

令和7年度宮城県精神保健福祉審議会（第2回）

1 日時

令和7年8月7日（木）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、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、林みつ穂 委員、原敬造 委員

（19人中17人出席） ※草場委員、高階委員は会議途中から出席

（2）事務局

〔保健福祉部〕遠藤圭 保健福祉部副部長

〔県立病院再編室〕八鍬政信 県立病院再編室長、荒井謙吾 部副参事兼総括室長補佐

〔病院再編第二班〕大瀧東 主任主査（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 参事兼精神保健推進室長、

川端美樹 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 技術補佐（班長）、高橋昌生 主査（副班長）、

井上直子 技術主査（副班長）、成田廉 主事、徳政雄也 主事
小野目翔太 主事

4 開会

（事務局）

それでは定刻になりましたので、只今から、令和7年度宮城県精神保健福祉審議会（第2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。小松委員、中吉委員からは、事前に欠席の連絡を受けているほか、高階委員からは、遅れて到着する旨連絡を受けております。どう

ぞよろしく願いいたします。

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、現時点において15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致します。

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。富田会長よろしく願いいたします。

6 議事

(富田会長)

皆様、本日は非常に御多忙の中、お集まりいただきありがとうございます。今回は前回の審議会で触れることができなかった「県立精神医療センター建替えに求められることに関する論点整理」を議事に設定しております。限られた時間ですので、委員の皆様には円滑な進行に御協力くださいますよう、また皆様に御発言いただきますようよろしくお願い致します。これは非常に重要なテーマかと思っておりますので、よろしくお願い致します。このテーマに関連して協議事項に入る前に事務局から発言の求めがありますので、許可したいと思っております。御説明よろしく願いいたします。

(事務局 (精神保健推進室長))

事務局から2点ございます。

1点目ですが、本日は、前回審議会において時間の都合により議論できなかった「県立精神医療センター建替えに求められることに関する論点整理」を協議事項としております。前回の審議会において、県立精神医療センター建替え候補地の検討状況についての議論の中で各委員の皆様から御意見、御質問いただいた点につきまして、事務局において現在検討整理を行っているところでございますが、本日までに回答がまだまとまっていないところでございます。こちらの点は御容赦いただきたいと思います。

2点目でございますが、本日の論点整理に挙げられております5番目の項目「触法精神障害者の診療体制に関すること」についてです。「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」、いわゆる医療観察法では、指定入院医療機関の指定を厚生労働大臣が行うこととされております。このため、県立精神医療センターの指定可能性につきまして、事務局から厚生労働省の東北厚生局に照会をしておりましたところ、この度、指定は受けられないとの回答がございました。理由としましては、医療観察法第16条に規定がございまして、こちらの指定医療機関の開設者は、特定地方独立行政法人という、いわゆる公務員型の地方独立行政法人でなければならないと法律で定められているとのことで、このため非公務員型の一般地方独立行政法人である宮城県立病院機構はこれに該当しないとのことでした。本日の協議に当たりまして、この点御報告をさせていただきます。

(富田会長)

この後、本題にも関わることで、そのときに議論いただいてもよいと思いますが、現時点で何かございますか。

(黒川委員)

協議に入る前に1つ一緒に考えていただきたいことがあるのですが、当事者委員として我妻委員に入っていていただいております。我妻委員、今日も審議が長くなれば途中退席ということにならざるを得ない状況かと思えます。我妻委員が委員になっていただく前は、この審議会に当事者委員は1人もいなかったのです。当時、そういう委員がいなかったので、精神保健福祉を審議する場に当事者がいないのはおかしいと発言させていただきました。そこで、1人推薦してほしいとのことで、それも仙台市外の方からとの話を受け、なんとか白石に在住する我妻さんに連絡がつき、委員のお願いをいかがだろうかということで、今に至っているという現状があります。現実には精神の病を抱え通院、服薬して生活していらっしゃる当事者のみなさんの声を県政に反映させることは、本当に大切で必要不可欠なことだと思っています。我妻委員も苦しい自らの思い、体験などを発言いただいておりますが、ぜひもう1人当事者の委員を増やしていただけたら、もっと幅が広がるのではないかという思いがあったので、最初に発言させていただきました。

(富田会長)

審議会の運営方針にかかる非常に重要な御提案かと思えます。前向きに検討すべきかと思えますが、今日審議すべき内容もあるということで、今後どのような形でそれを実現していくのかについては、また検討していければよいのではないかと思います。

(岡崎委員)

今の件で確認ですけれども、現在の規約を変えなくとも人数を1人増やすことが可能かどうか、それだけちょっと確認しておきたいのですが。

(事務局(精神保健推進室長))

こちらの精神保健福祉審議会につきましては、県の条例で定めがございますが、定数20名という規定になってございます。現在19名ですので、1名欠員という形になってございます。

(富田会長)

では、また次回の審議会に向けて検討してまいりたいと思います。

続きまして委員からの資料説明ということで、初めに我妻委員から意見書をいただいておりますので、我妻委員から御発言をお願いします。

(我妻委員)

私は何度も同じような意見を述べていますが、今回の審議会の議題は県立精神医療センターの方向性についてということです。まず精神医療センターに通院、入院されている方々、さらにその近隣にお住まいの方々、退院された方々の声に耳を傾けるべきだと思います。私は仙南の白石に住んでおりますが、ほとんど包括ケアシステムはありません。心の病により24時間体制でかかれる病院は、精神医療センターしかありません。その意味においても、この精神保健福祉審議会の開催にあたって、当事者の方々の意見を代弁しつつ、建て替える場所やどのような機能を持った病院にしていくのかということをも具体的に審議委員の皆様から意見を出していただき、それを行政に働きかけ、実際に福祉予算をつけてもらい、誰もが地域で安心して幸せに暮らせる社会の構築を図っていくべきだと思います。何のためにこの審議会を開くのか、委員の方々から出された意見を集約して政治や行政に訴えかけて、それを具現化していくための話し合いの場なのではないでしょうか。単に質疑応答に終わったのではほとんど意味のないものとなると思います。

最後に当事者の立場として意見を述べさせていただきます。宮城県において24時間体制で心の病に対応していただけるのは精神医療センターだけだと思います。たしかに老朽化して建て替える必要があることは分かります。現在の段階で私が思うことは、精神医療センターへの通院や、その近隣に様々なグループホームや受け皿があることを考えても、現在の場所近辺に建て替えることが一番妥当であると思います。新しい病院では身体合併症の人も診てもらえるような機能をつければよいと思います。そのために審議会で話し合われたことを政治や行政の方々に真剣に討議していただき、福祉予算を確保していただき、それを具現化していただきたいと思っております。私としては、精神医療センターは、現在の場所あるいはその近辺に建て替えることが一番よいと思っております。今日の審議会で委員の方々の意見を集約して、せめて現在の精神医療センター近辺に建て替えることだけでも、審議委員の方々の総意として県に発信していただきたいと思っております。

富田先生、どうか私のこの提案を審議委員の方々に諮っていただきたいと思っております。私の不躰な提案をどうかお許し願います。

(富田会長)

ここで審議した内容をしっかり反映していただきたいというのは、非常に重要な提言だと思います。現在の利用者の立場を考えたり、その上で身体合併症や新たなことについて考えていくことも非常に重要で、このあたりはこの後の論点整理の中でも議論されていくかと思っております。基本的には、名取での建替えということで、今の病院の近辺に建て替える方針は堅持されているかと思っておりますが、具体的にどこに建てるかは前回も様々な議論がなされたところですので。最終的にはもう少し様々な現実的な情報を整理しつつ、審議会の中でしっかりした結論を出していければと思いますが、その点についてまた議論を始めると、それだけで終わってしまうので、これは今後審議会の中で早々に議論を詰めていくことにさせていただきます。本日はまず論点整理の機能に関して、前回全く触れなかったところについて、

議論を詰めさせていただきます。

(草場委員)

我妻委員の提案で、場所の問題を早くここで決められることは決めてほしいという趣旨だったと思うのですが、私も大賛成です。前回の議事録を見直してみても、機能をどうするかという問題を検討するときに、どこに建てるのかということを決めないと、なかなか議論が定まらないのではないかとということになったと思います。

(富田会長)

私はどこに建てるのか決めないと機能をどうするかという問題を検討できないとは思いません。どのような機能が必要かを検討した上で、その条件にあう場所に建てるということは妥当な道筋のように思います。

(草場委員)

そういう意見が大勢を占めたのではないかと考えています。議事録を読み直してみると、がんセンターの跡地を候補地に挙げていることがとても心配です。前日も申し上げましたように、がんセンターの跡地やがんセンターの建物を利用するという、名取に残すという前には全く出てこなかった話が出てきていて、申し訳ないのですが事務局のお話や説明資料を見ても、そちらに誘導するような雰囲気を感じてしまいます。がんセンターの跡地が候補地として残っていると、時間がどんどん過ぎてしまうと心配しています。結局、がんセンターと赤十字病院が一緒になるという話が全く具体化されないまま、ずっと県民の間には何がどう進むかもさっぱり分からない状態で、何かそこでさらに議論を深めなければいけない、時間を要する問題が出てきたとすると、そのリスクは全部患者の方々に回ってくるわけですね。2つの病院の合併が決着つくまでは、がんセンター跡地の候補地が残っていれば、そこに建て替えることができないわけですから、どんどん延びてしまう。これだけ待たせておいて、さらにがんセンターの合併問題がどうなるかによってまた待たされるというのは本当に大変なことだと思うのです。

