでしょうか。

(我妻委員)

委員の皆様には私の意見書は渡していただいているでしょうか。それでは私の意見書を読ませていただきます。今回の審議会の議題は、県立精神医療センターの建替の方向性についてということですが、私の意見としては、初めに精神医療センターに入院された方々や通院されている方々の当事者の意見を聞いてから事を進めるべきであったと思います。政治や行政に携わる方々が、一番困っている方々や悩みを抱えている方々に真摯に耳を傾けるべきであったと思います。そのためにこそ政治や行政、経済があるのだと思っております。

その原点に立ち返れば、名取市に医療センターを建て替えることが最も妥当であると思います。私は白石市内に住んでいますが、私の知っている人でも精神医療センターに通院している人が結構多くおります。仙南医療圏にとって、精神医療センターは唯一の24時間対応していただける救急病院です。

私が審議委員になってから4年以上経ちますが、精神保健福祉審議会で話し合われて計画を立てたことが具体的にどう変わったかということを見ますと、仙南医療圏を見る限りほとんど何も変わっていませんし、地域包括支援もなきに等しいです。受け皿も何もありません。

ません。グループホームもなきに等しいです。日下委員がいらっしゃいますが、陽光園さんでグループホームやってらっしゃいますが、そこぐらいですよ。

県立精神医療センターの問題もしかり、土地や金の問題もあるとは思いますが、心の悩みや病にかかった当事者の声を、是非政治や行政に携わる方は一番大切にしてほしいと思います。更に言えば地域包括支援センターの構築のための予算を具体的に付けて、それによって具現化していくよう切にお願いいたします。最後になりますが、私としては断固として精神医療センターが富谷に移転することに反対いたします。以上です。

(富田会長)

我妻委員、ありがとうございました。

それでは続きまして、岩館委員の方から資料の提出をいただいておりますので、御説明をよろしくをお願いします。

(岩館委員)

私の方から参考資料3の説明をします。9月の県議会において、県が柔軟かつ多角的な検討に方針を転換したというか、考え方を変えたということで、名取に建て替える案が加わりました。ただ、名取で建て替えの場合には、名取に土地がない、身体合併症に対応できない、県北の医療に貢献できないという3つの課題があるという話が出ていたので、それについて宮城精神科病院協会として分析をした結果です。

まず名取に土地がないということですが、調べると、前に我々が提示した応急仮設住宅跡地の他にも、名取病院時代に農場として使っていた土地が3万㎡以上あり、合わせると県立病院機構はこの辺りに6万㎡の土地を持っていることがわかりました。土地がないということにはならないだろうと思います。

遺跡が出るというお話でしたけれども、資料2を見ていただきたいのですが、昔の航空写真を見ると、畑として使っていた跡がはっきりわかるんですね。登記簿上も県立病院作業場という地目になっていた時代があるので、ここまで畑として掘り起こしていれば、遺跡が出る可能性は非常に低いのではないかなと思います。本調査までやると確かに時間がかかるようすけれども、よくよく調べると仮の調査をして、それで問題があった場合だけ本調査に入るようです。仮の調査だけで済むならば、何か月単位で終わるだろうと思います。多分、遺跡は出ないでしょうから、この土地は活用できるのではないかと思います。土地の高低差と道路の進入と退出が不便だという御指摘を受けていたんですけれど、それについては何らかの形で解決ができるのではないかと思います。今日提出した資料を後で御覧いただければ、1つの解決策を提案してあります。

二番目に身体合併症のことですけれども、資料3を見ていただきたいのですが、今まで身体合併症が大変だ大変だという割には、データがないままに議論していたと思います。今回、令和5年度の入院施設状況調査結果が公表され、その中で身体合併症による転院に

ついて各病院のデータが初めて出たわけです。この結果は非常に興味深いものでした。資料3のグラフの青いところは、身体合併症の治療のために精神科のない病院に転院したというもので、非常に多いんですね。見れば気仙沼とか石巻とか、あるいは涌谷とか、いわゆる総合病院精神科がないところで多いわけですが、これらの地域では周りの一般病院と連携が取れているから、こういう結果が出ているということだろうと思います。

オレンジ色は精神科があるけれども、精神病床ではなく一般病床に転院したところです。例えば古川グリーンヒルズはオレンジ色が非常に多いのですが、ここは大崎市民病院が近くにあつて、精神科はあつても精神科の入院病床がない病院ですが、ちゃんと一般病床で引き受けて診てくれていることが分かります。

赤のところだけがどうしても精神病床で対応しなければいけない部分で、これは仙台市内にある4つの総合病院精神科で引き受けている訳です。精神医療センターの身体合併症による転院数は、実は年間20件で、よその病院に比べてとりわけ多いわけではไม่ใช่よ。それを考えると、精神医療センターの身体合併症問題が殊更大きく取り上げられる必要はないのではないかなと思います。

精神医療センターの特徴は、赤の部分が非常に多いことです。それだけ精神状態が悪い人が多いということだと思いますが、他の民間精神科病院でもやっぱり同じぐらいの数は総合病院精神科で引き受けてもらっているの、市内の総合病院精神科は一応公平にというか、必要な人は受けているという結果ではないかなと思います。

ですから、精神医療センターのあり方検討委員会では、「近隣の一般病院との連携を図るべき」ということになっているけども、そこが逆に言うとまだできていない。仮にがんセンターと日赤が名取市植松にできたとすれば、そことの連携が今後は可能になるわけです。今まで殊更に身体合併症が強調されてはいたんだけど、現状は県内の各病院がそれぞれ頑張って近くの病院と連携を取れているという結果ではないかなと思います。

個別のケースを言えば、満床で無理だとか、断られたというケースは出てくると思うんですけど、全体としてみれば88%は精神科の病床ではなくて、一般の病床で対応しているという結果です。それから全部の退院の8.9%、つまり11人に1人は身体合併症による退院という結果で、もしかしたら、地域移行で退院するよりも多いという現実なのだと思います。そういう意味では、確かに身体合併症の対応は大事ですけども、これは精神医療センターだけの問題ではないと思います。

もう一つは、救急のときの器質因の鑑別というお話で、これは前にも言いましたが、救急の会議で、ある救急の先生が、多分精神医療センターのことだと思いますけれども、「身体的な疾患を否定してから連れてこい」と言ったということで、救急部の先生が会議で非常に激怒して、「身体疾患を否定してから来いというのだったら、我々は精神疾患を否定してから来いと言っていいのか」というお話が出ました。「身体的な鑑別をしてから来てください」とか、「うちでは鑑別できません」ということが、実は一般病院の先生方から非常に批判されている現状があります。

救急搬送基準ができたので、一般科というか救急の先生方がだいぶ我慢してくれたというか、本当は精神科が診るべきだと思っても、救急隊が身体的な方が先だと思えば、救急の先生が先に診てくれるわけですね。ところが精神科に頼むと医者が診察もしないで「鑑別ができませんから」っていうふうに断られるという。ここを我々精神科も考えなければいけないと思います。救急の方が一生懸命診てくれると言っているときに、精神科が初めから「鑑別できませんから診られません」というのは、精神科が批判されてもしょうがない。「検査機器がないから診察できません」というのはどうなのかなと思います。

