

宮精協逆提案に対する県の反論(資料2-1)に対する反論

令和5年10月10日開催の精神保健福祉審議会において提出された資料の中で、県は宮城県精神科病院協会(以下宮精協と略)が提案した逆提案に対して反論を述べている。この反論は、これまで同様、精神科医療の現状について県の理解不足が根底にあると考え、宮精協として以下のように反論する。

1. 身体合併症対策は、政策医療なのか、それとも、精神医療センターのためのものか？

県の反論を読むと、身体合併症対策が政策医療なのか、単に精神医療センターの個別の問題なのか曖昧である。もし政策医療であるなら、現在進めているという東北労災病院との協議内容について公開し、政策医療としての適否について審議会にかけろべきである。政策医療であるならば、全県の身体合併症対策に有効なものでなければならない。

しかし、県の反論を読むと、県が問題にしているのは、①精神医療センター入院中の患者に身体合併症が増えていること、②治療抵抗性統合失調症の治療に身体管理が必要なこと、③精神科救急の中に身体合併症を伴う患者がいること、の3点である。

①に関しては、現在どの精神科病院でも直面している問題であり、各病院は自助努力によって近隣の一般科医療機関と連携を取っていることが宮精協の緊急アンケート調査で分かっている。精神医療センターがむしろ出遅れた状況にあると言える。同じ病院機構が運営するがんセンターが近くにあるのに、どうして連携がとれなかったのだろうか。県からは、がんセンターは研究機関でもあるから身体合併症の対応には適さない病院だという主旨の発言が審議会の中であつたが、それならどうしてがんセンター西側にかつて移転を計画したのだろうか。

②に関しても同様である。精神医療センターだけが治療抵抗性統合失調症の治療をしているのではない。県内の幾つかの民間単科精神科病院でも同様の治療を実施しており、状況は精神医療センターと全く同じである。県は、精神医療センターの話ばかりを聞いて、精神医療センターだけに都合良い医療を「政策医療」だとしているのではないか。

③については次に述べる。

2. 精神科救急の中に身体合併症を伴う患者がいる問題

今回明らかにされた精神医療センターの救急のデータでは、一般科優先(つまり身体的治療優先)のため精神科救急を断ったケースは令和3年度で57件だという(夜間救急で48件、平日・日中で9件)。件数からすると週1件程度である。広く一般科といっても、それぞれに専門性があること、及び、夜間救急での依頼が圧倒的に多いことからして、仮に東北労災病院と合築したとしても、同院が全ての身体合併症患者を受け入れるとは限らない。経験的には、せいぜい半数以下と推定され、決して多い件数ではない。そう考えると、精神科救急における身体合併症対策が政策医療の最優先課題とは思われない。一部県会議員が申し入れたように、仙台市立病院との連携強化で十分対応できる件数である。

3. 名取市に新たな民間病院を誘致することについて

この問題については、既に何度か批判したので詳細は省略するが(宮精協ホームページ参照)、今回、県の主張を読むと、すべての業務を引き継ぐわけではなく、例えば医療観察法の通院患者の受け入れは想定していないという。では、現実的に名取周辺を生活の場に行っている同法の通院患者はどうすればよいのだろうか。誘致する民間病院が医療観察法の指定通院医療機関でなければ、通院できなくなるのである。富谷まで通院しろと言うのだろうか。同じく、児童・思春期関連で県南に住む患者家族はどうすればよいのだろうか。クロザピンの治療を受けている患者はどうすればよいのだろうか。現場の状況を正しく認識し、精神医療センターがこれまで果たしてきた大きな役割を評価するならば、「引き継ぐ業務は少ないから大丈夫」とは言えないはずである。現場の患者家族のことよりも、応募要件を緩和して民間誘致を優先しようとする県の対応は極めて問題である。

4. 富谷に身体合併症に特化した民間病院を誘致することについて

宮精協の逆提案は、名取に民間病院を誘致するくらいなら、富谷に誘致する方が現実的と考えて主張したものである。あまりにも唐突な知事の提案に対し、民間病院の立場からすると富谷の方が応募しやすいという考えを述べたものである。逆提案には整合性がないと県が指摘する小規模病院の経営については、「名取に公募する医療機能を考慮した場合」、小規模病院の経営は成り立たないと発言したものであり、仮に東北労災病院がワンフロア、あるいはその一部を民間病院に貸し出す意思があれば、医療機能・経営面を含めて協議は当然必要である。

しかし、我々の本意は**東北労災病院が自前の精神科病棟を併設すること**にある。身体合併症の問題は、高齢化した長期入院患者に限らず、今後は地域で生活する精神障害者においても増加することが指摘されている。そのため、精神科を併設した総合病院あるいは精神科をベースにしたMicro総合病院の必要性を提唱する声もある(精神経誌Vol.125, p.794-797, 2023)。

