

令和5年度宮城県精神保健福祉審議会（第9回）

1 日時

令和6年2月15日（木）午後6時30分から午後10時まで

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、角藤芳久 委員、草場裕之 委員、小松容子 委員、鈴木陽 委員、高階憲之 委員、富田博秋 会長、西尾雅明 委員、林みづ穂 委員、原敬造 委員

（19人中14人出席）

（2）事務局

〔保健福祉部〕志賀慎治 保健福祉部長、大森秀和 保健福祉部副部長

〔医療政策課〕遠藤圭 参事兼医療政策課長、荒井謙吾 副参事兼総括課長補佐

〔病院連携班〕佐藤誉之 主任主査（副班長）、蛭沢夏生菜 主査、
千歳拓武 主事、小野寺裕也 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、
松本賢治 総括室長補佐

〔精神保健推進班〕菅原美帆子 技術補佐（班長）

〔発達障害・療育支援班〕大内浩昭 室長補佐（班長）、

洞口真紀 技術主幹（副班長）、斉藤有美 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5年度宮城県精神保健福祉審議会第9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、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。小原委員、日下委員、黒川委員、小森

田委員、富士原委員からは事前に欠席の連絡を受けております。鈴木委員からは遅れて出席するとの連絡を受けております。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして会議の成立について御報告申し上げます。本日は14名の委員に御出席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にお願いいたします。

富田会長よろしくお願いいたします。

6 議事

(富田会長)

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、改めてお礼申し上げます。今回は、次第のとおり、報告事項として、令和6年度精神保健福祉関連事業（案）、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣、県立精神医療センター建替えに伴うサテライト案を設定しており、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。それでは、次第に従いまして、進行させていただきます。まず最初に、県の担当の方から、3つの報告事項について御報告をお願いいたします。

(事務局（精神保健推進室長）)

それでは、報告事項の順に説明させていただきます。報告事項の（1）、「令和6年度宮城県精神保健福祉関係事業（案）の概要」についてでございます。資料1を御覧ください。こちらは、精神保健推進室の令和6年度の主な事業（案）です。括弧内は今年度、令和5年度の当初予算額です。まず、1ページの上の箱囲みの中を御覧ください。障害福祉課と精神保健推進室全体の額として記載しております。予算額は263億3,018万9千円です。人件費を除くと、255億5,332万2千円です。前年度に比べ、それぞれ約6億円の減となっておりますが、下の米印に記載している、障害福祉課の船形の郷建替完了による14億円の予算の減が主な要因となっております。

それでは以降、精神保健福祉関連の事業案について御説明させていただきます。令和5年度の取組の継続を基本としておりますので、予算の増減がある主な事業をかいつままで説明させていただきます。まず、1ページ中段にあります「医療支援等」の「1 自立支援医療費」、「精神通院医療費」と「2 措置入院医療費」についてでございます。いずれも近年、件数が増加しているということで、それぞれ増額ということで予算を確保しています。

次に「地域生活支援」についてです。1の「発達障害児者総合支援事業」のうち、(3)障害児等療育支援事業は、これまで、この事業の中で実施していた家族支援の事業を別事業としたことから減額しているものです。

次に、2ページを御覧ください。「3精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」については、今年度「地域移行支援事業」として実施した160万円の事業費を4,900万円に大幅に拡充しました。心のサポーターの養成、ピアサポートの活用、入院者訪問支援、重点圏域の体制整備に取り組むこととしています。なお、「にも包括」の事業に関しましては、今後5年程度の事業費を確保するため、社会福祉基金に10億円を積み立てる補正予算を別に今議会に提案しております。圏域の地域支援会議や県全体の自立支援協議会精神障害部会で御議論いただきながら検討してまいります。

次に3ページを御覧ください。「精神保健事業費」のうち、「3ひきこもり支援推進事業」は県の精神保健福祉センター内に設置している「ひきこもり地域支援センター」の経費増加分を増額ということで予算を確保しております。

次に、自死対策のうち、5ページの「2自死対策強化事業」は、県に「若者の自殺危機対応チーム」を設置し、学校や市町村等の支援者支援の経費を増額しています。

次に「震災復興関連事業」のうち、「2被災地精神保健対策事業」についてですが、保健所や市町村を支援するスーパーバイズ事業の経費を実績に応じて減額しています。

次に「3災害派遣精神医療チーム体制整備事業」ですが、災害派遣精神医療チーム(DPAT)の体制を整備するものです。令和6年度につきましては、国が開催する研修会や訓練等への参加経費、県が開催する研修経費などを増額しています。「宮城県精神保健福祉関係事業(案)の概要」につきましては、以上となります。

続きまして、資料2「令和6年能登半島地震」の発生に伴う災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣についてご説明いたします。資料2を御覧ください。「令和6年能登半島地震」の発生に伴う災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣についてのご説明です。1月16日の第8回審議会後の派遣状況等を、下線部につきましてご報告いたします。

「1経緯」については、1月30日には、DPAT事務局から、第9陣をもって全国からの派遣を一旦終了とし、石川県DPATの活動に移行する旨の連絡がありました。これを踏まえ、「2本県の対応」ですが、下線の部分、宮城県としては3クール目となりますが、第9陣の最後のチームとして東北大学病院と県立精神医療センターとの混成チームを編成し、派遣いたしました。東北大学病院とは協定を締結し、「宮城DPAT派遣対象者名簿」への登録を行っております。DPAT統括者・当室・精神保健福祉センターから成る宮城DPAT調整本部会議を2月19日に開催し、解散する予定です。今回の派遣に係る活動については、後日取りまとめの上で、別途関係機関の皆様と共有する予定です。裏面をご覧ください。(3)先遣隊の派遣状況ですが、③第3クールは2月1日から2月7日まで派遣いたしました。派遣にあたり、東北大学病院、県立精神医療センターの皆様が多

大なる御協力をいただき、改めまして感謝申し上げます。DPATの派遣については以上です。

(事務局(保健福祉部副部長))

続きまして、報告事項(3)については私の方から御説明させていただきます。精神医療センター建替えに伴うサテライト案についてでございます。資料3について、冒頭で若干お話ししますと、精神医療センターの建替えに当たりましては、富谷市への移転・合築に伴い、県南部の精神科医療体制を確保する必要があるという観点から、名取市へのサテライト設置を検討しているところでございます。現在、実際に精神医療センターを運営している職員の皆様と意見交換を行いながら、サテライトの機能・規模について検討を進めております。これまで、1月16日、1月29日、2月13日の3回にわたり、意見交換を行ったところです。センターの職員の皆様からは、診療体制や人員配置など、多岐にわたる御意見を頂いているところですが、本日は、検討の途中段階ではありますが、現在の検討状況について、御報告させていただきたいと考えております。

それでは、資料3に基づき説明いたします。1ページ目、入院患者の属性についての資料で御説明いたします。少し小さくて恐縮ですが、令和4年度に精神医療センターに入院された患者の情報を分析したものになっております。少し細かいお話ですが、前年度に入院して令和4年度退院した方の数も入っております。基本的には令和4年度に入院された患者さんの数字ということでご理解いただければよろしいのですが、その患者さんの居住地や、入院の受入時間帯、措置入院などの入院形態などをまとめたものになり、センター移転後の本院及びサテライトの病床規模を考える上での基礎になるものとして整理させていただきました。

まず、資料の左上になりますが、令和4年度中にセンターに入院した患者さんでございますが、こちらは延べ601人となります。この中には複数回入退院した方もいらっしゃいますので、実人数よりも多くなっております。この居住地別の内訳ですが、背景に青くかかっている、太白区以南の方は348人で全体の58%となっております。逆に、太白区以北という方につきましては、253人で全体の42%という構成となっております。

続いて、その右隣に移りまして、入院受入の時間帯、昼間なのか夜間等時間外なのかというところですが、太白区以南の入院患者のうち、時間外で入院受け入れされた方というのが83人で全体で24%、時間内の方が265人ということで、76%となっております。一方、下の方に移りまして、北の患者につきましては、時間外受入が103人の42%、時間内が150人の58%ということで、少し南と北の比率が異なる状況となっております。

続いてその右隣に移りまして、入院形態別の内訳ですが、措置入院、医療保護入院、任意入院の主はこの3つで整理をさせていただいております。まず、時間外に入院した患者さんについては、南北ともに、措置入院と医療保護入院が多数を占めている状況にあります。上の方でいうと、時間外83人のうち、医療保護入院が52人で措置入院が28人とい

うことで、ほぼほぼここで占めております。その下の方の太白区以北に関しては、時間外103人のうち、措置入院57人で医療保護入院が39人という状況になっております。

一方、時間内に入院された患者さんにつきましては、南北ともに、半数以上が医療保護入院となっております。なお、表の整理上、児童思春期の患者さんにつきましては、内数として括弧書きをさせていただいております。病床規模を考える上での基礎となる、総在院日数についてですが、例えば、一番上の時間外の医療保護52人の方が、合わせてどれほど入院されていたかという総在院日数が3,068日と記載させていただいております。また、その右隣に移りまして、これらの患者が、過去にセンターに入院したことがあるのかどうか、「入院歴あり・なし」といった情報も表示させていただいております。

最後に、資料の左下に、「○その他長期入院患者」と記載している数がございます。これは、今申し上げた数字の外数でございまして、令和3年度より前に入院している方で、令和4年度を通して入院を継続された方が58人、令和4年度中に退院された方は7人となっております。これらの数字に基づき、病床規模の検討を行いました。

2ページ目をお開きください。資料の左側では、先ほど触れました総在院日数に基づき、居住地、時間帯、入院形態別に一日当たりの医療需要を算出しております。考え方としては、総在院日数を365人で割ったものが一日当たりの医療需要ということで数字を付させていただいております。例えば、一番上の太白区以南の時間外の措置入院の方は27人いらっしゃるのですが、その方々の総在院日数は1,789人でございますので、この分野の1日当たりの医療需要は4.9人という整理をさせていただいているところでございます。資料右側に案1から案3の病床数の考え方を図で示しております。主に案1を中心に説明をさせていただきます。

まず、北の本院機能ですが、赤枠で囲った「措置入院」については、全県からの受け入れを想定して21という数字を北の本院に記載しております。また、青枠で囲ってある「任意入院」についても、全県からの受け入れを想定して、北の本院で数字を計上させていただいております。

一方、「医療保護入院」については、御家族の負担も考慮し、居住地に近い方での受け入れを想定しております。南の方、黄色い枠組みでございます。こちらについては、南にお住まいですので、南のサテライトの方で、北の方につきましては、緑色の枠組みでございます。こちらについては、本院での受け入れを想定してシミュレーションを行っております。なお、案1につきましては、児童思春期の紫の枠組みについては、南の患者数が相対的に多いことを踏まえ、南のサテライトでの受け入れを想定しております。

これらの検証に基づき、病床を算出した結果が表の下に記載されております。北本院機能に関しては、一般病床の合計が一日当たり53.1人になります。これに、病床の稼働率を8割と想定して割り戻すと、必要な病床数が66.4床という計算になります。このほか、長期入院の患者が、現在、58人おりますが、5年以上先になる新病院の開院まで一定

数減少するものと仮定し、50床と想定いたしました。したがって、66.4に50床を加えまして北本院機能の想定病床数については、案1では116.4床となります。

一方、南のサテライト機能については、太白区以南の医療保護入院患者（黄色枠）の一日当たり32.8人を稼働率8割で割り戻した病床数41床、児童思春期については稼働率8割ではなく稼働率5割で割り戻した12.4床ということで、合わせた病床数が53.5床という結果となります。

従いまして、北の116.4床と南の53.5床を合わせた169.9床が病床数の合計という整理をさせていただきます。

案2、案3については、いずれも同じ病床数でございますが、案2につきましては、太白区以南の医療保護入院患者について、全てサテライトでの受け入れではなく、時間外で受け入れた患者のほか、時間内受入れのうち、入院歴のある46%を受入れ、北の本院では、時間内受入れのうち、入院歴のない54%を受け入れる想定としております。加えて、児童思春期の患者を北の本院機能で受入れることにより、結果として、北本院が145.4床、南サテライトが24.4床となります。

案3については、長期入院患者を、北と南に振り分け、北が110.4床、南のサテライトが59.4床となります。これら3案をベースとして、経営シミュレーションいたしました。3ページ目をお開きください。

移転・合築後の精神医療センターの収支シミュレーションの詳細については、4ページ目から6ページ目のA3判のものになりますが、概要を3ページ目にまとめておりますので、こちらを中心に御説明をさせていただきます。

まず、資料左側に、現状のセンターの収支実績などを記載しております。一番左が令和2年度実績、左から2番目の令和4年度実績ということで、令和4年度実績をベースに整理しております。現状、病床数を258床として運営しており、当期純利益は約3億1千7百万円となっております。なお、この年度利益には、約9億円の運営費負担金の他、コロナ関係の補助金約4億5千万円が入っているというのが、令和4年度の特異な状況となっております。当期純利益の行の一段下に、EBITDAという欄がありますが、これは、減価償却などの非現金支出などを控除した、おおよそ現金ベースでの収支に近い指標となっております。実質的な収益力や収支を見る上で活用される指標となっております。令和4年度はこの現金ベースで約4億2千万円の黒字となっていることとなります。ただし、コロナ補助金の影響等が出ているということでございます。さらに下の段には、常勤の人員体制を記載しております。令和4年度の実績に記載されている人数は、最新の令和5年10月の実績となりますが、医師が21人、看護師が147人、コメディカル及び事務職員が53人、合計で221人が、現在、常勤でセンターに勤務しております。コメディカルの内訳や、非常勤も含めた詳細な人員体制については、6ページ目に記載されておりますので、後ほど御確認いただければと思います。

次に、シミュレーションについて説明いたします。

案1から案3に共通する考え方として、案1にのみ記載しておりますが、北の本院では措置入院をはじめとした精神科救急のほか、身体合併症対応や精神科災害拠点病院機能を想定しております。案2、案3では記載を省略しておりますが、これが前提になっております。また、全ての案で、北の本院、南のサテライトの双方において、夜間の患者対応を想定しております。その上で、2ページ目で御説明した患者の受け入れ想定を落とし込んだものが、病床・病棟の行に記載されております。

案1については、北の本院を120床とし、その内訳はスーパー救急60床、一般15対1の病床が60床となっております。南のサテライトについては、急性期治療病棟を50床としており、そのうち児童思春期の病床を10床設置する想定となります。また、外来については、一般外来を北で2診、南で4診としておりますが、現在のセンターでの外来患者の居住地見合いでの設定としております。児童外来につきましては、南のサテライトにのみ設置し、現在のセンターと同規模の体制としております。デイケアや訪問看護につきましては、全ての案で、北と南で実施することを想定しております。

次に、案1の損益収支ですが、当期純利益については、北本院で7千3百万円の赤字、南サテライトで3億3千7百万円の赤字となっており、合計で4億1千万円の赤字となっております。現金ベースの収支（EBITDA）に関しては、北本院は黒字、南サテライトは赤字となっており、合計で1億3千9百万円の赤字となっております。案1における、病床数等に応じた従来のルールによる県からの運営費負担金については、病床数が258床から減少することにより、令和4年度の実績である9億3千2百万円から減少し、南北合計で約8億円となっております。従来ルール分の運営費負担金が減少する一方で、サテライト設置による機能分化による収支への影響や、身体合併症等の政策医療の拡充のため、県としては、追加的支援が必要と考えております。これを仮に追加の運営費負担金として考慮した場合、1億3千9百万円を、従来ルール分の8億円に追加すると、9億3千9百万円を運営費負担金としてセンターに支援することになります。現在の試算上は、令和4年度の実績に比して7百万円程度の増加となります。

