

令和6年1月15日

サテライト構想に対する県の回答を受けて（見解）

一般社団法人 宮城県精神科病院協会

はじめに

4病院再編とよく言われるが、東北労災病院と県立精神医療センターの合築は、地域医療構想でいう「病院再編」とは別物であることを理解する必要がある。何故なら、精神科は地域医療構想の枠外とされており、これは厚生労働大臣も国会答弁で明言している。実際、県内各圏域で開催されている地域医療構想調整会議においても精神科は除外されている。東北労災病院は地域医療構想の枠内にあつて「病院再編」に該当するのだろうが、精神医療センターは枠外でしかない。しかも、互いに重複する診療科がない両者の合築は、地域医療構想の「病院再編」とは理念を異にする。「病院再編」の名の下に「病院の組み合わせ」が優先した結果、精神科医療については十分な吟味がなされないまま合築・移転が計画され、県の方針は以下のように迷走を続けている。

- 富谷市に完全移転する。
- ↓ 名取市に外来機能を残す。
- ↓ 名取市に入院機能も残す。
- ↓ 名取市に民間精神科病院を誘致する。
- ↓ 民間病院誘致を断念しサテライト分院を作る。

そして、新聞報道によると、サテライト分院は無床のクリニックか最大30床の病院が検討されているという。

サテライト構想に関して当協会は県に対して質問状を発信し、県からは令和5年12月28日付で回答を得たが、県の回答は県立病院機構や精神医療センターと協議中であるとの回答が多く、サテライト案も十分に吟味されないまま提案されたものであったことが明らかになった。プラン先行で理由は後付けという県の姿勢は、関係者や当事者を混乱に陥れ不信感を招くばかりである。精神障害者が如何に不安な精神状態に置かれているかを、もっと深刻に考えるべきである。

以下、県の回答について検討し、富谷移転と合築の意味を改めて問題にした上で、県立精神医療センターは名取市内で新病院を建設するべきであることを再度主張する。

1. 名取分院の病床規模について

名取市内に民間病院を公募するに当たり、県は民間病院が既存の病床を33床減らした上で病床数120床、精神科外来90人、デイケア13人、訪問看護19人、入院96人を想定し、その病院には県南の基幹的役割を担ってもらおうと精神保健福祉審議会の場で発言している。サテライト構想に変更したとしても、サテライト分院には県南の基幹的役割を求められるはずである。サテライト案の場合、富谷の新センター170床を減らさない限り、

名取の分院は87床止まりであるが、新聞報道によると、最大30床あるいは無床の医療機関を想定しているという。果たしてこれで県南の基幹的役割を担うことができるのだろうか。無床のクリニックにして、今度は民間の診療所に運営を委託するとも言いつもりなのだろうか。県南の精神科医療について県の方針が全く見えてこない。県南の基幹的役割を維持するなら、精神医療センターは名取市内に残るべきである。

2. 本院と分院の機能について

県の回答では、富谷市の本院機能は「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」ことを想定しているという。当初は、全県の精神科救急と身体合併症対応の2つが移転合築の目的とされていたが、何故か身体合併症の文言が抜け、今度は災害時の体制に置き換わっている。これは恐らく、救急搬送基準の策定など、その後の動きによって、身体合併症に対して東北労災病院と合築する意義が薄らいだことが関係していると思われる。

精神科救急の全県カバーも現実的には困難であることは既に指摘されている。また、昨年度の精神医療センターの夜間救急入院139名中69名(49.6%)は措置入院であることが明らかになっている。措置入院は、県職員あるいは仙台市職員が責任をもって移送するのであって119番通報の救急隊が同乗した救急車を使った入院にはならない。つまり、一般社会が考える救急とは異なる精神科救急の実態がある。措置入院の受け入れは、富谷市であっても名取市であっても変わるところはない。

同じく、災害の拠点が富谷市である必要はない。今、正に能登半島地震が発生したばかりだが、DPA T先遣隊が名取市から出発するのも富谷市から出発するのも大きな違いはない。先遣隊は精神医療センターから派遣するとしても、その後のDPA Tは県内精神科医療機関が交代で派遣されることになる。今回も先遣隊と第2隊は精神医療センターであるが、その後は国立仙台医療センター、仙台市立病院、仙台市精神保健福祉総合センターで順次継続する予定であった（現在、派遣は一旦中止状態）。また、労災病院と合築したからといってDPA Tが労災病院と一緒に活動する訳でもない。

