令和6年度宮城県精神保健福祉審議会（第2回）

1 日時

令和6年12月17日（火）午後6時30分から午後8時50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、黒川洋 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18人出席）

（2）事務局

〔保健福祉部〕大森秀和 保健福祉部副部長

〔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、
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、
成田廉 主事、江上貴章 主事、徳政雄也 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2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。仙台家庭裁判所長の中吉徹郎様です。中吉委員からは、事前に欠席の連絡を受けております。

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。

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18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)

本日は大変お忙しい中、本審議会に御出席いただきまして改めて御礼申し上げます。今回は次第に記載のとおり、令和5年度において当審議会で審議いたしました第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。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、また皆様に御発言いただきますようよろしくお願いいたします。

本日の議題の内容とは異なりますが、県立精神医療センター建替えのことで、これまでも当事者の立場から御発言をいただいておりますユーザーズアクションの川村様から、審議会に向けて御発言の希望を頂いております。議事からは外れますが、御発言をいただくことを提案させていただきます。よろしいでしょうか。それではよろしくお願い致します。

(川村氏)

本日は審議会の沢山議事がある中、私たちの意見を聞いてくださる時間を取ってくださって、感謝いたします。私は今日個人的な都合でこの発言が終わったら途中で失礼させていただきます。

先日、村井知事は県議会で県立精神医療センターの富谷移転を断念したと話されてきました。3年数か月の私たちの戦いは、ようやくひと段落して病院再建のスタート地点に立ったのだとホッとすると同時に、この3年の県の振り回し、知事の振り回しによって、精神障害者の生活に無理解というか無関心というか、そういうことにかにそういう目にさらされているか、それから後回しにされているか、そういったことを県のトップが率先してそういう姿勢であるということに気付かされて、大変落胆したところです。今回の富谷断念というのは、私たちの経験や生活に真摯に耳と心を傾けての決断というよりも、知事が理解者を得られなくてどうしようもなくなって断念したというふうに私たちの目には映っています。

しかし、何はともあれ随分回り道をしましたが、ようやくスタート地点に立つことができたと思っています。今考えなければいけないことは、早期再建だと思います。これまで

審議会で候補地について情報や意見があがったこともありました。県は、がんセンター跡地と言っていますが、安全安心に建てられる土地に速やかに再建してほしいと思っています。そのためには、審議会のこれまでの議論や出された意見を是非無駄にしないでいただきたいなと思っています。

この移転計画の問題は、当事者や病院関係者の声を聞かずに勝手に暴走したところだと思っています。当事者や病院関係者、特に現場で働くスタッフのニーズにかなった、当事者が安心して掛かれる病院を作るには、様々な立場の人たちが協働して作っていくことが必要であるということが私たちもよく分かりました。

病院再建にあたっては、当事者や病院関係者が継続的に意見を述べられる仕組みを作り、行政と当事者、病院職員等が共同創造で作り上げる病院を全国に先駆けて宮城で作っていただきたいなと思っています。

本日は精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムについての議論とお伺いしておりますけれども、私たちは地域の中で福祉サービスだけではなくて、親切なおじちゃんおばちゃんとか優しい子供たちとか、それから病院のある町で暮らしています。南・北と言わないで、どこの地域でも安心して医療を受けながら地域で暮らしていける、地域住民の一人として暮らしていける宮城県を是非作ってほしいなと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。以上になります。どうもありがとうございました。

(富田会長)

どうもありがとうございました。今の御意見を反映するよう進めてほしいと思っております。

それでは、本日の次第に従いまして、事務局から第8次宮城県地域医療計画（精神疾患）の概要と取組、多様な精神疾患等の医療連携に係る医療機能調査について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、精神保健推進室から本日の報告事項2点につきまして、関連しますので続けて説明をさせていただきたいと思っております。報告事項の（1）第8次宮城県地域医療計画（精神疾患）の概要と取組についてでございます。

資料はツーインワンで、各スライドの右下に、小さくて恐縮ですが番号を記載してございます。地域医療計画のおさらいとなりますが、資料1のスライド1を御覧ください。第8次地域医療計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間でございます。毎年度進行管理を行いながら、令和8年度には中間見直しを予定してございます。

スライド2を御覧ください。計画の位置づけです。「宮城県障害福祉計画」等の各種計画と連動しております。

スライド3の基準病床数、また、スライド4の精神医療圏につきまして、こちらの計画

で定めているというものです。「にも包括」の取組は、障害保健福祉圏域7圏域での取組となりますので、精神医療圏との取組と連携をするということが、この計画の中で定められております。

(2) 医療連携体制につきましては、多様な精神疾患への適切な対応に向け、医療圏ごとに医療機関の役割や医療機能を明確化し、相互連携や専門医療を提供できる体制を整備することとしてございます。また、「地域精神科医療提供機能」「地域連携拠点機能」「県連携拠点機能」を設定することとしております。

スライド5を御覧ください。今申しあげました3つの機能それぞれに求められる目標を、こちらの表に整理をして、計画に記載してございます。

スライド6「特殊機能を有する精神科医療機関」の一覧です。精神疾患10分野中6分野について特殊機能を記載しているというものになってございます。

スライド7目指す方向性といたしまして、1項目目でありますが、精神障害の程度や有無に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる「にも包括」の構築の推進というものを掲げております。また、2点目は多様な精神疾患ごとに、患者のニーズに対応した医療を実現するための連携体制の整備推進ということを掲げてございます。そしてさらにこのスライドの一番上に記載しておりますが、目指す方向の実現にあたっては、患者や関係機関の意見を尊重し、施策を推進することとしてございます。

スライド8は、この計画の中での数値目標となっております。

スライド9ページ以降が本日説明を主にさせていただきたいという部分です。地域医療計画の取組について、スライド7の患者や関係機関の意見、「にも包括」を含む関連事業、連携体制の整備、この3点について順に説明をさせていただきたいと思っております。

まずスライド9を御覧ください。患者や関係機関の意見反映についてでございます。このスライドの星印を記載しているところは、当事者の方に御参加をいただいている会議などを示してございます。精神保健福祉審議会は左側にありますが、この他大きな取組としましては、表の青い部分で記載をしておりますが、県、圏域、市町村と重層的に協議の場を設けている自立支援協議会の取組がでございます。自立支援協議会は「にも包括」の推進体制となっております。25市町村で協議の場が設置され、精神保健福祉圏域ごとに、県の保健福祉事務所が主催をしており、圏域の協議の場を設置しております。また、県全体の協議の場は宮城県障害者自立支援協議会精神部会であり、今年度からピアサポート活動を検討するための作業部会も設置してございます。この青い部分の上に記載しておりますのが、障害福祉分野の審議会であり、障害福祉計画の審議などを行う障害者施策推進協議会、こちらにおきましても、精神分野での御意見をいただいているところです。自立支援協議会の青い部分の下につきましては、事業レベルでの取組となりますが、令和5年度から当事者団体向けの説明会、意見交換会を実施し、いただいた御意見を関連する会議体に、この審議会も含めまして、提供してございます。その下に記載しておりますが、各分野の協議の場や、入院者訪問支援事業をはじめ、記載の事業について当事者の皆様の

からの御参画もいただいているという状況になってございます。

次にスライド10から施策と関連事業についてになります。表は4列ありますが、左の2列につきましては、地域医療計画に記載されている内容というふうになります。右側の2列につきましては、県で実施をしている事業等、令和5年度以降の新たな取組ということで、整理をさせていただいております。

まず、1「精神医療保健サービスへのアクセシビリティと相談・普及啓発体制の充実強化」につきましては、実施事業といたしまして、地域精神保健福祉対策事業や被災地精神保健福祉対策事業を行ってございます。令和5年度からは心のサポーター養成研修、指導者養成研修を実施しております。

2「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進」につきましては、令和6年度から大きく予算を拡充し、「にも包括」の推進事業ということで実施しております。当事者・家族会等に対する事業説明会、精神障害部会ピアサポート作業部会、入院者訪問支援事業支援員養成研修を実施しております。

3「精神科救急医療体制」につきましては、24時間365日のシステム運営ということで、令和6年度には県立精神医療センターを常時対応型の医療機関に指定いたしました。

4「身体合併症」につきましては、令和6年度に宮城県精神科入院医療機関状況調査、また多様な精神疾患等の地域精神科医療提供体制に対する調査により、実態把握を行ってございます。

スライド11を御覧ください。この後が多様な精神疾患ごとの取組になります。

(1) 統合失調症、(2) うつ病、躁うつ病につきましては、地域精神保健福祉事業、自死対策事業等を実施してございます。

(3) 認知症につきましては、認知症地域医療支援事業を実施し、令和6年度は新薬を投与する認知症疾患、医療センターに対する加算の拡充を行ってございます。

(4) 児童・思春期疾患につきましては、子ども総合センターで実施している子どもメンタルサポート事業のほか、ひきこもり対策として連絡会議やオンライン居場所の開設を行っているところです。また、中間就労のモデル事業も、この中で実施してございます。

スライド12を御覧ください。(5) 発達障害としまして、支援センターや、地域支援マネージャーの配置事業を実施し、当事者交流会、家族の集い、市町村対象の説明会、福祉と教育の連携研修などを実施しております。

(6) 依存症としましては、依存症対策地域支援事業を実施し、令和5年度にギャンブルの新しい計画を策定し、令和6年度普及啓発等を行っているところです。

(7) 高次脳機能障害、(8) 摂食障害については、拠点病院を中心とした事業を実施しております。

また、(9) てんかんにつきましても、拠点病院のほか、令和5年度から普及啓発を強化しているところです。

(10) PTSDにつきましては、研修、電話相談等を実施しております。

スライドの13を御覧ください。6「自死対策」につきましては、令和5年度に見直しを行いました。宮城県自死対策計画に基づく事業を実施しております。

また、7「災害精神医療」につきましては、DPATの体制整備事業を実施し、令和6年能登半島地震への派遣、またそういったことを踏まえた作業部会を設置し、体制整備を図っております。