先程県の方からタイプ1とか課題①②③というお話が出ましたけれども、それ以前のもっとベーシックな問題があるのではないかなと思います。身体的な疾患の鑑別というところを誰がどういう責任でもって診るのか診ないのか、断るのかということをもう少し揉んだ方がいいのではないかなと思った次第です。

以上、名取での建て替えの話が出ていたので、多分そのときに課題になりそうなことを先取りしてお話ししました。何が言いたいかというと、名取で単独で建て替えても多分大丈夫だろうということを言いたいわけです。今まで身体合併症のことは、労災病院と合築しないとできないみたいに言っていましたけど、例えば精神医療センターは、さっき言った赤の部分が多いわけで、これは労災病院と合築しても解決しないですよ。労災病院に精神病床はないので、合築したら隣の精神医療センターで入院させて診てくださいという話になります。否応なしに精神医療センターで引き受けざるを得なくなります。そのとき、一番大変なのは看護師さんだと思います。労災病院の医者は「こうやってください。何時間おきにチェックしてください」と指示を出すだけで、現場の看護師さんは身体的な管理で非常に大変になるはずですよ。

県立病院機構はいずれ精神科の病院しか持たないことになるので、そこで働く看護師さんは精神科しか経験しない看護師さんが多くなります。その中で身体合併症を診ながら精神科救急もやるというのは、現場の負担が非常に大きいと思うので、ここはむしろ総合病院精神科の方で診た方が、多分どちらにとっても良いのではないかなと思います。

そうすると、総合病院精神科が宮城県は少ないので、そこをどうやって増やすかという話になるかなと思います。労災病院が精神科の病棟を持ってくればいいですけど、多分なかなかそういう話にもならないと思うし、それから県北の総合病院精神科がない地域にそういう病院ができればもっと良いと思います。だから、労災病院と合築したから解決する問題ではなくて、各地域で総合病院精神科がもっとできるかどうかという問題ではないかなと思っている次第です。

(富田会長)

ありがとうございました。ここまでのところで、まず我妻委員の方からは、結局「にも包括」が始まっても、グループホームとか地域の環境の改善が実感されないということ、この辺は先程もありましたように、今後、「にも包括」の検討を進めていくということ

ここで議論をしていければと思います。あと、やはり名取での建替えが必須であるという御意見を改めて審議会としても受け止めたいと思いますし、県にも検討いただければと思います。岩館先生の御説明につきましては、何か県から建替えの場所の話であるとか、あるいは身体合併症のことについて見解がございましたらお願いします。

(事務局 (保健福祉部長) )

まず協議事項の冒頭で患者の方からお話を賜りました。そのことを受けまして、特にここまで時間が長引いて多大なご労苦をおかけしてしまっていると自体に対しましては、村井知事が9月の定例記者会見の場においても大変心苦しく申し訳ないと思っているといったことを申し上げたところでございます。私ももとより同様の気持ちでございます。

ただ、いたずらに時間を経過してしまったといったことは我々としては思っておらず、そういったことでありながら、結果としてのことで非常に申し訳ないという気持ちは持っていますけれども、本日先程説明いたしましたとおり名取での建替えも正式な案の一つとして位置付けた提案を、複数案という形でございますが、今回御提示させていただきました。それに対して様々な議論、特に身体合併の対応については、御説明したとおり色々なタイプ分けを掘り下げた分析を精神医療救急学会のガイドライン等から、我々なりに時間をかけて分析した上で、こういった個別の課題をどうやって解決していけばよいのかといったことについて皆様の御意見を賜って、何とか解決の方向に向かっていけたらよいのではないかという思いで、御提案させていただいたところでございます。岩館先生から個別のデータをもとに様々な御提示をいただきました。そういったことを踏まえまして、我々としても更に分析研鑽を深めていって、前に進めていけるように今後とも努力していきたいという思いを強くしたところでございます。

その上で岩館委員から新たに、いわゆる道路向かい側のグラウンドと言っていた土地の更にその奥にある農場ということで、これもまた病院機構で持っている土地だということは確認できました。真ん中に神社か何かがあるようで、参道みたいなものがあって土地が分かれているような形で、一体の土地として全部使えないようになっているようでございますが、現地の建替えという話も以前からいただいておりました。また、道路向かいのグラウンドについて、是非考えるべきといった意見も以前からいただいておりました。

そして、今回新たな御提案も頂いたということに加えまして、一部報道でも出ておりましたが、がんセンターの土地につきまして、昨年12月、仙台赤十字病院とがんセンターの統合新病院を名取に建て替えるといった基本合意がなされたことによりまして、がんセンターが無くなって統合されることになりまして、跡地が発生するといったことが出てきました。その結果、選択肢の一つに、そこも活用できるのではないかということが新たに加わったものですから、これまで現地の建替えですとか、向かい側の土地については、様々な理由でなかなか難しいといった説明を繰り返し申し上げてきたところではございま

すけれども、がんセンターの土地が加わり、また今日、岩館先生から新たに御提案をいただいたといったことでございます。

がんセンター跡地も非常に平場で、造成も必要のない広い土地ではありますが、まだ課題もございます。具体的には、まだ移転まで時間がかかりますので、その間、どうやって現センターを維持管理していかなければいけないかとか、また、周辺的生活環境といった面から見ると、現センターの土地からすると、いわゆる寂しいというか、そういった生活環境の土地でもありますので、そういった様々な個々のメリット・デメリットを更に分析し、並行して検討を加えながら、名取の方向でといった場合には、どの土地でやっていくのかということも併せて検討することで、これから議論を進めていけたらと思っております。

身体合併症の課題について、今日色々と議論の具体的なところも御提示申し上げたところでございますので、そういったことを捉えて更に議論を深め、課題解決に道筋が付いてくれば、我々としてもありがたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

(富田会長)

ありがとうございます。それでは、委員の先生方から御意見ございましたら。

(岡崎委員)

岩館先生から先程御説明のあった参考資料3の中のいくつかのグラフを拝見して、私も非常に驚いて興味深く見ました。振り返ってみますと、岩館先生もさっき触れましたけれども、令和元年の検討会の取りまとめの中には、たしかに身体合併症医療というのは喫緊の課題だということがありました。あれを検討した中には岩館先生もいる。私もいました。富田先生もおられたし、角藤院長は検討会の構成員ではなくて、事務方の現場の監督ということで出ておられた。ですから答申の内容については、我々の何人かは責任を負っているわけです。ただ岩館先生も先程仰いましたけれども、あのときに身体合併症問題が喫緊の課題だというのは共通の認識だったんですけども、実はそれほど県内の明確なデータを基にした議論ではなかった。もう全国的にどこだって、身体合併症医療というのは非常に立ち遅れていて大変だと言われていましたから、だからそれはそうだとすることで、課題に挙げたわけですね。それが今回、具体的なデータでもって見直してみたら、少し違ってきている。この間5年も経っていますから、医療の情勢も変わってくるし、精神医療に対する一般医療の側からの見方も少しずつ変わってきている。それが初めてこういうデータ出てきたのだと思うんですね。このデータは県がまとめたものですか。

(事務局(精神保健推進室長))

こちらのデータにつきましては、毎年開催しています精神保健指定医会議、精神科病院長会議の場で御報告をしているものですが、県と仙台市で調査をしてまとめている数字でございます。

(岡崎委員)