また、このシミュレーションの前提となるスタッフの数については、医師の数は従来と同数となり、看護師については、病床の削減により減少し、コメディカル及び事務職については、若干の増となっております。合計として、従来よりも23人少ない、198人となっております。なお、医師の数については、現在、センターに非常勤医師が11名在籍しており、常勤換算で2名分が稼働しております。シミュレーションにおいても、非常勤医師を常勤換算で2名体制として試算しております。これらのスタッフ数については、現在、精神医療センター職員から意見をいただきながら検討を進めている段階であり、今後変動があることを御承知おきください。

案2、案3についても、それぞれ、2ページ目で説明した内容で病床を設定したのですが、案1とは異なり、児童思春期病床を北本院に設置しているため、児童外来を南北それぞれで回数を割り振りしております。

損益収支につきましては、案3、案2の順で悪くなっており、特に案2については、スタッフ数も現状より増加し、また、追加の運営費負担金を考慮した県の支援額が約12億3千万円となり、従前よりも、約3億円増加する試算となっております。なお、案3については、合計9億9千万円となり、従前より6千万円程度の増加となります。

シミュレーションの概要については以上となります。今回説明したシミュレーションは、現在検討段階のものであり、決定しているものではありません。今後も引き続き、精神医療センター職員との意見交換を重ねていくことで、より検討を深めてまいりたいと考えております。また、機会を捉えて、当事者等との意見交換の場も設けたいと考えております。今後も各方面からの御意見を丁寧に伺い、精神医療センター移転後の体制について、あるべき姿を検討していきたいと考えております。私からは以上でございます。

(事務局(保健福祉部長))

私から補足をさせていただきたいと思っております。1番目の来年度の事業でございます。担当室長から御説明申し上げたとおりでございますが、特に、にも包括の推進につきましては、当審議会におきましても桁の違う規模の予算を確保できるように、財政当局と折衝を続けてまいりたいという旨の説明をこれまでしてきたところでございます。結果、今年度予算が160万円程度ということで、あまりにも少なくすぎるものですから、それと比べてどうだということはあまり大きな声で言うものではございませんけれども、しかしながら、実績ベースで約30倍規模の予算を確保することができました。そういったことで今議会の方に御提案をさせていただけるところでございます。加えて、4,900万の予算を来年度計上することができましたけれども、それを単年度限りの取組とするのではなく、もうちょっと腰を据えて中期的、具体的には5年間程度を見据えた取組を集中的にやっていくべきだということを財政当局の方と折衝を重ねまして、結果、令和6年度から令和10年度までの5年間で年平均2億円、トータル5年間で10億円程度の財源を、あらかじめ今年度中に確保した上で、基金に積み立てしておくため、令和5年度の補正予算で積立をしまして、令和6年度から順次必要額を取り崩して、5年間で10億円程度の事業を実施できるような安定的な財源確保も併せてやることができました。このことによりまして、向こう5年間は、年平均2億円、初年度4,900万ということですが、2年目以降は、例えばグループホームのようなハード整備に対する助成なども増額強化することも含めまして、4,900万からさらに上乗せをするような予算立てを考えておりまして、具体的には、毎年度の当初予算の中で執行していくことにはなりますけれども、そういったことで計画的な財源を今回確保することができたということは、合わせて御報告申し上げたいと思っております。

加えて、もう一つ県の組織立ての方の検討も加えさせていただく旨を審議会の方に御報告をさせていただいておりましたが、今般、来年度の組織立てについても、これは総務部当局の方の了解を得まして、具体的には、仙台保健福祉事務所の岩沼支所を構えております。この岩沼支所を岩沼地域事務所という形で、格上げをして、組織強化をいたします。

具体的には、母子保健及び障害福祉を担当する母子障害班を岩沼の現在の支所に増設をしまして、精神保健福祉を始めとする様々な福祉の対応の体制を手厚く、岩沼支所の方でも取れるように4月から取り組んでまいりたいといったことが内示をいただいたところでございます。こういったことを合わせて、令和6年度以降、にも包括の推進に向けて力を入れて参りたいと思っております。なお、令和7年度以降、予算立ての考え方、積算等はもちろんありますけれども、具体的な肉付けでありますとか、事業の中身等につきましては、まだまだ柔軟に対処検討している余地がございますので、当審議会の委員の皆様をはじめ、様々な御提案を逐次いただきながら、より良い事業立てをこれから5年間かけて検討を展開して参りたいと考えてございます。以上です。

(富田会長)

御報告ありがとうございます。この後3つの、報告事項、特に予算案、それから、サテライト案についての質疑応答、それから、建替えについての協議に入っていくわけですが、サテライト案にも関係して、我妻委員、岩館委員、小松委員の方から、資料を提出いただいておりますので、最初に、各委員から提出いただいた資料について御説明、それから御意見等をいただければと思います。最初に我妻委員から御説明お願い出来ますでしょうか。

(我妻委員)

先月1月16日の意見書と重複するかもしれませんが、この審議会は直接、心の病の方々とかかわっておられる医療従事者や、家族の方、当事者の方々に構成されております。この審議会で話し合われたことを、いかにして行政に反映してほしいかということを発信し、それを具体的に実現していかなければならないと思います。

私が言うまでもなく、政治や行政の方々は、県民に選ばれた方々です。ある意味で公務員といっても県民の方々のための奉仕者であるべきはずですが、県民の方々がどうすればより良い生活を送れるかということを実現していく仕事であると思います。

私は、東日本大震災の前の年、2011年12月の県の議会前に、村井知事に20分間、私の書いた要望書を提出し、それに対して、議会に諮っていただきたい旨を述べました。

第1点として、援護寮（長期入院された方々が社会に出て生活していく訓練の場として）を増やしてほしいということ。

第2点として、ピアサポーター制度に予算をつけてほしいということ。村井知事は、ピアサポーター制度については、予算をつけたいと言っておりました。しかし、東日本大震災があったため、全く何も進んでいません。また、援護寮に対しては、前向きに検討するということでしたが、前向きに検討するということは何もやらないということでした。

第3点として、社会で働けるよう、ジョブコーチの必要性としての予算をつけてほしいこと。これも何もやっていないと思います。

第4点として、いつでも相談を受けられる相談支援事業所の必要性。民間病院では、土日祝日はほとんど休みです。救急対応しません。夜間も対応しません。訪問活動、アウトリーチもしません。そういう予算がない状況で、宮城県の精神保健は良くなるどころか、かえって悪くなっているという感を抱いております。

今回の審議会で県立精神医療センター建替えのあり方についてが議題となっていますが、今日の審議会で話し合われたことを、意見を集約し、具体的に県の福祉の施策に反映し、具現化しなければ本当の意味でこの審議会を開催する意味がほとんど無きに等しいと思います。

私の意見書は、何回も重複しますが、仙南の方には民間の精神科病院があるだけで、地域包括ケアシステム（にも包括）は無きに等しいと思います。せっかくこういった会議を開催するので、審議会で話し合われた意見を集約し、具体的にどうすれば最も県民の方々が地域で暮らしやすくなるかということを考えていただき、福祉に対する予算を確保し、何としても具現化していただきたいと思います。

県立精神医療センターの建替えの問題や、富谷への移転問題も当事者や医療従事者のほとんどの方々が看過されているように思います。その声を無視するかのように進めようとしています。県立精神医療センター移転問題しかり、県全域を俯瞰する姿勢が無きに等しいという感を抱かざるを得ません。にも包括の構築の推進どころか、地域包括ケアシステムを崩壊しようとしているのかのような感を抱きます。宮城県の県庁で村井知事に要望書を提出してから14年の年月が経っておりますが、精神保健福祉の方は良くなるどころか、かえって悪くなっているという感を抱いております。

精神病院の長期入院者が退院したくても家族が亡くなった人や、家族に見放された方は、いったいどのようにして社会に出て、地域で暮らせるようになるのでしょうか。そのためにも、援護寮（生活訓練の場）の増設や退院促進事業といった、地域包括ケアシステムの構築のための実現するための予算をつけて、実現しなければならないと思います。計画を立てても、それを実現しなければ計画倒れで終わってしまうと思います。哲学云々ではなくても、人は何のために生きるのでしょうか。本当に切実に考えたことはあるのでしょうか。誰でも、障害があろうがなかろうが、同じ人間として、地域で自分のもって生まれた、その人しかないものを出し切って生きたいのです。どんな人でも同じ人間なのです。幸せになりたいのです。私はそういった共生の社会を目指し、生ある限り挑戦していく覚悟です。みんなが暮らしやすく、幸せになるような共生の社会を目指し、今自分自身がいる場所で、あらん限りの力を出して生きていきたいと思っております。以上です。

（富田会長）

我妻委員ありがとうございました。精神保健の問題に関して本質的に重要なお話をいただき、また、建替え問題、それから審議会の存在意義についても、重要な点を御指摘いただいたと思います。加えて、援護寮を増やすことについて、具体的な御提言をいただい

ますが、我妻委員のご発言につきまして、県の方からコメントをいただけますでしょうか。

(事務局 (保健福祉部副部長))

大変貴重な御意見ありがとうございました。まさに御指摘のとおりと認識しております。以前、知事に対して御提案していただいた4項目について、なかなか実現していないんじゃないかという御指摘、そこはしっかり重く受け止めたいと考えております。今回の建替え議論の中で、我々としても精神保健福祉に対して、やはり改めて様々なことを考える機会になっておりまして、先程部長からも申し上げましたとおり、にも包括を中心ということではございますが、精神保健福祉分野における施策の充実という観点で、5年間想定で10億円の財源を確保したというのは、我々からするとまさに我妻委員がおっしゃっているところの予算の確保という意味では一定のお答えになろうかなと考えております。具体的にその予算をどう活用していくかというところは、まさにこれからの部分でございますので、この審議会の皆様の御意見や、様々な御助言などを賜って、10億円の活用策と言いますか、政策の展開というものをしっかり考えていければというふうに考えておるところでございます。一個一個の御指摘、要望に対して、今の状況について改めては申し上げませんが、総論の部分でそのような形で我々としても、今後、財源を効果的に活用するための施策作りについて、皆様と共に考えて、それを実行していけるようにできればというふうに考えているところでございます。事務局からは以上でございます。

(草場委員)

審議会で何度も議論してきて、皆さんの合意になっていることの一つに、富谷移転は前提ではない。名取での建替えも同列であるんだということが前提で議論されてきたと思います。そして、当事者の人たちもここに3名来て、移転は反対だと、富谷なんてとんでもないという意見を言われました。ところが、今日は富谷移転の前提のお話だけがされています。名取での建て替えは今日、私も案を持ってきてるし、他の方々もお持ちでしょう。名取での建替えも審議会ではフラットなんだということを言っていたのに、なぜ富谷移転の話だけ今日されてるんですか。審議会無視しているんじゃないですか。審議会は名取での建替えも、富谷での建替えも同列に扱って審議すると言っているのに、なぜ富谷の話だけされるんですか。というよりも、名取の話を取られたのはなぜか端的にお答えください。

(事務局 (保健福祉部副部長))

前回までの審議会の中で、県の主張は県の主張として、審議会として建替えのありようを協議するという事になっているかと思えます。県としては一貫して富谷への移転の必要性というのを主張しておりますので、今回は県からの報告ということで、県が今考えて

いるサテライト案について御報告を申し上げたと考えています。今後の協議事項ということで、建替えのあり方が項目として設定されておりますので、まさにその部分で委員の皆様から様々な御意見、御提案が出るのではないかなというふうに考えております。

(富田会長)

御意見あるかと思いますが、また協議の場でお願います。では引き続きまして、岩館委員の方から資料のご説明をお願いいたします。

(岩館委員)

参考資料1ですが、審議会の中では民間病院の公募という話で終わっていたのが、審議会でも何の話もないまま突然県議会でサテライト案が出たので、私の方としては、サテライト案に対して議論が必要だと思って質問を出したということです。難しい内容ではないので参考資料1を読んでいただければ良いと思います。12月の最後の日に関から回答いただきましたが、ほとんど検討中という回答で、その回答を受けて、1月に、こちらもまた意見を出したということです。今日、これから協議が始まるので私の話はこれで終わりたいと思うのですが、せっかく発言の機会を与えられたので一つ確認させてください。がんセンターと日赤が基本合意をして、重点支援区域に仙台医療圏が選定されたということで、県は今後東北労災病院を重点支援区域として追加申請したいということなのですが、東北労災病院を追加申請するのに、精神医療センターとの合築は要件ではないと、必要要件ではないという。これは間違いないですね。

(事務局(保健福祉部副部長))

重点支援区域の選定に関しては、あくまでも一般病床の議論でございますので、精神医療センターの話が必要要件にはなっていないということでございます。間違いございません。

(岩館委員)

前にも問題だったけど、地域医療構想に精神病床が入っていないので、重点支援区域になっても、建設費の財政支援等については、精神医療センターは何も得られないということですよ。ということは、重点支援区域に今度追加申請する時には、合築は要件ではないので、東北労災病院の単独で申請するということがよろしいでしょうか。

(事務局(保健福祉部副部長))

重点支援区域の申請に当たって、精神医療センターの移転や、建替えというのは要件ではないわけですが、今県が進めている病院再編が、北は二つの合築ということなので、必要要件ではないものの、やはり国としてはその状況がどうなっているかということ

ろは、一つ選定に当たって、いろいろ検討材料にはされるのではないかなと考えております。

(岩館委員)

要件ではないけども、前に遠藤課長が言ってたように、これも病院再編の一つのあり方だということですね。

(事務局 (保健福祉部副部長))

重点支援区域の選定は、県として申請をして国がどう判断されるかということですので、やはり北に関しては、この精神医療センターの移転建替えというところが非常に強く関わっているのは間違いないところがございますので、そこを全くの考慮外に出来るかというのは、やはり厚労省としてもいろいろ考え、検討すべき事項はあるのではないかなと考えております。

(岩館委員)

結局、がんセンターと日赤の南の再編と北の再編は全く切り離して考えるという。要するに元々は3病院だったはずなのですが。

(事務局 (保健福祉部副部長))

我々としては、申請をすれば追加の支援、つまり仙台構想区域のエリア内なので、追加の申請とは考えていますけど、考え方としてはやはり北と南は全く別枠の整理の中で申請であったり、選定であったりがされるということになるようでございます。

(岩館委員)

最初から地域医療構想に精神科は入っていないのだけど、4病院再編と言いながら、実は精神科は地域医療構想に入っていないくて、口悪く言うと精神医療センターが利用されただけという気がしてならないんですよ。

(事務局 (保健福祉部副部長))

決して、精神科対応のところで、精神医療センターを利用したということではなくて、これは、繰り返しになってしまいますけど、やはりもっと対応しなければいけない身体合併症の対応であったり、災害時の対応であったり、そういったところの充実という観点で、労災病院との合築というところで、再編の協議を進めていくということは、ぜひ御理解をいただければと考えております。