8「医療観察法」につきましては、連絡協議会に県としても参画をしているという状況でございます。

最後に大きな8番というふうに記載をしておりますが、医療機関ごとの医療機能の明確化の取組としまして、令和6年度は記載の調査を実施いたしました。詳細については、この後資料2で説明をさせていただきたいと思っております。報告事項1については以上でございます。

続きまして、報告事項の(2)多様な精神疾患等の地域精神科医療提供体制に関する調査について御説明をします。

資料2、スライド1を御覧ください。この調査は、第8次宮城県地域医療計画における多様な精神疾患等の地域精神科医療提供体制を把握することを目的に実施いたしました。調査対象は、県内の精神科及び心療内科を標榜する医療機関でございます。病院54か所、診療所106か所が対象となっております。調査期間は令和6年9月30日から11月15日まで。

スライド2を御覧ください。調査内容は大きく3点。1点目が地域精神科医療提供機能に沿った診療の有無を伺っております。こちらは四角で囲っております、「患者本位の精神科医療の提供」、「ICF（国際生活機能分類）の基本的な考え方を踏まえた多職種協働による支援の提供」、「地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力」、この3項目を満たす診療を行っているかどうかということ。こちらを12の疾患別にお答えをいただいております。2つ目は、治療上連携が必要な場合の連携医療機関の有無と連携先医療機関名、上位3つを疾患別にお答えをいただくというものです。3つ目は、各医療機関が提供している診療等として、人員配置、実施可能な検査、提供している診療等についてお答えをいただきました。調査基準日は令和6年4月1日です。

スライド3を御覧ください。調査結果でございます。回収率は病院が100%、診療所につきましては、精神科、心療内科を標榜していないというふうな御回答をいただいた5か所を除きまして、77.2%となっております。調査結果につきましては、医療機関の名称、所在地、電話番号、提供している地域精神科医療の疾患名ごとの部分、提供している診療等を今後県のホームページなどで公表する予定としております。公表の同意をいただいておりますのは、病院44か所、診療所46か所となっております。

続きまして、調査の結果について、詳しく御報告させていただきます。まず医療圏ごとで集計をした結果でございます。スライド4を御覧ください。こちらは、病院について疾患名ごとで診療を行う医療機関の数ということでございます。縦軸は精神医療圏ごとの回

答数、横軸は提供している疾患名ということになります。例えば、合計 54 の病院のうち、統合失調症の診療を行っているという答えを書いていたのが 37 か所となっております。こちらについては、実施していないと回答した病院の約半数は精神科を標榜している一般病院というふうになっております。残りの半分は認知症を中心に診療を行っている病院でありました。医療機関につきましては、仙台医療圏に約 6 割が集中しているということで、疾患によっては他の圏域での診療が難しい分野があるということが見て取れるかと思えます。

スライド 5 を御覧ください。次にこちらは診療所について、同じく疾患ごとの表ということになります。病院よりもさらに、仙台医療圏に医療機関が集中しているというような形になってございます。仙台医療圏については、幅広い疾患に対応する診療所が複数あり、選択をできる状況ということになっておりますが、他の圏域では選択肢が非常に少ない状況というのが分かるかと思えます。

スライド 6 を御覧ください。病院における診療内容の表となります。こちらすみません、事前にお送りしていた資料から若干データを修正しております、入院診療、外来診療、ショートケア、デイケアの数字が変更になっておりますので、本日机上配布した数字の方が正しいものということで、訂正をさせていただきたいと思えます。こちらの表からは往診であるとか訪問診療、ナイトケア、リワークに対応する医療機関の数が少なくなっているということが分かるかと思えます。

スライド 7 を御覧ください。こちらは同じく診療所の表ということになります。こちらでも仙台医療圏については、往診、訪問診療やデイケア、訪問看護、カウンセリングなど多様な診療が選択できる、選択肢があるということが示されているかと思えます。

スライド 8 を御覧ください。こちらは病院における人員の配置状況と実施可能な検査の表になります。今回の調査対象が精神科、心療内科を標榜している医療機関ということで、単科病院だけではなく、一般病院も含んでいるということで、X 線や CT、MRI などの検査が実施可能と回答している医療機関の数が比較的多くなっております。

スライド 9 を御覧ください。こちらは診療所のものです。病院に比べますと、割合が少ないですが、仙台圏域を中心に公認心理師や精神保健福祉士の配置、発達知能検査や人格検査、認知機能検査を行っている機関が多くあることが分かりました。

それでは、スライド 10 を御覧ください。今回 12 の疾患別に調査を実施しております。疾患ごとの結果についてはただいま取りまとめ中でございますが、一部御紹介をさせていただきたいと思えます。まず統合失調症についてであります。このスライドの左側、こちらが病院の結果であります、統合失調症に関しては地域精神科医療提供機能に沿った診療を実施していると回答した医療機関が全体で 37 か所、割合としては 69%でございます。次に、連携先の有無については、ありと答えた医療機関が 25 か所、全体の 46%。主な連携先医療機関として回答いただいたのは上位 3 か所、仙台市立病院、東北大学病院、県立精神医療センターとなっております。

次に、右側が診療所についてとなります。統合失調症に関して、診療を実施していると回答した診療所は52か所。割合としては67%でありました。連携先の有無については、連携先ありと答えたところが21か所で全体の27%。主な連携先医療機関として御回答いただいた上位3か所は、東北大学病院、東北医科薬科大学病院、県立精神医療センターでございました。

スライド11を御覧ください。こちらは連携先医療機関があると回答した医療機関と連携先医療機関を圏域別に整理した表となります。今回、院内の診療連携分は除いておりますが、延べ箇所数として計上をしております。縦軸が回答医療機関の場所、横軸は連携先医療機関がある場所となっております。これらを精神医療圏ごとに精神科病院、一般病院のうち精神科標榜の有無で分けてございます。回答医療機関の母数に地域差がありますが、連携先医療機関としては、仙台医療圏が最も多く、中でも下のグラフにございますが、精神科標榜ありの一般病院に集中をしているということで、この病院の役割が非常に大きいということが分かるかと思えます。一方で、圏域内の医療機関同士で連携をしているというものが少数ですが、一定数あるということが分かってございました。

最後に、スライド12を御覧ください。こちらは疾患別の診療内容でございます。

(1) 統合失調症の「治療抵抗性統合失調症の治療薬（クロザピン）による治療」を行っているのは県内で9か所。仙台医療圏に集中をしておりますが、各医療圏に1か所ずつはあるということが分かってございます。一方で「修正型電気痙攣療法（mECT）」については、仙台医療圏の3つの病院のみという結果となりました。

次に、こちらについてはうつ病・躁うつ病についても記載をしております。「認知療法・認知行動療法」は診療所を含めまして、県内27か所で実施をし、各医療圏にあるということ。ただ、一方でこちらにも「修正型電気痙攣療法」、あるいは「経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）」については、仙台と石巻・登米・気仙沼地域で1か所ということで、県内に2か所のみというような結果となっております。調査結果につきましては、今後、他の疾患についても取りまとめをし、さらに整理・分析をしていく予定としてございます。

説明は以上でございます。

(富田会長)

ありがとうございました。ここまでのところで御質問、御意見を承りたいと思いますが、その前に我妻委員から事前に意見書をいただいております。地域医療計画に関する御意見ということで、最初に我妻委員から、この資料について御発言いただいでよろしいでしょうか。

(我妻委員)

勝手に意見書を出しまして申し訳ありません。読み上げますので、今からお聞きください。

私は、精神疾患は誰もがなり得る病であって、遺伝的要因、その人の置かれた環境や経済的人間関係など、様々な要因によって発症すると言えます。そのことはみんな知っていると思うんですけどね。宮城県の精神科にかかる方々が増加している状況にあります。それも若年層の方、小学校、中学校、高校生がかなり増加傾向にあるとのこと。そういうふうに河北新報に載りました。自死率も増えているということです。こういったことを踏まえましても、精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりを進める必要がある。長期入院された方が地域で安心して暮らすことができるよう、その受け皿となる住まいや、社会で生きていくためのグループホーム、いつでも悩みを話せる相談支援事業、働く場、授産所等、総合的視野に立って、具体的に計画を立てて、それを具現化しなければならないと思います。

私は白石市で生まれ育ちました。大学を卒業してから東京の会社に就職しましたが、半年も経たないうちに退職し、白石の実家に帰ってきました。それから間もなく白石の精神科病院に入院しました。約一年間の入院生活を余儀なくされました。私は26歳の誕生日に入院してしまったんですね。でも私の家族の理解があったため、退院してから実家の仕事をしておりました。一般企業にも勤めましたが、長く働けませんでした。一緒に入院していた長期入院者は、家族からも見放されて、面会も外泊も全くない方もおりました。病気が治っても、15年も20年もおかれた人もいました。病気が治っているのに、家族の受け入れがないために面会も外泊も一回もない人がおりました。

一般企業で働けるようワンステップとしての、精神の病の方々のための授産所は白石市には全くなかったので、私の父にそういった人のための授産所の必要性を話したら、元の白石市長に陳情書を朝早く持って行ったところ、市長さんが即座に必ず作りますとのことで、その数年後、精神的病の方々の通所授産施設が開設され、私の父が初代家族会会長となり、現在も白石市で、その授産所を運営されております。しかし今、白石市では授産所と言いましても、精神だけじゃなくて、地域活動サポートセンターということで、精神障害者だけではないと思うんですね。しかし、私の理想としては、長期入院者が地域で社会生活していくためには、生活訓練の場として、援護寮やグループホームなどの社会資源の整備が不可欠であると思います。私はそのことをずっと念願してまいりました。