先週か先々週の精神保健指定医会議とか精神科病院長会議でも分厚い資料の中にこれが入っているんですね。わかりました。

やっぱりこれを見た限りでは、一般医療の中における精神障害者の医療っていうのは、だいぶ実情が違ってきているということがわかりました。だから、前の検討会の答申に挙げたような、もう喫緊の課題で、今今パンクしているということでは必ずしもない。しかも現実には制度がこの5年の間にどのように変わっているかという、県内で見ると救急患者さんの搬送基準が、特に精神障害が疑われる方の搬送基準がやっと整備されましたよね。これはもう県の長年の努力によって整備された。ですから、精神科を持っているかどうかにかかわらず地域ごとの基幹の総合病院は、どこでもそういう患者さんをまずは引き受けるとことが明文化されました。それが昨年度ですかね。ですから、このルールがちゃんと行き渡れば、救急の問題が100%解決にはならないけれども、相当良くなっていくと思います。

それから法律の話ですけども、医療法そのものではないんだけど、医療法施行規則の確か第10条第3項に施設外収容禁止条項というのがあります。これは県の方々は御存知でしょうか。委員の多くは多分知っていると思います。精神障害者は精神病床以外のところに収容してはいけないという約束です。これが昭和30年代ぐらいからずっと続いていて、国の制度としてもそういうことがあったので、精神障害の方が一般医療を受けようとするときに、非常に高いハードルになっていたんですね。まさに差別的条項です。それが7、8年ぐらい前にひっそりと改定されたんです。精神医療従事者の中ではあんまり知られていないことですが、そのぐらい厚労省はこっそりと改定した。どういうふうにか改定したかという、条項そのものは廃止していないけれども、「ただし、身体疾患の治療を要するような患者さんは除く」というのを括弧書きで入れているんですよ。だからそれを入れたことによって、現状ではもう既に、精神障害者であって、身体的な治療も必要な人は精神科の病院とか精神病棟だけではなくて、一般の病棟でも医療を受けられるということが、制度的に保障されています。

なので、そういった幾つかのことを考え合わせると、そして今日岩館先生が示されたグラフを見ますと、もう既に身体合併症医療というのは精神病棟があるかとか、精神科が備えられているかということを超えて、ずいぶん普及しつつあるという認識でおります。

そういったことも踏まえると、今日、県がプラン①～③を出されましたよね。あれは①も②も③も身体合併症医療を何とかしようということで、富谷に新東北労災病院を作るということが前提になっているわけですよ。その上で名取に精神医療センターをどうい

形で置くか、あるいは段階的に移行させるとか、という場合分けになっているわけです。ただ、これにこだわっていると、両方が車の両輪のようにしてしかプランが進まないということになりかねないですよ。そうではなくて、新労災病院が富谷にどういう形で移転できるか、いつできるかということは別に置いて、このパターン③の右側の名取市の新精神医療センター、これが早く実現するのであればどんどんそれをやっていただくということもありなのではないか。むしろそのほうがよろしいのではないか。

巷間で色々と伝わっている話ですと、労災病院がなかなか合築移転のプランに乗れないというのは、東北労災病院の問題だけではなくて、労災の機構本体の方が色々と問題を全国的に抱えていて、なかなか仙台の東北労災病院の話に一直線にいけないということがあるのではないかということも、漏れ聞こえてきているんですよ。それだと県の方からいくら言っても、労災の機構本体を動かすということはなかなか難しいですから、それで精神医療センターがどうにもならんというのでは、もういつまでかかるか、わからないですよ。だから、例えばこのパターン③にしても、富谷への労災病院の移転がどうなるかは分けて、名取の新精神医療センターの計画を着々と進めるっていうのはどうでしょうというのが私の提案です。

(富田会長)

今の岡崎先生の御意見につきまして、県の方から御意見よろしいでしょうか。

(事務局(保健福祉部長))

令和元年の当時から状況変化があつて、現状の身体合併症の対応も現体制において精一杯できることはちゃんとやれているといった観点からの御指摘だったかと思えます。それはそのとおりだと思いますけれども、一方で、資料4で御提示した部分もありますけれども、消防救急、あるいは一般の病院、精神科病院を含めてヒアリングという形で様々な意見を伺ってきた中では、まだまだやっぱり足りないというか、もっともっとより良い方向に行けるのではないかという趣旨からの御指摘を多々賜ったところでございます。そういったことで、より良い体制を目指していくことも含めた身体合併症対応のあり方を実現構築するための一つの考え方に、今回の移転を位置づけて何とかできないかといった観点でも、我々としては重要視していきたいと思っておりますので、何卒お願いしたいというところです。

その上で、名取の本院から切り離すという御提案もありましたけれど、その場合は富谷で考えていた仙台北部地域に対する精神科の機能について、パターン③で病床を持ってしまうとサテライトになってしまいパターン①のイメージに近づいてしまうので、そうではなく病床を持たない何らかの機能、一つのイメージとして御提示するとすれば、大崎古川にある精神保健福祉センターには附属のクリニックの機能がございしますが、近いような形で、例えば診療機能を設けつつ、地域の「にも包括」の拠点となるようなものを富谷に設けるのは

どうか、といったイメージになっています。いずれ、それでも名取と切り離して議論することは可能ではないかといったことについては、労災側との関係からすると、可能といえれば可能ということがありますので、議論・検討の対象に加えてまいりたいと思います。

(事務局 (保健福祉部副部長) )

合併症についての岡崎委員からの御意見に対して、岩館委員から御指摘いただいたのは合併症対応で他の医療機関との連携が進んでいるだろうというデータかと思いますが、我々の整理としては、こちらは精神科病院からの転院先という出口の話だと理解をしております。今回、我々が特に整理をしたのは、精神科救急における入口の問題でございます。その件についてまさに直近で、精神科の先生、総合病院の中の精神科の先生、総合病院の救急の先生、消防といった各方面から頂いた意見をまとめたものになっております。当然、救急搬送基準の見直しによる影響という御意見も頂きました。県南の某病院だと、救急で入る患者さんに精神疾患がある場合は、必ずリエゾンのタッチするので非常に件数が多くなって大変だ、という御意見も頂いていますから、基準の影響というのは間違いなくあるかと。ただ、そこも含めて、現状において、特に精神科救急側における入口の課題はたくさんありますという御意見も頂戴しておりますので、出口問題の整理と併せて、入口の問題を引き続き皆様から御意見を頂戴して、どのようなところにより具体的な問題点があるかということの解像度を上げて、課題解決に向けた議論を進めていければと考えております。

(富田会長)

議長からで申し訳ないですけども一つ。あり方委員会では、器質因の鑑別を課題としてかなり重視したのもありますが、この非常に重要な議論で、少し落ちている点もあるように思いますので、少しお時間いただきたいです。