この審議会でもどこにすべきだという結論まで出す権限があるかどうかは、私はちょっと議論しなければいけないと思います。事務局が色々お金の問題や必要な手続きを検討して私たちに提案し、私たちも意見を言うという過程があるのですが、この審議会の権限として「あそこだけはだめだよ」とか「あそこはやめてね」というような議論はできるのではないかと。どこに決めるというのは私たちにはできないとしても、がんセンターを候補地に残していると議論がどんどん時間が遅れてしまうということで、そういう意思表示をすることは、この審議会でもできるのではないかと考えています。我妻委員の提案を聞いて、できる限り早く建て替えると、それから中身の議論もしやすい状況を作り出すという意味では、がんセンターの跡地を候補地から外してしまうべきだと私は思っています。そのような議論ができないかどうか、皆様の意見も聞きながら考えたいと思います。

(富田会長)

まず私も委員の一人として発言させていただきます。たしかにその議論もするべきだと思います。ただ、その議論を始めると時間がかかってしまうということで、機能をどうするかについても非常に重要なことですし、早く議論を始めないと、その方向性ができないということもあります。決して場所が定まらないと機能の話ができないということはなく、両方重要な問題として並行して進めていくべきだと私は思います。前回は時間をフルに使って場所について議論したわけですので、本日はまず機能について議論させていただきたいということで今回開催させていただいた次第です。まずは機能について議論をしていただいで、もちろん場所についても重要なテーマですので、今日時間が余った場合など、次回以降に審議会の重要な要件として議論を進めていければと思っております。そのようなことでよろしいでしょうか。

(岡崎委員)

我妻委員にちょっと伺いたいことがあります。我妻委員から先ほど御発言がありまして、少し伺いたいのは、書いてある文面でいうと、「現在の場所近くに建て替えることが一番妥当であると思います」あるいは「現在の名取医療センターの近辺に建て替えることだけでも審議会委員の方々の総意として、県に発信していただきたい」と。この「現在の場所近く」あるいは「近辺」というのは、どの辺までをおっしゃりたいのか確認しておきたい。がんセンター跡地というのも1つの案として県は出ってきており、たしかに名取の地区にはあるのですが、それも含めるのでしょうか。

(我妻委員)

精神医療センター近辺には、ある意味でダウンサイジングというのですか、そういうこともありまして、近辺にグラウンド、あと仮設住宅の土地があるわけです。精神医療センターに入院した人が退院したとしても、その辺に受け皿がなければ成り立たないのではないのでしょうか。現在の精神医療センター近辺に建て替えないことには、身体合併症も含めて、そういうふうには持っていかなければ成り立たないと思います。

白石から通っている人もいます。私と同じサークルに精神医療センターに通っている人がいますが、がんセンターの跡地にいったらとんでもないことになります、行けません。あと付き添いの人も必要です、行けません。付き添いの人がいなければ電車も乗れない人がいっぱいいます。そういうことを考えれば、電車に乗って付き添いの人も行けるような場所に、まず場所だけでも決めるべきだと私は思っています。詳しい方法論は説明できないですが、ただそういうふうには私は思っています。遺跡がどうか、埋蔵文化財がどうか、予算がどうかとも私はよく分かりません。ただ、当事者の意見としては、白石から通院している人もいますし、何度も入院して退院している人もいます。ですから私は当事者としてそう思って発言したわけです。

(富田会長)

先日、我妻委員から聞いた話で私なりの理解で補足すると、名取駅から近くでないとうことがあって、それはたしかに重要な視点だと思いますし、場所の選定にあたっての重要な点として考えていくべきだと思います。

それでは、本日の議題である「宮城県立精神医療センター建替えに求められることに関する論点整理」について、配布しております資料1に基づいて説明させていただきます。御存知の委員も多いかと思いますが、内容について改めて御説明させていただきますと、これは宮城県立精神医療センターが担う役割をどのように考えていくかについて、前回の審議会の後に様々な方々から御意見を伺い、それをもとにいくつかの項目を整理させていただいたものです。私の観点から補足説明すると、宮城県の精神医療・保健福祉体制は優れた面もありますが、全国的に見ると足りない点も様々あります。例えば、ここ数年では、ジェンダー医療の体制は東北地方にはありませんでしたし、中枢性の過眠など睡眠の問題を扱う医療機関も不足している状況です。このあたりは各所で工夫して対応していますが、政策医療として取り組まなければ実現できないようなことも多いです。そのあたりを各団体の方々からも御意見をいただき、整理したものです。資料に沿って読ませていただきます。

まず「0. 前提」として「建て替え案の作成にあたっては、県内の当事者、家族、精神医療・保健福祉従事者、県民の意見を広く集約し、今後の精神医療・保健福祉を取り巻く社会情勢を踏まえる必要がある。そのため、当事者や家族、関係者からの意見聴取を適宜行い、精神保健福祉審議会での検討を経た上で計画を策定することが望ましい。」とあり、このあたりは我妻委員から御指摘いただいた重要な点かと思います。「宮城県における精神医療・保健福祉体制の向上は、宮城県立精神医療センターをはじめ、行政機関、大学病院・総合病院、民間医療機関、福祉機関などが、それぞれの役割を明確にし、連携を効果的に図ることで実現される。そのため、センターの建て替え計画は、本県全体の精神医療・保健福祉体制の強化に資する総合的な計画の一環として進める必要がある。」とあります。これは、精神医療センターだけで県内のすべての医療や保健を担うわけではなく、他の機関も含めたネットワーク全体で質を向上させていく必要があり、その中でセンターの役割を考える必要があるということです。「宮城県立精神医療センターは、他の医療機関では保険診療の枠組み内で対応が困難な、県民の精神医療・保健上の高度なニーズに応えるという重要な役割を担っている。このような役割を果たすためには、公的財政に基づく政策医療の実施が不可欠である。一方で、精神医療・保健福祉体制の維持・向上や収益性の確保、県の財政負担の軽減とのバランスも重要であり、他の精神医療・保健福祉機関や関係行政機関への公的財政支援のあり方も含めて、総合的に検討する必要がある。」と前提として挙げられております。

続きまして「1. 建て替え時期、立地、規模」につきまして、「宮城県立精神医療センターの早期建て替えは、喫緊の課題である。土地の取得や整地に要する期間を考慮する必要があるほか、建て替え完了までの間は、老朽化した現施設の改修・補強も並行して進めることが求められる。同センターは、宮城県内で唯一の自治体立精神科病院であり、精神科救急の

中核機関としての役割を担っている。加えて、以下2～8に示す多様な役割を果たすことを踏まえると、県内各地からのアクセスの良さは重要な検討要素となる。また、それらの機能を十分に果たすためには、適切な病床数と敷地面積を確保する必要がある。」と。ざっくりとした書き方になっておりますが、早く決める必要があるという点は先ほどの草場委員の意見にもありますとおりでございます。

「2. 精神科救急の拠点としての機能」について、「宮城県立精神医療センターはこれまで、365日・24時間体制で県内の精神科救急に対応する中核的役割を担ってきた。建て替え後も、基本的には同様の役割が期待される。ただし、器質因の鑑別を要する事例など、一部のケースでは受け入れが困難な状況があり、課題として残っている。」これは次項でも独立して書いております。「一方で、地域の民間精神科病院の中には、精神科救急や措置入院に積極的に対応している施設もあることから、今後はそうした機関との連携体制の構築を検討することが望まれる。また、宮城県立精神医療センターは急性期の診療を中心に担い、病状が安定した後は、地域のかかりつけ精神科医療機関へ引き継ぐことで、各地域での社会復帰を支援する体制の整備も併せて検討すべきである。」とあります。

次に「3. 器質因鑑別機能、身体合併症診療機能の強化」についてです。「器質因や身体合併症・併存症を有する精神疾患を有する者への対応能力の向上には、総合病院精神科の対応力強化と、病院間の連携体制の充実が不可欠である。特に、検査・診断・治療のために総合病院での対応が求められる合併症・併存症を有するか、強く疑われるケースについては、総合病院精神科が一義的に対応する必要がある。」これは、臨床的に診療する中で、かなり合併症や併存症が疑われる場合があるわけですが、こういったものは、より総合病院で積極的に引き受ける体制を総合病院側で作っていく必要があるということです。「現時点での主な課題としては、有床総合病院精神科における夜間・休日の受け入れ体制の不備、及び保護室を中心とした病床の確保困難が挙げられる。一方、初発の精神疾患罹患者や、病状の変化・増悪がみられる罹患者については、身体的要因が背景にある可能性を念頭に置き、的確な鑑別診断を行うことが重要である。急性の発症や病状変化を呈し、既往歴などの情報が乏しいまま受診するケースが多い県立精神医療センターにおいては、施設・人材の両面で十分な器質因鑑別機能を備える必要がある。」これはどういうことかということ、器質的な問題があるようには見えない方でも、脳の中の炎症や構造上の病変などがあって、一見統合失調症やうつ病等の精神疾患の患者さんのように見える方が、それほど多くはありませんが稀ながらいらっしゃるわけです。そのような方を的確に診断しないと、適切な医療が提供できない、ということです。そのため、総合病院だけが体制を作ればよいということではなく、急性に発症する精神疾患を診療する機会の多い県立精神医療センター自体がそういった機能をしっかり持つておくことが必要になります。「さらに、平時の診療にとどまらず、新興感染症のパンデミックなど緊急時にも対応できるよう、身体合併症・併存症に対する診療体制の整備は極めて重要である。」この点が、これまで議論されてきたところを改めて整理したのになります。