ところで、2010年の12月の県議会のあった頃、県庁で村井知事に精神の病にかかった方々のための施策として要望書（5点の項目）を提出し、それに対する回答も知事からなされました。その時、知事はピアサポーターのための福祉予算は確保しますとおっしゃったと記憶しております。私は確かにそういうふうな回答を受けたと思います。しかしながら、精神の病に対する社会資源の整備はほとんど進んでいないと思っております。こういった宮城県精神保健福祉審議会で話し合わせ、計画立案したことを具体的に実現しなければ、この審議会の意味がほとんどないものとなるように思います。私が宮城県の精神の病にかかった方々や、社会資源の実態を知らないところも多々あるかもしれません。何度も繰り返すようですみませんが、政治や行政に携わる方々は、ある意味で県民のための奉仕

者であるべきであるはずで。一番困っている方々、悩んでおられる方々、生活苦にあえいでおられる方々、そういった方々の声なき声に耳を傾け、施策を講じていただきたいと思います。ここで話し合われ、計画立案したことを是非とも具現化していただくようお願いいたします。障害があろうがなかろうがみんな同じ人間です。夢や希望を持って生きたいのです。幸せになりたいのです。以上で、私の意見を終えさせていただきます。

(富田会長)

ありがとうございました。これまで我妻委員がおっしゃってこられたことでもありますが、地域医療計画を進めていく上で、我妻委員がおっしゃっておられるようなりソース整備が現時点においてどこまで進んでいて、どのような課題があって、今後どのようにそれを整備していくかの状況について、整理をした上で、検討する必要があるように思います。このことにつきまして、村上室長お願いします。

(事務局(精神保健推進室長))

はい、ありがとうございました。我妻委員から御指摘をいただきました、地域資源の部分の整備の必要性というのは、我々も非常に大切なことだというふうに思っております。本日、お話ありました部分について、説明させていただきたいと思います。

まず、お話のありました宮城県が運営している援護寮につきましては、大崎市の精神保健福祉センターの隣の場所にあるもの一つということになっております。今現在、障害福祉サービスの区分で言いますと、こちらの援護寮が果たしている宿泊型の自立訓練支援というような機能という位置づけになってございまして、この区分のサービスについては、宮城県の援護寮の他に、県内に6か所ございます。宿泊型の自立訓練施設については県内7か所ということになってございます。ただ、お話ありましたように大崎市の援護寮以外は、仙台市内ということになってございまして、地域的には偏在があるというふうになってございます。宮城県の援護寮につきましては、今現在はだいたい半分ぐらいの利用率ということで、県内全域から入所の方は可能な状況にはなっているということですが、お話を伺いますと、依頼をいただく病院には非常に偏りがあるということで、実際は県の北側の方の利用が多いというふうになってございます。そういった課題もありますので宮城県の援護寮の担当の方には、先程資料の方でも説明しました、宮城県障害者自立支援協議会精神部会にも参画をしていただいて、課題を共有しているところです。援護寮につきましては、今あるものを最大限活用していくというような方向で進めてまいりたいと思っております。

また、お話ありましたグループホームでございしますが、全体数といたしましては、障害福祉計画の中で整備目標などを定めております。今手元にあります、令和3年度からの数字を見ますと、令和3年度が利用実数2,963人から、令和4年5年と3,000人超えるような形で、徐々に増えてはいるということになっております。そういった中で障害福祉計画

では、令和8年度は実利用者数の目標を3,900、事業者数を856ということで、整備を着実に進めるということを目指してございます。ただ、こちらもお話を伺いますと精神障害の方の利用というのは、なかなか進んでいないということで、全体の利用者の割合というところと3割程度ということで、グループホームにつきましても、身体とか知的とか精神という区別はないのですが、なかなか精神障害の方の利用が広がっていかないというところなどは、現実としてあるかと思っております。私どもとしましては、今、「にも包括」の5年間の実施事業の枠組みということで考えておまして、この中でグループホームの整備の支援、また授産というようなお話でしたので、就労関係の日中活動の場というものについても整備を支援していきたいというふうに思っております。まずは、県内の実態把握など、そういったところから着手をして、具体的にどういった支援ができるのかということを検討してまいりたいというふうに思っております。

また、ピアサポーターの関係の支援の予算ということではありますが、今年度、「にも包括」の事業の中で、ピアサポート活動への補助事業も立ち上げてございます。こういったものも活用していただきながら、県内のピアサポート活動を支援してまいりたいというふうに思っております。以上です。

(富田会長)

ありがとうございました。以上の社会資源の説明、および、資料に基づく医療機関の役割分担と連携に関する説明につきまして、御意見、御質問ございますでしょうか。

岩館委員、お願いします。

(岩館委員)

連携のことで聞きたいのですが、今回の調査結果を見ると、身体合併症の連携の答えが出ているのではないかなと思うんです。一般医療だと急性期から療養病棟への連携とか急性期の病床が過剰で療養病床が不足とかの問題がありますが、ここでいう連携が精神科としてどういう意味の連携を意味するのかを、もう少し明確にしないと今後、連携の方向性を話し合うとか決めるというのは難しいんじゃないかなと思います。

精神科の場合、急性期と療養というふうになかなか明確に分けられない。一つの病院の中で、急性期と療養を持っているところもあれば、大部分は療養だけど急性期も少しあるとか。また、精神医療センターは救急をやっているから救急で診て、その後の連携で地元に戻すという意味での連携もある。連携の意味をもう少し細かく考えていかないとだめかなと思います。

(富田会長)

ありがとうございます。

(事務局(精神保健推進室長))

ありがとうございます。今回は御指摘のとおり、連携についての質問項目が若干曖昧な形で聞いてしまっておりまして、結果としてこういう形になってございました。このため回答数も若干少ないかと思っておりますし、また具体的な医療機関の名前を挙げたところも、その中でも少ないというような状況でありました。この連携の内容については、もう少し今回の回答内容を精査をしながら、必要であれば、また別な形で何らかの確認というのが必要なかというふうに思っております。

(富田会長)

岩館委員、お願いします。

(岩館委員)

仙台医療圏は、病院ごとの特徴とか、専門性を打ち出している医療機関があるんですけど、例えば大崎、栗原とか石巻・登米・気仙沼とかになると、それぞれの病院が専門性を打ち出すどころではなくて、とにかく地域にあるものを全部そこで引き受けなきゃならないというのが実際の現状だと思います。

宮城県は仙台医療圏が圧倒的に大きいので、よその県の連携とイメージが全然違う気がしてしょうがないんです。

小さい医療圏・圏域は、そこにある医療機関でとにかく何でも受け入れざるを得ない、やらざるを得ないので、あえて連携と言わなくても断れないというか。逆に仙台医療圏の方が「これは専門じゃないですから」とか、「これだったら、もっと専門の医療機関あるからそっち行って」というふうに断れる。連携と言っても様々な次元があるので、その辺がこれから難しいかなと思っています。

その辺の連携という意味を考えなければならない現実があるのかなと思っています。

(富田会長)

黒川委員、お願いします。

(黒川委員)

資料2の精神科医療提供体制のところ、感想と質問というか、お考えを聞きたいことがあるんですけども、スライド3の調査の公表というところで、公表の同意が得られた医療機関として病院が81.5%、それから診療所が59%とあるんですけども、これは県に対しての協力が少ないのではないのでしょうかという印象を持ちました。

それから、もう1点は診療所、精神科医療提供機能に沿った診療のところ、②の診療所。スライドの7ページのところですけれど、ここでそれぞれ圏域として仙南とか仙台・大崎・石巻とありますけれども、この中で特に3番目、4番目の往診とか訪問診療っていう

あたりは、特に精神疾患を持った皆さん、手がつけられないくらい大変な状況があつて、家族にとってはどう対応したらいいかということで、大変な状況があるっていうことは私たちの家族会の家族の皆さんも、そういう以前のこととか大変だったっていうことをもう涙を流しながら話してくれたりするわけなんです。そうした中で、特に2番目の仙台ですね、63という数字がありますけども、外来診療ですか。往診とか訪問診療ってあたりは特に大切なところかなっていうことを思ってるんですけども、その辺のところを数字も含めて、この数字に現れたところの意味合いとか、考えとかございましたら、お聞かせいただきたいと思います。

(富田会長)

村上室長、よろしいですか。

(事務局(精神保健推進室長))

ありがとうございます。まず1点目の同意が得られた医療機関ということですが、こちらは今回、精神科・心療内科を標榜する医療機関すべてにお尋ねをしたところがございます、必ずしも標榜をしていますが、外来として新患を受けないとか、そういった医療機関もございまして、そういったところが、自分のところが診療を受けるということで公表されてしまうと、予期しない患者さんがいらっしゃって困るというようなこともあつて、県の調査には協力するんだけど、公表の方には出さないでほしいといったような医療機関もございました。なので、必ずしも県に協力をしないからこの公表に同意しないというわけではないということは申し上げたいと思います。

2点目の往診・訪問診療の部分でございます。今回、診療所を対象に、お尋ねをしたところの数字ですが、往診可能、あるいは訪問診療可能とお答えいただいたのが、主に仙台市内ということですが、特に精神科を専門に行っているところもあるんですけども、それ以外の例えば往診、専門クリニックで、精神も診ますというようなところが、こちらの方で丸をつけていただいているのが多いかなというふうに見ていただきました。そういったところも、やはり仙台圏域に集中をしているということで、なかなか県全体をカバーするような形にはなっていないだろうというふうに見ていただきました。