結論から言うと、私も岩館委員の御意見で、名取で精神医療センター単独で建て替えても対応できるのではないかということについて、やっていくことはできるだろうと思っています。岩館委員が仰ったことで強くそう思うのは、やはり精神科医がもっと在り方を考えていく必要があるのではないかということで、本当に強く思うところです。器質因の問題は、本当にそれが理由で受け入れられないというか、問題がかなりはっきりしているかどうかということもありますが、特に急性発症や急性増悪の精神疾患が非常に悪い状態の方の中には、自己免疫性脳炎という器質性の原因でそうなっていることがあります。頻度は非常に少ないですが、やはりそういった方はいらっしゃるわけです。あとはレビー小体型認知症と言って、脳の器質的な原因で起こっているのですが、最初に診た感じでは、一般の精神疾患と区別が付かないことは結構あります。精神医療センターは急性の患者さんを一手に引き受けて診療されているので、そういった方がいる可能性は他の医療機関よりもずっと高いわけです。すぐにやらなくても、少なくとも入院して数日以内ぐらいにはMR Iや、できれば髄液検査とかもできる体制が望まれるということが一つあります。

それから、患者さんの状態によっては、例えば栄養を摂るための管を入れたりするのですが、そういった時に単純X線が撮れると精神科の病院でもできますが、それが撮れないとできません。精神医療センターは今どうかわかりませんが、前までは週に1回しか放射線技師がいらっしやなくて、レントゲンが撮れないからそういった必要がある方も即入院の対象にならない。

それからコロナの時も、ホテル療養のように肺炎が重篤化しないことが明らかな人は診てくださったのですが、肺炎のリスクがあるともう診ることができないということでした。そういった意味では、やはり身体診療の体制を精神医療センターにはもっと持っていただけだと、かなり県の精神医療は向上することが期待されるので、あり方検討委員会の時に次の建替えでは是非器質因の鑑別ができるような体制を付与してくださいということをお願いしたわけです。それは今でもそのとおりでと思いますが、どこまでを精神科医がやるかということは、まさに岩館先生が仰ったところですが、意外と地域差というようなこともあって、宮城県はどちらかというとなんか神経内科などで鑑別までして、そこから先の治療を精神科医がやる。それは宮城県だけではないですが、精神科医がそこまで含めてやるということもありません。私がトレーニングを受けたところはどちらかというところでした。この先を考えていくと、そういったことまである程度精神科医が積極的にやっていくということが全体として出てきて、そういう方が精神医療センターの診療を担う中核になっていくと、今の状況もだいぶ変わっていくのではないのでしょうか。精神医療センターにもそういうことをできるようにMRIなど付けていただくとか。これから最短でも8年ぐらいということなので。その間、うちの大学では早速来年度くらいからそういった器質因を診察できるようにトレーニングをしっかりとやっていこうと考えています。そういったことを精神科医はもっとやって、そういう方が精神医療センターにお勤めになったり、ほかの民間の病院であるとか、あるいは岩館委員が仰られたように、ほかの総合病院にももう少し常勤の精神科医が増えたり、ということになれば、今回色々出されたようなことは、解決に向かっていくのではないかと。箱も重要ですが、人材育成も重要なのかなと。

もう一つ、連携ということで、県に挙げていただいた資料の中で、総合病院で急性の患者さんは夜間のスタッフが足りないから取れないと書いてありますが、確かにそれで取れないことも潜在的にあるかと思いますが、実際はうちの大学でも夜間であっても急性で悪くなった患者さんに入院いただくことはあります。状態が悪い方は保護室を使用させていただかないといけない状況がありますが、大学病院には8床ありますけれど、そういう方を全県から引き受けていますので、そこがもういっぱいなんです。なので、急に依頼されてもなかなか受けられないということがあります。そういう方が一般病室に移られたり退院されたりしたら、またすぐに次の方という形で運営しているので、なかなかその辺に難しいところがあります。大学病院ではないと受け入れられないような方へ病室を空けておくために、ほかの医療機関と連携して、そういう方は早めにほかの医療機関に治療を受けていただくという連携がもっと円滑にいけば、もう少し引き受けも可能になってくるのかなと思います。

す。総合病院で診療する精神科医がもっと増えていけば、岩館委員が仰るように解決にもなっていくのかなと思っています。

どこに建てるかというのは重要な問題ですが、やはり人材育成ということと、もっと密な連携ができるようになっていくということが、こういった問題の解決につながるのではないかと感じました。

(草場委員)

身体合併症の問題について、素人なのでなかなかわからなかったのですが、今日、委員の先生、会長のお話を聞いて、かなり理解できたなと思っています。身体合併症の問題は県の考え方とちょっとまだ委員の考え方違っているようですが、富谷に労災病院を持っていくという、そこで合築するという話でなければ解決しない問題ではなくて、精神医療センターの充実やほかの病院の連携、それから精神科医の皆さんの勉強とか訓練、それで解決していくという問題だと思います。私はそのように伺いました。

それで今日、最初にお話になった青木さん、それから我妻さんも仰っていたように、とにかく名取での建替えをはっきりさせてくれというのが当事者の切実な声だと思います。さっき「にも包括」のところでお配りいただいた資料1の3ページの図ですが、まさに当事者の方がずっと仰っている精神医療センターを中心にしたコミュニティが破壊されますと、名取に持っていくという案を出されたら、代替手段は絶対ないですと仰っていたことに尽きると思います。この県が目指している「にも包括」を奇しくも実現してきた名取の周辺をぶっ壊すような話を「にも包括」をこれからやろうとしている県がやるなんていうのはとても信じられないものです。

審議会としては今日諮問されていなくて協議事項になっていますが、審議会はこれまでの意見具申ができるということで、何回か決議を挙げてきました。そういう意味で、名取での建替えを行うという、このシンプルな決議をまず挙げるべきではないかと私は思います。今後の議論で身体合併の話をするとしても、名取での建替えをすべきだという決議をする方向で、会長に議事を進行していただきたいと思います。要するに、名取での建替えだけはこの審議会の声として県民に示すと。県民に示すし、知事に意見具申するという趣旨です。

(富田会長)

名取での建替えが望ましいというのは、これまでの審議会でも、もう出ている話かなと思いますが。

(草場委員)

保留もあったし、反対はなかったかな。県の方でまだ3案出してきているので、多分当事者の方はこれ見て、まだ富谷ありなんだと思って帰られますよ、きっと。

(富田会長)

事務局お願いします。

(事務局 (保健福祉部副部長) )

草場委員から名取建替えについての決議のお話があり、そこは御判断かと思いますが、我々としてはやはり身体合併症の課題はあるという前提のもとで様々な御意見を聞いてまいりました。岩館委員、岡崎委員、それから富田会長からお話伺いましたが、それ以外の委員の方々からも、身体合併症について、資料やお話を聞いて、どのようにお考えかという御意見をもう少しお聞かせいただいた上で、その後の話につないでいただけないかという事務局としてのお願いです。

(富田会長)

そうですね。一通りこの内容について皆様からの御意見をまずは伺いたいと思います。まだ御発言いただけていない方いらっしゃいますか。では、日下委員からお願いします。

(日下委員)

お話の中で、仙南地域が「にも包括」のモデル地域になっているということで明示されていますが、実際、現時点では私自身、地元の中で「モデル地域だからこうなった」ということは我々の末端まではまだまだ実感はないような状況です。