続きまして「4. 重度慢性、治療抵抗性の診療体制」についてです。「地域の精神科医療

機関において治療が難航している重度慢性・治療抵抗性の精神疾患罹患患者については、その病状に応じて、大学病院、宮城県立精神医療センター、総合病院などの公的医療機関が一時的に受け入れ、包括的アセスメントを実施した上で治療・支援方針を再評価し、病態の改善を図る体制を整備することが望まれる。クロザピンによる治療体制は必須と考えられ、麻酔科医の確保を含めて電気痙攣療法を必要に応じて円滑に提供できる体制を整備することも望まれる。」。クロザピンという治療薬があり、一般の薬では良くなる方でもかなりの方が良くなる薬剤です。電気痙攣療法は、実際には身体的な痙攣は起きないように行われますが、重症の方に非常に改善をもたらす確立された治療法であり、このような体制も強化されることが望まれます。「また、こうした公的医療機関での診療を経て病状が安定した事例については、各地域でかかりつけ医の役割を担う精神科医療機関と連携し、継続的な治療と生活支援につなげる体制を並行して整備していくことが求められる。」とあります。

次に「5. 触法精神障害者の診療体制」についてです。こちらは精神保健推進室長からも説明があったとおり、必要だからといってすぐに体制的にできる話ではありませんが、宮城県の課題として挙げさせていただきます。医療観察法には色々な議論がありまして、法体制そのものに対する反対意見もあるわけですが、それを最初に記載しております。「(1) 医療観察法には、治療と社会的統制の二重機能の側面を有し、治療が社会防衛・再犯防止の手段としても用いられ、『患者の利益』と『社会の安全』のバランスが後者に偏る傾向がある」という意見があります。つまり、再犯防止に重点が置かれがちだという意見です。分かりにくいので、別の資料「医療観察法制度の概要」を御覧ください。医療観察法は、精神疾患を患う方が病状によって重大な他害行為を行った場合に、司法的には心神喪失と判断されることがありますが、その病状の改善と他害行為の再発防止を図り、社会復帰を促進することを目的としている制度です。これについての問題は後で説明しますが、この制度について大まかに説明すると、医療観察法のもとでの治療となるかどうかの判断がなされると、全国に設置されている医療観察法病棟での治療が行われます。7ページに所在があります。東北では岩手県、山形県、そしてこの時点ではありませんが福島県にも病棟ができております。この病棟は様々な意見がありますが、かなりの人員とプログラムがあり、病状改善や、社会的境遇など様々な問題を抱える方に対する支援プログラムが重層的に組み立てられており、社会復帰へとつながられていきます。退院後もしばらくは通院の中でサポートが行われる制度です。「(2) 審判で入院処遇とされた場合、その後の退院基準が不明確であり、人権・自由の制限と処遇の長期化が生じる可能性がある」という意見、「(3) 入院後の地域移行支援が不十分なために、『出口のない入院』状態になる可能性がある」という意見、「(4) 『危険な存在としての精神障害者』というスティグマと差別を制度によって強化する可能性がある」といった問題が指摘されており、他にもあるかもしれませんが、法制度そのものに問題があるのではないかとこの指摘です。この制度が発足したのは2005年の施行で、20年経ちますが、発足当時から、あるいは準備段階から色々な議論がなされてきております。一方、20年経ち、全国に800ほどの病床ができて運用がなされてきている状況において、「多くの当事者がこの制度の下で処遇されている現状において、医療観察法病棟が設けていな

い地域において生じる制度的枠組みの偏在や地域支援体制の格差の課題として、(1) 医療観察法病棟がない県では、他県の施設に送致される結果、「当事者の地元からの分断が生じて、家族や支援者との距離が生まれ、面会や退院支援に支障が出る」ということが言われています。名取から遠方に転院するだけでも大変な影響が出るわけですが、宮城県の方々は今現状だと岩手や山形などに入院しなければならなくなるので、いかに大変かは想像に難くないかと思います。「(2) 医療観察法病棟の設置には、専任の精神科医・看護師・心理職などが必要だが、病棟未設置地域ではそのような専門人材の育成や経験蓄積の機会が乏しいため、精神医療全体の地域間格差が広がる。」「(3) 地元で医療観察法の実績やノウハウがないと、地域の精神保健医療関係者や支援機関が制度に不慣れであることによる連携不全も起こり、退院後のフォローアップや通院支援が不十分になりがち」といったことが指摘されています。私自身、関わっている方々から聞くところによると、少し前まで北海道には病棟がなかったのですが、数年前にできて、当時「札幌問題」と言われていたのが、今は「仙台問題」ということで、関係者の方々は非常に苦慮されていると伺っております。「現在、北海道・札幌には3年前に医療観察法病棟が整備され、今後2年以内には京都にも同様の病棟が開設される予定である。また、福岡や神戸においても医療観察法病棟の設置が検討されている。これらの動きが進むと、宮城県は大都市を有する都道府県の中で、唯一、医療観察法病棟を持たない自治体となる可能性がある。結果、地域差により、退院・社会復帰のチャンスが地域によって左右されることになり、宮城県の制度利用者にとって著しい不公平が生じている可能性がある。地域の受け皿の充実に向けた方策を検討していくことと並行して、宮城県立精神医療センター建て替えの機に、医療観察法を取り巻く課題とともに医療観察法病棟の設置の実現可能性について、慎重かつ十分な検討を行う必要があるものと思われる。」これは制度的に設置が可能かどうかの課題は残されていますが、重要な課題として挙げていることになります。

次に「6. 児童精神科病棟の運用方針」についてです。「児童精神科領域における診療体制の整備に向けては、宮城県子ども総合センター、宮城県や仙台市の発達障害者支援センター、大学病院、地域の精神科・小児科医療機関との連携や役割分担のあり方について検討を進める必要がある。」。児童の問題は一つの医療機関で対応できる問題ではなく、全体で取り組む必要があるものです。「現在、県内で児童精神科病棟を有する医療機関としては、東北福祉大学せんだんホスピタルが45床を備え、小・中学生を対象とした院内学級やゲーム依存に対応するなど、専門的治療プログラムを備えた診療体制を構築している。一方で、強度行動障害を有する児童を専門的に診療する体制は県内に存在せず、宮城県立精神医療センターが関係医療・福祉機関と連携し、この分野の医療・支援を提供できる体制を構築することにより、県全体としての児童精神科医療体制の対応力が大きく向上することが期待される。」とありますが、これもどうということか分かりにくいと思いますので、別に配布している「強度行動障害を伴う発達障害児の医療ケアに関する資料」を御覧ください。強度行動障害とは、自傷行為や物を壊すなど、重度の知的障害を伴うもので周囲に影響を及ぼす行動が多く、このようなお子さん、いずれ大人になっていくわけですが、家庭でかなりの努力をし

て養育しても難しい状態が続き、特別な支援が必要な状態を呈します。精神科診断的には、重度知的障害を伴う自閉スペクトラム症が8割くらいと言われており、療育手帳取得者が117万人いますが、知的障害者の2%程度と推計され、一定数の方がいらっしゃいます。診療している中で、御本人ももちろん大変だと思いますし、御家族の方々は本当に大変な思いをされている方がいらっしゃいます。こういった方は基本的に福祉の体制、つまり様々な施設、在宅で見るにしても、様々なサポート体制や通所施設、あるいは入所施設といった福祉の体制が非常に重要になります。しかし、ある程度の医療体制も必要です。身体的な疾患の受診・入院は主に総合病院で対応しており、東北大学病院を含め救急科で比較的受け入れてくださっていますが、身体的な問題が落ち着いた後の受入体制が難しいという問題があります。また、在宅で診ていらっしゃる方で、一時的なレスパイト入院や、行動障害を軽減するための治療について、実際にこのような診療を行っている施設としては、主に国立病院機構が強度行動障害に対応しています。東北では花巻病院が医療観察法病棟とともにこの病棟を運営しており、一時、宮城県の方々も多く入院させていただいていましたが、最近は岩手県の方でないと難しいと言われることもあります。主に国立病院機構がこのような取組をしていますが、もう一つ配布している資料は、愛知県医療療育総合センターの取組事例です。吉川徹先生という第一人者の先生がいらっしゃいますが、ここは25床の精神科閉鎖病棟の中に12床の治療ユニットを設置しており、こどもから大人までワンストップで入院対応をしています。一度お呼びして御講演いただいたこともありますが、専門のスタッフが関わると、単に薬で鎮静させるだけではなく、行動が変化したり、御家族も新しい支援の仕方を身につけたりといったことが可能になります。このように専門性の高い医療機関があるということは非常に求められていることです。しかし、これは一朝一夕にできるものではなく、人材育成など地道な努力が必要です。建替えを機に愛知のようなことができるかは分かりませんが、少なくともこのようなことが必要であることを認識した上で、何らかの形で宮城県にも、そこまでいかなくても、そういった機能や人材育成の体制を考えていく必要があるということです。

次に「7. 精神科災害拠点病院としての機能充実」についてです。「現在、全国の25自治体において46の災害拠点精神科病院が設置されるなど、体制整備が進んでいる。一方、東日本大震災を経験し、全国から多くの支援を受けてきた宮城県においては、依然として災害拠点精神科病院が設置されていない。」。東日本大震災のような災害、あるいはそれ以上の大きな災害が南海トラフや東北の日本海溝で起こると、東日本大震災以上の壊滅的な被害が出ると推定されており、それは30年以内に相当な確率で起こると推算されています。このような災害時に、精神科医療機関の患者さんの搬送が必要になった事例が東日本大震災でも発生しましたが、そういったときに、様々なはたらきのうちの1つとして、災害拠点精神科病院などに一時的に患者さんを被災した病院から搬送し、そこから次の医療機関に避難していただくといった対応や、災害対応の拠点的な役割を設置するようになっています。しかし、宮城県は東日本大震災を経験しながらも、悲しいことにまだ災害拠点精神科病院を設置できておりません。「宮城県立精神医療センターの建て替えにあたっては、同セン