(岩館委員)

実はメールで医療政策課の方とやり取りをしたのですが、労災と精神医療センターと合築は県の政策医療の課題解決のためであるという回答です。地域医療構想とは全然関係ないというふうに読める回答をいただいているのですが、やっぱり関係するということですよ。

(事務局 (保健福祉部副部長))

県として、政策医療というのは幅広くて、精神疾患に関しても当然政策医療の範疇に入ってきます。再編に関しては、まさに地域医療構想の範疇の中でどう病院再編するかとか、病床数であったり、統合の議論というところなので、そこに引っ張られている部分はございますけれども、そこに限らず、やはり救急医療だったり、まさにこの精神科医療だったり、そういったところをどうあるべき形にするかという中で、我々としては労災と精神医療センターの合築というところを、一つの回答案になるのではないかということで、今まで御提案だったり、御説明をさせていただいているところでございます。

(岩館委員)

議論の時間を大事にしたいので、一言言わせてもらおうと、国が法律で決めたこの審議会の意見を、仮に国が無視して県の主張を認めるとしたら、私は国がおかしいと思います。

(富田会長)

ありがとうございます。引き続きまして、小松委員から資料のご説明をお願いいたします。

(小松委員)

今回、日精看の宮城県支部で文章を作成という形になっています。読み上げさせていただきます。趣旨のところですけども、宮城県における4病院再編の計画が進められていますが、この計画の中に県立精神医療センターが含まれています。宮城県の精神医療保健福祉に関わる日本精神科看護協会宮城県支部では、この計画の進め方、特に県立精神医療センターの在り方等について注視していたところであります。かねてより、宮城県の精神医療を取り巻く情勢が変わるのではないかという人々の不安がありますが、計画が進むにつれ、不安がより増大している現状があります。この背景には、精神医療に関わる当事者や家族、医療従事者や福祉関係者等への丁寧な説明がないままに計画が進められていることや、その計画の唐突さに翻弄され、不安だけでなく疑念等も生じております。

一方で、県立精神医療センターの老朽化はさらに進行し、修繕費が膨大に掛かっていることも建替えの在り方への疑念も拭えないところです。これらのことから、以下のことを求めます。要望としては、説明のこととか、協議の場をお願いしますというところが掲げられております。特に強調したいのが、やはり丁寧な説明とか、そういうところなんで

すけど、今までも言い方悪いかもしれないのですが、アリバイ作りというような説明の場を設けましたよね。そういうことではなく、きちんと説明の丁寧な場として説明すると言ってきたけれども、その場がなかったとか、そういうことがないようにお願いしたいと思っております。先ほど冒頭のところで説明していただきましたように、サテライト案についても、精神医療センターの方で協議しているということもありましたし、今後は当事者の声も反映していきたいということを説明いただきましたので、ぜひそのように進めていただければと思っております。以上です。

(富田会長)

ありがとうございます。小松委員からの御意見について、今後県の方で考えておられることがありましたらお願いいたします。

(事務局(保健福祉部副部長))

この要望書確かに受け賜っております。当事者だけではなくて、医療従事者や、地域に対する丁寧な説明、その丁寧な説明の機会の確保というお話でした。アリバイ作りのような形での説明ではなく、実を伴うような丁寧な説明という御指摘かと思います。ここは我々もしっかり肝に銘じて、今後対応してまいりたいと思います。説明も行いましたが、精神医療センターの職員の方、20~30人ぐらい毎回お集まりいただいて、非常に貴重な時間ではあるのですけれども、皆様から活発な御意見を頂戴しているところでございます。なかなか、かみ合わない部分もまだまだあるのは事実でございますが、県としての考え方、どうしてこういうものを出すのか、センターの職員の皆様からの御疑念だったり御懸念に対してはこう考えてます、というやり取りをさせていただいております。これで終わりということではなくて、報道もされていますが、議会明けにも、また是非その場を確保していただきたいというお話を申し上げているところでございますので、我々としては、そういった取組を引き続き、加えて当事者の方々に対する意見交換の機会も、ぜひ設けていきたいと考えております。

(草場委員)

今日遅刻したのは、患者さんから手紙を出し忘れてしまったので、今日届けてほしいということでもらってきました。宛先は角藤先生なんですよ。ただ、中身は審議会の方々に読んでほしいということなので、今お配りしたいと思います。ここで手を挙げたのは、小松委員が今読み上げられたものと関連しているからです。今日、拝見すると、ユーザーズアクションの方が3人ここでお話になりましたが、その中で来てらっしゃるのが1人しかいないと思います。この今お配りした手紙にも書いてありますが、サテライト案が出たことで、私たちはさらに落胆しています。規模の大小ではなく、現在ある形を崩すことがどれだけの患者の生活に不安をもたらすか、これまで散々お話ししてきました。角藤先生は

10月の審議会で私たちの話に関心をもち、その場で患者、医療者に迷惑をかけて申し訳ないとおっしゃって謝ってくださいました。ユーザーの方々は、民間病院の公募が突然出てきて、そしてサテライトの中身も示されないままサテライトという話をぶつけられて、精神的に本当に参っています。この審議会の委員の方々は、間違いなく患者さんや家族と付き合っていていらっしゃる方なので、この方々の苦しみは絶対にわかると思うんですね。宮城県の回答を求めてませんから、回答しないでください。宮城県の方々にわかってないかもしれないけれども、丁寧な説明というのは非常に柔らかい言い方なんです。私たちの日常を壊すのをどうしてくれるんですか、というのがユーザーズアクション3人の方々みんなのお話だったじゃないですか。今日のサテライト案の中に、病床数のシミュレーションありましたけれども、地域の周りに住んで生活して、お医者さんに通って、ネットワークをどう守っていくのか、それは全然出てないんですよ。先ほどセンター職員の方々と話し合っているとか、本当にたくさんの意見交換しているようにおっしゃいますけれども、噛み合っていないところもあるっておっしゃってる、というか噛み合っていないはずですよ。移転反対って言っているんだから。移転反対と言っているのを、あたかも話し合いが進んでいるかのように説明するのは、虚偽の説明に近いと思いますよ。公開すればいいんですよ、公開すれば。

1月23日のミヤギテレビの特集を皆さん御覧になりましたか。あそこでは、広島と山形の病院再編のことが詳しく出ていましたよね。山形の酒田市での病院統合に関わられた先生、栗谷さんが、宮城県のこの計画のことを詳しく御存知なんです。この計画について、こう言っています。乱暴すぎる。精神科が入ってくれば、整合性が取れないに決まっている。精神科医療は全然別のもので、とんでもない赤字になる。目指す方向性が曖昧模糊としているので、再編の話が富谷と名取の地域おこしの話とこんがらがってわけがわからなくなっている。個別の問題点を整理して、進む方向を組み立てる作業がなされていない。管理者の医師は言うべきだ、特に公的病院の医師は。かなり痛烈な批判ですよ。かなり、宮城県のいろんな出来事はたくさんの人に知られているということがわかりました。広島のお医者さんもそうです。広島のお医者さんの例はすごかったですよ。説明を常に医師会の医師の人たちが知事と同席して、医師の人たちが説明したんだと、再編について。それが普通なんです。なぜ宮城県だけ紛糾するのかという題名の特集でしたが、紛糾する理由はここにあるんです。隠している。そして、当事者の意見を聞かないで計画を立てられている。ここに問題が尽きていると思います。富谷の移転よりも名取での建替えが、経済的にも時間的にも良いということは最後時間をいただいて、また後に話したいと思います。

(岡崎委員)

審議会の議論の進め方としては、今日の冒頭、草場委員もおっしゃったけども、県のプラン、サテライト案だけではなくて、我々の多くがすでに提示している、名取近辺での建

替えというのを、フラットに議論をしていきたいところなんだけど、それを同時にやっ
ては混乱するから議論のやり方としては、最初にせつかく県がサテライト案を出してこら
れた。それも審議会を飛び越えて、県議会とかそれから知事の記者会見のような形で出
てきたわけですけども、それはともかくとして、そういうプランが出てきたので、まずそ
れを議論して斥けて、それからじゃあ他の案はどうでしょうということを引き続いて議論
するという順番だろうと思います。

今日はこの議題がメインですから、各論に行きますけれどもいいですか。県がくださ
った資料を、昨日送られてきたので精読する時間ありませんでしたが、ざっと拝見しまし
た。ざっと拝見しても、ツッコミ所が満載なんですよ。2つ3つ言いたいけど、まず1
つは、3枚目、精神医療センター収支シミュレーションの概要というところで、案1、案
2、案3に分けて、その一番上に、それぞれの考え方というふうになっていますよね。北
の本院と南のサテライトの機能も簡単に書いてあるんです。案1の橙色のところには、精
神科救急のほか、身体合併症対応と書いてあって、これが北の本院と言われているところ
の非常に重要な機能ですよ。ところが、案2、案3では、精神科救急という言葉が出て
くるけども、身体合併症という言葉は出てこなくなっている。なので、私これ見てあれ？
と思ったんですよ。けども、先ほど冒頭に副部長がこれを説明された時に、案2、案3
の方もほぼ案1と一緒に基本的な機能を考えているとおっしゃっている。じゃあ、そう書
けばいいんですけどね、字数もそんなに食わないから。ひょっとすると、県としては身体
合併症対応という、非常に力を込めてこれまで言われてきたのが、少しトーンを落とした
んじゃないかなと私には見えるんです。岩館委員が今日、参考資料1というところで、県
の精神科病院協会の会長さんという名前で県に対して出されたサテライト構想に対する質
問、これは去年12月に出ていますから、私もかなり読み込みました。それを見ていた
ら、県からの回答の方で、回答の一枚目。岩館先生の質問の2番目、病院機能の問題とい
うところで、精神科救急と身体合併症治療を主たる機能とする病院が云々というふうに、
岩館委員が質問をしたところを、回答としては、富谷市の移転後の県立精神医療センター
は、精神科救急の全県的な対応や災害時の精神科医療体制の確保など、県の精神科医療の
中核的病院として必要な機能を有することを想定しています、と書かれていて、身体合併
症治療という主たる機能については言葉をもう使ってないんです。これは何かあるんでし
ょうか。さらに、岩館先生の質問状の答えをもう少し読むと、4番目の質問、民間と競合
するんじゃないか、民業圧迫ではないかという質問に答える県の回答として、主に措置入
院や夜間救急身体合併症への対応が必要な患者と出てくる。これではあたかも、民業は圧
迫しないですよということの理由付けみたいに身体合併症対応というのを付け加えたかの
ように読めてしまうというのが、私の最初の疑念ですけど、どうでしょう。

(事務局 (保健福祉部副部長))

我々の回答の仕方や、表記の仕方がそのような誤解を生むような部分があったというところは大変申し訳ございません。我々としては、富谷に移転をして、労災病院との合築によってまず取り組むべきところ、ここに関しては、これまでも一番に強調していた身体合併症への対応、これは紛れもなく変わっておりません。変わっていないものをなんで抜いたのだというのは手落ちでございます。決して民業圧迫のための理由付けにだけ合併症を使っているということではなくて、政策医療への対応の一番大事な部分として、身体合併症への対応を労災との協議を進めて、しっかりやっていきたいという思いは何ら変わっておりません。

(岡崎委員)

去年の5月にこの審議会の場で、一応、私は総合病院の精神科歴が長いですから、その経験から意見を述べたことがありました。それを振り返っていただければいいんですけども、精神科の単科の病院が、しかも運営主体の違う病院が精神科のない総合病院の隣に合築をしてもほとんど役に立ちません。実際の連携はとても難しい。私15年ぐらい総合病院の精神科の病棟を任されていて、その前も大学病院の精神科、これも総合病院ですけども、そこにも10年以上いましたから、身に染みるほど分かっているんです。同じ病院の中で、総合病院で精神科があって、救急も外科もいろんなところがあっても、同じ病院の中ですら精神身体合併症の方をどのように対応していくか、どっちがどこまでやるか、どの段階になったら精神科の病棟に移すかとか。大量服薬で例えば意識障害を持って来られてICUに運ばれている患者さんで、精神疾患の既往歴があるらしい。そういう時にいつのタイミングで精神科が引き取ってくれるのかとか、あと少しICUに置いてくれとか。この折衝がものすごく大変なんです。それは多分事務方はなかなか分からないと思う。これは精神科医の中でも単科の精神科の病院だけにいた人では、なかなか掴みづらいところだけれども、この中では、富田先生も総合病院におられる。私もそうなんだけれども、いかに他の科との折衝は、1つの病院の中であつても難しいか。これが、隣の違う会社の病院があつて、しかも精神科が無いのであれば、正直なところ難しいと思います。そういう点だけからも、このサテライト案は、北の本院に身体合併症対応を非常に重要な機能として持たせるというふうに今もおっしゃったけれども、それは無理筋ですと申し上げたい。

(岩館委員)

先日、岩手県の南光病院の先生とお話をしました。岩手県は御存知のように、県立の一般病院である磐井病院と、精神科の南光病院が隣り合わせでやっています。南光病院の先生に聞いたのですが、やっぱり大変だと。いろいろ問題も大きい。ただ、岩手県の場合は、親元が同じだから、そこでなんとかやっていけるんですが、宮城県は運営母体が違うから、多分大変だろうと。これが現場の実感だと思うんです。

(事務局 (保健福祉部副部長))

身体合併症への対応を、別な法人格で運営する病院同士でやることの難しさという御指摘をいただいたところでございます。我々一つの参考にしてているのが今、岩館先生からご指摘いただいた、磐井病院と南光病院の事例でございます。以前、我々の方も病院を訪れて、どのような連携が可能かというところを情報提供いただいているところでございます。今後、労災病院と精神医療センターの協議で、連携をどうしていくかというところの協議を進めていく際でも、やはりその事例というのは非常に大事かなと思っていますので、岩手の病院の方に御協力いただいて、今の実情で、その中での課題がどういうところがあるか。我々として期待するところは、別病院だからあるメリットというものもあるということをお伺いしております。総合病院の中での精神科の位置づけというのは、他科との様々な調整、いわゆるリエゾン機能というところで、だいぶ忙殺されるというような部分もあるやに聞いております。当然、仙台医療センターさんは、そうではないと思いますけれども、中にはなかなか病床の稼働率が上がらないような精神科病床があるようにも聞いております。我々としては、ただ、そこで運営母体が違うというハードルがございますので、今の御指摘というのはしっかりと課題対応していかなければいけないと思いますけれども、まだまだ協議をしながら、課題解決の道はあるものと考えております。

(岡崎委員)

一番自然な解決策、全面解決ではないけれど、かなり解決に近づくやり方は、何としても富谷に労災病院を移転するというのであれば、総合病院としてより本格的な形にしていくこと。つまり、富谷に移転した労災病院の中に、精神科を作って、病床はそんなたくさんなくていいんです。20床とか15床くらいで、結構大きな都市の総合病院の精神科はそうにして非常に大きな役割を果たせています。身体合併症に特化した精神科病棟という形だってあり得るんです。ですから、これは県が労災病院のことを勝手に決める訳にはいかないけれども、こういうことで精神科をこの際備える形にしてはどうですか、というふうに強かに提案してはいただけないですか。これが一番自然なやり方だと思いますけど。

(事務局 (保健福祉部副部長))