身体合併症の問題で救急搬送ということでのお話がありましたが、実際に地域で相談支援している中でこんな事例がありました。自宅で生活されていて、もともと精神医療センターにかかれていた患者さんだったのですが、自宅で動けなくなってしまって、救急要請としてこちらの相談員にも連絡がありまして、自宅に臨場したという出来事がありました。その中で、救急隊員の方が、御本人さんのかかりつけである精神医療センターに問い合わせをした時に、やはり身体の鑑別をしてからということ、その間自宅で30分以上ですかね、次の病院が決まらないということが、実際、現場で、地域であったことは事実です。その方は地域の救急病院に搬送されて、無事入院という形になったのですが、その後、入院してしばらく経ってから、入院された救急病院の先生からこちらの相談支援事業所に、御本人の普段の様子や、これまでの精神科での治療の様子や経過などの問い合わせが入りました。救急担当の先生から、そういった相談が直接こちらに入ったので、我々としても御本人の日頃の暮らしの様子であったりだとか、支援体制であったりというところの様子はお伝えできたのですが、なかなか救急担当の先生が求める答えが、我々の地域側から伝えきれなかったのではないかと、という反省が自分自身にありました。

その中で先程委員の皆さんも仰っていたように、病院同士のつながりといいますか、連携の体制は本当にとっても大切で、その方の暮らしを地域で支えるという意味でも、連携体制というのは非常に大切だと感じております。その中でも私の方でお伝えしたいのは、現在、精

神医療センターから、地域の支援者も含めて御指導いただいているこの関係性やつながりというのは、維持以上にますます発展するような形で続けていけると、我々地域支援者としても非常に安心ですし、なにより患者さんにとって安心した暮らしや、「にも包括」につながり、その地域で安心して暮らせるということにつながるのではないかなと思います。お時間いただきました。ありがとうございました。

(角藤委員)

色々話したいことがあります。身体合併症の話もそうですが、最初に我妻委員や青木さんのお話をお聞きして、その前からですけれども、今年に入ってからユーザーズアクションの方々や、色々当事者の方々のお話をお聞きしました。やはりうちの病院が富谷に移るということに関しては、非常に不安であるという方が多いです。何が不安かというと、やはり慣れ親しんだスタッフ、ドクター、看護、コメディカル、そういうところが切り離されてしまうことが一番の不安だと。通いづらいというのもありますが。審議会が開かれていなかった間は、そういうことに時間を費やしていました。先月、うちの病院の患者満足度調査の中で、建替えに関する意見もお伺いしたのですが、県南の方が7、8割と多いということもありますが、大半の方が富谷移転に対しては非常に大きな不安を抱えているという、全く同じような見解の方が多かったということを申し上げておきます。

私としては、これまでうちの病院は県内で一つしかない公的精神科病院だということもあり、全県民の精神医療・メンタルヘルスを考えるべき立場にあるということで発言してまいりましたが、このことで入院されたりする患者さんもいたりして、そういう当事者の方々を目の当たりにして、やはり名取での建替えということに踏み切るべきではないかと。遅きに失しているかもしれませんが、県もこういう形でパターン③を出していただいたというのは、これまでの当事者の方々の意見をある程度考えていただいて、これが出てきたのかなと思いますので、その点は良かったかなと思っています。時間がかかってしまったことは本当に申し訳なかったと思います。

身体合併症の問題に関しては、もちろん岩館先生、岡崎先生が仰ることもごもっともですし、富田会長はもちろん御存知と思いますが、私がお話したいのは、統合失調症、双極性障害、そうした病気を抱えていらっしゃる方々の平均余命は、一般の人と比較して10年～20年も短いということです。これは厳然たる事実で、その死因は多々ありますが、自殺や窒息とか、そういうこともあります。誤嚥性肺炎とか、肺塞栓症とか、さっき富田会長が仰っていた自己免疫性脳炎とか、あと熱中症、低血糖、低体温症などにより自宅で亡くなっているのが発見されるとか、そういうこともありまして、本当に一般の人より平均余命が10年も20年も短いのです。身体合併症によるものが死因としては多いということは、全国的、世界的に見て事実ですので、それをどのように解決していくのか、宮城県だけの問題ではないわけですから。そのことに県が気付いてくれたというか、一生懸命やろうとしてくれているということは、精神疾患を抱えた患者さん方にとってすごく良いことなのでよかったです。

申し訳ないですけど、これまでの県の医療政策課は、精神のことに関しては非常に無関心で、冷たかったという感じがしておりますので、今回のこの一つの騒動で大分意識改革されたのではないのかなと。これは当事者の方々にとっては、すごく良かったことなのかなと感じているところです。精神科と身体科の一層の連携強化が非常に大事なかなと思っていますので、これからよろしく願いいたします。

(小原委員)

身体合併症のことという前振りがありましたけど、最初にお話したように、「にも包括」のお話からすると、他のいくつかの委員の方から出た、県の中でも取り組んでいる自治体と、そもそも「にも」って何ぞやというところと、だいぶ地域差というか、手が付けられている状況に差があるというのは、私たちの立場でも今年度色々な地域の保健所や市町村の方の話聞く機会が増えましたけれども、本当にまだまだ様々なレベルだということを実感しているところです。ですので、御指摘いただいているように、単年で何か成果が出るということではまだまだない段階だというのが、私の立場での実感です。ただ、これからに向けて、色々なことをやっていこうとする計画がありますので、そこまではもう少し見守っていただけると、ありがたいのかなということをもまず言いたいと思います。

それから精神医療センターの建替えに関しては、この間、当事者の方々や関係者の方々の意見が出た中で、改めて名取で精神医療センターがあることの重要性というのが、「にも」も含めて認識されたと思いますので、それを受けての名取での改築・新築が、もし実現するならば選択肢に挙がってきているということは本当に喜ばしいところかなと思います。あと、救急の話からすれば、やっぱりまた「にも」と絡めて言えば、当事者の方々が地域で生活する上では、精神医療はもとより、やっぱり身体の方の医療も重要なわけですから、そこのどういうユーザーの方が医療を受けられるのかということは、精神医療だけではなくて、一般医療の先生方、それから、精神医療センターと他の精神医療機関の先生方との連携というところは、引き続き改善していくべきところはあるという御指摘があったと思いますので、この改築のことと並行して引き続き、しっかりと議論していただく課題なのだろうと、「にも」の視点からも思っております。

(大木委員)

今出ました身体合併症に関しましては、私も最近まで精神科の方に勤めていましたが、精神科単科だと何かあった時に対応できないので、合併症があると難しいというふうになるんですけども、逆に精神の疾患があると一般診療科でも難しいと言われて、なかなか連携がうまくとれていないという印象があったものですから、そこは密な連携が今後非常に重要になってくると思いますし、強化していただきたいということになってくるかなと思います。

「にも包括」については、私が登米の保健所でアルコール相談を行っているのと、当法人の方が栗原のアルコールの相談に行っているというのがあって、県北の方の医療体制が非常に少ないというがあるので、通院するのに地域の方が非常に苦労されるっていうことをよく聞くので、そちらの県北の医療の体制っていうのを、今後適宜強化して行く必要っていうのがあると思います。そういった地域だからこそ「にも包括」を強化していくことが必要になってくるかなと思います。

(小松委員)

身体合併症について、建替えと合併症のことが絡んできていて、問題をより複雑にしているようなところもありつつ、またそこから潜在化していた問題が浮き彫りになって、色々な問題が上がってきたという点では、良いことかなと思っています。ただ、この合併症の問題が、結局コミュニケーションの問題というか、ルールを徹底しているか徹底していないかとか、そのようなことも見え隠れしているように思えます。

