

別添

## 1. 精神医療センターの移転・合築の反対意見理由

### 1.1 精神医療センターは宮城県地域医療構想の枠外である。

地域医療構想は、将来の人口推計を基に2025年に必要となる病床数を推計した上で、圏域の調整会議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取組みである。「4病院再編」とよく言われるが、宮城県立病院機構宮城県立がんセンター(以下、県立がんセンター)、日本赤十字社仙台赤十字病院(以下、仙台赤十字病院)、独立行政法人労働者健康安全機構東北労災病院(以下、東北労災病院)の3病院は、この構想の枠内にあるが、精神科は地域医療構想の枠外とされており、地域医療構想における病院再編の必要性は精神科には当てはまらない。調整会議の場で精神科が話題に挙がったこともない。

COVID-19 の世界的流行が示したように、医療は人口予測だけで必要病床数が決められるものではなく、精神科においても、人口が減少している児童・思春期の年齢層において、発達障害等の精神疾患がむしろ急増している現状があり、精神科医療は人口予測に基づいた再編統合には馴染まない領域である。つまり、地域医療構想の枠外である精神科病院の再編について、地域医療構想における病院再編と同次元で論じることは根本的に間違っている。

### 1.2 県南の地域包括ケアシステム(通称、「にも包括」)が壊れる。

精神医療センターの前身の「県立名取病院」は1957年に開院した。当時から、同院を中心に市町村保健師と県保健所が連携した地域保健活動を独自に展開してきた歴史があり、これは国が現在進める地域包括ケアシステム(通称、「にも包括」)の先駆的活動であった。今も同センターが中心になり精神障害者が地域で生活できる基盤をつくり、同センターの通院及び入院医療、デイケア、訪問看護、児童・思春期の専門的治療、医療観察法の通院処遇患者への対応、周辺市町村の地域精神保健福祉活動への支援、周辺地域の社会復帰施設との連携等々、多彩な活動を展開している。然るに、同センターが名取市から撤退した場合、県南の地域包括ケアは、その基盤を失ってしまい、長年築いてきた地域包括ケアの維持は困難になる。一方、県北に新たに「にも包括システム」を作るとしても、長期にわたる労力と地域の理解が必要となるし、市町村合併の多い県北においては、県南の地域保健活動がそのまま通用するとは考えられない。地域包括ケアの理念は、地域の中でいかに精神障害をもっている人を差別なく支えていくかということが原点であり、精神医療センターの富谷移転を前提にした特定の地域を重点地域として予算措置するのではなく、県全体を見渡した広い政策を展開するべきである。

### 1.3 合築では身体合併症を併発した救急医療の解決にはならない。

高齢化に伴い、精神科医療において身体合併症対策は重要な課題である。これは広く大きな問題であり、精神医療センターと東北労災病院が合築するだけで解決する問題ではない。今後、地域で生活する精神障害者においても身体合併症が増加することが指摘されていることからすれば、地域ごとに解決を考えるべき問題であって、二者だけの問題にせず、広い視野から対策を考えるべきである。

仮に東北労災病院と精神医療センターの合築に意義があるとすれば、「精神科救急における」身体合併症対策であるが、公表されたデータからは件数が多いとは言えず、東北労災病院の専門領域や同院の夜間救急体制を考えると、合築によって解決出来る件数も決して多くはない。また、現場に到着した救急隊は、消防法によって定められた手順に従って行動するだけであり、搬送先に東北労災病院が選ばれるとは限らないので、合築する意義は元々低い。また、従来身体的精査が出来ないとしていた現精神医療センターにもようやくCT検査室が完成し、対応できる幅は既に広がっており、この点でも合築の意義は薄らいでいる。