これまでの議論の中で、労災病院の中に精神科の病床を設けるという形の解決策はないかというようなお話はいただいております。皆様であつたり、他の御意見として。ただ現状として、労災本部サイドで、移転をした新病院の方に精神科の病床を設けるという考え方は、今時点では持っていないという御回答をいただいております。

(高階委員)

たまにこういう形で労災病院の話が出てきて、この段階に来た今、きちんと労災病院が何を考えているか、どういうことを考えているかということを表に出していただく。労災病院の方にこう考えてるんだということを発表していただく時期が来てるんじゃないかと思うんです。結局、我々憶測で話をしている、県の方は母体が違って協力関係がうまくいくんだと、我々にしてみるとそんなことはないだろうと。ここで一方の当事者の角藤先生もあまり喋らないけども、労災病院がどう考えているかというのは全然出てこないわけです。一般論でもいいから、こういうものだということを、労災病院の認識というのを知っておく必要があるんじゃないかと思うんです。我々も単純に考えれば、岡崎委員が言うように、もう作っちゃった方がいいんじゃないかと。なんで別の組織にする必要があるんだと。いろんな意味で一つの病院の方がやりやすいことは間違いないんだから、そんな面倒くさいことをするんだったら、労災病院に病棟を作ってもらうのが一番いいんじゃないかと考えるんですけども、その辺も、なぜできないのかという答えが我々は欲しいと思います。

(事務局 (保健福祉部副部長))

御意見としては当然承りました。相手がある話ですので、その御意向を我々として労災側に伝えた時に、労災側がどのような対応を考えるかというところについて、我々の口からこうするというお話はできませんので、今いただいた御意見が審議会で出たというお話につきましては、我々から労災の方にもお伝えは、しっかりしていきたいと考えております。

(事務局 (保健福祉部部長))

補足でさらに申し上げますと、労災病院とは昨年の2月に協議確認書といったものを取り交わして、いろいろな協議を具体的に進めていきたいと思いますということで、ここに至っている経過がございます。その中でも身体合併症への対応といったものは明記されておまして、労災病院としても、労災病院が県立精神医療センターとともに、経営母体は違えども、身体合併症への対応にしっかり取り組んでいくことは、目指すべき方向性として理解しているといったことは前提としてあるということまでは申し上げられると思います。ただ、具体論、具体的な協議、問題点については、協議中でございますので、そこについてしっかりお答えすることは現時点でできませんけども、御指摘いただいたところは、しっかり我々協議の中で、皆さんから意見をいただいているので、その見解についても可能な範囲でお示しできるような方向性を持って申し出をしたいと思っております。

(高階委員)

労災がどう考えているかというのは、県の手を煩わせる必要があるけど、審議会から直接お尋ねするという方法もあると思います。あと、昨年の2月というのは、本当にこの話

が表に出て皆が驚いてる段階の話で、その現実的なことについての議論というのは、ほとんどなされない中での労災の意見ですから、今この一年間の議論で、様々な問題点が出てきているので、それを踏まえてどう考えているかというのは、2月と同じというふうには決してならないと思うんです。そこで、労災が見切りをつけたら見切りをつけたとか、きちんと経営的な問題で補助金云々とか、そういうことについては労災にとって合築が必須ではないというお話があるわけですから、別に精神科とそういうリスクを背負う必要はないわけなので、労災に今どうなのか、というのは非常に大事な問題だと思います。

(岩館委員)

私は、県が病院再編にこだわるんだったら、労災病院の中に精神科を県が20床なり25床でいいから提供して、それを再編にすればいいんだと思うんです。そこに精神保健指定医を一人出向させればいい。25床で病院を一つ作れるという、想像もつかないようなサテライトを作るぐらいだったら、それぐらいの病床を労災病院に提供して、設立母体は違うなら違うでいいですから、そこに精神保健指定医一人出向させたらいい。それが宮城県が考える病院再編だと言えればいいと思うんです。

(草場委員)

第3回の審議会で知事がおいでになって、民間公募の話がされた時に、サテライト案の話もあったんじゃないのかということで、岩館委員が質問されたことに対して、議事録の47ページに出てくるんですけども、保健福祉部長がかなり詳細に、二拠点化すると人員配置面、あるいは施設の整備、維持管理、そういった面から見て、当然ながら財政面の負担が大きくなることは避けられないということがございます、ということで、即座に却下したという説明があったわけです。それに対する説明を求めているわけではありません。むしろ高階先生がおっしゃったように、審議会として、身体合併症について、審議会としてはこう考えているということや、直接労災病院に伝えるというのは良いと思います。その決定をしていただけないかなと思います。それに当たって、角藤先生も含めて、ここにおいでになるお医者様や看護師さん、それから福祉関係者の方々と、今、高階先生、岡崎先生、岩館先生などがお話になった、身体合併症に対する意見と違う意見の方があつたら私、勉強したいので出していただきたい。高階先生とか岡崎先生が言っているような捉え方と違うよというのであれば、お聞かせいただきたい。そうでないなら、岡崎先生、高階先生、岩館先生が仰っている身体合併症についての懸念を労災病院に伝えるべきだと。私個人的には、自分がかかっている病院で看護師さんに声をかけると、私たち精神の人診したことないのに身体合併症突然来られてもできるわけないですよと。これが僕も実感なんですけど、それを、理論的に皆様におっしゃっていただいたので、それと違う考え方が現場にいらっしゃる方であるのか。ないんじゃないかなと思います。もしないのであれば、高階先生御提案のとおり、労災病院に直接、審議会こう考えてますよと伝えるべきじゃないでしょうか。

さらに言えば、労災病院は審議会の同意なくして合築はないということを、去年の夏におっしゃっていますので、ちょうどいいタイミングなんじゃないでしょうか。そもそも、先程御紹介したミヤギテレビの、なぜ宮城県だけ紛糾するのかというので、他の県のやり方を見てみると、こういう経過の説明をずっと公開でやっているんですよ。だから揉めないんです。それがよくわかりました。まさに労災病院に審議会として意見を伝えるべきです。なぜ直接やるべきかということと言いますと、精神医療センターと協議をされたとおっしゃっていますが、先日のNHKの職員インタビューの音声の隠し方、並みじゃないですよ。ものすごい隠していましたね。誰かわからない。あの人たちは移転に反対しているわけです。それを協議をしてるかのようにご報告されると、申し訳ないけど信頼できないので、審議会として直接言うべきだと思います。

(事務局(保健福祉部長))

草場委員から御指摘のありました、3回目の審議会での発言についてですが、当時の岩館先生からサテライトといった御指摘があったものに対してのお答えの私の中のイメージは、富谷に170床規模といったものがあって、それに加えてサテライトを設けるといったことになりまして、170床プラスアルファ、もちろん258床の範囲内にはなりますけども、そういった形になるのであれば、当然ながら人員配置もプラスになっていくこと、ハード面の整備も含めて、財政負担を避けられないといったことで申し上げました。ただ、今回御提示したものは、ダウンサイジングをした中で、トータルで170床といった形の在り方はないかといったことを改めてシミュレーションし直した上で御提示をし、若干、案によってばらつきがある中でも、現状の運営費負担金より負担が増えるといったことになってございますが、それは、どこまでが許容範囲、御理解いただけるかといったことの御相談はこれからになりますけど、ある程度、こういった形の範囲で対応は可能なのではないかと前を前提に、今、現場の県立精神医療センターの方に協議を申し上げて、さまざまな意見を頂戴して練り上げている段階といったこととございます。

(岩館委員)

名取に残った時と、全部富谷に移った時のシミュレーションを出してもらえませんか。二つに分けたから、非常に無駄が多いと思います。170床に小さくしたことで、確かにダウンサイジングしたんだけど、逆に無駄もかなり多くなる。それらの議論がこれから出るのかもしれませんが。ダウンサイジングするんだったら名取でそのままダウンサイジングの方が運営費負担金も減るわけだし、その方が経営的にはずっと楽だって結果が出ると思うんです。富谷はどういうシミュレーションするか分かりませんが、同じ仙台医療圏の中に県立の精神科病院が二つあるというのは、よその県から見たら、何考えているんだって馬鹿にされる話だと私は思いますよ。岩手だって県立病院を一戸と一関に北と南に分

かれてるわけです。それを同じ仙台医療圏に小さい県立の病院を二つ作るという、そういう発想がもう普通の感覚からするとおかしいんじゃないかと思われると思います。

(岡崎委員)

身体合併症の問題はほぼ勝負ついたと思うんですね。もう一点、別の論点ですけども、人員配置が2つに分けると、割に合わないという話なんですけど、県の説明資料3の3ページで、下の方の人員体制で、医師のところを見ますと、一応、現在のマンパワーをベースにして、それをどういうふうに分けるか3案書いています。現在は、常勤換算で21人がドクターということですよ。

(事務局(保健福祉部副部長))

常勤が21人で、常勤換算が2人です。

(岡崎委員)

なるほど、21名常勤プラス非常勤がいる。それを振り分けるわけだけど、例えばプラン1だと、北の本院に9人、南のサテライトに10人とか色々書いてあるわけですけど、ダウンサイズして、医師のマンパワーはとりあえず現状維持を考えているということだけでも、2つに割っちゃうと病院2つですから。一番わかりやすいのは、日直、当直の回数が倍になります。現在の医師のマンパワーでどうやってやりくりするんですか。非常勤を総動員するんですか。あるいは、これは冗談ですが角藤院長が週5回ぐらい当直するの

(事務局(保健福祉部副部長))

今日の資料にはお付けしていないんですけども、まさにシミュレーションの人員配置のところ、一番は夜勤というか、その体制をどう組めるかというところで、いろいろ四苦八苦しながら検討しております。

(岡崎委員)

それは県の精神医療センターの職員からこれはダメだと言われていないですか。

(事務局(保健福祉部副部長))

夜勤対応の日数が増えるのは事実ですけども、我々としてはその対応が果たしてできるのかというところをシミュレーションに落とし込んで、それも御提示させていただいて、意見交換をしている状況です。

(岡崎委員)

医師の働き方改革もいよいよ本腰という時に、医師のマンパワーを同じにして、病院を2つにして、いくら小さくとも病院が1つあれば、毎晩当直を置かなければいけない。しかも本院と言われている方は、このシミュレーションですと県の精神科救急、夜間救急を担うわけですよね。今現在、確か県立精神医療センターでは、夜間救急に対応する当直と、それから自分のところの病棟を普通を守るための当直と2人体制ぐらいやっていると。それは減らせないと思うので、その分をとってもこの人員配置、現状ベースで考えたらやれないので、非常勤の先生方をどこかから駆り出してくるかという話になるんじゃないかと思う。非常勤のドクターは結構高いですよ。それだけで県立病院機構の赤字がどんどん嵩んでいくということになります。もちろんお金の話は二の次なんですけれども、どう考えても自然なプランではないです。

(事務局 (保健福祉部副部長))

人員配置についてまさに今、御提示申し上げて様々な御質問であったり、確認をさせていただいております。現状の精神医療センターの当直対応については、基本的には一人交代制の方が配置されて、もう一人が宿直対応というような形で、ただ、土日祝日に関しては二人の交代制の対応というような状況でございます。それをベースに南と北という形で配置をさせていただいて、果たしてこれがどうなんだろうかということは今やり取りをしています。その中で、非常勤の方を入れていかなければいけないとか、そういったところは当然あるかと思っておりますけれども、そういった点についてもまさに検討を続けているところでございます。

(岡崎委員)

検討って普通に算数できる中学生だったら、これは立ち行かないと分かると思うんですよ。

(事務局 (保健福祉部副部長))

計算上は成り立つので提示をしております。

(岡崎委員)

こういうのを机上の空論って言うんじゃないですか？

(事務局 (保健福祉部副部長))

まさにシミュレーションでございますので、まだそれをその現場に落とし込むという作業がこれからでございます。我々はなぜ精神医療センターの職員の皆様と意見交換をしているかというのは、それが机上の空論にならないように現場レベルでどう合わせるか。

(高階委員)

今の件についてなんですけども、ぜひここで角藤委員に腹を括ってもらいたいですよ。精神医療センターの話をしているのに、角藤委員からは何の発言もない。以前に、角藤委員の立場として、機構の代表で出ているんだというようなことがあって、その立場が変わったかということは伺ってないですけども、今回ユーザーズアクションからは非常に角藤委員のことを評価してくださっている。ここにきて、角藤先生の定年延長も決まったというお話を伺いましたので、本当に責任あるお立場になっているわけですから、宮城県の精神医療をどうするか、本当に今後の精神医療センターをどうするかということを考えたら、県南の患者さんであったり、病院の職員がどうやっていくかというのは、先生が本当は一番御存知のはずだから、腹を括ってですね、こういう問題があるんだと、こう考えてるんだということを御発言いただけないかと思うんです。難しいお立場だということは存じ上げておりますけども、ぜひお願いできればと。

(角藤委員)

現在、県の方と職員 30 名ほど新病院の推進委員会ということで、意見交換をしているところです。それとはまた別に、今日、このような形でユーザーズアクションの方からお手紙をいただきまして、本当にありがたく思っております。実は先月 1 か月ほど前に、ユーザーズアクションの代表の方々と、私とで面談させていただきまして、分院案に対して、心配な点がいろいろあるんだというようなことはお聞きしております。せっかくですので、ここで紹介させていただきますと、慣れ親しんだスタッフの方々が辞めてしまうのではないかと、離職してしまうのではないかと。あるいは、担当が変更になってしまうのではないかと、今まで作られてきた治療環境が大きく変化してしまうんじゃないかと。そういうことに対する不安というのが非常に強いというようなことをおっしゃってございました。まさに本当にそのとおりだなというふうに思っております。それからもう一点は、病院を分けてしまうことで、今、岡崎委員からもお話がありましたけれども、スタッフの数が少なくなってしまうということが出てきますので、そうしたことによる医療の質、精神医療の質が低下してしまうのではないかと。それに伴って、昨今、いろいろなところで患者さんへの虐待とか、そういった問題も出ていますので、そういったことが増えるのではないかと、そういったことも懸念材料であるとお聞きして、まさにそのとおりだなと思っております。それから、職員からアンケートを取って、年末に県の分院案に対する意見というのを、県の方に提示しております。要点は 3 点あるんですけども、当然、県南の患者さんが入院患者さんも外来患者さんも多い状況ですので、もし分院を作るのであれば、南の方の病院の病床数を多くしてもらいたいというのが一点あります。それは申し入れしてあります。それから分院の機能、これを患者さんへの十分な医療提供、経営上の観点もありますけれども、永続的に使えるような形にってもらいたいということも申し入れしてあります。それから、スタッフの問題ですけれども、これは二つに分かれることで病床数が減る

わけですけれども、それでも必要な人員というのは当然増えるということを県としても覚悟してもらいたいというようなことで申し入れをしております。そういった申し入れに対して、回答として出てきたのがこの3案ですので、議論としてはかみ合っていないというのが実際のところです。

(富田会長)

まだ御発言いただけていない委員からも、御発言いただきたいと思います。

(西尾委員)