また、先程会長も言っていたように、精神科でどこまで診られるかというところの、人材育成というのもあるんですけども、看護の方でも、今回この転院で上がってきた時に、もしかしてですね、この中には転院しなくても良かったケースがあったかもしれない。その看護の在り方とか、色々なところでそこまで悪化させないで、予防できたかもしれないということも考えると、そういった意味で精神科の中での合併症というか、悪化させないような看護の在り方というのも検討することで、より合併症問題も解決するのかなと思ったところです。

名取市で建て替えるということですけど、私も最初から言っていたのですが、建替えというと普通はその場で建て替えるっていうのがイメージであったし、今回空からの写真で見ると、やっぱり建て替えるところがあったので、最初の時に病院の前の敷地に建て替えて、徐々にこっちを壊してというように上手くできないのかと言ったら、道路を挟んで建て替えることで、もう面倒くさいという言い方はしなかったと思いますが、すごくそこは困るみたいなことがあったと思うので、その点をどう解決するのかということは一気になるところで、多分解決できないということはないと思うんです。道路を挟んでというのも色々あると思うので、その点と、今回どこに移転するのかということで、すごく皆さん不安だし、「移転ってどういうこと」となるので、やっぱり名取市でということでは、今日ここで決められると少し落ち着くかなと思っています。

(佐藤委員)

今日初めて参加しましたので、お話を聞いていて思ったところからお話をしたいと思いますが、まずはたくさんの方の御意見が出ている中なので、今までできていた精神医療センターを中心とした、地域のシステムというのは壊れてほしくないというのが私の率直な感想の一つになります。

合併症のお話がありましたが、現場の保健師として働いている中で、今回救急の要因であるとか、病院の中でのお話がありましたが、私たちが現場で当事者の方と話していて、確かに精神科に行く時に、「身体科で鑑別診断をしてきてほしい」と言われたこともあります。その時にどこに連れて行ったらいいのかという板挟みになるような経験もありますので、そういった点から言うと、合併症もあり、まだ鑑別が分からないという方を、どう医療につなげたらいいのかというのは整理していただく必要があるのかなと思ったのは一つです。

あとは、私、前は仙台市の方で仕事をしていましたが、今大和町に勤めております。先程大木委員からも話がありましたが、仙台の隣の町ではありますが、社会資源の少なさについては実感として感じています。医療にかかるにも車がないと行けないとか、当事者のミーティングに参加するのも本人が車持っていない、運転ができないから、結局は参加できないとか。そういった意味での、今回の議論の中には、身体合併症の話もありますが、いわゆる精神科に通院をする方の県内における健康の格差というのがあるということも含んだ議論なのかなと思っていました。改めて県北の方の医療というものが、精神科医療だけじゃなく、「にも包括」がどうあったらいいのかということは同時に考えていけると、なお良いのではないかなと感じました。

(鈴木委員)

身体合併症に関してコメントさせていただきたいと思います。コロナ禍前ですけども、我々保健所において措置入院させる時に、内科的疾患の方だったので、精神医療センターでは対応できないということで、総合病院の精神科の方をお願いしたのですが、準夜帯になってしまって、やはり夜間だとどうしても難しかったということで、その当時は準夜帯に県外の総合病院の精神科の方に入院させた事例がありました。ただ、近年はシステムが変わったということで、そのような同様なケースはなくなったということで、それはひとえに精神科の病院の先生方の御努力かなと思います。

私としては、このパターン③で名取の方に精神医療センターが残るとすると、具体的に身体合併症ある方が、総合病院精神科で受け入れるために具体的にどうするのか、あとは病院の中の機材や人員、診療科がどうなるのか、その辺りの具体的なことを示していただければ良いのではないかと考えています。

(高階委員)

一応、県の医師会ということで参加していますが、県医師会になる前からこの審議会に参加しているので、県医師会の立場での発言ではないということをおきたいと思えます。

今日は名取での建替えと、新センターの機能という話と、連携ということを先程富田会長もお話してくださったのは非常に良かったなと思っております。名取で建替えというの

は、そもそもこの議題になった時から、審議会の委員のほとんどは名取じゃなきゃダメだろうという話をしていたので、新しい話ではないということを県にはしっかり認識をしていただきたいと思います。富谷という話がなければ、もうこの話はとっくに決着がついて、新しい精神医療センターがこういう形でやっていくということで、それに伴っての、新センターの機能であったり、連携の話であったり、というのがかなり進んでいる話題だったはずだということを引きちんと理解していただきたいと思います。

新センターの機能というところでの合併症対策を、名取のセンターでもやっていかなくてはいけないのではないかとのお話がありましたし、まさにそのとおりだと思っております。連携の促進というところにつきましては、これは精神医療センターのみならず、他の精神科単科病院にとっても非常に大きな課題ですので、そういうことがうまくできるようになってくると、私どものような病院にとりましても、連携というのは非常に取りやすくなっていくのだと思います。以前、一般科の医師でも精神科の患者さんを診ていると慣れてきて、かなりのところが診られるようになるというお話を岡崎先生が仰っていましたが、我々の病院でも常に連携を取っているような病院ではかなりのところは診てくれるようになっているわけですから、そういうところが非常に大事だなと思っております。

この長い時間、ここまでたどり着いたということは、成果ではあるかもしれないけども、時間を戻すことができたなら、もうとっくに決着の付いている話じゃないかということ、本当にくだくなりますけども、認識していただきたいと思います。今日は重石が取れたかのように、角藤先生がいろんなことを急に話し出したというのも、いかに富谷ということのプレッシャーが大きかったかということの証しだと思いますので、角藤先生が最初からこういう発言ができるような環境であったならば、この審議会の行方というのはもっと早く結論が出ていたのではないかと思います。

(西尾委員)

先程質問させていただきましたが、合併症について一言言いたいと思います。精神科救急もそうですが、県全体で考えることと、障害福祉圏域など「にも包括」での圏域で考えることを、区別して課題を検討した方がいいと思っています。資料4の6ページに東北労災病院との移転・合築により期待される効果ということで、課題①、②、③、⑤とありますが、課題⑤については岩館先生の資料にもあったように、出口の問題で、比較的うまくいくかもしれない。入り口の問題が課題①②③だと思いますが、例えば、課題①で言うと、身体重症度の低い合併症の方の受入れというのは、例えばその単科精神科の病棟に地域の内科の先生が出向いて診る、つまり重症度が低いだけに、あまり設備が整ってなくても対応できるだろうということです。それから課題②については、ある程度合併症の重症度が高いので、総合病院に精神科の医師が出向いて対応することも考えられます。つまり、面的整備を図るということだと思います。簡単なことではないかもしれませんが、不可能なことではないと思いますし、もし「にも包括」を引きちんとやっていくとしたら、そ

ういうところを軸にして、構築していく必要があります。その時に先程療養生活継続支援加算の話をしましたけれども、その費用効果とか、援助効果とか、そういうことを検証して、問題があるようでしたら、むしろ今述べたような身体合併症の圏域レベルのネットワーク構築にお金を付けていくとか、そういうことが大切なのではないかというのが私の意見です。

(林委員)