東北労災病院にとっては、精神科病棟の併設により、全入院患者に対して医療費の加算が付くなど、経営的なメリットもあるはずである。いわゆる**総合病院精神科が県内で5つに増える**のも好ましいことである。これこそ、民間誘致などと言わず、**政策医療として県が推進すべき事**ではないだろうか。併設する精神科の機能は、身体合併症対策に特化したものに限定すればよいので病床数は少なくとも済むはずである。かつて仙台市立病院精神科は16床で始まったが、当時より診療報酬上のメリットは大きくなっている。また、2022年9月29日の河北新報記事によれば、富谷市は東北労災病院に対して5～10年の財政支援をする予定であることから、これを活用することも可能である。(合築の場合、精神医療センターには財政支援しないという。)

5. 土地の問題

我々は移転先として名取の仮設住宅箱塚桜団地跡地を提案している(4頁資料参照)。精神医療センター単独での移転を想定しているので面積的には十分であるし、病床数も170床からダウンサイズする必要もないので、県の反論は当たらない。県は県道隣地の買収が必要だと言うが、我々が登記簿を取り寄せたところ、その県道隣地の約半分は県有地であり、買収する必要はない。県道から直接救急車の出入りは可能である。道路と土地の高低差は設計で工夫できるものであ

る。何故か今回、突然この土地についても埋蔵文化財のことが書かれているが、宮城県遺跡地図情報で調べると埋蔵文化財は無い土地であることが判明する(4頁資料参照)。県はいい加減な事を書くべきではない。これではますます信用を失うばかりである。

前回審議会で、この土地に精神医療センター単独で病院を建築するとしたら完成予定はいつになるか調べるように県に求めたが、その回答を改めて求めたい。我々は建設会社に相談し**170床程度の病院は十分に建築可能**であることを確認済みである。

6. 東北労災病院との「合築」には大義がないことを認識するべきである。

県は頑なに東北労災病院と精神医療センターの「合築」を改めようとしませんが、我々はこの意図が全く理解できないでいる。これは多くの県民の声でもある。そもそも東北労災病院と精神医療センターには互いに重複する診療科は無く、将来的にも運営母体は異なるので、**真の意味での「再編統合」には当たらない**のである。また、現在問題になっている医療機関の再編統合は、将来の人口予測に基づいて一般科の医療供給体制の再編統合を議論するものであるが、精神科においては、人口が減少している児童・思春期において発達障害等の精神疾患が急増するなど、**人口予測に基づいた再編統合は馴染まない**世界である(5頁資料参照)。それを東北労災病院の再編統合と同次元で語るのには、構想の手法が根本から間違っていると云わざるを得ない。

東北労災病院と精神医療センターの「合築」は、両者にとってはメリットがあるのかも知れないが、**県全体の精神科医療を考えた場合、富谷移転のデメリットの方がはるかに甚大**である。この合築・移転に精神科医療関係者の殆どが反対するのは当然の結果である。

県は名取で土地を探してきたが見つからなかったと言い、また老朽化がひどいので早期移転新築が必要だと言い続けてきた。今、県との間に信頼関係が失われつつある現状において、令和元年の「あり方検討会議」時点で、既に富谷移転構想があったのではないかと強く疑うところである。もし富谷の土地が確定するまで意図的に移転新築を遅らせていたとすれば、これは我々と県民に対する裏切り行為である。

老朽化対策として移転新築を急ぐなら、合築計画を早急に断念するべきである。次善の策として分院を作って県立精神科病院を2つにするなどと悠長な事を言う状況ではない(宮精協ホームページ掲載の「県立精神医療センター分院の問題点と提案」参照)。当事者の声にあったように「**場当たりの方針転換が続くのでは、当事者の不安を増長させるばかり**である。当事者に寄り添う姿勢を今こそ県は示すべきである。

最後に、県の反論にはこうも書かれている。にも包括(地域包括ケアシステム)は、「むしろ地域の民間医療機関がその役割を果たしていくべきものと理解しています」と。この文言には、県の精神科医療に対する「本音」が如実に表されている。つまり、公的病院である精神医療センターは、地域包括ケアシステムに参与する必要はないという立場である。何という高飛車な上から目線であろうか。官民協力し培ってきた宮城県の精神科医療の根本原則とは真逆の思想であり、**民間病院であっても公的役割を担ってきた精神科特有の歴史と現状**に対する認識不足である。当事者や専門職の意見に耳を傾けようとせず、机上で物事を考えるからこうなるのだとしか思えない。県の精神科医療政策には失望を禁じ得ない。

以上

【参考資料】

1. 我々が提案する「応急仮設住宅箱塚桜団地」跡地



2. 宮城県遺跡地図情報

地理院地図
GSI Maps



ピンク部分が埋蔵文化財のある土地。
仮設住宅跡地には埋蔵文化財は無い。

3. 診断が発達障害圏であるものの増加

いわゆる発達障害圏の診断名が含まれる F8、F9 を主診断とするものが、自立支援医療と精神保健福祉手帳で占める数と割合の推移（仙台市：令和 1～4 年度）

ICDの診断コード	自立支援医療				精神障害者保健福祉手帳			
	R1	R2	R3	R4	R1	R2	R3	R4
年度								
F8	725	884	960	1,087	636	733	859	987
F9	575	744	783	919	474	536	603	692
総数	16,949	18,774	18,461	19,448	10,412	10,965	11,862	12,620
F8とF9の割合	7.7%	8.7%	9.4%	10.3%	10.7%	11.6%	12.3%	13.3%