身体合併症と、地域包括ケアに絡んだ意見ですけれども、先ほど来年度が4,920万円、それ以降、年間で2億円という予定だということでしたけれども、事業の予算案を見ると、県立精神医療センター建替えによる影響が見込まれる圏域、仙南、仙台への体制整備を強化させたとあり、これは仙南と仙台と書いてありますけど、岩沼と黒川と塩竈のことだと思うんです。なぜここだけ体制整備するのか。移転を前提に重点化しているのではないかというふうに思われるわけです。仮に移転を前提としないで、名取での建て替えがあるから、この仙南とかに力を入れているということであっても、もうすでにある程度システムができていますから、仮に一時的に病棟が使えなくても、それは一時的に転院するとか、外来ではやりようがあるので、なぜここだけ重点地域として限定するのか。県でやるわけですから、各圏域の機能を強化されるように、やるべきではないか。つまり、県で全県的な救急と言っていて、それこそ気仙沼の人とか七ヶ宿の人が何かあったら、無理やり仙台に来るとような構造を防ぐために、にも包括があるわけで、移転が前提とされるような地域だけで重点モデルをやるべきではないと思います。ただ、実際問題として、ハローワークとかを通じて、来年度から重点地域ということでコーディネーター募集しているわけですよ、というふうに理解していますけども。そういうところはどうかというのの一つです。それから、2億円という予算がついた時に、県が考えている重点地域以外に、すべての圏域に、そういった体制を取るつもりでいるのかどうか、2億円をすべてこの重点地域につぎ込むのか、そういうところを知りたいというのが一つ。あとは、にも包括の構築推進事業に書かれていることというのは、医療・保健・福祉、地域の助け合い、普及啓発などが包括的に確保された、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すということなので、合併症の議論がありますけれども、まさに各圏域で開業医の先生とか、精神科がない総合病院の人たちが、いかに偏見なく精神障害を持った人を、当たり前で診るかというところのシステムなので、むしろその2億円をもっと増額して、各圏域の身体合併症とかに力を入れれば、県に一つ合併症の病院をつくる必要がなくなるのではないかと。むしろ、そのためのにも包括なので、そこら辺の予算の使い方をどう考えるのかを聞きたいと思います。

(事務局(精神保健推進室長))

にも包括の事業につきまして、来年度のものにつきましては、大きく県全体を対象にした事業と、重点地域ということで対象とした事業と、二つ分けて考えてございます。資料の方で申しますと、例えば、心のサポーターの養成、あるいはピアサポートの活用、入院者訪問支援事業、こういったものは全県で取組を行うということでございます。考え方としましては、委員から御指摘ありましたように、にも包括の事業につきましては、全圏域で進めるということが基本でございます。体制としましては、各保健所の精神保健担当の者が、にも包括についても担当をしていくということでございます。ですので、この事業について、重点圏域のみで進めるというものではございません。今回なぜ重点圏域のお示しをしているかということですが、県で提案している富谷への移転、あるいは審議会で御議論いただいている名取での建替え、いずれのケースにおいても、何らかの影響がこの圏域であり得るということは、事実ではなかろうかということで、この準備ということで重点圏域を今回御提案させて、事業として提案しているものは、各保健所において担当者を置くわけなんですけれども、そこをサポートするということでのコーディネーターというのを、この圏域についてまずは先行的に事業を展開していきたいということでございます。まずは体制整備ということを、来年度の事業において行いたいと思っています。それ以降の展開の仕方につきましては、全圏域でこういった形がふさわしい形なのか、また、保健所との体制をどうすべきか、このあたりは何を行うかということ併せて、今後検討させていただきたいというふうに思っております。

(西尾委員)

全圏域という意味が、例えば、心のサポーター事業はおそらく数十万円ぐらいの規模と聞いていますけれども、入院患者の訪問事業とか、それは全圏域にまたがることですが、私が言っているのは、いわゆる岩沼、黒川、塩釜以外の各圏域にコーディネーターを配置するとか、そういうものが来年度2億になるのであれば、そういう意味での全圏域に事業を考えているのかということですが。

(事務局(精神保健推進室長))

来年度の事業の規模を考えた場合につきましては、重点圏域以外については、各保健所の担当の方で、十分対応できるかなというふうに思っておりますが、その後、こういった事業を展開していくか、予算規模も大きくなるわけですので、業務量も増えていくということ考えますと、その段階で、その他の圏域についてどういう体制を取るべきかというところは、どういうことをやるかということ併せて検討してまいりたいと思っております。

(西尾委員)

その検討はどこですか。あとは身体合併症についての意見を聞かせていただければ。

(事務局 (保健福祉部副部長))

身体合併症の対応について、特定の病院でやるのではなくて、各地域におけるクリニックであったり、総合病院の中で精神疾患を抱える患者さんをスムーズに受け入れていただくような調整という御指摘かと思います。先生の御指摘、なるほどと思いつつ、これを具体的に展開する際の仕方というか、どういう形で総合病院であったり、一般の診療科に対してアプローチをしていくと、そういった合併症の対応ができてくるのか、そういったところはまだ我々としてアイデアがない状況でございます。ただ、非常に重要な御指摘かと思いますので、今後の財源の使い方という部分で、ぜひ自立協であったり、そういったところで御意見、御助言いただきながら、我々の施策に反映できればと考えております。

(西尾委員)

国がいわゆる PDCA サイクルで協議の場をつくって、そういうネットワークをつくっていこうということですから、それはやる気になればできることなのかなと思います。

(高階委員)

今の身体合併症対策についてですけども、すでに救急については解決をしているわけです。そうしますと、自分のところにいる患者さんに合併症がある場合というのは、今までは近隣の病院だったり、合併症に対応できる総合病院、仙台医療センターであったり、市立病院にお願いすることによって、ほとんどのケースは解決しているんです。だから、そこを強化していくということであれば、それほど手間とかお金はかからないんだと思うんです。そういうことだと比較的簡単にできるわけだし、例えば、またすぐお金の話になってしまうけども、協力金などを県の方で負担する、一件あたり、といったような制度でも作ることができれば、かなり協力が得られやすいのかなと思うんですけども、検討の可能性はありますか。

(事務局 (保健福祉部副部長))

先生方から、身体合併症の現状の対応について、あまり問題ではないという御指摘が多く出ていただいております。県としては、決してそうではないという認識のもとに進めております。元年度の在り方検討ばかり引用して恐縮でございますが、合併症の対応の重要性というところは、そこで専門家の皆様から御指摘いただいたところでございます。岡崎先生のところのように、三次救急を兼ねている中で、自殺企図をされた方とか、そういった身体症状にまず最優先ですべき三次救急で対応しながら、身体症状にも対応すると

いうところを、精神医療センターと労災病院の中でそこまでやるというのは、これは現実的ではないと考えています。ただ、そのレベルではないにしても、身体症状で、例えば、中等症の症状があって、ただそれが器質性の要因によるものなのか、そもそも精神疾患によるものなのか、そういった鑑別がなかなかできなくて、精神科の救急の相談があってもお断りする事例があったり、そういったところに対応するために、今回の合築の中で合併症というところを政策医療の大きな課題解決の一つとして掲げているところでございますので、県としてはこの取組の重要性というのは何ら変わらないというふうに考えております。

(富田会長)

合併症の先程からの議論で、私は皆さんと共通する部分もありますが、皆さんとは違う考えを持っています。既に宮城県内には精神科病床を持っている総合病院が4つあります。基本的には、総合病院で診療が必要な合併症を抱えた精神疾患の患者さんはそういうところで診ています。現状で問題になっているのは、県立精神医療センターが担う精神科救急診療の場には、精神疾患のために精神病状が悪く多くの職員でケアに当たる必要がある患者さんが多くいらっしゃいます。そういう方の中で器質的な要因があって精神状態が悪い方がいらっしゃるため、その鑑別を行う必要がある場合があります。総合病院では、器質的な要因の鑑別の対応はできますが、一方で、夜間は3人程度の少人数で数十人の患者さんのケアを行うこととなります。そういうところで、夜間、精神状態が悪い新しい患者さんの診療を引き受けることはできません。宮城県では夜間・休日の精神症状が悪い患者さんの診療の多くを県立精神医療センターで受け入れていただいているわけですが、それは複数の病棟、一定数の病床を持ち、夜間も多くの職員の方が勤務していることで可能になります。そのような体制を整えていることで、夜間や休日に精神状態が悪い方の診療を新たに引き受けることになっても、十分なマンパワーをかけて、ケアや診療が可能な状況があるわけです。ただ、現在のところ宮城県立精神医療センターには身体的な診療や器質的な要因の鑑別診断をできる体制がないということで問題がある訳です。だから移転をすれば良いということでは決してないですが、総合病院の隣に県立精神医療センターを建てるか、あるいは県立精神医療センターを単独で建てるにしても、しっかりした検査施設や人的体制を整えていくことが、宮城県には求められていると思います。ただ、サテライトの体制になってしまうと、看護スタッフの数が分散されます。そうすると、片方に宿直の医師と一緒に診療に当たる看護師さんの数も夜間少数になってしまいます。そうすると、夜間・休日の精神科救急の対応能力には、大きく制限が出てしまうこととなります。建て替えによって、元々目指していた県立精神医療センターの精神科救急診療における器質的なものを診る機能を付加することが、難しくなると思います。先程から労災病院に精神科の病床を整備すればよいという意見が出ていますが、私は、既に4つの精神科病床をもつ総合病院がある中、労災病院に精神科の病床ができたとしても、そのことは、

今、宮城県で困っている前述の問題の解決には大してならないと思います。それよりは、県立精神医療センターが担っている精神科救急の診療体制の中に、いかに身体的な診療や鑑別診断をできる機能を強化するかということが重要だと思います。総合病院の隣に県立精神医療センターを建てるとするのは一つの解決策になるかも知れませんが、それが唯一の解決ではないかも知れません。サテライト案は、県立精神医療センターが持っている宮城県の非常に重要な機能、つまり、夜間でも、重篤な精神状態の患者さんの診療を引き受けることができる機能が、人員が分散することで大きく弱まってしまうという弱点を有していると思います。本当にサテライトの体制で夜間・休日の精神科救急診療が回るのかというのは疑問に感じているところです。

(高階委員)

富田会長の続きになるのですが、コロナが蔓延して、結構どこの病院でも大変な思いをしたわけです。小さい病院ほど看護師が感染してしまうと出て来れなくなってしまうということなんです。精神医療センターでも、かなりの感染があるわけですから、これがこういう形で小さくして二つに分けてしまって、同じように蔓延した時に絶対人は回らなくなってしまうわけです。公的医療機関の役割としては、普段確かに余剰人員という形になるかもしれないけど、災害対策というのはありましたけども、万が一の時にきちんと対策できるだけのものだけじゃなくて、人も準備しておくということは、一つ大きなポイントだと思うんです。今まで、がんセンターとかありましたけど、そこでの人のやり取りというのはほとんどなかったわけですけども、それにしても、やはり会社が一つであればなんとかいざという時は、采配することができるわけだけども、それを別の病院にしてしまうというのはおかしな話です。小さくしてしまうことによって、効率を優先させることによって、リスクヘッジというか、何かあった時の受け皿というか対応というのは絶対できなくなるわけです。そういう点で、サテライトを作って二つに分けてしまうというのは、万が一の時の震災に対応とか、感染症対策という点では、非常にマイナスの面が大きいと思います。

(草場委員)

この審議会もやはり相当注目されていると思うので、どういうまとめをするかが大事だと思うんですけども、身体合併症のことが話題になっていて、サテライト案についてその関連で角藤先生も、富田会長もサテライト案は問題があるということでは、異論がなかったんじゃないかと思うので、そこを確認したらいいかと思います。それと、身体合併症について、高階先生さっきおっしゃったのは、いろいろ問題あるけど、一応対応できてるんで、むしろ今の体制を強化するように力を注いだらいいんじゃないかというお話で、身体合併症のために富谷に移転するというにはならないよという意見も含まれているんでしょうか。

(高階委員)

おっしゃるとおりで、わざわざする必要はないだろうということと、その後の御意見の中での院内での強化、初期の部分のスクリーニングをできるような体制を作ればいいんじゃないかという話がありましたけど、そういうことが本格的な治療を行うといたら、精神科の病院の中では無理なわけですから、それが出来さえすれば、あとは受けてくれるところは総合病院もあるわけですから、わざわざそのために新たなところに作ってというのはあまり重要じゃないんじゃないかと思います。

(草場委員)

その続きで、富田先生に教えていただきたいんですけど、私の素人の感覚でいうと、今名取の精神医療センターは自前、もしくは近くの病院や市立病院などに身体合併症をお願いしていると。十分ではないと。だから、これを十分にするために、さらに市立病院に強化するとか、民間病院に補助を出すとか、あるいは精神医療センターの中にいろんな機械を備えて、スタッフを備えるという方法で身体合併症に対応するというのでは、富田先生の考えている身体合併症対策と矛盾しますか。それが一番安上がりで、ネットワークも壊さない、一番いい方法かなと思ったんですよ。違うんですか。

(富田会長)

そう簡単ではないと思います。今日、医療技術は高度化しています。県立精神医療センターの中に、神経内科医を始め様々な専門性を有する医師を多数雇用し、多種の高額な検査機器を揃えることは難しい面があるように思います。

(草場委員)

少なくとも先生のその話だと、サテライトで二つに分けると、今の先生のお話とは真逆の方に行ってしまいます。費用もかかってダメというふうになっていくんじゃないかと思うんですが、そこは同意でいいですか。

(富田会長)

サテライトにすれば、その分コストがかかるのは当然だと思います。ただ、そのことをもって、サテライトが絶対に不可能だとも言えないかも知れません。

(草場委員)

それでまた先程の身体合併症についての審議会の意見を労災に伝えるという問題にまた戻るんですけども、富田先生は新しい病院に、合築による解決もあり得るという考えなんです。労災病院と合築することによって、身体合併症問題を解決する方向が良いとい

うふうにお考えなんですか。他の先生方はそれでは解決しないよと、合築では無理だよとおっしゃったと思うんですが、そこは意見が対立してるんでしょうか。先生方で議論していただけないでしょうか。

(角藤委員)

県内唯一の公的精神科病院で、夜間の対応、精神科の救急は一手に引き受けてやっているような状況です。そう言うとかっこいいなと思うんですけど、ただ実態が、例えば熱があつたりとか、身体症状があつたり、体の症状があつたりした場合というのは、うちでは診れませんという形でお断りしてます。だから、仙台市立病院であるとか、仙台医療センターであるとか、大学病院であるとか、一回ワンタッチをして、そこで身体、頭を検査したりとか採血をしたりとか、身体の症状はもう何もないという状況になった、それでは精神の方かもしれないね、ということでうちに回ってくるというのは、ロスが非常に大きいということがあります。名取は今総合病院が無いですから、富谷も無いですけども、無い中で、うちが精神科の救急を一手に引き受けなければいけない状況というのは、実際担当している者としては、非常に不安なんです。総合病院が本当に隣にあれば、隣とやり取りができるんじゃないかなというふうに思います。それで、その辺は、多分意見が違ふところかなとは思うんですけども、全国的に公的精神科病院の病院長の会議とか、よく私も東北地区の運営委員ですので、そういうのに出ますけれども、全国的に公的精神科病院は、やはり精神科の救急を結構引き受けているところが多いんですけども、そういう病院というのは建替えの時期になってくると、総合病院との合併とか併設、南光病院のある岩手県みたいな形ですね、そういうところが増えています。この間、千葉県の話も出しましたが、千葉県の精神科医療センターは、総合病院、救急病院と一緒に一体になって、昨年ですかね、オープンしました。あと、沖縄県もそういう状況になっていますし、各病院長の先生はそういうふうな形で考えています。それはやはり、患者さんのためにそれが一番良いと考えるからなんです。どうしてもうちに来る前に、身体の症状、ちゃんとルールアウトしてくださいねと言うと、タイムロスが生じて、それによって、患者さんに不利益が生じるとか、そういうことも出ますし、いろいろな問題はありますけれども、全国的に見て、そういう流れにはなっています。公的精神科単科の病院と総合病院と一緒にするというのが多くなっています。ただ、それは確かにさっきからお話が出ているように、運営母体が一緒なんですよね。同じ県立でやっているところがほとんどですね。ただ残念なことに、宮城県は県立の総合病院がありませんので、そういう中で、準公的病院、総合病院だと東北労災病院とか日赤とか、そういう公的な総合病院を申し訳ないけど、利用させていただくしかないのかなというのは思っています。そういう意味合いでの併設という意義はあるかなと思います。