身体合併症の意見ということではありますが、移転問題についてもお話になる方も多いようですので、少し絡めながら話させていただこうと思います。

まず身体合併症については、今、西尾委員もおっしゃったように、「にも包括」とも絡めながら、別途大きな課題として考えていただく機会を設けた方がよろしいのではないかと考えているところです。先程の資料の説明の中にもありましたけれども、精神医療センターのことだけではなく県全体の課題ということでお考えくださっているということは非常にありがたいと思いますので、そのあたりも別途考えていく必要があるだろうと思っております。その一方で、岩館先生とか岡崎先生とか他の御意見にもあったように、必ずしもその合併症の課題が名取に建てることの妨げになるとは限らない、ということがデータ上でも示されたのは、非常に心強いことだと考えているところです。

これまでも、仙台市長の議会発言にもありましたように、地域の「にも包括」が精神医療センターを中心に構成されているというのに、移転をすれば、やはり患者さんへの影響はもちろんあり、県の精神医療体制が大きく損なわれる可能性があるということで、ずっと懸念を抱いていたところでございます。

厳密に言うと、このパターン③で考えてしまうと、富谷市に新東北労災病院ができて、かつ名取市に精神医療センターということで、二つの問題が一緒に書かれているという気がします。精神医療センターのことだけで言うと、やはり名取市で建替えをしていただくのがよろしいのではないかと考えております。

(原委員)

色々と提案を聞いて一番思うのは、県の発言というのは上から目線なんですよ。救急学会のことを急に突然出してきて、精神科救急学会ではこうだと。もっと地に着いたところで話してもらいたいんですけどね。たとえば県立病院のあり方検討会議というのは、令和元年ですよ。では、この5年間、病院機構の中で、それから合併症を抱えている人たちについて、精神医療センターどんな形で連携を取るのかとか、そういう議論もあるんですよ。つまり、同じ病院機構の中で連携が取れないような状況であって、外と連携というのはどういうふうに考えるのかというのは、ずっと私は疑問なんですよ。基本的にがんセンターは、がんの医療が中心といえども総合病院ではあるわけなんですよ。総合病院であるからゆえに、精神医療センターとどんな形で連携をとるのかということを、県が合

併症を言うのであれば、もう少し早くからそういう検討をきちんとなされた方が良かったのではないかなと思うんですね。そういうその緻密な検討はなくて、突然救急学会なるものを出されても、しらけちゃうかなと私は思うんですね。

やはり、この間、色々な形で地域で生活するということが大事なんですよね。今入院されている方の、合併症の問題でしょうけども、実際は地域で生活している方々の合併症は、各々の精神科だけではなくて、色々な科の先生が見てくれますよね。当然、地域生活をしているので。そして、「にも包括」というのは共生社会の実現ということと関連しているんですね。県の方にこういうことを言うのは失礼かもしれませんが、つまり、共生社会というのはそういうことを実現する。ハンディを持っていようが、障害を持っていようが、疾患を持っていようが、各々が求めている人生を送れるような社会を実現しようというのが根本ですからね。だから、やっぱり精神科の病院に入院されている方々が、一刻も早く地域の中で暮らせるような、そういうシステムを作ることが大事で、あとはなるべく入院しないような形で地域で生活をサポートできるようなシステムを作るといのが、この地域共生社会、あるいは地域包括ケアということの中心的な課題なんですよ。そこのところよく考えてもらって、そういう視点から全体の精神科の医療、それから地域での生活、それから障害を持っている方の福祉サービス等をトータルに考えないと、バラバラに合併症がどうだ、何々がどうだというような形で物事を立てるのは、やはり根本的な問題があるんじゃないかなと。政策全体を通した形で統合性のあるものとして考えていただければいいのではないかなと思います。

もちろん地域で暮らすためには色々な方々が協力して、もちろん他科の先生もですね。それから我々が診ている患者さんでも、たとえば別な外科に入院して乳がんの手術をするとか、それから妊娠すれば婦人科の先生が診てくれて、そしてその病院でちゃんとお産をしてくれるとか、そういうような形で常々、連携を取ってやっているわけですよ。だからやはり入院中ということ自体が一つの特異な環境にあるということをしっかり考えて、そしていかにして患者さんたちが地域で生活できるような方策を考えていくのかと。そういうような観点からもう一回、精神医療センターの在り方を考えていったらいいのではないかなと。

それから日赤とがんセンターの統合に関しても、やはりがんセンターというのは県の財産ですから。知事は公約を出しましたけれども、その時に決して経営の主体が日赤にいくなんて公約してないですよ。どうもその辺も私は疑問に思うんですよ。やはり県の財産を民間の病院に経営を委ねるということに関して、もう一回きちんと考え直した方が、私はいいいのではないかなとは思っています。

話が非常に広がって申し訳ないですけど、最後に私がみんなの意見をまとめなければならぬと思うので、まとめます。やはり基本的に病院が20kmも先に移るなんていうのはありえないです。たとえば私のクリニックが20km先に移ったら、とてもじゃないけど、

経営も成り立たないですし、患者さんの利便性も著しく損なわれ、患者さんからはブーイングが起きますよ。

(姉歯委員)

身体合併症については、私はここで申し上げるようなものはあまり持ち合わせていないですけれども、皆様話を聞いていて思うことを一言。私の所属している法人も母体が精神科の病院でして、私も精神科の看護師を昔はやっておりましたけれども、考えてみますと少し前までは、外科の治療が必要な入院患者さんであっても、転院をお願いしても、お願いした先の総合病院や診療科の先生が「治してどうするの」という反応をされたという。今でこそ言ってはいけなんでしょうけれども、当時はそういうことが結構まかり通っていたという記憶があります。また土曜日とかですね、どうしても容態が急変して、救急車で運ばなければいけないということで、ある公立病院さんへ当院の看護師長が救急車に同乗して搬送しました。しかし、そこのお医者さんが、パートの先生だったからかもしれないけれども、「精神科の患者を診ないように言われている」と言って、はっきり診療を拒否されて、非常に悔しかった。「では、入院はさせなくてもいいから、せめて応急処置だけでもしてもらえないか」と食い下がったそうですけれども、結局どんどん北上して行って、宮城県ではなくて、岩手県の方まで行ってようやく診ていただいたこともあったなということを思い出しました。

それから考えると、最近はわりと近隣の病院さんでも受けていただけるようになったなということで、これはそれなりに地域でそれぞれ工夫をしながら、少しずつではあるけれど、やはり「にも包括」ができつつあるんだろなというふうに思います。精神障害「にも」対応した地域包括ケアなんですよ。今まで精神障害者という方々は、なかなか地域の中に一員として入れてもらえないような部分というのが残念ながらあったのかなと思います。それが先程の診療拒否としか思えないような対応にもつながっていたのだと思いますが、最近はそのようなことは減ったなということですので、これは精神医療センターであっても同じだと思うんですよ。精神障害者を診ない、精神科の患者さんを診ないというのは、あってはならないことだと思います。

それから「にも包括」のことでもう少し申し上げたいのは、資料3のパターン③のところに、「県北部の患者の精神科医療に対応するために必要な機能を富谷市に整備」と書いてありますが、これはやはりどこに建て替えるかという話とは、まず切り離していただいとしたいと思います。まず県北部と言うけれども、先程の御説明だと仙台北部と受け取られる発言で、県北というのは一体どこなのかっていうことね。ところが、これまでの議論の中でも仙台北部なのか、それとも宮城県の北部なのかというのが、どうも不明確だなということで、ずっともやもやしていました。先程初めに申し上げましたけれども、実際に県北部の「にも包括」の場の設置状況としては、大崎圏域に未設置の市町村が4か所もあります。でも、もっと北の気仙沼であったり、石巻だったり、登米だったり、栗原だった