一方、名取市の新たなサテライト分院の機能は、「外来機能、デイケア、訪問看護のほか、入院機能も含め、検討を行っているところ」とされているが、「児童思春期患者やクロザピンの治療を受けている患者については」富谷市に移転する新センターで全県を対象として対応するから分院の機能としては考えていないという回答である。名取市周辺に居住するこれら患者に対する配慮は全く見られない。

今、精神科における医療は、地域の中で生活しながら医療を受けるという考えが主流である。地域包括ケアの目標も、各地域において地域に根ざした医療を展開することにある。富谷に移転して全県をカバーできるという発想は時代に逆行している。実際、長年にわたり全県を一圏域としてきた精神科の地域医療計画も、第7次計画からは二次医療圏ごとに細分化する方向で方針転換が図られている。

そもそも、県立精神医療センターの中核的役割とは何だろうか。精神科救急と災害医療が中核的機能なのだろうか。精神医療センターについては、令和元年12月に「宮城県立精神医療センターの今後のあり方に関する報告書」が公表されているが、改めてそこに書かれた「果たすべき医療機能」を以下に要約する。

果たすべき医療機能

① 政策的医療

イ 精神科救急

ロ 処遇困難例や民間医療機関での対応困難な高度な専門医療

② 民間医療機関との役割分担や連携のもとでの専門医療

イ 児童・思春期 ロ 発達障害 ハ 依存症

③ 地域の精神医療水準の向上

イ 地域移行・地域定着の取組

ロ 新しい治療技術や先進的な医療の展開，研修提供体制の検討

ハ 県内において良質かつ適切な医療を提供

ニ 多くの職種の人材育成

④ 災害対応の拠点

⑤ その他

イ 身体合併症対応 近隣の一般病院との連携体制の構築により対応

ロ 行動制限等の処遇に対する検討

ハ 医療観察法病棟の開棟のニーズがあるか慎重に検討

ニ メンタルヘルス対策

ホ 行政からの委託業務に協力

政策的医療として期待されたのは、精神科救急と高度な専門医療である。身体合併症対応は「その他」の中の下位項目に過ぎない。精神科における「高度な専門医療」の中には、地域の社会資源と連携し、処遇困難例であっても、地域で生活できることを目指すことが含まれる。今、精神科医療は長期入院によって患者を隔離する入院中心の医療ではなく、地域と連携しながら患者が地域の中で生活しながら医療を継続する医療へと変貌しつつある。県内各圏域においては、そのようにシフトした民間病院が確実に増えている。その民間病院と競合せず、県立のセンターとしての中核的役割とは何か、今回の合築移転構想には抜けている。

また、「退院後のケアについては、富谷市を中心とした支援体制の構築が必要で、5年程度を目処に受け皿整備を進める」とされているが、退院後の受け皿は各地域に必要なのであって、富谷市周辺だけで必要なのではない。措置入院や精神科救急で遠くから受け入れた患者は、退院後は元の遠くの地域に退院するのであるから、富谷市周辺だけで受け皿を整備するのでは片手おちである。そもそも、まだ存在しない新センターのために富谷市周辺に退院後の受け皿を作っても意味がない。県が目指すべきは、精神障害者が当たり前に生活できる地域包括ケアシステムの構築および地域住民に対する啓発活動であり、「退院後」の受け皿

作りではない。宮城県は、市町村合併がなされた県北と、市町村合併のなかった県南では、地域事情が異なるのであるから、市町村単位とされる地域包括ケアシステムは当然地域の特性に見合ったものでなければならない。富谷市周辺で整備するから、それが全県に及ぶと考えるのは間違いである。

3. 財政と人員配置

県の回答を読むと、財政と人員配置についても今後の検討課題であるとし、明確な方針は示されていない。ダウンサイズするから運営費負担金は減少するとのみ回答しているが、名取分院に対する運営費負担金についてのシミュレーションは当然なされているはずである。民間病院の公募に際し、病床規模が100床程度の分院では経営的に厳しいことを指摘したが、サテライト構想でも同様の問題に直面するはずである。経営が厳しいから無床あるいは最大30床にするというのなら、そもそも民間病院の公募は何だったのだろうか。民間には厳しい経営を要求し、いざ自前で実施しようとするると財政的に厳しいから無床か30床にするというのでは、誰もが納得するはずがない。

当協会は県立病院機構が所有する仮設住宅跡地に新センターを建築することを提案しているが、それは財政と人員配置も考慮した上である。土地の購入費は必要なく、ダウンサイズした分が運営費負担金の軽減になり、人員配置もこれまでの配置を踏襲できる。提案地は、土地が道路より低いという難点はあるが、半地下を駐車場にするなどの工夫で、問題は解決できるはずである。東北労災病院と合築・移転することで、県立精神医療センターが受ける財政的メリットは何なのか、県民と議会が納得する説明を県は示すべきである。