ターが精神科災害拠点病院としての機能を担うことが不可欠である。単に施設基準を満たすだけでなく、様々な災害シナリオを想定し、実効性のある機能を備えた設計と体制の構築が求められる。また、他の災害拠点精神科病院として機能している公的医療機関の情報を収集・参照し、計画に反映させることも重要である。さらに、建て替えが完了するまでの間、宮城県に災害拠点精神科病院が存在しない状態が続くことは看過できず、建て替え計画とは別に、暫定的又は恒久的な災害拠点精神科病院を県内に設置することも併せて検討する必要がある。」これは、建替え完了まで数年かかるわけですが、その間に日本海溝型の地震が起こる可能性もあるため、建替え計画とは別に、暫定的な設置も考える必要があるということです。

最後に「8. 宮城県の『にも包括』推進における役割と仙南医療圏、仙台医療圏南部の住民のかかりつけ医療機関としての役割」についてです。「宮城県立精神医療センターは名取市に根ざし、地域の医療・福祉資源と緊密に連携しながら、仙南医療圏及び仙台医療圏南部の住民に対して精神医療保健サービスを提供してきた。とりわけ、精神科医療資源が乏しい仙南医療圏においては、今後も住民のかかりつけ医療機関としての役割を担い続けることが重要である。」このあたりは我妻委員からも御指摘いただいた重要な点だと思います。

「また、これまでに蓄積された診療経験や地域支援の知見は、宮城県が推進する『にも包括』施策の検討において、有益な資源となると考えられる。建て替えに際しては、現在の利用者集約の意見を集約し、施設や機能の方針に反映させていくことが望まれる。一方で、公的財源をもとに政策医療を担う宮城県立精神医療センターのサービスは、全県民が平等に享受する権利を有することを踏まえる必要がある。精神医療政策上の財源は、センターが上記2～7で示したような役割を果たすことにより、県全体の精神保健の向上に資するために用いられるべきである。また、県内の精神科医療機関が担うかかりつけ医療としてのサービスと、宮城県立精神医療センターが近隣住民に提供するサービスが均質であり、県内すべての利用者が良質な精神医療保健サービスを等しく受けられるようにする必要がある。」つまり、名取市民や周辺住民の方々だけが上質な医療を受けるのではなく、他の医療機関も同等に質の高い医療を提供し、全体への波及効果も考える必要があるということです。「そのためにも、全県の当事者・家族・関係者の意見を幅広く、かつバランスよく集約することが求められる。あわせて、建て替えの計画と並行して、『にも包括』推進を含む宮城県の精神保健施策全体が効果的に機能するよう検討を行う必要がある。」とあり、長くなりましたが、皆様の意見も集約しながら提示させていただいた内容になります。

ここまでで委員のみなさまから御質問、御意見はございますか。

(原委員)

この論点整理というのは、富田先生の意見ということでよろしいでしょうか。文責がないので。誰の文責でしょうか。

(富田会長)

私に取りまとめさせていただきましたが、診療所協会、病院協会、県立精神医療センター、そして日下委員や当事者のユーザーズアクションの方など御意見を受けてまとめさせていただいたものです。

(原委員)

そのときに医療観察法の意見が出たという話なのですか。

(富田会長)

これは主に私の方から付け加えさせていただきました。

(原委員)

この資料は審議会で検討されていますが、やはり誰が書いたのかを明らかにしてもらわないと。

(富田会長)

もう一点付け加えますと、これは事前に委員の先生方にメールで配布して、御意見も募っておりましたし、その後オンラインでも御意見をいただいた上で、審議会としての論点整理として提出させていただいております。

(原委員)

県の事務局が出したということですね。そういう理解ですね。県の意見は入っていないということでしょうか。

(富田会長)

県の意見は入っておりません。主に委員の意見と、その他精神保健福祉審議会の委員で言われたことです。先生のところにも行っているかと思いますが、これは配信して御意見を募っておりました。

(原委員)

いや、配信して意見を求めているのは、意見を言っていないのが悪いという話ですか。

(富田委員)

御意見いただけないのでしょうか。

(原委員)

いや、そうではなく、この文責は富田先生の文責でよいのですか。

(富田会長)

はい。そういうことでもよろしいかと思います。私が皆様の御意見を取りまとめて書かせていただきました。

(岡崎委員)

私も事前に、先月の審議会の前に、富田先生からこのファイルを審議会の委員に配信されたのを拝見しましたが、それに対して意見を述べた人もいれば、述べなかった人もいます。しかし、この論点整理が審議会で議論する際の審議会としての叩き台になるという認識は持っていませんでした。富田先生の論点整理だ、それを我々は事前に伺いました、という位置付けだと私も思っていました。

(富田会長)

建て替えに対してどのような機能を求めていくかという議論を行う上で一からこの場で委員の発言を募ってもまとまるものではなく、何らかの叩き台は必要だと思います。

(岡崎委員)

叩き台がないところで富田先生に御尽力いただいて、様々な論点整理を先生にしていたのは大変お疲れ様だったと思います。参考にさせていただきますが、これが審議会の正式な資料とは私は捉えていませんでした。皆様はいかがでしょう。

(富田会長)

いや、でも我妻委員のは正式な資料ではないのですか。

(草場委員)

審議会の意見になるかどうかということですね。

(富田会長)

もちろんこれは叩き台であり、審議会の意見としての結論はまだ出しておりません。

(草場委員)

富田会長の私案が出されて、それをもとに議論して、審議会であるべき精神医療センターの姿のようなものがまとめれば、それはそれでよいかと思ひ富田先生の意見を伺っていました。だから前回、医療観察法のことを盛り込まれるなら、意見書を出したいなと思ったのはそういう趣旨です。論点によっては、特に意見が分かるとすれば、この医療観察法は分かれるのかなと思いますが、その場合は両論併記なものになる気もしていますが、だからこの富田先生の私案だということを前提に、これをいつ頃までにどのような議論を経て、提言するとかしないとか、まずそういうことを決めた方がよいのではないのでしょうか。

(岩館委員)

前回も言ったのですが、以前に「あり方検討会議」の報告書が出ていますね。富田先生がまとめられたものだと思いますが、あれと今日出ている資料との関係をまず明確にした方がよいと思います。「あり方検討会議」の報告書があつて、あれを無しとして今回の新しいものとするのか、「あり方検討会議」の報告書もまだ生きていると考えるのかで、話が全く違う気がします。流れとしてはやはり新しい方が優先されるので、だから私は前回文書として残した方がよいと申し上げました。ですから、医療観察法は色々揉めるかもしれませんが、やはりここで審議会としてはまとめた方がよいと思います。

(富田会長)

私も医療観察法については、簡単にまとまる問題ではないと思っております。また、強度行動障害についても、理念はある程度あるとしても、現実問題として、仮に審議会で「やるべきだ」といっても実現可能かどうか難しい面もあるかと思えます。少なくとも全体の、例えば1から4まで、あるいは拠点病院の問題などについては、ある程度の議論がある部分は修正するなり、まとめられるのではないかと思います。

(草場委員)

岩館先生から、「あり方検討会の結論と今回の資料の二つがどういう関係にあるか」というお話がありましたが、これまでの審議会では、あり方検討会の結果が割と憲法だという感じで議論されていたときもあったので、やはり生きているのだと思います。ただ私はその専門ではないので、あり方検討会で議論されたこととこの富田先生の新しい文書との関係が分からないので、今日でなくても良いのですが、論点ごとに「あり方ではこうだったけれども現在の情勢を踏まえてこうなった」とか、つながりの文章や説明をいただいた上で考えたいと思っているのが一つ。そして、ここで精神医療センターをどういう中身にするかということも議論したことが、我妻委員が何度も繰り返すように、ここで議論したことはきちんと政策に反映されるようにしてほしいという、我々委員も共通の願いなわけですが、それがどんなふうにして反映されていくのかという道筋もよく分からなくて。ただ議論するだけで終わらないようにするにはどうしたら良いのかということも含めて、筋道を決められたらよいなと思っています。

(富田会長)

基本的には2019年のあり方検討会の内容は踏襲していると考えています。器質因の鑑別や救急の問題など、概ねあり方検討会の内容で、医療観察法や強度行動障害については当時触れていませんでした。災害拠点病院については触れていましたよね。ですから、ほぼ踏襲した形にはなっているかと思います。実行性については、やはり先ほど申し上げましたように、これが仮に審議会での結論となっても、現実問題として絵に描いた餅にならないよ

うに、具体的にどのようにすり合わせていくかについては、県あるいは精神医療センター、随時医療関係者も議論に加わって議論していかなければならない話ではないかと考えております。

(岡崎委員)

次回でもよいのですが、先ほど「あり方検討会」のまとめに言及されていますので、両方の資料がないと議論が進めにくいです。メンバーの中には当時「あり方」で議論した者もいますが、その記憶を辿っている状況です。当時はまだ「にも包括」という言葉自体が今ほど一般的ではなかった時代だと思います。医療観察法の病棟については、富田先生は先ほど「触れてなかった」とおっしゃっていましたが、何行か簡単に触れていました。色々と検討したけれども、現在の状況では宮城県が設置に踏み込むような状況にはなっていないという書き方をしていたような記憶がありますから。これも記憶ですので、今回は二つ紙ベースで揃えていただきたいと思います。