(黒川委員)

往診とか訪問診療を期待している家族が多いっていうことを、私から申し添えさせていただきます。

(富田会長)

ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。草場委員お願いいたします。

(草場委員)

2点質問あるんですね。まず1点目、今のお話と関連するんですが、私は弁護士で子供の犯罪とか、精神疾患を持っている方の犯罪なんか結構手掛けていて、その時に名取の病院を中心としたネットワークの人たちに色々関わっていただいて、生き直したり、立ち直っていくっていうのを支えていただいた経験たくさん持っているんですね。

その時の記憶ではですね、名取の保健師さんが、具合悪くなったら、家庭訪問して「どうですか。お医者さんかかってみませんか。」みたいな、そういう関わりをしていらしたという記憶があるんですよ。今もそうなのかどうかかわからないですが、だから名取のネットワークの中で私がパッと思い浮かぶのは保健師さんがかなりの力を持って動いていただいて、家庭訪問なんかもしていたという印象があります。家庭訪問に限らないんですけども、この医療のネットワークを考えると、保健師さんの役割なんかがどういうふうに関わってくるんだろうというのを教えていただければと思います。これが1点。

(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。ただいま名取市の例を出していただいておりますが、保健師の関わりとしては、県全体すべての市町村において同様な取組がなされていると思ってございます。ただ、その中で、すべて医療につながりわけではありませんので、その方の様子を見ながら、適切などころにつないでいくというところは、保健師の方々、各地域でそれぞれ取組をなされていると思ってございます。

(富田会長)

黒川委員お願いします。

(黒川委員)

私たちの家族、多くの家族の方が、これまで口にしていないことなんですけれども、以前は昔、そういう保健師さんたちの訪問っていうのは、結構よく訪問してくれてとても助かった、当事者のうちの息子の話を聞いてくれた。こういう話は、以前、昔、10年、20年前の話ですけどもあつたんですけども、最近はなかなか保健師さんたちも忙しくなったことだから、訪問は難しいっていうふうな話をね、とてもよく聞くんです。だから、そういう保健師さんたちの稼働がもう少し多かつたらいいのかな。あるいは相談支援事業所の職員さんの体制がもっと整えられたらいいのかなっていうことを話し合ったりしている状況があります。

(富田会長)

小原委員、いかがですか。

(小原委員)

確かに黒川委員がおっしゃるように市町それから県保健所の保健師さんたちの時代によって、業務の分担で配置が変わってきています。それからローテーションもあってというところで、以前のようにこまめに訪問していた時代から、業務が本当に増えてきて、そういう時間がなかなか取れないということは大きな傾向としてはあると思います。

一方で、「にも包括」の話を考えれば、アウトリーチの訪問という形のニーズというのはすごく重要だと言われていて、一番その地域の中でのアウトリーチの役目というのは、やっぱり保健師さんたちに期待される場所ですので、その部分はしっかりと土台になる部分というか、その中に医療との連携があるというふうに思っていました。

本当に保健師さんたちは、思いは強いのですけれども、いかんせん本当に業務がいろいろ増えてきていますので、その中で病院も忙しい、保健師さんも忙しいとなった時にどういうふうに情報を共有して、効率的に住民の方に会っていくかということは、「にも包括」の中でも重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)

ありがとうございます。林委員お願いします。

(林委員)

今、小原委員がおっしゃったように、保健師さんの支援というのは時代によって様変わりしています。地区担当の保健師さんという形でできた時代と、一時的に地区担当制ができなくなって、またできるよなったりという変遷もあつたりします。また、業務量がやっぱり増加しているので、以前のようにこまめに訪問していくというよりも、緊急対応の方が多くなってしまっている現状があるかもしれません。

ただ、その一方で、「にも包括」を進めていく上ではアウトリーチが大事ということで、まず一つは、もう御存知だと思いますけれども、市町村の方で精神の支援を中心にやっただいて、それを保健所がバックアップし、それをまた精神保健福祉センターがバックアップするという、重層的な支援体制が、今後、もっと力を入れて進められようとしています。あとは保健師さんたちのというか、精神保健福祉相談員の質を高めるにあたって、これまでは220時間くらいの研修を受けないといけなかったものが、今は20時間あまりで割とコンパクトに受講できるという仕組みも整えられつつありますので、そういうものも活用して、より良い支援を御家族や御本人のために行えるように、国の支援も進められています。

(富田会長)

ありがとうございます。その前に黒川委員から出たクリニックの往診や訪問診療について、福岡等では活発にやっているところもあるみたいですが、宮城県での現状とか展望とか課題というのはいかがでしょうか。原委員、どうでしょうか。

(黒川委員)

往診してくれるのはありがたいです。

(原委員)

今クリニックの方でもしてますけどね、病院の方も見ると、病院の方は2か所しかない。だから別にクリニックだけ無いわけではないんですけども、現実的には往診というのは、本来は御家族からの要望で医療機関が行くというのが方針の原則です。

私が、何回も往診したら、診療報酬の方から一度それは往診ではないと言われたことはありました。それは訪問医療という形で、今はもうやっています。訪問医療の場合は基本、御家族と、あるいは当事者の方と契約を結んで、そしてその契約の上で訪問するという、そういうようなシステムになっています。

実際の業務からするとですね、なかなか普段の診療をして、なおかつその上での往診、訪問をやるっていうのは、複数の医師がいて、取り組む分にはなんとかできるんだろうと思うんですけども、現実的にはなかなか今の診療報酬システムでは難しいところがありますよね。例えば一時間かかって行って、せいぜい単価が1万円とかってなるんですよ。そうすると、診療所で、例えば5人診ていたら、それだけで2万5千円になるわけですから、そういうふうな診療報酬がもっと往診とか、訪問医療に分厚く乗ってれば、それなりに取組が増えるのかなと思いますけども。

現実的にはなかなか難しいですよ。だから、私の場合は土曜とか日曜日に訪問するというような形で、普段の診療ではない日に実際はやってるというのが現状です。あまり答えになってないです。何を答えたらいいか、分かりづらかったです。

(富田会長)

難しい点があると思います。その他いかがでしょうか。
佐藤委員お願いします。

(佐藤委員)

話が戻ってしまいますが、保健師連絡協議会の代表で来ていますのでお話をさせていただきます。先程皆さんに保健師のことをお話いただきありがとうございます。確かに業務がすごく増えてきていて、以前に比べたら子供の虐待から高齢者まで幅広くやっていますし、感染症が出ればコロナの対応だったり、災害の対応だったりということで幅広く求め

られるものが多いので、訪問に出る回数というのは確かに減っているかなというふうに思っています。それでも今日も私は、未治療の精神の方の訪問に行ってきましたし、気持ちとしてはありますので、是非相談いただければなというふうに思うのと、あとは先程の診療だと契約という形で行くという話ですが、行政の保健師の場合は相手が特に求めてなくても、こちらの方から様子を伺いに行ったりという形もしますので、その点については是非医療というか、この医療計画の中身とかに、位置づけていただけたらすると、なおいいのかなというふうに思っております。

(富田会長)

貴重なコメントありがとうございます。姉齒委員お願いします。

(姉齒委員)

私、宮城県自立支援協議会精神障害部会から参りましたので、「にも包括」のことについて、少々発言させていただきます。資料1の9ページのところですね、この中の青い部分で市町村の協議の場が25市町村と令和5年度の調査で書かれております。前回の協議会の時にちらっとお話ししたんですけれども、宮城県の市町村は35です。ですので、残り10市町村はまだ未設置です。

その未設置の場所がどこかということで調べると、仙南が3か所、それから仙台圏域が3か所、そして大崎圏域が4か所ということで、5市町ある大崎圏域の場合には大崎市、美里町、涌谷町、加美町だったと思いますけどね。色麻町だけは一応立ち上がってはいるけれども、他は立ち上がっていないという状況。非常に大崎市というのは、それこそ精神保健福祉センターがあったり、先程お話が出た援護寮だったり保健所があるので、なぜなんだろうっていうのは、すごく私、なんか謎だなと思ってきたんですけれども。

富谷に精神医療センターが移転して、県北の「にも包括」にも貢献するんだみたいな話も以前、県からあったと記憶してるんですけど、今回は名取に決まりましたけれども、富谷に精神科の医療機関が、特にその県立精神医療センターがもし仮に来たとしていたら、大崎のにも包括未設置状況は解消されたんだろうかって、ものすごく疑問に思っています。県としては、各圏域に保健所単位での「にも包括」の協議の場については、今年度中に設置するという話を伺っておりますけれども、この市町村の協議の場の、この未設置圏域は、どのようにして取り組んでいくつもりなのかということについて教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。市町村の協議の場につきましては、御指摘のとおり10市町で未設置ということになってございます。今年度も「にも包括」の取組の中では、10自治体について、すべて協議の場を設置するということを目標にして、各保健福祉事務所の方で

市町村への働きかけを行っているところでございます。年度末までにすべて完了するかはまだ分かりませんが、今後働きかけをして調整してまいりたいと思っております。

(姉齒委員)

ありがとうございます。言っているいいですかね、美里町に私この間、にも包括協議の場を立ち上げたいということで呼ばれて行ってまいりましたけれども、お話によりますと、他の圏域にも呼びかけて一緒にやろうという話をしたんですけども、あんまりこう、色よい返事がなくて、あんまりやる気を感じなかったようなお話が自立支援協議会の中で話されたっていうのが気になっていまして、本当にこれはすごい不思議なところ。未だになんですわね。

それに関係するところで、相談支援事業の中で地域移行定着相談支援事業ありますよね。これがなければ別にその退院支援とか、地域移行やっちゃいけないってわけではないんですけども、この県内の分布状況を調べてみたところ、やっぱり県北は薄いなという印象がありました。