4. 民間競争、民業圧迫について

当協会の質問に対し、県の回答では、富谷では措置入院や夜間入院、身体合併症への対応が必要な患者と、現在入院中の一部を受け入れるだけだから、民間競争にはならないとされている。しかし、先に述べたように、県の中核的病院の機能がこれだけで済むはずがない。精神科救急と身体合併症対応だけでは新センターの経営は成り立つはずがなく、この先、長期に機能する中で、当然、周辺の民間病院と競争するのは目に見えている。せっかく急性期治療に転換し地域連携を推し進めようとする民間病院の熱意を削ぐものである。

また、民間病院には後方支援の役割を担ってもらうという意図も垣間見えるが、精神医療センターで早期退院ができなかった患者は、いわゆる難治例であり、かつまた長期入院が想定される患者である。退院後の受け皿整備を言いながら、退院できなかった難治例は民間病院が引き受ければよいと主張するのは論理的に矛盾している。

富谷に移転した場合、周辺の民間病院との競争は不可避であり、これまで築いてきた官民のバランスを崩し、最悪の場合には共倒れになることを考えるべきである。

5. 基準病床数について

現在、宮城県の精神科病床数は基準病床数より約1,500床の過剰となっている。これは、過去の県の施策に問題があったからである。宮城県は地域包括ケアを先進的に実践していたため、地域で支える体制が整っており、そのために入院を未然に防ぐことが可能であっ

た。そのため、他県に比べて精神科病床は少なくて済み、人口万対精神科病床数は20を切り、全国的にも精神科病床数が少ない優良県であった。

ところが、このことが、宮城県は国が定める基準病床数に対し精神科病床数が不足する県とされ、新たな精神科病院の開設が次々と申請された。当時の精神科の専門家からは、精神科の将来像を考えるなら精神科病床数をこれ以上増やすべきではないと反対の声が上がったが、県はその声を聞かず開設を認可し、結果的に認知症に特化した精神科病院が増え、精神科病床は一気に増え、入院患者も一気に高齢化した。その後、基準病床数の計算式が変更されたため、今や宮城県は精神科病床数の過剰県になったという経緯である。そして、認知症患者は早期退院が困難なため、宮城県の退院率も地域移行率も全国平均より大きく下回っている。専門家の意見を聞く姿勢は大事であることを改めて強調したい。

さて、仙台市立病院精神科は、元々16床であったが、県内では身体合併症に対応できる精神科病床が不足しているという理由で、例外的に現在の50床に増床が認可された経緯がある。しかし、この50床が満床になることはない。つまり、身体合併症に対応するからといって、多くの精神科病床数が必要な訳ではない。山口県では県立の総合病院内に精神科病床を新たに作る計画があるが、10床である。精神医療センターの夜間救急は措置入院を含めても月平均12名であり、精神科救急と身体合併症対応を中核的役割とする新センターに170床もの病床数は必要ない。また、災害医療には病床は不要である。

現在名取市内にある精神医療センターの年度末入院患者数は、定床258床に対し、最近5年間では、183、163、172、166、158人であるから、名取市内に新センターを建設するなら170床規模は妥当だが、富谷市内の新センターなら170床は過剰である。身体合併症に対応する必要があるなら、東北労災病院内に小規模の精神科病床を作ればよく、それを県が提供して「病院再編」にすればよいのである。そうすれば、富谷の土地購入も節約可能である。

おわりに

改めて問いたい。精神科における中核的役割とは何なのだろうか。「高度な専門医療」とは何なのだろうか。それは東北労災病院と合築しなければ実現できないのだろうか。富谷市に移転しなければ実現できないのだろうか。

知事は「移転が問題ではない」と記者会見の場で発言している。我々はこれまで「富谷移転」に反対してきたが、県の意図するところは移転ではなさそうである。真の目的は「病院再編」の名の下に、国から財政支援を受けることのようなのである。我々が仮設住宅跡地に精神医療センター単独で移転することを提案したのに対し、県は東北労災病院と合築するには土地が狭すぎると反論している。つまり、地域医療構想の枠内にある東北労災病院の再編統合が県の大前提なのであって、サテライト分院案を出してまでこの一線を譲ろうとしない。

「病院再編」の名の下に国から高額の財政支援を受けることは県にとっては重要課題なのだろうが、そのために宮城県の精神科医療が犠牲になってはならない。精神疾患患者、精神障害者、その家族、地域の支援者が犠牲になってはならない。