(岩館委員)

民間病院の立場から聞いてるといつも羨ましいと思うんですけど、入り口でシャットアウトできるというか。熱があるから、うちでは診れませんというふうにシャットアウトできるというのが非常に羨ましい。我々からすれば、患者が来て、受けざるを得ないから受けて、それで熱があるとか、例えば骨折しているようだとかでも、しょうがないので一晩診て、次の日に検査になる。検査だけでもいいですからしてくださいと言うと、結構受けてくれるんです。引き取ってくれと言うと、精神科の患者さんは嫌がられている場合もありますけど、でも例えば緊急手術が必要だと言えれば受けてくれたり、その辺は私が精神科医になった頃よりはずいぶん変わってきたなと思うんです。仙台市立病院は、かつて16床しか精神科病床が無かったですよね。それが、県内に身体合併症対応の精神科が少ないからということで50床に増床をしました。基準病床からすると、精神科の病床が多いという時に、50床に増床するということがあったが、あの時の医療審議会はやっぱり身体合併症に対応する精神科の病床が必要だということで増床を認めたわけです。50床というのが適当な数かどうか、分からなかったんですけど、実際、市立病院が稼働したら、50床が埋まるってないんですよ。病床稼働率は決して高くはない。身体合併症に対応する精神科病床は、実はそんなに多く必要ではないことが分かったわけです。それから市立病院の精神科の先生ともいろいろ話をするんですけども、各診療科の先生が精神科の患者さんの治療に慣れてくると、これぐらいなら自分のところで診られると言うようになるそうです。例えば、アルコールの離脱症状とかは何日かすれば落ち着くのが分かるから、精神科にわざわざ頼まなくても済むとか、そういう形で身体合併症もよその科の方がむしろ変わってきているなというふうに私は思うんです。だから、その辺を考えながらやっていかないと。角藤先生が言っていた県立病院と精神科が一緒というのは、かなり大きな一般病院ですよ。労災病院と一緒にあって、労災病院が全部の診療科をカバーできるわけでもないですし、本当に労災病院が身体合併症についてどこまで本気でやる気があるのか、その辺も聞いてほしいです。例えば今の話だったら、夜に緊急で検査が必要だとか、夜手術が必要だといった時に、本当に労災病院が受けてくれるのか。隣にあっても断られることだってあるんじゃないのかなという気もします。だから、例えば本当に合築して労災病院はそこをちゃんとやってくれるんですかと。それこそ協議の場で、きちんと確認して、その上でここに出してほしいなと思います。

それから話変わりますが、サテライトは難しいとっていて、このページを見ると、任意入院が全部北なんです。これはおかしいと思うんです。任意入院か医療保護入院かというのは診察して決めるわけですよ。データを見ると、県南でかかりつけの人たちが任意入院が多いです。南の人たちは、例えば最初は入院に納得していないんですけど、長く通う中で同意して入院するという形ができてから、任意入院のかかりつけが今精神医療センターは多いわけです。これが、今度のサテライト案では、診察した医者が入院に同意した人に富谷に行ってくださいって、これはないと思うんですよ。患者さんは、特に精神疾患の方は、病院に付くと私は思っているんですけど、病院に付くというのはやっぱり

近くて通いやすいということですよ。名取にある精神医療センターが長い年月をかけて患者さんも安心して任意入院で入院できるようになっていて、だから任意入院が多いのに、今度は北の富谷に行ってくださいというのは、やはり現実的ではないと思います。

(事務局 (保健福祉部副部長))

病床規模の検討に当たって、ある程度機械的に、医療保護については南で、任意入院については北ということをしておりまして、この部分については、精神医療センターの職員の方との意見交換の際にも、やはり今の御指摘のとおり、実際、診察をして医療保護になるか任意入院になるか、という御指摘がありました。こういったところはもう一回どう整理すべきかというのは我々としては問題認識というか、修正すべき事項ということで考えておるところでございます。

(姉歯委員)

先程の西尾委員がお話しされた、にも包括に関して確認をしたいのは、基金として10億円ということだったんですけど、本当にこれは全県的に使っていただけるのかということなんです。それから、ここに県自立支援協議会精神障害部会の開催ということが書いてありますけれども、今回のこの予算に関しては、自立支援協議会の精神障害部会の中で協議されたものではないということなんです。県の方で先走って、移転合築の話もありますし、そうでなくても建替えがあるからということで、良かれと思って仙南とか仙台圏域というふうにしたのかもしれないけれども、私、先月の末にすでにこのコーディネーターの求人が出ていることを発見した時に、びっくりしました。そんな話聞いてないよと。しかも、それも協議会の部会の前ですよ。2月2日にやったのですから。そういったことが今後も続くようであれば、やはりこの予算は何のためなのかと思いますし、精神障害部会という協議の場を開催して、ここでも一応話は出しているというアライバイ作りに使われるということになるとしたら、非常に不本意だと思います。そこら辺は、来年度以降はきちんと精神障害部会の協議の中で検討して、そこで各圏域からの情報などを伺って、実情を把握した上でお金の使い方についても検討していく、というような形にさせていただきたいということをお願いしたい。でも、協議会の部会の開催頻度は年2回なんですよ。年2回で何ができるかということがありますので、開催頻度を増やして欲しいということ。そういったところはしっかりとお願いしたいと思います。予算がこれだけ付くのでしたら、お金の問題で開催できませんということは無いだろうとも思いますので、それをお願いしたい。あと、5年間というふうになっていますけれども、じゃあ5年後はどうなんだろうと。心のケアセンターもそうですよね。予算がつかなくなる、終わりだよ、みたいな感じになってしまっただけは違うと思うので、そこをどう考えて5年後どうなるのかということも先の見通しをきちんと考えて、この予算を考えていただけたらありがたいと思います。

それから、精神医療センターの問題に関してですけれども、機構本部との話し合いはやってらっしゃるけれども、私たちはその現場の方々の声というのがよくわからない、というのがあります。この間も労災病院職員の組合の方々のアンケートとかというのは報道で載っていましたが、実際の生の雰囲気がわからないわけです。それは精神医療センターに関してもそうで、先ほど角藤先生の方でいろいろお話してくださいましたけれども、この間のNHKの番組を見ていると、本当に勇気を振り絞ってお話してくださいましたのだと思いますけれども、職員の方が、ぜひ公開の場で、審議会やなんかの場で自分たちの話を聞いてほしい、ということもおっしゃっていたので、ぜひ、今後もこの件での審議会は開催されると思いますので、次回あるとしたら、その時には現場の方の声を、ここで直に聞かせていただきたいなと思います。

(大木委員)

身体合併症のこととか、シミュレーションの概要を拝見しまして、おそらく、今各委員からお話が出たように、現場レベルでの話と、シミュレーションを作っている方々の感覚が多分全然違っていることがあると思ってしまう。それだとやはりブレるのは当然だし、シミュレーションを作る段階で、こういう現場レベルの意見を入れられないのかなと思ったところなんです。そうしないと結構食い違いが多くて、それだけ時間をすごく使うというのがあるので、そこはどうかかならないのかと思ったところでした。あとは、よく現場レベルの声というのは、多分、精神医療センターで働いている方とかと患者さんもちろんなんですけども、圏域で働いている相談支援事業所であるとか、地域の保健師さんであるとか、いろんな方がいらっしゃると思うので、そういった方々にもちゃんと声を聞いていくというのがすごく必要だと思うので、そういったところにも視野を広げていただきたいなと思います。

(原委員)

最初に、志賀部長が、先程角藤先生がおっしゃったような、サテライト案はないとおっしゃっていましたよね。まず、そこがなぜ変わったのかというのが、先程のお話では全く納得ができません。数字が少なくなったから変わりましたという話ですよ。数字が間違えてましたっていうそんな話ですもんね。それでいいんですかね。

それからもう一つ、民間の精神科の病院を誘致するという話がありましたね。この話がその後どうなったかという顛末は、全くこの場に知らされていませんよね。いつのまにかサテライト案が出てきて、しかもそのサテライト案も最初に我々に審議会で審議して、それから県議会、あるいは病院に提案するという、そういう手順を踏むのが、最初に我々が確認したこの審議会でのあり方だったんじゃないかと思うんですけども、そういうことを事務局は全く無視していますよね。そういうことでは、この議論が全く信用できないんです。事務局がやっている行動は、審議会に対する背信行為なんですよ。そういうことを、

まずきちんと考えてもらわないと、この場に我々が、私も今日診察の時間を、初診の方お断りして、人数も1日100人、2人で診て100人と限定して、そして参加しているんです。6時半に間に合うために。普段は、だいたい毎日8時くらいまで診察しているんだけど、そういう自分たちの診察を限定しても大事だと思っただけで、来ていることに対して、全く責任がない。その態度では困るんですよね、我々としても。普段だって、私たちのところにも初診の患者さんを断らないようにとか、県がおっしゃいますけど、実態わからないですよ。我々が毎日どういう仕事をしているか。身体合併症にしても、私たちのところだいたい毎月1,800人くらいの患者さんを診ているんです。そうすると、高齢の方もいらっしゃいます。それからお子さんもいらっしゃいます。それから働き盛りの方もいらっしゃいます。身体合併症を持っている方、いっぱいいらっしゃいます。それから妊娠する患者さんもたくさんいらっしゃいます。そういう合併症を持っている患者さんは、私たちはそれぞれの病院と連携しながら、合併症に対して対応するんです。それから、熱があるから、救急で診ないとかという、そんな話ではなくて、熱があるときにはどんな発熱の状態か、あるいはコロナの検査をしたのか、しないのか。そういう話を聞いて、これコロナのことではないなと思えば来てくださいと。インフルじゃないなと、インフルであっても、治りかけなら来てくださいと。そして別な部屋に通して、それですぐ診察して、すぐにお帰りになってもらうという対応してるわけなんです。感染症に対しても。そういう形で、一クリニックですけども、なるべく患者さんの利便性を考えて、そういうふうにして治療しているんです。それから、私たちのところでは医療監察法という法律のものの患者さんも、多分来月から3名受けることになりましたけども、そういう重度の患者さんもクリニックでも受けているわけなんです。そんなこともできるわけなんです、クリニックでも。だから、救急のあり方というのに関して、やはり全体的に言えば、もう少し、救急にならないような医療をどのようにして全体で考えていくのかということ、日中の診療体制の強化とか、そういうことに対してシステム化するような、体制をつくっていくとか。それから、にも包括ケアというのは、そのようなシステムとしては、なるべく入院しないような、なるべく救急にならないような、そういう関わり合いをするためのシステムなんです。そういうシステムをやはり早い時期から、もう10年くらい前から地域包括ケアと言われているわけだし、高齢者の分野と言われているわけです。精神科の分野でも、少なくとも4、5年前からは地域包括ケアと言われているので、そういうことを準備していなければならぬんです。そういうことを、きちんとできていないということ、やはりちゃんと反省してもらわないと。出発点が明らかになってないんです。本当に本腰入れて、地域で生活する精神疾患を持っている方、障害を持っている方を地域でサポートするという、そういう覚悟はきちんとあるんですよね。県として。それは単年度の問題ではなくて、年度を超えてやっていくという、そういう覚悟があるわけですよ。そういうことで、私は、今日はまずこの案に関しては全く問題なんです。そもそもあなたたち総括しないと、こういう案出するんだから。なんでこの案が出てきたか、我々

にはわかりませんので、この案は今日審議はしたんでしょうけども、私としては、この案は撤回するという、この審議会でそういう決意を出すべきだと思います。その上で、名取で、そもそも170床で良いと言っていて、120床の民間の病院を作るとおっしゃいましたよね、県南に。これを見たら、県南で病床数がそもそも50床だったり、25床だったり。そもそも民間は120床と言っていて、サテライトになったら、民間の数からかけ離れた数が必要だと、どこでどう総括してそういう話になっているかということも改めて御回答ください。

(事務局(保健福祉部長))

繰り返しになる部分もあるかもしれませんが、以前の審議会において、岩館委員からサテライトという案もあるのではないかというものに対して、二拠点化することは非常に財政負担が重いので考えてないといったものにお答え申し上げます。それはなぜだったかというのは、先程言いましたように、170床の富谷にプラスしたサテライト案といった前提でもって、その時点で頭の中にもありましたので、それを前提にお答えしました。そのことにつきましては、岩館先生からいただいた質問状の中にも、やはり170床プラス88床の範囲内でサテライトをつくるかといったことになるのではないかとといったことの御指摘されているとおり、岩館先生もサテライトというイメージをお持ちだったのでないかと、その時点では、と思います。そういったことで、もし170床プラス88床以内のサテライトをつくるかといった形であれば、当然、シミュレーションはしていませんけども、相当に財政負担が大きくなる。

(原委員)

それなら、なぜ170床プラス120床の民間病院の、サテライトじゃなくても民間病院を120床と言ったんですか。全然整合性取れないじゃないですか。120床プラス170床というのが県の案なんですよ。それでシミュレーションしなければならぬわけなんですよ。そもそも170床を富谷につくって、120床民間につくると言ったんですから。

(事務局(保健福祉部副部長))

民間の提案を最大120床の範囲内で御提案といった話です。医療需要の積み上げの話とは別なんです。

(事務局(保健福祉部長))

120床の民間病をつくるかといったことでは御説明しておりません。88床プラス、仮に自前の病院で30何床を減じた形で持ってくれば、土地のキャパシティ的には120床までなら作れるかといったことを前提に申し上げたことございますので、そこは全く違っております。

(原委員)

88床と170床でシミュレーションして合わないというふうに言ったんですよね。

(事務局(保健福祉部長))

具体的にシミュレーションしておりませんが、当然ながら、今お示したものに比べれば財政負担が重くなるのは明白でございますので、そういったサテライトを前提とすると、できませんといった考え方は変わっておりません。ただ今回新たな検討、様々な視点、御意見を踏まえて、こういった形であったらあり得るんじゃないかと。

(原委員)

そうしたら170床でいくら赤字になるんですか。富谷の病院は170床でいくら赤字になるんですか。

(事務局(保健福祉部副部長))

すみません、今手元に無くて。シミュレーションも、その時その時で様々な前提条件で組んでいるので、そこは後程御回答させていただきます。

(原委員)