もし数字を出してくれというのであれば、出せますので、多分県も把握されていると思うんですけども、大崎圏域は0なんですわね。地域移行、地域定着の相談支援を標榜している相談支援事業所が。栗原は1か所はあるんですけども、これはごく最近、立ち上がったところで、それまでは0でした。それから石巻圏域も、東松島市には1か所あるんですけども、石巻市は0という感じで、非常に寂しいですわね。

気仙沼市は、気仙沼圏域は、洗心会がやっていますが、前は気仙沼で立ち上がったほとんどの相談支援事業所が標榜してたんですよ。それがどんどん取り下げられていってしまったっていうのは、なんでなんだろうと。やっぱりやろうと思ったけど、大変だったのか、それともただ標榜してみたけども、結局オーダーがなかったのかとか、そういったこともよく分からない。登米の私の事業所の場合だとあまりオーダーがない。むしろ、名取の精神医療センターで入院が長期化している人の退院支援してくれというような感じで、割と遠方の方からのオーダーが時々あるという感じで、そういったところもなぜなのか、そしてこれをどうしていくのかということをきちんと議論していかないと、形だけ作っても絵に描いた餅になってしまうというふうに思っています。そのところをこの審議会の中でも、「にも包括」に関して協議の場っていうのはもちろん精神障害部会としてあるんですけども、そことも連動しながら報告であったりとか、委員の皆さんからの御意見を頂戴したりとかっていうことも、今後やれるといいなと思うので、そのところも考えていただければと思います。よろしくお願いします。

(富田会長)

貴重な御提言ありがとうございます。村上室長コメントでございますでしょうか。

(事務局(精神保健推進室長))

ありがとうございます。今、お話ありました地域相談支援であるとか、地域定着支援の事業につきましては、これも障害福祉計画の中で整備の目標数値を掲げておりました、こちらにも着実に増加をさせていくということで、それぞれ目標設定をしております。ただお話ありましたように、地域的な偏在であるとか、あと一旦手を上げたところで手を下げるといったようなこともあるやに伺っております、そのあたりどういう理由なのかというところをまだ把握しかねている部分もございますので、自立支援協議会であったり、あるいは他の機会も活用して、そういった実態把握しながら、課題解決に向けてどうしたらいいのかというような部分も我々としても研究していきたいと思っております。

(姉齒委員)

ありがとうございます。この審議会の中でも、この件についてはやはり協議をさせていただきたいので、よろしくお願いをしたいと思います。あともう一つだけ、相談支援関連で言うと、日下委員さんいらしておられますけれども、相談支援の中でも基幹相談支援センターっていうものが各地にございます。未設置圏域っていうのが4か所あって、その中の2か所は登米と栗原って、私の活動場所なので非常に恥ずかしいんですけども。その基幹センターの役割としても地域移行定着というのが入っています。

その基幹センターをやっているところの全部がそれをしているのかというと、決してそうではないっていうのが私の先程の話にも関わってくるんですけど、基幹センターが地域移行定着支援をやっていないという、これもなぜなのかなというところではずっと疑問に感じているところですので、そこら辺の検証をしていけるといいなと思っております。こちらもよろしくお願いたします。

(富田会長)

ありがとうございます。「にも包括」の中核的なところだと思いますので検討をすればいいと思います。大木委員お願いします。

(大木委員)

今、姉齒委員から相談支援のお話が出たので、私からもお話させていただければと思ったんですけども、私も今所属しているところが相談支援事業所で、指定特定ということで計画相談を中心にやっている事業所なんですけれども、結構よく地域の方から話を聞くのが、委託の相談支援事業所って結構よろず相談で何でも相談に対応しますっていうところなんですけれども、そういったところにいろいろ利用者からのこととか相談をしても、今いっばい関われないんだっていうふうに断られることが非常に多っていうことをよく聞くんですね。委託で関わってもらえないので、指定特定だが関わってもらえるかっていうことで相談がよくあつたりします。なので、委託のマンパワーであるとか、そういったの

が非常に今少ないのかなというふうに思っていて、委託の数も少ないのかなと個人的には思っています。

そういった本当は委託で受けるべき相談が指定特定に来るとなると、ほぼボランティアでやったりするわけなんですけど、もう少し委託相談支援事業所を増やしたりとか、あとはマンパワー、定員を増やしたりすることが非常に大事なのかなというふうに思うので、そこはお願いしたいと思っています。

なので、地域移行だったりとか、地域定着もしたい事業所、もしかしたらたくさんあるのかもしれないんですけど、計画相談でいっぱいになってしまって、そこまでいかないという相談支援事業所も多いのかなというふうに思います。なので、そこもお願いしたいなと思いました。

(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、県南生活サポートセンターアサンテの日下と申します。私どもアサンテは、皆さんお話しいただいたように、仙南地域の委託の相談事業所でもありますし、基幹の相談支援事業所でもあります。指定特定という計画相談もやっている事業所になっております。その中での仙南地域の取組ということで地域移行支援・定着支援の現状をお伝えさせていただければと思います。

最初、この地域移行支援・定着支援が私どもの事業所で始まったのは平成25年でした。その当時は、年間のオーダーが1件あるかないかという状況で、ある年は地域移行支援の実績が0件という年も実はありました。今はどうかというと、現時点(12月時点)での地域移行支援の提供、月4名の支援を進めているということで、年間を通すと年々増えていると実感しております。

実際、県立精神医療センターさんからのオーダーが一番多いです。県南の医療機関の数が少ないというデータを出していただいたところではあるんですが、仙南にある精神科病院さんからも、実はこれまでに10件を超えるオーダーをいただいている現状があって、年数を重ねるごとにつながりと言いますか、従事者同士との連携が培われているというのをひしひしと感じる状況であります。

その中で今後「にも包括」というところの視点で、先程の保健師の皆さんの力の大きさというのも重々本当に日々、仕事の中でも感じているところです。相談支援事業としても力不足というのは本当に感じているところではあるんですけども、障害福祉サービス事業所にかかわらず、ない中でも地域まるごとと言いますか、地域住民それぞれが我がごととして参画できるような、そういった地域づくりというところを基幹相談支援センターとしても力を入れていきたいと思っていますところです。その中で大事になるのが協議会も形

骸化しないような活用というのが非常に大事だと実感しておりまして、今回もこういった市町村の協議の場も含めて、設置はしたものの、それがどのように動いているのかっていう検証も必要なのではないかと、日々、地域で実感しているところでもあります。今後も学ばせていただきながら、地域づくりを考えていきたいなというふうに思った次第でした。

(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)

精神障害にも対応した地域包括ケアという呼び方の問題なんですけどね、「にも包括」っていうのはやめて、地域包括ケアにした方が私はいんじゃないかなというふうに思いますね。

わざわざ精神障害にもっていうのは、精神障害に対しての、ある種の偏見と差別が背景にあって、それがその上についてるっていうね。そういうようなことなので。例えば身体障害にも対応した地域包括ケアシステムと違ってあるんですかね。あるいは知的障害にも対応した地域包括ケアシステムと、老人にも対応した、高齢者にも対応した地域包括ケアシステム、これは介護保険かもしれないですけどね。地域包括ケアという考え方は、そもそもその地域で包括的にインクルーシブに障害を持つ人が生活することをサポートするようなシステムという概念なので、我々の中だけでもね、少なくとも、「にも包括」っていうのはやめてですね、普通に地域包括ケアにおいて、我々はどんなふうに考えるのかっていうような視点に立った方がよろしいんじゃないかなと常々思っていました。厚生労働省の小林課長にもその件を話したんですけど、とりあえず行政はしばらくはこれを使うと答えてましたけど。行政が使うのはいいけど、審議会としては「にも」はやめて、地域包括ケアで精神疾患を抱える対応をどうするのかというにわざわざ「にも」をつけることはないんじゃないかというふうに思っていましたので、一応提案しておきます。

それからですね、さっきの自立支援協議会の件なんですけど、やっぱり人口の減少が各地域で起こっているわけですよ。その中で各市町村単位でその自立支援協議会を作るんですかね。さっきのその協議会の場っていうのは25市町村になってますけども、やっぱり実際の行政単位も非常に小さくなっていくし、人口が減っていくし、そういう中で行政サービスをやっぱりある部分では広域的な行政サービスをですね、考えながらやっていると、実際のその協議会は作ったけども、実際は動かないということが起こるんじゃないかなというふうに危惧するんですけども。その辺のところはどうなんだろうかね。例えば、人口3,000人のところで自立支援協議会を作るとかっていうのはあんまり現実的じゃないような気がするんですけども、その辺はどうなんですかね。

(事務局 (精神保健推進室長))

ありがとうございます。実は自立支援協議会は25市町村設置と書いていますが、複数の市町村で共同で設置しているところも中にはございます。ただ、地域移行等を進めるにあたって、やはり障害のある方の身近な地域でというところで考えたときに、県のレベルですと、やはり圏域になってしまうんですけれども、圏域単位ではやはり広すぎるだろうなと思っております、市町村の主体的な取組として、こういった協議の場を市町村のエリアを基本に作っていただくという取組は必要なのではないかなと思っております。結果として、それが複数の市町村で共同でというのは、それはあり得ることなんだろうと思っております、そのあたり使い分けと言いますか、我々の思いとしては、やはり身近なところの基礎自治体でこういった場を市町村が主体的に作っていただきたいというものでございます。

(原委員)

その地域移行という言葉もすごく気になるんですよね。なんでそのもともと地域で生活してるのは当たり前なんだけど、地域移行と言うとなんか人が病院から地域の方に移動するみたいな、そういうような嫌なイメージがあるんで、その言葉に引っかかるわけなんですけども、もうちょっと何かいい言葉はないんですかね。