県全体の医療政策を考えるなら、「合築」ではなく東北労災病院に精神科を併設し、全国に比べて少ないとされる「総合病院精神科」を増やすべきである。

註) 宮城県が株式会社日本経営に委託した「仙台医療圏地域医療構想推進業務 仙台医療圏の医療提供体制に関するデータ分析及び課題の整理(外部環境調査) 2023」報告書によれば、「宮城県内の身体合併症を診療している精神病床を持つ病院数は、全国と比較し、少ない。(人口10万人対施設数において、全国中央値1.06施設、宮城県0.70施設)。この傾向は、身体疾患治療の必要な精神疾患患者の受け入れ可能な精神科病床を有する一般病院においても同様(全国中央値0.88施設、宮城県0.53施設)である。」とされている。この課題を解決するには、東北労災病院に精神科を併設することが真っ当な医療政策である。

### 1.4 富谷移転では、新センターは経営困難に陥る。県の財政負担も膨大になる。

富谷の新精神医療センターが経営を維持するためには、一日あたり153人の入院患者数が必要だと日本経営は分析している。現在入院中の長期入院患者を連れて移転した場合、一日あたり153人の入院を維持するためには、年間400人の入院が必要と推定される。仮に民間病院を名取市に誘致した場合には、新センターは新天地でゼロからの出発となるため、年間600人以上の入院がないと経営を維持できないと推定される。救急と身体合併症だけで年間400人、あるいは600人の入院患者を獲得することは困難であるため、畢竟、近隣の急性期を中心にした基幹的民間病院と競合せざるを得ない。結果的に、仙台医療圏を越えて、県北の医療圏も巻き込んで、官民が経営的に共倒れになる危険がある。これは外来診療についても同じである。

地域医療構想が求める「医療施設の最適配置」とは真逆の事態が精神科医療では生じることになる。

また、富谷市が「提供」する病院用地は東北労災病院には無償であるが、精神医療センターには有償であることが、第7回精神保健福祉審議会で明らかになり、その土地の購入費は恐らく億単位になると予想される。これは県の財政負担となり、ひいては県民の負担となる。健全な県財政を考えるなら、土地を購入する必要のない仮設住宅跡地への移転を考えるべきである。

また、名取市に誘致する民間病院に対し、看護師や医師を出向させる構想、あるいは県が言い出しているサテライト(分院)構想も、新センターの経営を圧迫し、ひいては県の財政負担を増やすものである。24時間365日の精神科救急を維持するため、精神医療センターは現在当直2名体制を採っており、既に医業収益に対する人件費率は高くなっているが、救急と身体合併症にシフトした新センターでは入院患者の増加は期待できず、医業収益に対する人件費率は更に高くなると予想される。

なお、富谷市長は令和4年12月開催の第4回定例市議会において、「県立精神医療センターにつきましては、県立でございますので、そちらへの支援というのは全く想定しておりません。今回、労災病院のほうは民間でありますので、そちらに対して、やっぱり支援が必要だということで考えているところでございます。」と答弁している。この答弁の理屈に従えば、我々が逆提案した「民間病院を誘致するなら富谷市へ」が実現した場合、同市に開設する民間の精神科病院は土地も含めて富谷市から財政支援を受けられることになる。精神疾患患者、精神障害者ばかりでなく、民間精神科病院に対しても富谷市が「差別」することがないことを我々は切に願うところである。

### 1.5 構想段階において精神障害者当事者が参画していない。

2014年1月20日に批准している障害者の権利に関する条約(略称:障害者権利条約)、意思決定過程における障害当事者の関与条約の第4条(一般的義務)締約国は障害者に関する問題についての意思決定過程において、障害者と緊密に協議し、障害者を積極的に関与させるよう定めているいわゆる“Nothing About Us Without Us”(私たちのことを、私たち抜きに決めないで)の考え方である。今回の移転・合築計画は当事者の声を重視した構想とは思えず、当事者の意見を聞いておらず障害者の権利を無視している。