それから、せっかく富田先生がこれをまとめてくださったのですが、これはやはりこれから建てるべき精神医療センターが取り組むべき課題のリストとしては、きちんとしたものだと思います。過去になかったものも付け加えてあります。そして、それぞれの課題の項目だけでは足りないので、富田先生なりに解説をしてくださったのだと思います。富田会長も先ほどおっしゃっていましたが、5番目の触法精神障害者の診療体制については、議論がかなりあるだろうということは本当です。先ほど、会の冒頭に村上室長から、厚生労働省の出先の見解として、地方独法の非公務員型ではすぐに医療観察病棟を設置できないというお話がありました。これは、例えば間もなく設置できる予定の京都府立洛南病院などは地方独法だと思うのですが、公務員型ということでクリアしたのでしょうか。洛南の院長は非常に親しい方なのですが、その部分の話はしたことがなかったのですが、おそらくクリアしたとすれば公務員型の地方独法か、あるいは県が直営のままの形になっているのでしょうか。

(富田会長) はい、そうですね。

(岡崎委員)

設置した病院の中では、県が直営だからなんとかできたというところもあります。それから既に独法化されているところでも、公務員型であればなんとかクリアしたというところもいくつかあると思いますね。宮城県内には今のところそれはないですが、この点はいくらでも議論しようと思って私も今日構えてきたのです。それで、例えば角藤先生に伺いたいのですが、非公務員型であると設置はできないということはもちろん御存知でしたよね。

(角藤委員)

はい。

(岡崎委員)

御存知だったけれども、できれば設置に向けて議論したいとおっしゃっていたのは、何か突破する方策があるのですか。

(角藤委員)

特に突破する方策については、私自身持っているわけではありませんし、厚生労働省に確認したとしても、やはり現行法上は、非公務員型、一般独法ですので、公務員型に戻すとか、県立に戻すとか、そういう作業がないと難しいのではないかという回答でした。すぐに突破できるというわけではありませんが、せっかく御質問いただいたので、お話しさせていただきますと、私はここ10年ほど、厚生労働省からの医療観察法指定入院医療施設に関する指導監査に立ち会う役割をしており、花巻や鶴岡の山形、福島、北関東、国立精神の施設にも行きました。申し上げたいのは、北関東や花巻、鶴岡の病床の中には、宮城県出身者、つまり宮城県で触法行為を犯した方が大体半分くらいいらっしゃるということです。関東にはそう多くはありませんが、仙台保護観察所のデータによると、宮城県出身者が30人、そういう形で宮城県外の入院施設で治療せざるを得ない状況にあります。何が問題かという、なかなか退院調整が難しく、遠方なので外泊訓練もしにくい、御家族が会いにいけない、ケア会議がなかなか開けないなど様々な理由により、宮城県出身者が長期の入院を余儀なくされている現状があるということです。私はこれを看過できない問題だと思っていて、やはり宮城県、これだけ人口がいて、犯罪もあるわけですが、宮城県に医療観察病棟があるべきだと思いますし、新病院建設の際に開設するべきだと考えているところです。

(原委員)

今、宮城県の医療観察法の入院期間が長いという話でしたが、長い要因は別に宮城県に医療観察病棟がないからということではないと思います。逆に言えば、県内の医療機関が通院医療機関として積極的に受け入れるような方策を考えれば、受け入れられるところはたくさんあるのです。その議論がなく、単に「長くなっている」という議論は問題かなと思います。今一つ問題は、クロザピンを使っている方をどのような形で退院をさせるかということです。

まず、受け入れる方の体制をしっかり作るべきです。しかもクロザピンを使っているところは、積極的にやらないと退院しません。そういう問題をまずきちんと議論してから、県に医療観察法の病棟が必要かどうかという話をしないと。「ただ長いから」というだけでは違うのではないかと私は思います。近いからいいということではなくて。

(富田会長)

やはり両方必要なのではないのでしょうか。

(原委員)

いや、もうここになったらかなり意見が出ますよ。だからそこを今議論すると、精神医療センターの建て替えの問題とまた話が別になってくるので、ここは今議論しない方がよいのではないのでしょうか。

(富田会長)

ある程度議論してもよいかと思います。

(角藤委員)

最終結論は出ないと思いますが、継続して課題として認識しておくことが必要なのかなと思っています。

(草場委員)

結論が出なくても、医療観察法の病棟をどうするかという議論が県議会で議論になったときに、審議会でこういう意見とこういう意見が出たという情報を提供するのには意味があるのではないかと思います。ただ、先ほど角藤先生がお話になったことで、ちょっと「県出身の人はかわいそうだな」という雰囲気はみなさんの頭に残るかもしれないので、申し上げたいのですが、私は弁護士として医療観察法に関わったこともありますし、現在もあります。この法律ができるときには基本的に反対の立場を取りました。この審議会の目的は患者さんの精神病の医療と福祉ということだと思うのですが、この医療観察法は医療と福祉だけではなくて、再犯を起こさないという刑罰的な国家統制の秩序維持の観点が入ってくるのです。そして、精神病の原因だけでなく、人格障害などを併発した人たちが犯した犯罪の場合、治療が困難で長くなり、結局治らない人をずっと閉じ込めておくということが起こるのではないかと心配していました。実際にはそうなってはいませんが、かなりデータの的には心配なことが起こっています。法律が施行された当初は1年半が大体目標の入院期間だったのですが、現在は大体3年未満、2年半くらいが平均であり中央値です。そして54ヶ月以上の入院の人が20と言われていて、6年以上の入院が4%で、この人たちはなかなか退院できないのではないかとされているのです。もっと詳しい先生方もいらっしゃるかもしれませんが、弁護士として知っているのはそれぐらいの数字です。新しい県立病院を建てる時に、この元々懸念された人権の問題を抱えている問題に手を出すのか、それとも、原先生がおっしゃったように通院医療機関などの拡充をすとか、遠いところにいた人が宮城に帰ってくる時のフォローを「にも包括」の力を借りて広げていくとか、そういう議論にした方が良く私は思っています。この問題が出てきて、長期入院が強制される状況が増えているのを踏まえ、慎重な検討が必要ではないかと考えています。

(高階委員)

医療観察法の話ばかりで申し訳ないのですが、医療観察法自体は20年間何も変わらず、同じことを延々と続けているので、日本精神科病院協会としては、それはおかしいのではな

いか、見直しをちゃんとすべきだという働きかけをしているところです。だから、もし今のままでやったとしたら、精神医療センターが5年とか10年先に新しくなったときにも、時代遅れになっている可能性というのはあるのだと思います。あり方検討会の議論にしても、数年経つと時代に合わないという話になっているわけですから、これは叩き台として進めていったとしてもよいかもしれませんが、やはりその都度その都度変えていく形でやらない限り、出来上がったときにはもう時代に合わなくなってしまうと思います。現状はこうだけれどもという議論を行うのと、これから先はこうなるだろうという議論は、やはり別にしていかないと、おかしなことになるのではないかと思います。

(富田会長)

たしかにそれはこの先もこの検討の実現に向けては検討を続けていく必要はあるかと思えます。

(岡崎委員)

角藤先生、先ほど宮城県出身者で入院されている人が30人くらいいると。それはどこの範囲ですか。宮城県出身者がどこに30人いるという話ですか。

(角藤委員)

花巻と鶴岡と北関東でしょうか。

(岡崎委員)

いくつかの、北関東とか福島も、そういうことですか、一つの施設ということではないのですね。一つの施設で宮城県出身者がそれだけいて、それを宮城県に精神医療病棟を設置したら、そこの病棟は経済的に成り立たなくなると思ったのですが、そうではないのですね。なぜそういう医療経済的なさもしい話をするかということ、先ほど富田先生が準備してくださった資料の中にはあまり数字は出てきませんが、今現在、医療観察法のベッド数は856床です。施設は富田資料だと33施設ですが、そこから35施設になりましたよね。京都の洛南が数十床整備すれば、ベッド数は900床くらいになります。国が医療観察法を始めたときに、国全体としての設置病床の目標数は800床でした。ですから、病床数ということだけで言えば目標は足りています。それから、今その856床の中でどのくらいの人が入院しているかという、大体750から800人くらいです。年によって少し変動があります。20年も回していますから、もう大体制度としては定常状態になっています。1年で大体250人くらいの人が入院してきて、250人くらいの人が退院していく、退院先は色々ですが。そういう定常状態になっていて、「隣の県でも良ければ、どこかには入院できますよ」という状態になっています。だから、国も一昔前よりは、もう積極的に「全都道府県に設置してください」という働きかけは、多分宮城県にもそんなにできていないのではないかと思います。それから入院が長期化するという話、これも先ほど草場先生からも数字が少し出

ましたが、2020年12月末の時点調査ですが、5年以上の長期入院者が7.9%で、この数字は少しずつ今後増えていき、なかなか治療にもならないけれども、退院させるという基準にも満たないという状況です。それがこれから宮城県で設置しても、やはり何年か経てばそういう状況になってしまう。最後に止めを刺すと言ったら語弊がありますが、障害者権利条約で、その履行状況を確認する総括所見というものが2022年に国連から出ました。その中で、条約の第15条、つまり「拷問及び残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱い又は刑罰からの自由」という、それが第15条なのですが、それに抵触する懸念のある制度として、いくつかのことと並べて医療観察法を挙げています。そして、そのような制度は廃止に持っていくべきだという勧告もしているのです。国連はそういう見解を日本に突きつけています。その中で、今ある病棟を国連が言うから「そうですか」と言ってすぐに廃止には持っていきません。対象になっている方々がおられるから、どこかに受け皿を移さなければならぬ。けれども、少なくとも、国連が廃止を勧告しているという制度にこれから新たに踏み込んでいくというのは、ちょっと許せないのではないのでしょうか。おそらく、障害者権利条約の話ですから、障害の当事者団体の方々はとても納得できないのではないかと私は思います。

(岩館委員)