(事務局 (精神保健推進室長))

地域移行ということで我々使ってしまうんですけれども、御指摘あったように行政用語で、地域包括につきましても、昨年度までは県の事業として、地域移行の事業としておりました。ですので、地域移行の考え方も、基本的にはその先には地域包括の考え方ということに移行していくんだらうなというふうに思っております、今時点では私どもの方は、地域包括の考え方ということで、退院促進を進めていただきたいなというふうに思っております。

(原委員)

もちろん退院促進というところから始まるその考え方をひっくり返して、地域で生活することから物事を立てないとならないんじゃないかっていうのは私の考えなんです。だからすごく地域移行っていうのが引っかかるんですね。言葉として。もともとその地域で生活している人が、いろんな状況で病院に入院して、その中で、いろんな条件が重なっちゃって、長期に入院されていると、その方が基本的には退院するというのが病院ですから、入院治療、退院というのが当たり前で、地域こそが住み処なんです。だからそういう概念は、やっぱり問題なんじゃないかなっていうのが私の意見なんです。だから病院はあくまでも入院治療退院というこういう考えですから。地域に移行というのは病院が住み処になっているというような概念なんで、これはやっぱり治療に対して反治療的な考え

方だと思うんですね。やっぱり病院から退院するためにどういうことが必要なのかということであって、その治療も病院内での治療がどういうふうに変化になって、退院のためにどういう支援が必要かということが問題になるわけで、人がその地域に移行するっていうふう、そういうイメージっていうのは、やっぱり問題なんじゃないかなというふうに、いくら行政用語と言えども、その行政のやっぱり根本的な考え方が地域の中でどう生活するかということに対して、行政の資源、そのお金を使うということをですね。そのところをきちっとやって、その上でその病院からの退院してくる人たちとの接点をどう持っていくのかという発想じゃないとですね、やっぱりうまくいかないんじゃないかな。この間、そのいわゆる地域移行がですね、長年語られてても、なかなか移行ができていない、退院が進行してないっていうのは、結局は地域の中にいかにそのお金を投入して、地域での生活をサポートするようないろんな資源を作っていくのかということに対して、行政が手を打ってないから、我妻さんのおっしゃるような状況があったり、それからその県北なり、いろんな地域での状況があるわけなんですね。だから、そういうところをきちっと考えるとすれば、地域移行ではなくて、地域でサポートするための、もともと地域で生活している人たちが、地域で生活するためのいろんな資源をどう考えていくのか、それに対して行政がどういうふうに対応するのかという、そういう発想を転換してもらわないとなかなか、この計画だって、結局は数字倒れで、また6年経ったらあんまり変わってないなと何やったんだろうっていう話になりかねないですね。

(富田会長)

そうですね。実質的に、そういうことが進むように、しっかり審議会で検討して進めていければと思います。ありがとうございます。次の議題に移りたいと思います。

(草場委員)

資料1の6患者や関係機関の意見の反映の取組ということなんですが、当事者の参加を星マークで打ってあるんですが、これはおそらく委員がここにいるんですけどいうことと、あと当事者の方のオレンジの枠の当事者団体向けの説明会意見交換の星マークですが、何度も言いますが、権利条約4条のいろんな精神病患者の人たちの施策を考える時の意思決定過程に緊密な協議と積極的な関与っていうことが認められているわけで、それが果たされているのかっていうことが、このいろんな関係の機関をですね、実施活性化するなら肝だと僕は思うんですね。

我妻委員が何度も審議会で議論したことが全然実現しないじゃないかということにずっとこの文章で書いておられて、全くその通りだと思うんですが、これがやっぱり本当にこう反映するために、少なくともこの精神保健審議会の中で、当事者の意見、あるいは協議のあり方っていうのを、どういう仕組みの中でやっていくのかっていう方針を立てるべきだと僕は思っております、審議会でその議論を是非していただきたいと、言い出しつぺ

なので次回委員会で私、その提案をしてみたいと思っております。

それと、我妻委員が何度も提案しても全然実現しないじゃないかっていうことでもあって、それから今日沢山このいわゆるあえて使いますが、「にも包括」を実現していくための基本の問題が各委員が出されたわけですが、これ出されただけでまた来年度の審議会に行ったら雲散霧消してしまってますね、全然議論した成果がないと思うので、次回審議会を来年度にまたがない、また年明けに1回やってですね、今日の委員の皆さんから出たここが大事だよ、ここ大事でここが足りないよっていう、そういうのは明らかにして、課題を明確にさせていただきたいなというふうに思っています。

もし村上さんの方で、その当事者の意見をどう反映するかお考えがあるなら聞かせていただきたいんですが、私は手始めに名取での病院建替えの時に、スタッフと患者の意見をどんなふうに入れていくのか、やっぱり建替え委員会みたいなのを作らなければ、皆さんのことを考えて作ったからっていうのは、患者本位にはならないわけですよ。患者本位というのは本当にその時にいろんな意見を出してもらう。入れなければ、患者本位には絶対ならないと思うので、次回私が提案する中には、病院の建替えの時の意見を取り入れていく仕組みについても提案したいなと思っております。

(富田会長)

当事者の方の声をどういうふうに反映させていくのかというのは、重要なテーマで、建替え問題が出てきて以来、非常にこの審議会の中でも活発に議論されているところですけども、それを具体的にどう進めていくのかというのは、確かに検討が必要だと思いますので、是非委員の先生方や、事務局の方でも今後検討を進めていただければと思います。

活発な御議論ありがとうございました。

それでは、本日議事の3番目、宮城県精神保健福祉審議会部会設置要綱の改正について御説明願います。

(事務局(精神保健推進室長))

それでは議事として挙げてございます、「宮城県精神保健審議会設置要綱の改正、医療連携検討部会(仮称)の設置他」についての説明をさせていただきます。資料は3番です。

スライド1を御覧ください。医療連携検討部会(仮称)の目的と位置づけについてでございます。第8次地域医療計画におきましては、多様な精神疾患等に適切に対応するために、地域の実情を踏まえ、医療圏ごとに医療機関の役割や医療機能等を明確にすることとしております。部会は、医療連携体制の整備にあたりまして、県連携拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能を整理し、相互の連携や専門の医療を提供できる体制整備を推進するための検討を行うことを目的としたいと思っております。

位置づけといたしましては精神保健福祉審議会の下に設置をする部会ということになり

ます。

スライド2を御覧ください。調査・審議事項については、ア「県連携拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能の整備に関する事」、イ「その他関連する事項」としてございます。

各機能については、地域医療計画にも記載をしている下記の表のような形になってございますが、こちらの中でも、それぞれ拠点機能の部分については、医療連携の地域拠点といったような書き方にはなってございますが、今日御議論ありましたように、こういった部分を疾患ごとに、どういう機能があれば医療連携の拠点になり得るのかといったような部分を一つ一つ整理をしていく必要があると思っております。

スライド3を御覧ください。構成員の案についてでございます。医療関係、学識経験者、行政機関、当事者などによる10名程度の委員で構成し、医療関係につきましては、精神科病院協会、診療所協会、精神科の単科病院、精神病床を有する一般病院、診療所、県立精神医療センターと精神科医療系のバランスを考慮して委員を選定したいというふうに考えております。学識経験者としては東北大学、行政機関としては精神保健福祉センター、またユーザーの立場として、当事者・福祉関係者の方ということにしております。

スライド4を御覧ください。医療機能の明確化のスケジュールでございますが、地域医療計画の中間評価までの3か年で明確化についての整理を行いたいと思っております。

報告事項の(2)で説明をいたしました調査結果を基にして、拠点整備の方向性などを検討するというので、令和8年度の地域医療計画の中間見直しまでに取りまとめをし、医療機能の公表と中間評価への反映を目標としたいというふうに思っております。以上が連携拠点機能でございます。

スライド5を御覧ください。新しい部会の設置と合わせまして、現在開催していない若年者の対策検討部会の廃止についても今回議題として挙げさせていただいております。若年者対策検討部会は平成21年8月に設置し、若年者に対する精神保健医療福祉施策、若年者に対する自殺対策についてを審議事項としておりました。具体的には、県が精神医療センターに委託をした名取E I事業、早期介入事業というもの、名取近辺の高校・中学を対象とした事業だったのですけれども、こちらについての審議を行ったというものであります。この結果として精神医療センターでのユース外来であるとか、児童精神科の開設などに繋がったと伺っております。平成30年を最後に部会による審議は終了して、若年者の自殺対策の方については、宮城県の自死対策計画における推進会議の開催や関連事業の取組に継続をしてきております。そういった意味でこちらに掲載をしておりました若年者の対策検討部会については今回、一旦廃止ということにさせていただきたいというものであります。

資料4が部会の設置要綱の案となります。

医療連携検討部会の設置と若年者対策部会の廃止につきまして御審議をお願いしたいと思います。

(富田会長)

御意見、御質問ございますでしょうか。

(我妻委員)

河北新報に載ってたんですけど、宮城県が日本の47都道府県で小中高の自殺死亡率が6番目っていうのはまず考えられないんですね。小学校の時に自殺なんて全く考えませんでした。

高校1年のときに初めてそういうふうな状態になったんですけど、学校に行けなくて、もう具合も悪くて、神経質で全くもう不登校って言いますか。ただ、うちの親父に行くだけ行けて言われたので仕方なく行っていたわけなんです。

自分の話で申し訳ありませんけれども、とにかく小中高で自殺を考えるというのは本当にかわいそうだなと思うんですね。もし自分の子供が死んだらと思うと本当に悲惨だと思います。