令和5年度第7回宮城県精神保健福祉審議会において意見聴取した「2.23 みやぎユーザーズアクション実行委員会」は明らかに移転に反対している。

### 1.6 名取市への民間病院誘致は問題解決にならない。

精神医療センターが名取市から撤退した場合、県南に取り残される患者、家族、地域の支援者のために県は民間病院を名取市に誘致する案を提案した。しかし、この構想は以下の点で問題が大きい。仮に応募する病院があった場合、県は建築費の一

部負担など一民間病院に付度してはならないし、また、開設した民間病院に対しては、誘致の目的が達成されているかどうかを、責任をもってモニタリングする必要がある。

#### ① 精神医療センターの役割の継続は困難である。

県立精神医療センターは「にも包括」を先駆的に推進する一方、デイケア、訪問看護、児童・思春期の専門的治療、医療観察法の通院処遇患者への対応、周辺市町村の地域精神保健福祉活動への支援、周辺地域の社会復帰施設との連携等々、多くの実績を上げている。その功績は大であって、これを100床規模の民間精神科病院が簡単に引き継げるものではない。この指摘に対し、県は医療観察法の指定通院患者、児童・思春期の患者、クロザピン使用中の患者への対応は富谷の新センターで実施するから、名取に公募する民間病院はやらなくてよいと主張している。現に県南に居住し、地域の支援を得ながら生活を維持しているこれら患者に対応しなくてよいなら、民間病院を名取市に誘致する意味はなく、県の主張は民間誘致の目的と矛盾している。

また、児童・思春期の医療について、現在、精神医療センターの外来患者の10%は児童・思春期関連の疾患である。公表されたデータによれば、「児童思春期外来患者は241人で、うち仙南45人、太白区35人、名取市58人、岩沼市20人ほか」となっている。少例ではあるが医師が巡回相談も行っている。児童・思春期の問題は、いじめ問題に象徴されるように、教育現場、交友関係、家族関係等に関わることが多く、患者ひとりに対応して済む問題ではない。心理職を含め多職種で対応しなければならない事例も多い。児童相談所との連携も必要である。県立こども総合センターが名取市に設立されたのも、県立精神医療センターとの連携ができるからである。宮城県が誘致する民間病院は、急性期もカバーする小規模病院であり、児童・思春期の病床を確保することは困難であり、県南部の児童・思春期の医療が継続できなくなることは明らかである。

治療抵抗性統合失調症患者（他の抗精神病薬で十分効果が得られない、または副作用が出現するために十分に薬を増やすことができない場合の患者）にはクロザピンの投与が推奨されており、現在精神医療センターでは23人が同治療を受けている。これだけ多くの患者を民間病院が引き受けることは困難であるし、富谷まで通院しろというのも現実的ではない。

精神医療センターが名取から撤退した場合、県南には基幹的精神科病院が無くなることについて、県は誘致する民間病院には基幹的役割を担ってもらってもりだと回答している。100床規模の民間病院が、仙南医療圏と仙台医療圏南部の基幹的役割を担うことは、現実的には困難である。

② 地域医療計画の精神科病床数と整合性がない。

宮城県第8次地域医療計画(令和6年4月から)における精神科病床の基準病床数は4,618床で、現在の精神科病床は6,124床である。今回の精神医療センターの改築にあたって88床の減床が想定されているが、名取市に新たな民間病院が開設された場合、県全体で1床しか減らないことになる。官民に求められている精神科病床の大幅な改善に全く寄与しないばかりか、病床削減しようとする民間病院の意欲を損なうものである。

③ 民間病院も富谷の新センターも経営は悪化する。

100床規模の民間精神科病院の経営は極めて厳しいことが従来から言われている。小規模であっても日当直医の確保は必要であるし、夜勤の看護師やコメディカルスタッフの確保が必要であり、人件費率が高くなることが経営困難の一因である。当初は県職員が出向するとしても、いずれマンパワー不足は避けられない。一方、名取市に民間病院が開設された場合、富谷の新センターはゼロからのスタートとなり、救急と身体合併症対応だけでは患者は充足せず、当初から大幅な赤字を覚悟せざるを得ない。いずれ近隣の急性期中心の民間病院と競合して共倒れになる危険が高く、仙台医療圏だけの問題では済まず、県の政策医療としては問題が大きい。