シミュレーションはしているんですよね。

(事務局(保健福祉部副部長))

その時点のものではしています。

(原委員)

そうしたら、その時点で、例えば5億とか6億の赤字が出るとすれば、今回の分けたものよりもっと多くなりますよね。

(事務局(保健福祉部副部長))

当然、先程170床を、富谷に170床なのか、名取にそのまま170床なのかのシミュレーションというお話もいただきましたけれども、そこは今時点でそれなりにブラッシュアップして、条件細かく設定しているつもりですので、今シミュレーションをさせていただいている条件のもとで170床であったならばどういうシミュレーションになるかというのは、お時間いただければと思います。

(原委員)

それは富谷と名取両方で170床のシミュレーションをするということですよ。

(草場委員)

その時のシミュレーションをそのまま出してくれば良い。シミュレーションしたって書いてありますから、シミュレーションしたはずなんです。

(事務局(保健福祉部副部長))

そこは確認させていただきます。

あとは、民間病院の誘致がどうなったのかということでございます。最大120床の範囲内で、民間病院の公募を提案してはどうかということ、8月のこの審議会で御提案申し上げたところでございます。ただ、その点に関しまして、非常にこの審議会の委員の皆様から多くの厳しい御意見をいただいた状況が長期化していたところでございます。そういった中で、このまま民間病院にこだわり続けても、我々としての最終的な決着というところが見出せないと判断しまして、知事の方が12月議会の議員の質問に答える形で、民間病院の公募というところから、サテライト案の検討に切り替えますということを御回答申し上げたところでございます。正式には、この審議会でそういった御報告をしていなかったという御指摘についてはそのとおりでございますので、この点については申し訳なく思っております。

(原委員)

審議会がいろんな意見を出したから、それがうまくできなかったということを行っているんですか。そういうふうには聞こえましたが。

(事務局(保健福祉部副部長))

審議会ははじめ様々な方から、御懸念であったり、反対の御意見だったりをいただいていたところでございます。そういった中で、我々としても、公募に踏み切るという段階までの調整に至らない状況が長く続いたので、その段階で、民間公募ではなくてサテライト案の検討に切り替えたということを、12月議会で知事が答弁を申し上げたということをお話したところです。

(原委員)

審議会以外にも反対の意見があったということですかね。

(事務局(保健福祉部副部長))

そうですね。様々、御要望、御意見をいただいております。

(原委員)

そういう経過というのをきちんと審議会に明らかにしなければならないんじゃないですか。

(事務局(保健福祉部副部長))

申し訳ございません。

(原委員)

我々意見を求められたから、きちんと意見を言いまして、岩館先生も意見出したし、私も意見出したし。

(林委員)

やはり、進め方として、この審議会自体で、移転に賛成の意見が出ていない、反対もしくは保留という状態にあるのに、今回、移転を前提としたサテライト案が出されていることには、非常に違和感が多いし、戸惑いも隠せないところでございます。

そうは言っても、サテライト案についての検討が進められているので、私の意見を申し上げると、やはりこのサテライト案にはかなり問題があるだろうと考えるところです。これまでに出されたご意見で私も賛同するところは、やはり人員体制の問題です。私も医者で当直もしていたこともあるので、医師の当直だったり、看護師さんを含めてのコミディカルの方々の夜勤の問題だったり、いろんところで、シミュレーションと現場感覚とのギャップがかなり大きいのではと思うところがあります。あと、高階先生がおっしゃっていたリスクヘッジの問題も、規模が小さくなればなるほど大変になってくるんじゃないかと懸念しております。あとは、先程まだ調整中という話ではありましたが、任意入院が「北」に偏っているのも問題だと考えています。精神保健福祉法上は、なるべく、強制力のある入院形態よりも、任意入院、つまり御本人の意思による入院を優先すべきとなっていますけれど、それで医療保護入院などから任意入院へ入院形態が変更された時に、病院を移らなければならないこととなります。その時に、担当の看護スタッフも医療スタッフも替わるということになると、御本人にとって違和感が大きいところだと思うので、そういう意味でも、やはり現場とシミュレーションは違うなという感じがいたします。

もう一つ、私はいくつかの専門性がある中で、児童思春期の医者でもあるので気になるんですけど、案の2とか3ですと、児童思春期の病棟は「北」に行きますよね。そうすると、美田園にある子ども総合センターのデイケア等と少し離れてしまいます。あとは、児童を診られることを表に出しているかどうかはありますけれど、実質的に子どもを診てくれるドクターは、県南だと、私の知る限りでは、高階先生のみなみはまクリニックのドクターだと思うんです。お子さんに限って診ているわけではないですけども。北の方、仙台も含めて北の方には、児童精神科医は実は結構いますが、県南だとそれが非常に薄い

というのがあります。なので、子どもの医療に関しては、できるだけ生活の場から遠くないところで医療が受けられる、リハビリやデイケアとかも利用したければ利用できる方がよいと思うので、距離ができてしまうということを非常に心配しておりますし、児童精神科医の分布として県南の方が薄くなってしまうということも、非常に良くないと思います。ですので、そのあたりも含めて、このサテライト案には賛成しかねるところです。

(鈴木委員)

医療機関の外で、地域で患者もしくは御家族を支える行政として一言一点だけお願いします。先程志賀部長の説明の中で、サテライトをつくった場所、岩沼の方の行政の強化のために人を充てる等の話がありましたが、もちろん北の方には富谷にも新しい病院ができた場合、そこでもネットワーク等を必ずつくる必要がありますから、必要であれば黒川の方にもしっかり受け皿をつくっていただくと良いかと思います。そうなりますと移転だろうが建替えだろうがサテライトだろうが、それを受ける行政としての受け皿というものをつけていただければ、先程あった、にも包括等もしっかりできるかなと思いますので、そこら辺の方を御配慮いただければと思います。

(富田会長)

先程、職員を2つのサテライトに分割することの難しさについてお話しましたが、もう1点、コメントさせていただきます。試算のシミュレーションのところで、県南にお住いの任意入院の患者さんが富谷の施設を利用することになることに関する問題点については先程コメントがありましたが、任意入院のみならず、措置入院の患者さんについても同じことがいえると思います。入院時の搬送という問題だけではなくて、入院した後、患者さんの面会、外出、外泊を経て、少しずつ地域に関わる中で回復し、その後も通院により病状を維持することを考えていくと、入院形態によらず、県南にお住まいの方については、その分の施設は担保する必要があるように思います。現状の南北の利用者が6：4であれば、南に相応の受け皿がないと厳しいのではないかと思います。それと、先程の話に戻って、やはり分割というのは、運用上のイメージが湧き難く、そのような運用がもし可能だということであれば、その根拠をお示しいただければと思います。

(草場委員)

我妻委員の今日の意見書の2ページ目、冒頭に今日の審議会で話し合われたことを意見を集約し、具体的に県の福祉の施策に反映し、具現化しなければ本当の意味での審議会を開催する意味、ほとんど無きに等しいと思います。そして中盤あたりで、にも包括の構築を、推進どころか地域包括ケアシステムを崩壊しようとしているかのような感を抱きますという、こういう強いメッセージが出ています。それからさっきユーザーの方の手紙を読み上げましたけれども、その方は角藤先生とお話になった後、実は、ものすごく体調を壊

されているんです。この方はサテライト案もわけもわからない状態です。すごく怒っていたと思います。先生と話した時。結局、中身がわからない状態で話をされて、本当に具合が悪いです。だから角藤先生にこのメールを送ったつもりで今日までいたんだけど、はっと気がついて送り待ちしていたという、こういう経過なんです。そして今日、各委員の中で柔らかい表現ですけれども、ここで議論したことがアリバイ作りに使われているんじゃないかと懸念する委員がかなりいるということです。私だけじゃなかったんでしょう。ということは、ここの審議会で今日議論されたことについて、大筋についてこうだということを対外的に示す必要がある。それは我妻さんが残していた意見書の中に出ることです。大筋で一致できることは何か。

まず第一、サテライト案について撤回すべきだという意見も出ましたけれども、問題が多いということで、それ以外の意見も出なかったと認識しています。富田会長についてもそうだったと思います。角藤先生についてもそうだったと思います。ですから、サテライト案については問題が多いという意見が大勢を占めたという取りまとめをしていただきたいということが一つ。

それから二つ目、富田先生の身体合併症についての考えが、最も期待度が高いのかなと思いました。労災にその覚悟ありますかというのは、直接この審議会から労災病院に伝えるべきだということも、みんなの意見で一致していると思うので、そのことも取り決めていただきたい。これ交渉事になるとややこしいので、文書でいいと思うんです。身体合併症については、審議会としてこういう意見を持っていて、最大期待値も高い富田会長はこういうことを望んでますよと。それをやるおつもりがありますか、という投げかけを公的文書でやるべきだというのが二点目。

それから、姉齒先生もおっしゃいましたが、現場の声を聞くというのは、私もこの前のNHKの特集を見て、本当にそう思ったんです。もうあれほど声を被せて、絶対誰が言ったか分からないようにするという、本当に暗い感じのものでした。あれは審議会が来てください、あなたの意思じゃないけど、私がお招きしますというように審議会が呼べば、ここで話せるんですよ。だからここに呼ぶべきだと思います。次回の審議会はもう一度ユーザーズアクションと、労働組合の人でもいいし、職員の方でもいいです。その方を呼んでお話をするというのを次回のテーマにしていきたいと、それを早急にやるべきだと思います。以上、三点、審議会がアリバイ作りに使われないように、ここで意思表示をするということを提案します。

(岡崎委員)

今のは動議だと思うんですが、何本かわからないけど、一番大事なのが、今日出た県からのサテライト案に、審議会として今日の時点でどういう態度をとるかということ、決議するということですが、草場委員は問題が多いという決議をしようとおっしゃったけども、いや、そうではない。反対という決議で私はよいと思います。問題が多いと言える

我々ではないんです。移転自体に反対している委員が圧倒的多数なんです。移転を前提にしたサテライト案に、これは問題が多いですって、ぬるいと思うんです。ですから、反対ということで決議をとっていただきたい。

それから、これからのことの確認なんだけれども、知事も折に触れ、今年度末までに基本合意を目指しているというふうに、繰り返しいろいろな記者会見とかでもおっしゃっているけれども、いろんな状況を考えると、非常にそれは厳しくなっているとは思っています。県としては、年度内の基本合意を目指すというこの方針は変わらないんですか。あるいはもう少し柔軟に考えているんですか。そこだけ聞いておきたい。

(事務局 (保健福祉部長))

今年度内に合意を目指すといったことは、先程触れました、昨年2月に取り交わしました確認書の中に明記されていることでございます。仮に年度内に合意に至らなかった場合の対応についてもございます。そのことについて、労災側とどういったことを、今後あと一ヶ月少々ですけれども、そういったことを見据えてやっていくのかということを含めていかなければいけない段階に来ているかと思いますが、現時点においてはまだ3月ありますので、詰められることをどこまで詰められるかということを目指していく気持ちには変わりはありませんとだけ申し上げます。

(鈴木委員)

今、草場委員と岡崎委員の方からサテライト案に反対という主旨の決を採るという話がありましたが、冒頭の方に角藤委員の方からありましたが、今、院内の方で様々な方から意見を聴取して、これから現場の方々の意見を吸い上げているという状況で、決を採ってこれは反対だというのは、強過ぎるかなというふうには私は思うんです。私としては、この段階で反対というのは、まだ当事者の方が話し合っている最中なのでやり過ぎかなという気はします。

(草場委員)

私は、岡崎委員からぬるいと言われたのが、私を名指ししてすぐ決を採れというのがいるというのが伝わってきていたので、揺らいでしまいました。角藤先生は先ほど、3点要望を出したんだけど、噛み合っていないということで反対の意見をおっしゃったんです。だから私は取りまとめはそうなるんじゃないかというふうに思っています。やはり反対ということで決議を取るということで、動議を出し直します。

(角藤委員)

3点要望を出しています。要するに、名取の方の南の方の病床を多くするような形の分院案にしてくださいということなんですけれども、そういう案が出てきていないような状況

です。ですので、そういうものを作ってもらいたい。それで、どうなるのかというのは期待しているところではあります。

(草場委員)

先程のユーザーの話のところにもた戻るわけですが、先生が3点出されたんですけども、そこには気持ちが反映されてないっていうので、具合を悪くされてると言ったら言い過ぎかもしれません。他の要因があるかもしれないけど。でも、時系列的にはそうなってるんです。移転した時のネットワーク、私たちの日常どういうふうにかバーされるんですか、という最も大事な点についての説明や組み立てがないんです。それは具合悪くなるのは当たり前です。私が提案しているのは、言っていないことを決めようと言ってるつもりはないんです。先生は今日出されたサテライト案については受け入れられないとおっしゃったから、そこはここで対外的な意思表示をすべきなんじゃないかということです。

そもそも、私は頭がおかしくなりそうなんです、話を聞いてると。シミュレーションが先にある。どうしてなんですか。最初の疑問として出てくるんです。なぜ富谷に移転するのという、この疑問がずっと解消されない。これを答えを出すと、一つの補助線を引く必要があるんです。富谷の土地を県が購入するという方針は、そこだけは決まってるんですという補助線を引くと、富谷の移転という話が出てくるんです。私たちは富谷に移転したらどんな医療になるかという県の構想を聞きたいと言っても全然出てこない。患者も教えてもらえない、職員も箝口令を敷かれています。本当に不思議な事態なんですよ。なぜ富谷なんですか。そして、先に富谷の市長さんは地権者に迷惑だから先に買っちゃいますという話をしたり、何かわけがわからない状態なんです。余談になりました。決議を採るべきだと思います。

(岡崎委員)

鈴木委員のおっしゃることも分かるんだけど、我々も本当に慎重にいろんな意見を聞いて、公平にそれを判断したいけども、残念ながらこの審議会には正直な現場の声は出てきません。あるいはユーザーの声というの、あれだけ我々が口を酸っぱくして、呼んでくださいと申し上げて、やっと一回実現したところです。あるいは現場の声の中でも、県と精神医療センターの間で、現場でもって協議をしているところだとおっしゃるけれども、その内容全くわからないわけです。それが出てくるのを待っても、出しませんよ。今の県の幹部は。だから我々は、ずっと悠長に待っていることは許されないと思います。なので、やはり少し強めの決議はしておいた方が良く思うんです。すでに前回、前々回、ほぼ毎回のよう、最後に決議をして、現時点では、移転そのものには反対であるという決議をしているわけですから、全然そういうスタンスと矛盾はしないと私は思っています。

(岩館委員)

私が最初に言った意見に戻ってしまうのですが、やはり、結局は地域医療構想の重点支援区域なんだと今日思いました。だから富谷を絶対譲らないし、名取の方で病床を多くすべきだと言っても、何としても富谷を多くして、それをもって国を納得させるための再編なんだという気がする。それを考えると、サテライト案がどうだこうだという以前の問題なんじゃないのか。そもそも、精神病床が地域医療構想に入っていないのに、それを病院再編として国が認めたら、変じゃないかなと思います。それから、最初に言いましたけど、国が決めた法律の精神保健福祉審議会の意見を全く無視してやるということを、国が果たして認めるんだろうか。南の方でも、付帯条件が付いたわけですよ。精神保健福祉審議会の意見をちゃんと聞けと言ったら県はどうするんでしょうと思うんです。ここで反対決議というのは、私はどっちでもいいんですけど、どっちでもいいというか、考えていることの根本が違うんです。知事が、反対派の人は移転反対だと言っているけど問題は移転ではないと言った時から、考えていることが違うんだと。移転の問題ではなくて、やはり再編の問題なんだと。だから、3病院が4病院になった時から何かおかしいなど。そのことを問題にしないで、いくら反対決議をしても非常に虚しい。国と擦り合わせができていて、国はもうこれで認めると言っているのだから県が頑張っているのかよく分かりませんが、その辺の根本的なところを、もう一回議論した方が良いのかなと私は思ってしまう。