私は、私のお袋のことを思って精神科病院に入院しましたが本当に死のうと思っていましたけど、お袋がその時生きてなかったら私、26歳で死んでいたかも分からないです。

だから小中高で自殺とは本当にかわいそうだなと思うんですよね。なんとか食い止めたいものですね。

大人でも自殺はありますけども、いろんな経済的逼迫したり、高齢者でも息子娘が死なれたり本当大変なところで、親も老老介護ですね。私でも老老介護です。ごめんなさい、自分のことで。

(富田会長)

この若年者の問題というのは、非常に重要な課題で、私どもも宮城県も様々な取組をしているところです。若年者部会の廃止というのは、必ずしも若年者の問題を軽視するというのではなくて、この審議会の中の部会として、医療連携体制の部分と、県立精神医療センターのことを集中的に検討しなければいけないこともあり、審議会として集中的に審議する対象からはひとまず外そうという話と理解しています。

(草場委員)

会長が大事なことをおっしゃった。この部会で名取の病院の建替えの問題も集中的に議論してということだが。

(富田会長)

おそらくこの先何らかの形でそういう検討は必要だろうということです。

(草場委員)

この議題の最後でお話しようと思ったんですが、こういう部会があるんだったら、建替え問題の部会を作ってほしい。今日もユーザーズアクションの川村さんが早急にやってほしいということをおっしゃって、しかし知事はやっぱりがんセンター跡地っていうことを想定されているわけで、がんセンターの建替えが役割分担の関係で伸びたりすれば、建替えも伸びるわけで、本当に大変なことになるということと、あと患者の意見を取り入れて患者本位の病院にしていくためにも部会が必要かなと。

こういうことができるんだったら、部会を作る相当なんじゃないかという気がしました。

一病院だけということではなくて、県立の精神病院で全県的にもいろんな影響を与えていくということを考えれば、早急に建替える、患者の意見を問題に取り入れて建替える。

このための部会を設けるべきではないでしょうか。連携とはまた違う課題があるようにも思います。

(富田会長)

岡崎委員。

(岡崎委員)

県立精神医療センターをどうするかということについて部会を設けてという草場委員の意見には、私は反対します。

前回の審議会で名取市内での建替えをすべきだという見解をまとめて、それをもって我々の仕事が終わったとは誰も思っていないわけです。川村さんも今日期せずして、これでやっとスタートラインに立てた気がするとおっしゃっていましたが、まだまだ部会ではなくて、この本会議の中で、名取の中のどこが一番望ましいかという問題を議論すべきなんです。すでにこの2年間に、この審議会の中で委員の中から複数の候補地の案が出ているわけです。それぞれ検討に値するような案なただけでも、まだ我々はその検討は尽くしていません。そこに知事さんが議会で発言なさって、県立がんセンターを移転させた跡地ということもあるよというふうにおっしゃった。だからその複数の案を我々なりに専門家も交えて検討していくっていうことを、この審議会の続きとして、一つの問題の続きとしてもうしばらくやっていかなきゃいけないんじゃないかと思います。

部会を安易に作ってしまうと全体会からその部会の様子が見えにくくなる場合があるんですね。これを私はいくつか経験しています。部会にお任せしちゃうことのデメリットですね。

なので私は、できれば年度内に県立精神医療センターをどうするのか。土地の問題は、精神医療保健福祉の専門家では、なかなか難しいところもありますけど、さらには単科の病院として名取においた場合に、常々言われているような合併症問題をどういうふう

決していけるのかということも含めて審議会の本会議の議案としてもうしばらく残しておく方が私はいいいんじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

(草場委員)

撤回して、おっしゃるとおりだと思います。

次回早い時期にどこで建て替えて、どういうふうにしたら、患者の意見を取り入れられるかっていうことを、主な議題とする審議会を早急に開催するというようなことがいいかなというふうに思います。さっきの意見を撤回します。

(原委員)

部会の委員の構成ですけども、医療関係者はすごく多くてですね、その他の関係者の方、特にユーザー、あるいはそのユーザーに近い福祉関係者もね、数がこの案で言うと、非常にアンバランスになるので、もう少しそちらの当事者なり、あるいはこの福祉関係者の委員を多く配置できるような委員構成にさせていただいたらよろしいんじゃないかなというふうに思いました。提案です。

(富田委員長)

西尾委員。

(西尾委員)

私も、その部会の構成については原委員と同じ意見で、保健師さんが頑張れば入院の必要性が減ったり、逆に医療機関が福祉に手を広げると福祉の力が落ちたりするような、そういう相対的な関係にありますから、医療の連携とは言え、もっと保健とか福祉の立場の人が入って然るべき、と思います。もっと福祉とか保健の視点を入れて、医療を相対化した上で連携を考えて欲しいと思います。

もう一つは、医療連携検討部会に関することですけれども、医療圏の中でそういう連携を検討する会議があるとすると、それと「にも包括」の圏域レベルのプランとの整合性をどのように図るのか、が大事な課題と思っています。「にも包括」にもいろんな論点がありますが、この審議会で議論されてきたのは、身体合併症も全県一つでなくて、圏域でやってみようという意見が出ていると思うので、そうすると、市町村とか保健福祉圏域においてボトムアップで出てきた医療のあり方というか、その中でどう扱うかと、というところでのプランと、医療圏の中で医療機関が中心になって決めた医療のあり方との間で齟齬がないように、どんなことを今検討しているのかを聞かせていただきたいなど。

(富田委員長)

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。まず、この検討部会の中におきましては、医療における拠点機能等についての医療の部分でのその役割分担というものが、どういうものがそれぞれの疾患ごとに可能なのかというようなところから、まずは議論の方を始める必要があるかなと考えてございます。その材料としては、今回の調査の結果などを踏まえてということと考えてございました。ただ、お話ありましたように「にも包括」、各障害福祉圏域であるとか医療圏の中でどういった連携をしながら、「にも包括」の取組にどうつなげていくのかというところは、重要な視点というふうに思っておりますので、この連携部会の中での議論につきましては、審議会へのフィードバックと併せて自立支援協議会にもフィードバックしながら、各圏域であるとか、県全体での課題についても同時並行で検討していくというような形かなというふうに思っております。

(富田会長)

岩館委員お願いします。

(岩館委員)

この部会、結構難しいのではないかなと実は思っているんですね。それぞれの医療圏で全然実情が違うので、この部会に出た人が4つの医療圏の実情をどれだけ知って参加するのかというのが一つあるんですね。例えば私は仙台のことは分かるけど、石巻、登米、気仙沼のことは多分よく分かっていない。だから、本当だったら各圏域で話し合っ、それを持ち寄ってやるということが本当の正しい進め方なのではないかなという気がするのです。もしこれをやるのだったら、本当に各医療圏、圏域の実情を県がものすごくよく分かっていて、それを出してみんなに話し合ってもらおうということをやらないと、この部会に出た人たちが非常に困る気がします。圏域ごとで困っていることとか、こういう連携があったらいいなというのを下から積み上げてゆくのが本当のやり方ではないのかなと思います。もし、これをやるのであれば、そういうものを県が議論に足るようなデータをしっかり積み上げて出して、やると言うならいいと思うんですけど、そのことについて検討していただきたい。

(富田会長)

ありがとうございます。村上室長コメントはありますでしょうか。

(事務局 (精神保健推進室長))

ありがとうございます。御指摘ありましたように、この検討にあたりまして、やはり各圏域の実情というのは本当に重要だと思っております。今、考えておりましたのは、医療

関係の委員の皆様につきましては、各圏域から選びまして、その圏域の状況をお分かりの方に入っていただきたいというふうに思っていました。ただ、医療連携の分野につきまして、疾患ごとに10の疾患があつてということで、様々分野も広いということになりますので、進め方につきましては、今お話ありましたような地域ごとの実情であるとか、それぞれの疾患別のところについて、事務局でできるだけまとめをしながら、必要な部分は、例えばそういった方たちに個別にお話を伺ったり、そういったものを部会の検討の方に反映をさせていただくというようなことができるように、事務局の方でも頑張りたいと思っております。

(富田会長)

原委員。

(原委員)

厚生労働省が出してるようなこの案でいくとですね、検討する事項ってそんなにならなくなってしまうので、この案にとらわれなくて検討するというにしてもらわないと難しいんじゃないかなっていうのが多分、現場の我々の感じ方じゃないかなというふうに思ってますけども、その辺のところを考慮して検討していただければと思います。

(富田会長)

高階委員。

(高階委員)

医療圏っていうのが出てきますけども、実際の患者さんの治療行動とかを考えて、医療圏の中で必ずしも完結してるわけじゃないんです。それを考えた時、その治療行動に沿って圏域っていうのを考えていかないと、だめなんじゃないかと思うんですよ。さっき言ったように、その現状の中に足りないものがたくさんあると思う。患者さんが選んで行動しているわけですから、それを踏まえて考えているとなると、圏域ごとしていう話もありましたけど、とてもこれは難しい問題なんだと思います。

言ってることはいいけど、具体的にどう考えていくかっていうところに全然見えてこないんで、もう一回その辺は考え直してもらわないと部会を作ったとしても、部会の中ですぐ壁に突き当たってしまって、結論が出てこないんじゃないかなというふうに思います。

治療行動がどうなっているかっていうのは、やっぱり見える化して、患者さんはこのように動いているから、こうだからっていうのがベースになるデータがないと考えられないんじゃないかなというふうに思います。

(富田会長)

小原委員。

(小原委員)