り、そういったところはちゃんとやっているわけです。栗原市に至っては、精神科の医療機関が基本的に無いに等しい地域ですけれども、私を知る限りにおいては、宮城県内でもかなりがんばって、いい取組をしているという印象を私は持っています。ですから、精神科の医療機関がどうこうではなくても「にも包括」というのはやはりできるのではないかなと思うんですよね。それをなぜ県がこういうふうを考えるのか、私は理解ができません。結論としては、名取に建替えをするということ、私は提案したいと思います。

(富田会長)

私もずっと保留してきたのですが、当然ながら一つは、やはり身体合併症とか器質因の鑑別というのは先程お話したとおり、もっと充実が必要だということは、私も同じ考えなんです。そうする上ですぐ隣に総合病院があれば、それはプラスであることは間違いないとは思いますが、ただそれが富谷に移転することを伴うのであれば、やはり現実的に考えれば、なんとかその名取でそういうことを目指すというのが現実的な方針なのかなと思います。でも、やはり重要なのは、医療機関間の連携もそうですけども、やはり行政の方と現場の医療保健機関で、しっかりコミュニケーションができるということですね。もちろん当事者の方も含めてですけども。

残念ながら富谷移転が決まる前頃は、そういうコミュニケーションはほとんどなくて、この精神保健福祉審議会なんか年度最後に開催されて、説明を5分ぐらい聞いて、5分ぐらいで意見を求められるというので、最初に参加した時に「いや、それでは全然」ということで、その時にいくつか心のケアセンターのやり方とかですね、もう少し全体で考えるべきじゃないかということも言いましたけど、でも結局そういうことは、ほとんど議論されないまま来ていたという。そういうことが背景にあって、こういう流れになっているのかなというところですけども。それから思うと、今の村上室長とかはもう格段に密に色々なことを相談して、その後、DPATなんかも当時はいくら言っても動いてくれなかったんですけども、体制整備が進んできて、コミュニケーションは当時からすれば大分ものすごく改善しているのかなと思います。でも、そういうふうに改善してきているのに、かなり批判を浴びるというのは、話の流れ上、立場上仕方ないのかなとは思いますが、私と同じ立場でもどうなるのかなということは少し思いながら、ということ。ただ、基本的には当然最初からこれは名取で建て替えたほうがいいだろうと思いつつ、やはりコミュニケーションは必要ではないかということですし、議論すべき点は残されているということで、保留にはしてきたわけですけども、この度、県からパターンを3つ出してきたので、審議会の中でどのパターンを基にもう少し具体化していくかという。やはりパターン③にしても、まだまだ詰めていかなければいけない点は多々あるので、色々な審議が必要だと思いますけども、とりあえず今、県から出しているパターン①～③のうち、審議会としてどのパターンを基に考えていただくのがいいかとい

う、このことについては皆さんの意見をまとめてもいいのではないかと思いますけど、どうでしょうか。

(岡崎委員)

今日の審議会の到達点を見据えていかなければいけないと思います。審議会委員の大方の方々はまだ名取区域での新築移転、現地での建替えという案も含まれますけど、それが妥当だと思っておられる。けれども、昨年度1年間この審議会は9回やったんですよね。その中で何回か決議を出しましたがけれども、その決議は正確に言うと、「富谷への移転合築というプランはノーです」という結論でした。あるいは、それを前提として、「民間病院を名取に誘致するか、サテライトを作るとか、そういうプランもノーです」という決議を何回か出したと記憶しています。ですから、「是非名取の中で新築移転してください」ということまでは、実はこの審議会は決議してなかったんですよ。それは、名取の中で造るにしても、候補になり得るような土地がいくつか出てきて、しかも今日もまた一つ追加されたということですが、それを一つ一つ、精査するところまではいっていなかったということがあります。

でも、この間、県のスタンスも知事のスタンスも少し変わってきたということがよくわかりました。ですから、今回であれば富谷反対というところから一歩進んで、「名取の中で精神医療センターだけでも移転しましょう」という決議はあげられるのではないかと。そして、それをベースにして、次回以降、できるだけ早い機会に審議会をまた開いていただき、名取に精神医療センターを残すに当たっては、身体合併症の問題はどうしたら解決するかということとか、あるいは県の北部の「にも包括」をどうするか、そういうことも話し合っていけるのではないかなと考えました。（「賛成です」の声あり。）

(富田会長)

それはつまりパターン③を中心にとということですかね。

(草場委員)

さっき高階先生が御指摘だったと思うんですけど、パターン③の中には二つの要素が入っているんですよ。県北部の問題をどうするかという富谷市での新東北労災病院との連携が入っているので、今日の皆さんの意見をシンプルにまとめるとしたら、名取市で早急に建て替えるというのが皆さんの総意ではないかと思うんですね。それを決議することで、今日、当事者の方はわざわざ来ていらっしゃるんですが、それが全体の当事者、患者の方に伝わって、これまでの苦しみから少しは希望が持てるような状況になるのではないかと。今までは岡崎先生が仰ったように反対論だったんですが、「名取にすぐ建て替えなさい」という積極的なメッセージを、全員一致になるのではないかと予想していますが、そ

ういうメッセージを出せば、それが当事者の方へのお詫びと励ましになるのではないかと思います。

(富田会長)

パターン③の中でも、名取市に新精神医療センターを建てることについて、ということですね。

(岡崎委員)

パターン③とは違うと私は思っているんです。パターン③ですと、富谷市に新東北労災病院を移転してもらうということとセットなんです。そうすると、労災病院の方が決断するのを延々と待たなければいけなくなる。県の交渉力とかにも関わる。労災の本体の考え方にも関わりますよ。今日紹介されなかった資料で、参考資料2ということで、今年の3月18日に労災の機構の理事長から私どもの審議会宛てに回答してきた文書がありますよね。それを読むと、労災の本部の本気度が全然見えてこないんですよ。県に下駄を預けるといって、「精神医療センターがどうなるかを待って、それが決まったら、我々もどう連携できるかを考えます」という、すごく頼りない回答です。ですから、パターン③だと新労災病院の問題と抱き合わせになってしまうので、私は「県立精神医療センターは名取で建て替えるべし」というシンプルな決議の方がわかりやすいし、誤解がないと思います。

(富田会長)

それでもよろしいかと思います。それでは、県立精神医療センターを名取で建て替えることを中心に計画を進めていただくのが妥当だというお考えの委員は挙手をお願いします。

(委員全員が挙手)

全会一致ということでもよろしいでしょうか。それでは、本日の協議はここまでということにします。

では、次に「その他」ということで、次回の審議会のことも含めて事務局からお願いします。

(事務局(精神保健推進室長))

次回の審議会は、地域医療計画をテーマにして今年12月中旬ぐらいに開催をさせていただきたいと思っております。改めて日程調整をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

(富田会長)

それでは、これもちまして議事を終了したいと思います。

(事務局)

それでは以上もちまして、令和6年度宮城県精神保健福祉審議会（第1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。