(原委員)

私も今、岩館委員がおっしゃったことと、同じようなことを考えているんですけども、結局、日赤とがんセンターが統合して県立病院がなくなることなんですよ。まず一つ大きいのは、政策医療をやるための県立病院がなくなって良いのかどうかという議論は、県議会できちんとしているのかどうかというのはよくわからないんですけども、日赤は公的病院だから、公的病院に政策医療を丸投げすればいいと、そういうような構想が一つですよ。それから3つが構想されるときは、1,500床ぐらいの病床になるんですけども、それをどこに建てるかというので、多分、土地があまりうまく見つからなかった経過があるような感じなんですけど。それはさておいて、一般医療の救急医療の解決のために合併すると言ってますけど、それから急性期病棟が余っているから、それを整理するんだと言ってますけど、もう一方に言っている回復期病棟をどうするのか。これは全く出てこないんです。回復期病棟をどう整備するのか。それから、仙台市の日赤が抜けた後の包括ケアシステム、これは地域包括ケアシステム。やはり要に日赤病院があるはずなんですけども、地域包括ケアシステムをどんなふうにするのかとか、そういうような議論がされてなくて、単にそのお金をもらう。地域医療構想で病床が削減されたそのお金を、200億円を日赤にあげるということなんですよ。だからそういうふうに思ってしまうと、公的病院とはいえども、日赤に県民の税金を200億円差し出して、そして政策医療をやってもらうという、そういうことで県民が納得するのかどうか、きちんと説明していないから、

多分、日赤のところの説明にしても、やはりきちんとした説明がなされていないので反対されたんだし、それから労災病院の説明にしても、きちんとした説明がなされていないので、地域住民から出された疑問に対して答えられないという。そういうような状況になっているんじゃないかと思うんです。急性期の救急の搬送の問題だけで病院の統合があったり、急性期病院の病床の問題だけで病院の統合を語るというのは、これは全く地域医療構想自体の趣旨に反しているんです。地域医療構想というのは、これからの医療需要を見て、そしてどんなふうに急性期病棟、回復期病棟、あるいは慢性期の病棟、これをどんなふうに再配置するかという問題です。この全体の問題の、単なる救急の時間が何分か全国で遅れているから、それを解消するために移動するんだというような説明ですので。だから、根本的なところの資料をきちんと出して、それを含めて、精神医療センターの移転の問題に含めて議論しないと、滑っちゃうかなというふうに思います。でも、この構想に関しては、絶対反対の決議を挙げた方がいいと私は思います。

(高階委員)

精神医療センターどうなんですか、という話を聞かれて、なんとかそれは残した方向で働いているんですよという話をしても、県がやることだから、結局県の言うとおりになるんでしょうと聞かれるんですよ。そういう諦めの声というのは、あちこちから出ているんです。やはりそれじゃおかしいと思うし、こういう話を聞いた時、直感的にこれはおかしい話だなとみんな思うわけですから、そこに対しての丁寧な説明というのは一切ないわけですよ。結局は知事の公約だから。そこしかないんだなというふうに今でも思っています。公約と言っても、最近知事が投げやりになっているような部分もあるし、専門じゃないからというようなことを言い始めてるわけだから、公約自体、その公約を立てるためのエビデンスのようなものはなくて、精神医療についてきちんとした信念を持って立てているわけじゃないわけですから、県の方にしても、これは知事おかしいんじゃないですかとか、無理筋ですよとか筋が通りませんよ、ということをする勇氣も県の方に持ってほしい。無理かなと思うんですけども常々思っています。知事はよく、30年後に評価されるんだということを言いますが、30年持たないですよ。こういうことをやったとしたら、もう始まった途端にこれおかしい。大変なことだって言われるわけで、30年先にはもうボロボロになっていることが見えているわけだから、大方の人はそう思っているわけですよ。それを30年後に評価されるということで、防潮堤と同じような理屈でこれをしていこうというのは、そもそもおかしい話だと思っています。理屈でこれを通そうと思っても通らないわけですよ。知事が言い始めたことだから、通すしかないというような理論で県は動いているんだから。だから、せめて反対は反対という話をきちんとしないと、本当に宮城県民は何をやっているんだと、ちゃんと反対することは反対しなきゃダメじゃないかというふうに周りから言われるんじゃないかと思います。だから反対については、やはり反対ということは審議会としての矜持をきちんと示すことが必要だと思います。

(富田会長)

最終的な執行主体は県にあるので、県が正しく判断して良い解決を実行していただくことが一番重要なところだと思います。その上で、当審議会として、基本的に富谷移転には多数が反対であることは示してきています。何故今の案が問題で、今後どう考えて進めていくべきかという意見が、本日、多々出て、これらは議事録として公開されます。現在、県の方では、今回のサテライト案も含め方針を検討の途上ということで、今回の審議会で出された現在のサテライト案の問題点を指摘する詳細な意見はそのまま考慮して頂くべき意見ということで、わざわざ丸めて決を採る必要はないように思います。ただ、決を採った方が良いという方が多数であれば、民主主義ということで従いたいと思います。

まず決を採るということについて、決を採るべきという方がいらっしゃいましたら挙手をお願いします。9/13の多数ということで、決を採りたいと思います。サテライト案そのものについて、反対、賛成、もしくは、まだ現時点では検討中の案件でもあり判断を出せないということで保留という3択で、決を採りたいと思います。まず賛成の方いらっしゃいますか。それでは反対の方。

(姉齒委員、岩館委員、大木委員、岡崎委員、草場委員、小松委員、高階委員、西尾委員、林委員、原委員挙手の10名挙手)

10/13ということで反対ですね。現時点でまだ検討中ということもあり、判断を保留したいという方、挙手をお願いします。

(角藤委員、鈴木委員、富田会長の3名挙手)

(原委員)

労災病院にこの審議会の内容を伝えるということも決を採った方が良いんじゃないでしょうか。

(富田会長)

具体的にどう伝えましょうか。労働者安全機構と東北労災病院がありますがどちらを対象にしましょうか。

(草場委員)

どちらにも出す。地元の労災の病院の人たちは、患者の人たちと会った時に、この審議会の同意なくして合築はないですとおっしゃっていただいているわけだから、さらに、こういう覚悟はおありですかというのを問う。本部にも問う。

(富田会長)

問う内容ですけどもどうしましょうか。

(草場委員)

協議が公開されていれば私たちは分かるんですが、公開されていないわけです。本来公開するというふうになれば、別に質問書を出したり、ややこしいことをしなくてもいいんです。ブラックボックスになっているので、少なくとも覚悟はあるんですか、という問いかけだけはしようと。

(富田会長)

具体的な文言ということで、合築した場合、精神科救急診療に積極的に関わっていただけるのか。積極的といってもいろんなことがあると思いますが、そのような文言でよろしいですか。

(岡崎委員)

なかなか微妙なところで、実際に誰がどういうふうにも、どこの相手というのは、きちんと決めておかないと間違いが起きると思います。

(富田会長)

そうですね。どういう診療内容かということもあるわけですね。

(岡崎委員)

今日出た意見の中では、高階委員が言っておられたけども、労災の覚悟というか、そういうのは全然僕らには見えてこない。それは一度やはり伺ってみたいところ。それを少し内容を肉付けした文章をそんなに長くないもので、これ私のアイデアだけど、例えば言い出した高階先生のお名前を出して申し訳ないけども、文案を起案していただいて、会長との間で練っていただいて、それを審議会が直に、東京にある労災機構本部と、地元の東北労災病院に審議会が届けるというスタイルでないと、申し訳ないけど県を間に通したら、どのように薄められるかわかんない。失礼な物言いで大変申し訳ない。だから仲介が入らないような形でと私は思います。

(岩館委員)

具体的に言うと、この前の救急搬送実施基準が決まって、東北労災病院は精神状態が安定している患者さんの救急病院になっているので、もちろん合築したらそうじゃなくて、上の方の群に入るとい、例えばそれを聞いたらいいと思うんですけど、具体的に。

(富田会長)

それでは、高階委員との間でどうするか検討させていただきたいと思います。

(姉齒委員)

先程申し上げたんですけれども、精神医療センターの現場の方の声も、ぜひこの場で聞かせていただきたいと思うんですが、そちらの方は皆さんいかがでしょうかということも諮りたいと思います。

(岡崎委員)

賛成ですが、やはりその方の、思い切って出てきて発言していただいた方の地位、身分、処遇などがきちんと守られるんだという保証がないと、なかなか頼みにくいと思うんです。法律的にどうですか。

(草場委員)

院長とか責任者が、完全に自由に意見を言ってくださいと、会長の求めに応じて行ってくださいと職務命令など出せば全然問題ないじゃないですか。言われた通り言いたいことを言いますと。実際にインタビューに出ていた方も、呼ばれてなら話すという言い方をされてたように思うんです。あれは相当、やっぱり、もし自分が喋っているとわかった時の恐怖を強く感じてらっしゃるので、多分、放送局の方にもっと被せてと言うので、よくわからない声になっていたと思うので、あんなに被せている声で本当に久しぶりです。そういうこともあるので、もし自分の身が心配なので出れませんというなら、それはそれでしょうがないですけど、会長が来てくださいと呼びかけをして、そして出るとなった人については、自由にものを言うように、角藤先生などから、職務命令として行ってください、と言っていたら自由な意見聞けると思いますし、あとは患者さんもう一回呼ぶ必要があると思うんです。サテライト案として出されて、引き回すような状況になっている。もう一回、私たち聞き取るべきだと思います。角藤先生のお話の中で、千葉のお話をされた時に、患者のためだからという言い方をされたんですが、それについては私、前回仙台弁護士会でWHOの人を呼んだ時の話で、誰々の患者のためにではなくて、まず当事者の意見を聞くべきだと。生活してきた人たちの知恵を聞くべきだと。そこから立案すべきだという話を思い起こすべきだと思うんです。そのためには少なくとも当事者を呼ぶと決めて、そして職員の方もできるだけ、来ていただくように、会長から要請をすると、これがいいんじゃないかと思うんです。

(高階委員)

会議の運営上のことですが、公開の原則であっても、必要に応じて非公開にできるわけですね。個人のプライバシーとか、そういう部分とかあれば。そういう形で来てもらって話を聞く形だと、より敷居が低くなる。テレビカメラとかも無しで。本人が顔は映さなければ良いとか、前もそういう方いらっしゃったり、その辺に応じて、委員の方だけ

だったら話をするというのであれば、そういう形です。様々なレベルがあるかと思うんですけれど。

(岡崎委員)

会議は原則公開ですか。

(事務局(保健福祉部副部長))

原則公開なので、判断で非公開にすることは可能です。まさに、ここで決議いただくという取り扱いです。

(草場委員)

公開しているけど、テレビカメラご配慮くださいというのは、公開を否定してない。そういうやり方もあるし、場合によっては、直接ここに来るのは嫌だということであれば、会長から何人か指名していただいて、事情を聞いてくる。生の話を聞くべきだと思うので、まず投げてもたらいいいと思うんです。むしろ、来てくださいといわれる人のリクエストを聞いてみる。どんな形だったら自分の意見が言えるかというのを聞いてみる。その前提として、来てくださいというのを会長から出すことに大きな意味がある。

(富田会長)

職員の方の人は、角藤院長にお任せすることで良いですか。

(角藤院長)

人は難しいです。皆さんバラバラで、大まかに言いたいことはあるかもしれないけど、一人一人は個別にいろいろな意見を持ってらっしゃいますから。

(草場委員)

組合に聞いたら良いと思います。

(富田会長)

当事者の方は、ユーザーズアクションということでよろしいですか。他の患者さんもいらっしゃると思いますけど。(「はい」という声あり。)

(岡崎委員)

組合に入っていない人もいるのではないかと。

(草場委員)

ただ、要するに全体の意見。私個人の意見ではなくて、多くの職員はこう考えていますということ伝達するのは、組合の方が良いし、組合から選ばれて出てきた方が話しやすいかと、身分保障的にも。一回、組合に投げて、組合が誰か選んで出してきてもいいし、まず投げる宛は組合にしてはどうでしょうか。ミヤギテレビでご紹介した中に、公的病院の医師は特に発言すべきだと、こういう問題について発言すべきだとおっしゃっていたので、ドクターを指名していくということであれば、現場という意味で、医師と組合の職員、それからユーザーズアクションの人にまた選んでもらって、新しい名取病院のネットワークの中で生活している他の人でもいいし、人選も、またユーザーズアクションに任せたらどうでしょうか。

(高階委員)

人選難しいと思うんですけども、組合に入っていない方でも、そういう枠の中じゃなくて、自分の意見を話したいという人は必ずいるわけなんです。

(富田会長)

それで言うなら、患者さんもそうですね。当事者の方も、ユーザーズアクションに入っていらない方も多くおられます。

(高階委員)

ある程度オープンにして、ここにメールいただければ、というような自薦の方も受け入れる形の方が良いんじゃないかなと思います。

(草場委員)

組合には投げる。それで、その他に角藤院長の名前で、審議会に行って自由に意見を、組合とはまた別のルートで言いたい人がいたら、自由に行っていからということで公募していただくという二本立てでやったらどうですか。

前から、どうやったら権利条約4条の患者団体を通じて、その意思を汲み取って聞いて立案しなければいけないという、具体的な方法がまだ私はよくわからなかったんですけども、いつも悩むと思うんですけど、当事者の人たちの意見の聞き方として、今最大限審議会がやれるのは、これまで出ているようなやり方じゃないかなと思います。

(高階委員)

実際ここで発言してもらうかはともかくとして、審議会として、どういう意見を持っているのかというのは匿名でもいいから、メールか何かでもらうというのも一つの方法かなと思うんです。やはり、ここで発言すると敷居が高いし、いろいろしがらみもあつたりするでしょうから。匿名でもいいですから、意見を募集というのもありかなと思います。

(富田会長)

当事者の方は、やはりユーザーズアクションの方でよろしいですか。（「はい」という声あり。）

それでは、本日の審議はこれで終了します。

(草場委員)

今日報告書を作ってきたんですが、後でお配りしますので、次回の審議会でお願ひします。前にもお話しましたが、現在のがんセンターの隣の土地の地権者は全員譲渡に賛成してくれております。そして、近隣取引事例に基づいて、購入代金を計算してみたんですが、約5億5,200万円。造成費用も2億4,000万円から6億円。坪単価によって違うんですけども、そういう報告書を作っておきましたので、後でお配りします。

(富田会長)

それでは、事務局にお返したいと思います。本日はお疲れ様でした。

(事務局)

それでは以上をもちまして、審議会を終了いたします。富田会長、各委員の皆様、どうもありがとうございました。