先ほど高階先生が話したように、そろそろ見直しの時期に入っているのではないのでしょうか。そのような見直しを、議論を経てから考えてもよいのではないのでしょうか。この医療観察法ができる頃、宮城県では地域でサポートしている人たちが「我々はこういう事件を起こした人だって、今まで普通に地域で支えてきたのです、大変な思いをしながら。だから別にこういう医療観察法は必要と思いません」と、ある非常にアクティブにやっている方がおっしゃっていました。「にも包括」の理念と医療観察法は、実は非常に乖離しているような気がします。「にも包括」で、本当に地域で支えればもっとうまくできることがたくさんあると思います。医療観察法病棟ができる時に、それを推進しているある学者が「こういう事件を起こす人でもちゃんと治療すれば治るのだ」ところを見せたい」と、そのテクニックというか技術を一般の病院にも広めていくのだと、非常に意気揚々と話していましたが、私は未だにその恩恵に預かれていないのです。多くのケースを見てきましたが、良い面と悪い面の両方あるなどは思っていますが、どうしても国は何かしらのセンターを作って、そこでやると、そういう発想をして、何かできたということにするのだと思いますが、実際はやはり地域で支えていくという体制ができなければ本物ではないのだろうなと思っています。そういう意味で、今医療観察法について色々おっしゃっている方も含めて、どんどん意見を出して、この医療観察法の20年というのを見直すことは必要なのではないかと思っています。同時に「にも包括」への移行でやると言っているのですから、そこを絡めてきちんと議論した方がよいのではないのでしょうか。宮城県が設置するかどうかはまた別の問題ですが、やはりそういう議論も大事なのではないかと考えています。

(富田会長)

私も医療観察法に基づく医療体制の運用の実態について知っているわけではなく、最近になって医療観察法に基づく医療に取り組んでいらっしゃる方からお話を伺っている状況です。これまでの取組などをもう少し詳しく精査していく必要があるかと思えますし、そもそも制度的に設置できるかどうかの問題もありますが、可能性としては、先ほどの長期入院の話もありましたが、やはり一般の精神科病院ではできないような、かなり集中的な医療も行っているといらっしゃる方もいらっしゃるので、もう少し色々検討して、少なくとも医療観察法病棟については、通院の受け入れも踏まえて考えていければと思います。

(岡崎委員)

もし、議論した末に、どうしても宮城県でも病棟が必要である、踏み出すべきであるということになった場合、先ほど私と角藤先生で少し話していた、地方独立行政法人の非公務員型ではクリアできないという問題ですが、私は思いついたのですが、一つ手立てはあるのです。東北大学がやるのですよ。

(富田会長)

それについては私も可能性として認識はしています。

(岡崎委員)

東北大は国立病院機構ですから、公務員型ですからね。しかし、やるとなったら蜂の巣をつついたような騒ぎになりますし、富田先生の時代にはもちろんできないということになります。

(富田会長)

北海道大学が作っており、先例としてお話は伺っています。私の東北大学在任中にはできないというのはその通りですね。

(岡崎委員)

ただ北海道大学の医療観察法病棟はポプラ並木の大学構内に作っているわけではなく、御存知の方は御存知ですが、札幌刑務所の敷地内に作っています。だから「絶対に安全ですよ」というアピールをしたのですね。しかし、その結果として、それだけ特殊な保安施設なのだということもアピールすることになってしまい、差別偏見を助長することにもなってしまったという批判があります。

(富田会長)

そんなに簡単なことだと考えていません。

(原委員)

今の医療観察法の話以外ですが、まず、基本的に精神科病院で起きている身体拘束という問題が社会的な問題になっていると思います。やはり、身体拘束をゼロにするようなきちんとした取組を目指すような病院を考えることが、まず一つの大きな指標になるのではないのでしょうか。これは権利条約の問題にもなりますし、やはり人権を尊重する医療が今、特に急性期のスーパー救急病棟を中心に、どうしても拘禁的な医療が中心になってくるので、そのようなところに対する見直しをきちんと図りながら、医療のあり方を考えてほしいと思います。ある患者さんから指摘されたのですが、入院患者さんで、退院する数日前までベッドに片側を縛られて拘束されていたということもあります。だから、そのようなことがないような医療をするためには、やはりマンパワーがきちんと必要で、マンパワーの手当を考えることが、拘禁に対する抵抗になるわけですから、マンパワーがしっかり配置できるような体制を考えた県立病院にしてほしいと思います。

それから、国の政策自体が「入院医療中心から地域生活中心へ」ということが国の基本的な方針ですので、やはりその方針を、精神医療センターを作るときの基本的な方針の中で掲げ、どのように入院医療から地域中心への政策に貢献できるのかということを中心にきちんと明文化することが大事だと思います。それが「にも包括」の医療的なバックボーンにもなるわけですからそのような体制が必要です。

そしてもう一つは、やはり宮城県全体が地域に対しての医療、あるいは制度に対して、非常に貧困だと感じています。地域には様々な資源がありますが、地域で様々な方々が活動できるような政策を検討し、きちんとバックボーンを整えながら、その中で精神医療センターの問題を考えるというふうにしていただかないと、どうしても入院中心の医療から脱却できません。地域生活がまず重点であって、その上で医療をどう抱えていくのが課題になりますので、国が全体的に方針を展開しているにも関わらず、国もなかなか進まない。もう20年くらい前にそういう政策を出しているのですが、なかなか進んでいない部分もありますが、県としてはそういうことを中心にした政策を常に考えていただければ、精神医療センターの建替えも患者さんたちにとって非常に有意義な病院になるのではないかと思います。

(高階委員)

地域医療をどう充実させていくかということについては非常に大きいと思いますが、名取市内の精神医療センターが建て替えられ、連携をどう図るかはすべての面で、精神科同士の連携だけでなく、身体科同士の連携もですし、先ほどの脳の器質因鑑別なども含め、最後まで精神医療センターで診るという話ではなく、トリアージ機能を充実させて連携させるということですから、周囲の病院との連携が非常に重要になると思います。そうすると、一番近い総合病院である日赤の機能の充実を今からもう一度図っていかないと、余計なことまで精神医療センターが背負ってしまう形になると思うので、そこは県がきちんと「にも包括」も含めて、面として地域を支えていくためにはどうするかということ、精神医療センターだけではなく考えていただければと思います。

(事務局:遠藤副部長)

連携という点では、近くにあるからという形での連携を想定しているわけではないという認識でございます。すべての部分を否定しているわけではないと思いますし、そのあたりは各病院の機能がある中での御相談というところはあるかと思いますが、例えば例を出すともた少し話がずれるかもしれませんが、北に移転した際に想定していたような連携については、想定していないということは、当初の病院の役割としての形の中ではあったかと思えます。

(岩館委員)

もし日赤が「断らない救急」をやれば、逆に日赤が精神医療センターに頼るようになると思います。急変して大量服薬で運ばれるとか、リストカットで運ばれる人たちは、精神科ではなく救急に入りますから、おそらく日赤が「じゃあその人たちを今後どうするんだ」という形で、むしろ精神医療センターを頼らざるを得なくなると思います。ですから、日赤と精神医療センターは本当に連携をきちんと取るべきだと考えています。日赤はその点を意識したほうがよいのではないのでしょうか。オープン病院なども、精神科がないので非常に困っているのですよね。救急で運ばれてきたけれど、自殺企図で来たけれど、どうやって帰そうかと非常に苦労しています。おそらく同じ問題が日赤でも出てくるのではないかと思います。

(富田会長)

仙台市というより宮城県は、有床の精神科総合病院が4つ仙台市に集中しているわけですが、おそらく日赤に新たに有床の精神科病床を作るのは現実的ではないかもしれません。もちろん、リエゾンという意味での精神科医の配置は考えていただけているかと思います。やはり常勤の精神科医がいないと、リエゾン対応は難しいのではないのでしょうか。それとは別に、精神医療センターはやはり、もう少し器質因の鑑別や身体の問題を診る体制を作っていくことが重要だと考えており、そのあたりは東北大学でも人材育成の観点から連携して取り組んでいければと考えております。

他に何かよろしいでしょうか。本日は様々御意見をいただき、いただいた御意見を私なりに反映させているつもりではありましたが、もう少し意見の取り入れ方が十分ではないところもあるかと思えます。実際にはもう少し改訂はしようかと思えますが。医療観察法のところについては、本日の議論も踏まえて、私なりに書き直してみようかと思えます。ぜひ、原委員も含めて、また改訂したものをメールで送りますので、加筆修正していただけるとありがたいです。そして、前回のあり方検討会の報告書を補完するような、アップデートした形で、審議会として取りまとめ、県に提出するという形で進めていきたいと思えますので、皆様からの加筆修正をよろしく願います。

(草場委員)

最初に我妻委員から提案があった場所の問題について、可能な限り今日決めるということに限定せず、ここでどういう議論をしていくのかという議論を少ししたらよいのではないのでしょうか。結局、地域の問題が大事だという話になりました。医療観察法もそうですが、普通の医療もそうだと思います。我妻委員から前回は、患者にとってコミュニティ自体が名取から離れるというのはとんでもないことだ、しかしコミュニティと言えば現実にはもう病院の周りにあるのだということを強調されていたと思います。私はがんセンターの西側を早く進められると思っていましたが、患者さんがそのようにおっしゃるならば、やはり名取で現地建て替えを実現する方法を考えなさい、と審議会で意見を言うとかですね。例えば、色々な所定手続きがありますが、何かが終わったら次やるのではなく、同時にやればかなりスピードも出ると思いますし、あと遺跡の発掘の問題についてもかなりのところで終わっているわけなので、本気になってやればできるということです。そして、患者さんが現地建て替えの際に「うるさい」というのであれば、今候補になっている土地に少しずつ移しながらやるなど、やる方向で考えなさいという指示を出すとか、そういう審議会の意見というのはあり得るのではないかと考えています。