今、それぞれおっしゃられた委員の方の発言がもっともだなと思うので、私の立場から見ても、今回の医療の調査にしても、やっぱり仙台に集中していて、宮城県の仙台圏以外の圏域の精神科医療は本当に厳しいですね。各圏域の病院が本当に頑張っていたらいいところ、さっきおっしゃったように現実に患者さんのいろんなところに動きながらも、頑張っている機関があつて、大きな医療機関がないところもある中で、それぞれ圏域の実情をしっかりと吸い上げていただいて、それを材料にして検討できるような場でしていただきたいというのは、今おっしゃっていただいた委員と同じく私も是非お願いしたいところです。

仙台圏と他のところはあまりにも違いすぎますので、そこを同一に見ることはできないかなと思いますし、岩館委員がおっしゃっていたそこで頑張っている、ある種完結しながら頑張っていることをどう維持していただくかという状況だと思っていますので、そういうところがある種見えるように形にさせていただくというのも大事なかなと思います。

(富田会長)

鈴木委員お願いします。

(鈴木委員)

私は保健所として県北の方にいたので、やはり県北にいと、その地域内で地域患者の連携というのが重要だと思いますので、先程ありましたように、あくまでもこれは地域内での議論だと思いますが、できるだけ地域間での連携も議論もしていただくことによって、全県的なバランス、仙台医療圏の医療資源をどう共有するのか、是非そこも検討していただければ、全県的に波及するんじゃないかなと思っています。是非とも御検討いただければと思います。

(富田会長)

ありがとうございます。岩館委員。

(岩館委員)

圏域の話が出てるんですけど、宮城県は今まで精神科に関しては全県1圏域ですとやってきたんですね。結果として議論が進まなかったように、私は思うんです。今回、こうやって二次医療圏ごとにとすることで、これだけ議論が活発になったので、底上げという意味では良かったと思います。ただ、もちろんその圏域で完結とか、隣の圏域に頼らなければいけないこととかもいっぱいあるわけで、だから圏域で話し合うとしても、同時に

全県のことも同時に話し合っ、だからこそ連携だと思っんです。また、仙台医療圏があまりにも大きすぎるので、それをどうするかということも含めた連携を考える必要があると思っます。国は10の疾患ごと、二次医療圏ごとに計画を作って欲しいんでしょっけど、現実的にはかなり厳しくて、だから前回の医療計画の議論では、この審議会で拒否して宮城県ではやりませんという形の結論が出たと思っんです。ただ、これがオープンになると宮城県は何もやってないみたいに見えてしまうので、それはそれで困るので、やっぱりこれだけやってるという形は出したい、出して欲しいなと思っんです。

ただ、やっぱり圏域で考えないとなかなか底上げができないというか、全県1圏域で言っってしまうと話が今まで進まなかつたように思っるので、そういう意味では圏域が大事だと思っますけれども、仙台医療圏があまりに大きいので、どうしても全県1圏域みたいな発想も必要になってくるのではないかなと思っています。

(富田会長)

ありがとうございます。西尾委員。

(西尾委員)

圏域のことですけれども、確かに受療行動というのは現実的には大事だと思っます。そもそも、身近なところでどのように医療を受けるか、そういうことを議論の視座に置いて、そこを圏域でどうできるのかは、一つの視点だと思っます。

一方でコミュニティ・メンタルヘルスでは、地域責任制が大事だとされていて、アウトリーチの話が出ていましたけれども、アウトリーチと同じぐらい大事な要件というのは、限られたキャッチメント・エリアの中で責任をもってやっていくということです。地域責任制が担保されたシステムは、かなりその地域の患者さんの予後等にも好影響があるという海外のデータもある。日本は、保健と福祉はキャッチメント・エリアがあつて地域責任制があるけれども、医療にはない点に課題があつたので、そこを圏域の中でどうか、どのようにしていく必要があるか、バランスが求められると私は思っています。

(富田会長)

ありがとうございます。皆様から貴重な御発言を頂きました。やはり各圏域から代表者に部会として集まっただいて、全県でどう連携体制を作るかということと、各圏域においてどう体制整備できるかということを検討していくこと、また、各疾患の診療体制について、どのように役割分担や連携体制を整備するかについて検討して頂いた上で、審議会にあげていただくという形で進めていくのがよいように思っます。

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。いただいた御意見、ごもっともな御指摘というふうに思っております。部会の運営にあたりましては、いただいた御意見を踏まえて、事務局の方としても、十分準備をして臨みたいと思っております。構成員につきましても、いただいた御意見を踏まえて、もう少し検討して、具体の委員の指名については、会長の方から御指名していただくということで、進めさせていただければというふうに思います。

(富田会長)

あとは建替え問題というのは当然、審議会の関心事項ですので、引き続き当事者の方の意向の反映のことや、器質因鑑別や身体合併症の問題の検討も含め、審議会でも検討確認していく案件だと思えます。具体的にどのようなタイミングで進めていくかということはこれからですが、審議会の中で検討確認しながら進めていく形にはなるのは確かかと思えます。そういう理解でよろしいでしょうか。

(事務局 (保健福祉部副部長))

建替えに関しては、これまでも精神保健福祉審議会で様々な御意見をいただいております。皆様からの意見というのは非常に大事な内容でございますので、建替えにあたっての検討というところはこの審議会の方にも、御報告するなり協議をしていただくなり、具体的にどうやって進めていくかは、まさに事務局としても今検討をしているところでございますので、そういったものを整理した上で、御相談、御報告をさせていただきたいと考えております。

(富田会長)

はい、草場委員。

(草場委員)

今の御説明で言葉が気になりました。御報告という言葉が使われたのがとても気になりました。この建替え問題、最初報告事項で非常に問題になったんです。だから私、さっきその部会と申し上げたのは、詰めた議論をここでしなきゃいけないという意味なんです。報告の前にここで議論すると。私たちがあらずじは提案したいと思えます。もちろん県から提案されてもいいんですが。報告したのを受けてなんとかっていう議論の仕方はもう失敗だということ結論出てるので、そのやり方ではない方式の審議を、やっぱり1月の終わりか2月ぐらいにやっておかないと、また報告を受ける形になってしまうじゃないでしょうか。審議会の主体性を、もう一回最後に、発揮しなきゃいけないんじゃないでしょうか。

(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))

草場委員の今の御意見も踏まえて検討いたします。

(富田会長)

はい、原委員。

(原委員)

今の意見もなんですけども、年度内にやっぱり一回、建替え問題について審議会を開催して欲しいなと私は思うんですけども、皆さんどうですかね。

(委員複数)

賛成です。

(原委員)

そういう意見も多いようですけども。やっぱりこの前の県はもうね、ここ何か月ですか、放置しているんですよ、結局。だからそれでは、またここから1年2年放置される可能性が非常に強いので、やっぱり審議会としてきちんと建て替え、こういうことで、こういう方向である程度考えてほしいという意見をまとめて、県に提案するぐらいの気持ちで審議会を開いてほしいなと。ほしいというのは県が開かないと開けないわけではないんですよ。我々が要求すれば開けるわけですので。是非一回開いてですね、年度内に、それも1月ぐらいに開いて2回ぐらい検討できるぐらいのペースで考えてもらえればありがたいなと。富田先生よろしくお願いします。

(富田会長)

どういう形でまとめるかということは、また検討して提案させていただければと思います。やはりある程度、方向性を考える必要があります、今後どういう形で検討していくかということは、また考えて、皆さんに御相談させていただきたいと思います。

(草場委員)

事前に議題を皆さんに揉むような感じで。

(富田会長)

そうですね。一旦審議会で意見をまとめて提案しようかというような流れになりながら、実現に至らなかったこともありました。具体的なことについては検討して御相談させ

ていただきます。その他、御意見よろしいでしょうか。はい、高階委員。

(高階委員)

さっきの「にも包括」の全体に対しての意見になるんですけど、やっぱりこう国が言ってくる計画っていうのは、どうしても都市部を軸にした計画であって、地方で、その宮城県の中でも限界集落的なところでは絶対できないようなこと言ってきてるわけなんです。県内においても一つの問題を考えると、仙台市周辺と丸森で実際にできるかって全然違うんですね。やっぱりそういうことを理解してやっていかないと、綺麗なことばかり言ったって、実行不可能くらいになってしまうんじゃないかなというふうに思います。さっき、原委員が、「にも包括」はけしからんという話をしていましたけども、問題があるタイトルの方が、問題が見えてきていいんじゃないかと。「にも包括」という非常に屈辱的な名前だって、やっぱりその屈辱的なところをどう翻していくかということを考えて、「にも包括」って言っていた方がそれを思い浮かべるので、解決するまではその名前を使った方がいいんじゃないかというふうに思います。

あと、地域移行についても、患者さんが地域に移行するためにはどうしたらいいかっていうところでも、その地域自体がもう無くなっている部分って、やっぱり自治体によってはあるわけです。農業だったのが廃業してしまって生活の糧がなくなって、っていうような、その地域をどう作っていくかという問題も、コミュニティをどう復活させるかという問題も含んである。やはりそうすると、精神保健福祉審議会の枠を超えるわけだけど、そちらをどうやっていくかという提言をしていかなくちやいけないということも含むんだと思うんですよ。だから地域移行も問題があるんだったら、やっぱりそれを解決するためには何が問題かというのを思い起こさせるようなネーミングの方がですね、いいんじゃないかと思います。あまり名前を変えないで、問題のある名前を使っている方が問題解決には早いんじゃないかというふうに思います。

(富田会長)

ありがとうございました。その他、御意見よろしいでしょうか。

遅くまでありがとうございました。それでは、本日の審議をここまでとして、事務局にお返ししたいと思います。

(事務局)

富田会長、各委員の皆様ありがとうございました。委員の皆様から他によろしいでしょうか。よろしければ以上をもちまして、令和6年度宮城県精神保健福祉審議会（第2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。