(富田会長)

委員の方々で、これについて御意見はございますか。

(岡崎委員)

今日、結論は出せないですが、審議会としては、この中で一番のおすすめはこれだということを、次回くらいに議論してまとめたらよいのではないのでしょうか。その参考として、今日の我妻委員の意見は、やはり今の病院の近く、もう少し具体的に私が聞いたら、「現在のがんセンター跡地ではやはり遠くて通院しにくい」という御意見で、これは非常に重くと思います。そのようなことを、次回、できるだけ早い機会に審議会をもう一度開いていただき、審議会としての第一候補のようなものを出したらよいのではないかと考えています。

(高階委員)

機能と建物は別だという話があり、今機能の話をしていましたが、やはりそれは切り離せないものであって、「こういう場所にこういうものができますから、ではどうしましょうか」ということではない限り、何か実感が湧かない話になっていくと思います。だから今、他の先生方からも話がありましたが、やはり「ここに建てましょう」という話がないと、「ではこれはこうして、あれはこうして」というところが広がっていかないので、やはり早くそこは決めた方がよいのではないのでしょうか。とにかく早く移転しなくてはいけないという状況がありましたので、そのことも含めて早くしないと何をやっているんだという話になってしまうと思うので、やはりどこに建てるかというのは、何を決めるにしても大事な話だと思います。

(富田会長)

急ぐべきなのは全会一致の共通認識だと思います。あと、今日の議論で出た、通院の利便性や周辺の患者さんのコミュニティなどの情報も整理していただき、次回、審議会の意見としてどうなのかという点についても議論できればと思います。

(原委員)

今ちょうど外来の話が出たのですが、富田先生のこの案は外来の機能の部分には全く触れられていないような気がします。リハビリテーションを含めた外来の機能についての記載もあったほうがよいのではないのでしょうか。これは病院の機能ではありますが、入院の話が中心になっているので、外来の機能がどうなっているか、地域連携がどうなっているかという話もこの案の中に書き込まれた方が議論になると思います。

(富田会長)

先生の方から何か御意見はございますか。

(原委員)

外来機能については、多機能型の診療所を参考にしてくれればと思います。

(日下委員)

相談支援事業所の立場で参加させていただいているのですが、実際に名取市にある相談支援事業所に、市内で病院の場所が変わることへの影響度を伺ってみました。その中で、事業所側からすると、車で移動する機会が多いので、同じ市内であればそこまでは問題ないのですが、実際患者さんの通院を想定したとき、外来の通院をはじめ、デイケアやリハビリ関係で病院に通われている方が多くいらっしゃるかと思いますので、そういう方にとってはバス路線の変更などで、そもそも通院する際のルートや方法が変わるので、影響を受ける患者さんは非常に多いですという意見が聞かれました。さらに今後、病院の方でどのような機能を出せるのかということに関して、皆様から話が上がっていたように、社会の状況や地域の状況、ニーズに合わせて求められる機能もその都度変わっていく可能性もあることを考慮しますと、現在既に病院で果たしてくださっている、そういったリハビリや訪問看護といった機能の継続はもちろん、地域の病院以外の福祉の関係者も含む支援者や地域の事業所も巻き込んでくださるような仕組み、具体的には今現在はあとぼーと仙台などが中心に巻き込んでくださっていますが、病院に地域の支援者が出向いて直接患者さんと触れ合う機会ということで「ちいくら会」とか、そのようなつながりのある機能は引き続きぜひ継続していただきたいというのが、地域側の意見でした。そういった機能があることで、今後話に上がっている「にも包括」にも通じる、退院支援も含めた中身もより充実していくかと思えますので、この場で意見を述べさせていただきました。

(姉齒委員)

やはり、デイケアとか外来 OT の機能というのは、なくしてはいけない機能のような気がします。民間の病院もあって、民間のクリニックもあるのだから、この機能は「もう名取の精神医療センターには必要ない」とかそういう話になってしまったのでは、やはり違うのではないかと思いますし、必要な機能としては、どのようなものがあるのかというところを、改訂版を作成されるのであれば、ぜひ盛り込んでいただけるとありがたいです。

それから、日下委員からも「ちいくら会」のお話などが出ましたが、私もたまにお邪魔して学ばせていただいているのは、やはり県内の精神保健福祉の牽引役を担っているところがあるということです。よって、外部のそういう関係者も含めて学ぶ場の提供であるという機能が盛り込まれるととてもありがたいと思います。例えば、私ども相談支援事業などもやっていますが、病院によっては、「退院支援は病院がやるものではないから、相談支援事業者がやりなさい」とか、市町村の保健師さんに呼びつけられて「この人は退院させるからあとはそっちでなんとかしろ」というような、いささか乱暴な言い方になってしまいましたが、そういうお話をされるのが今現在でもあります。そういうときに「これは違う」と、心の底でつぶやきながらみんなでどうしよう、どうしようとしているのが、仙台周辺では少ないかもしれませんが、宮城県としては結構見えないところで起こっています。そのような場面でも胸を張って、「宮城県では、精神医療センターを中心としてこういう活動をしていて、これが宮城のスタンダードの形なんだ」ということが言えるようなものを作っていけると、「にも包括」にも大変貢献していただけるのではないかと思います。

(林委員)

先ほどから「ちいくら会」という謎のワードが出ていて、何だろうと思っていらっしゃる方もいらっしゃると思うので、一応補足で説明しますと、当センターで行っているアウトリーチ支援の一つとして地域移行・地域定着支援があるのですが、その中で「病棟内啓発活動」ということで精神医療センターの中で啓発を行っています。「地域の暮らし」ということで「ちいくら」なのですが、実際には入院患者さんたちに、当事者も含めて、地域での暮らしをイメージしていただけるようなお話をしたり、実際に患者さんたちとお話したりすることも含めて、地域での暮らしをイメージして、退院について色々具体的に考えられるように、ということが目的だったり、あとは病棟のナースの方々ともやり取りさせていただいたり、もちろん事業所の方々にも入っていただいたりという形で、そういう形での地域移行の準備というか、その一環として活動させていただいているというのが、「ちいくら会」でございます。ですので、病棟から地域の方に移っていただいて、その人らしく生活していくために、ということの一環として行っているものでした。ですので、今後もそうしたことも含めて、地域での生活や連携といったものを充実させていけると良いのではないかと考えております。

あと、病棟の話に戻って申し訳ないのですが、富田先生も気にかけてお話くださっ

ていた児童精神科病棟の運用方針というところで、強度行動障害についても非常に大事だと思っているし、公的な精神医療センターのような位置付けのあるところでそれを行っていただけると非常にありがたいと思う一方、強度行動障害は児童だけの問題ではなく、やはり大人になっても続くことがあるので、児童というところに焦点を当てて考えるとすれば、行動障害もそうですが、いわゆる精神病圏の統合失調症や躁うつ病など、せんだんホスピタルのように専門的な治療プログラムだけではない一般的な精神疾患の治療というのでも、県内では足りていないと思います。ですので、外来機能もそうですが、病棟機能もそうであり、そのような意味では、スタンダードと言いますか、児童の精神疾患に対する治療機関の中核の一つになっていただけるとよいのではないのでしょうか。御存知のとおり、発達障害がすごく増えてきており、その二次障害も含めて一時的に入院運用する方もいらっしゃいますし、小中高生の自殺者が増えているというのも国の問題になっており、精神疾患だけがその原因ではないですが、一部は一時的に入院を要する方もいらっしゃるかもしれません。そのようなところも含めて、精神医療センターでその機能を果たしていただけるとよいのではないかと考えております。

(西尾委員)

強度行動障害を取り上げていただいたのですが、やはり公的なところで、このような問題にしっかり取り組むべきだと思っています。少し話はそれますが、相模原事件がありました。加害者がそのような特別な思想を持つようになった一因として、施設の中での強度行動障害をはじめとした様々な患者さんに対する職員の方々の様々な問題があって、いわゆる「感情労働」と言われるような非常に疲弊する状況の中で、そのような問題が起き、それを加害者が見て、様々なことを考えるようになったとも言われているので、この強度行動障害に対する適切な支援を県内で広めていくためには、やはりこのような取組が大事だと考えます。福祉の人が疲弊したら、レスパイトを含めて医療に連携するということがありますし、元々施設に入っている人も計画相談でサービス利用計画を立てているが、それと施設の支援計画がどこまできちんと一致していたのか、つまり風通しがよかったのかということも含めて、この問題をしっかりやっていくことは、地域全体の支援力を上げる、つまり「にも包括」の構想につながっていくと思います。会長の資料にも三田市の事件がありましたが、これも私は学会の委員会で色々議論したことがあり、これも強度行動障害でいろんな不幸が重なっていると言われていますが、そもそも主治医が20何年間も患者さんに一度も診察していないとか、親も抱え込むのではなくて、施設に預けようとしたら施設の人が他の入所者を虐待しているのを見て、こんなところに預けられないと抱え込みになったとか、あるいは行政の方が18歳になって記録をきちんと引き継いでいなかったとか、色々な問題があるのですが、やはり強度行動障害が家族にとって負担で家族の問題があるというよりは、支援体制の問題もあるわけですから、これをしっかりやっていくべきです。在宅で家族が問題を起こすから、合法的に入院させて隔離拘束を強化するのではなく、今は行動療法や構造化による介入など、様々なものが進んでいます。そのようなものを、マンパワーのある県立病院でぜひ

行ってほしい。もちろん児童・思春期の強度行動障害の人もいますが、児童・思春期を超えた人もいるので、その点は申し上げておきたいです。

(岡崎委員)

先ほど原委員から、この項目の中に外来の機能もぜひ入れてほしいという御意見がありました。私も気がついたというか、デイケアをはじめとするリハビリテーションを今後どうしていくかというの、やはり項目としては必要ではないかと思えます。これはもう今や地味な領域になりつつあるのですが、特に公的な機関がやるリハビリテーションやデイケアは、少し曲がり角に来ているという意見もあります。そのようなことも踏まえて、やはり議論はしなくてはならない重要な項目だと思いますので、書きやすいかどうかは分かりませんが、ぜひ項目に入れていただきたいです。

(富田会長)

項目だけでなく、ある程度「こういったこと」という形にできるとよいかと思えますので、皆様からも何か、その骨子になるようなものがありましたら、ぜひお寄せください。

(岡崎委員)

いや、そういう積極的な御意見だと、かなり熟慮しないといけない領域かと思えます。やはり業界の方々の中でも、公的なところでやっているデイケアはそろそろ役割を終えているのではないかという意見も少なくないわけですよ。ただど一方では、現在利用されている方々がたくさんおられる地域もあるわけなので、相当苦勞して書かないといけないですね。

(富田会長)

たしかにそうですね。今、利用者が減ってきているとか、色々な問題もあります。

(林委員)

現在うちでリハビリテーション、デイケアを行っていますが、たしかにこれまでの「居場所型」というか、退院した人がただ来だけという利用者は少なくなっています。しかし、例えば統合失調症や精神病圏の人たちの認知機能を改善してあげる、社会認知などを改善してあげるための、認知リハビリテーション「NEAR」というのですが、それを積極的に行っており、患者さんたちが少しずつその認知機能を取り戻していくという、先進的な形でのリサーチも含めた形です。東北大学とも連携していますが、そのようなものが今後のリハビリテーションになっていくだろうと考えています。

(大木委員)

地域生活中心へという話が、お話の中にあっただと思うのですが、精神医療センターは非常

にワーカーとの連携が取りやすいと思っていて、普段地域の相談支援事業所で働いているのですが、その連携の取りやすさだったりとか、あと、ケース会議には必ず先生が参加してくださいというのが、他の病院だとあまりなかったりするので、そこがすごいなと思っ
ているところなので、そういった機能はぜひ残しておいてほしいです。その連携は取りやすく
していただけると、地域の方もありがたいということかと思えます。あとは、福祉のサポ
ート体制として、入院された方が退院するときの受け入れなのですが、なかなか地域で働いて
いて、少なくはない、数は多いかもしれませんが、その中身のところが中々伴わないところ
があるなと思っていて、数はあるけれども、「ここに任せて良いのだろうか、果たしてここ
につないで良いのだろうか」と思う施設だったり、事業所というのが正直あったりするの
です。なので、安心してつなげられるような事業施設を増やしていくというところで、その質
の向上をどうしていくかということが非常に課題になってくるのかなと思っています。

(小原委員)

富田先生と先生方の意見、本当にそうだなと思うところがあって、私の立場から言うと、
精神医療センターに入院されて、地域の郡部の方が戻っていくときに、名取市に住んでしま
うのか、やはりきちんと自分たちの地域に、自分たちの地域に戻っていくために、かかりつ
け医のところに戻っていくという機能がすごく大事だと思います。なにかで入院されたと
しても戻っていけるような連携を、県として、名取だけに集中するのではなく、県全体にそ
ういった連携をしていけるようなセンターになっていただきたいというのが一点です。
それから、地域の保健師の方々と考えていくと、今、通常の大人の病気だけでなく、若い方
の精神医療ニーズもすごく高まってきています。発達障害だけでなく、神経症圏、自死や自
傷の問題などがとてもニーズが大きくなってきて、地域の支援者は、その方々が大人になっ
ていくときにどうサポートしていったらいいかということを感じていますので、児童思
春期の精神医療の中心の一つとして、ぜひ外来、入院機能のことを考えていただけると
よいかと思えます。

(黒川委員)

精神医療センターに入院している患者さんたちがいる中、その施設の修繕はどうなっ
ているのかなと思いました。かなり暑い日も続いていますし、冷房や雨漏りがすると色々話
があったので、そのへんが気になって仕方ありませんでした。

(角藤委員)

審議会で雨漏りに関しては修繕しなくてはいけないと緊急決議のような形で出していた
だいて、県からもお金をつけていただき、天井全体を防水の修繕工事をしましたので、雨漏
りは100%ではないですが99%なくなっていると思います。雨漏り以外のところに関し
ても老朽化しているところもありますが、そのへんはこの審議会のおかげかなと思ってい
ます。

(佐藤委員)

論点整理8番に書いていただいています、県全体の「にも包括」の推進というところも、役割として担っていただけると助かるなど思っています。私が今勤めているところは仙台医療圏の北部になりますので、実際のところ通院で精神医療センターまで通う場合は、車で誰かが送ってくれる方がいなければなかなか難しい地域になっていますし、私の勤めているところよりもさらに県北になれば、よりそういったことが顕著になるのではないかと考えています。県内すべての県民の方が利用できるサービスを受けられるということも考えていただけるとよいと思いますので、やはり今通っている方も当然大事だと思うのですが、通えていない方たちがどのような精神医療センターだとよいのかという議論も必要なのではないかと感じていました。

(鈴木委員)

我々としては、精神医療センターには患者さんを紹介する立場であるのですが、やはり一番問題なのは身体合併症の対応だと思っており、この論点整理の最後に記載があるように、身体合併症、依存症に対する診療体制の整備ということですが、我々としては、院内での診療体制の整備なのか、それとも他院との連携なのか、そこら辺をぜひ明記していただいて、実現に向けて進めていただければと思います。

(富田会長)

両方やはり重要だと思っており、連携体制も重要ですが、やはり院内の力もつけていただくところがすごく重要だと考えております。

では、本日は様々御議論いただき、今日の話を受けて改訂を進めていくのと、次回はどこに建てるかということも含めた議論ができればと思います。その他、次回の議論にもつながるところかと思いますが、岩館委員の方から資料をいただいておりますので、岩館委員から発言をお願いいたします。

(岩館委員)

前回、発掘調査のことで名取市のホームページにフローチャートが出ているという話をしたので、補足させていただきます。これを読むと、本調査に入らなければそんなに時間はかからないのかなとは思ったのですが、実際は分かりません。それから、今回作業地といっている前の農作業をしていた土地の航空写真が、年代ごとに国土地理院地図に載っていて、それを見ると割と整備されていたことが分かるので、参考にしていただければと思います。病院としてかなり活用していたのだなと分かります。そして、この土地は今も病院機構が持っている土地だということです。

(草場委員)

審議会のスケジュールを大まかに決めた方がよいのではないのでしょうか。富田先生の案に多くの有益な意見が出ているのを拝見し、進行を見ていると、これをきちんと知事が政策決定するときに役立たせるための資料として中身のあるものをまとめる必要があると痛感しました。そういう意味で、皆様から意見を取るのか取らないのかも含めて、今後の年度内のスケジュールをどうするのかという問題と、岩館先生から資料が出ましたが、病院をどこに建て替えるのかという問題、二つの重要な課題が我々の前にあります。年度内にどのあたりで審議会を開催するのかということをおまかに決める必要があると思っています。議会と県知事選があるので、その間もし開催ができないのであれば、前回は提案したのですが、やはり現地に行って、患者さんやワーカーの方々、コミュニティを支えている人たちの意見を私たちが聞いた方がよいのではないかと思っています。日下委員から「周りの人からこう聞いてきました」という話が出ると、ものすごくいい情報が来た、と感じてしまうのですよね。皆様もちろん患者さんたちから出ている話をここに伝えてくださってはいますが、本当にこの何十年先の病院のあり方を決めるわけですから、話ししてくださる方のところにまで出かけて行って、気軽に話せる状況のもとで色々な話を聞くことの大切さというのもあると思います。私の職業病かもしれませんが、とにかく当事者の話を聞くというのが一番大事なことはないかと思っています。例えばこの審議会のメンバーを二手に分けて、一つのグループは患者さん、一つのグループはNPOなどで支援している人たちに聞くとか、そういうふうに分けてやるのもいいですし、審議会を開催できないかもしれない9月とか10月にそれをやって、年度内にもう一度審議会を開いてその成果を持ち寄り、大筋を決めていくというのはどうでしょうか。

(富田会長)

実質的に少し厳しいかもしれません。

(岡崎委員)

県から第一回目のときに出た質問、その候補地についてまだ具体的に出せるには至っていないという話でしたが、もう少し時間が経てば何か出るのでしょうか、それ次第だと思います。

(事務局(県立病院再編室長))

現在、関係各所、名取市の教育委員会等の御意見、それから実際にどの程度かかるのかをしっかりと確認する必要があり、その他、少々お時間をいただかないと整理しきれない部分がございますので、もう少々お時間をいただければと考えております。

(岡崎委員)

急げば知事選挙の前に、選挙とは関係なくその作業はできるということですか。

(事務局 (県立病院再編室長))

知事選とまた別に、今年度、9月議会等々の関係もございませう。そのあたりの作業は現実的に少し厳しい部分もあります。なるべく並行してできる部分は作業していますが、少し難しい部分があるということは、御理解いただければと思います。

(草場委員)

そうするとやはり11月、少し遅すぎるともったいないのではないですか。

(富田会長)

文章については、私一人で考えてもあれですので、皆様にまたメールでお送りし、直接書き込んでいただくなど、新しいところは素案を書いていただけるとありがたいです。そのように、次回のタイミングでまた議論を進めていくことでよろしいでしょうか。本日はどうもありがとうございました。事務局にお渡しします。

(事務局)

会長、委員の皆様、どうもありがとうございました。以上を持ちまして、令和7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。