④ 出向職員と民間病院の職員ではチーム医療は困難である。

県は出向職員と民間病院の給与の差額は病院機構が払うという。これは出向を促す意味合いがあると思われるが、給与に格差のある者同士が同じ医療現場で同じ仕事をするのでは不満が募るばかりである。精神科にとって最も大事なチーム医療は不可能である。

⑤ 誘致するなら、宮精協の逆提案の方が現実的である。

当協会の本意は、東北労災病院に精神科を併設することであるが、名取市に民間病院を誘致するくらいなら、富谷市にこそ誘致するべきであるというのが当会の逆提案である。この場合、身体合併症に特化した小規模の病院で構わないし、民間であるから富谷市から土地の無償提供を含めた財政支援を受けられる可能性もある。将来的には東北労災病院と統合して総合病院精神科を県内に1つ増やすことも可能である。

## 2. 精神医療センターの施設の老朽化による名取市内での建替案について

我々は、精神医療センターの移転先として、応急仮設住宅箱塚桜団地跡地（箱塚）案を提案している。

名取市箱塚1丁目12番(応急仮設住宅箱塚桜団地跡地)

敷地面積 12,991㎡

※現在地の県道を挟んだ通称精神医療センターグラウンド

上記提案用地は県立がんセンターと県立精神医療センターを運営する宮城県立病院機構の所有地であるため、新たに土地を購入する必要はない。

当会の提案に対して県は以下の課題(「 」書き)を指摘し、この土地は相応しくないと主張しているが、それに回答する形で当会の提案用地について説明する。

### ①「面積が12,000㎡で建て替え場所として手狭」

提案用地は名取市土地計画総括図によると容積率は200%、建ぺい率60%で、2万㎡程度の病院は十分に建設できる。予定している病床数は170床程度であり、「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」で提案された完全個室の71.4㎡/床で計算しても12,000㎡であり、敷地として十分に利用できる。

県は富谷市が提供する面積60,000㎡を敷地面積として審議会(令和5年第7回)に参考資料7として提出し、提案用地に並列で記載し、提案用地との違いを際立たせようとしているが、60,000㎡というのは東北労災病院(現在548床)と精神医療センター(170床の予定)との合計値である。精神医療センターとして建坪にどのくらい利用できるか依然協議中とのことであり、「提案用地は狭隘」との印象操作的手法で県民の意見を操作しようとするやり方は批判に値する。

また、現精神医療センターは元々384床で運用していた建物であり、その延床面積は15,011㎡である。新センターの病床数はその半分以下であり、仮に全室個室にしても、提案用地の面積に不足はない。仮にそれでも土地が狭いというのなら、全室個室ではなく、救急棟の一部と救急以外の病棟に相部屋を増やすくらいの工夫はあって然るべきである。

### ②「敷地へ進入路に関しての課題」

#### ②-1「アクセス道路が非常に狭い」

応急仮設住宅箱塚桜団地として利用していた時の進入路は東側住宅街の中を利用していた。病院用地として利用する場合、進入路として適切な広さとは言い難いが、登記簿から県道と病院機構所有地の間に「県有地」があり、県がその土地を提供すれば、県道から直接乗り入れが可能で、新病院の出入口として活用できる。

②-2 「県道からの乗入れの確保のために、県道の上り車線と下り車線の高低差を解消する工事が必要となり、県有地のほか民地である県道隣接地が施工範囲に含まれ用地買収や補償が必要となり、事業実施の不確実性が存在するとともに、複数年の工期が想定されその間、交通量の多い県道で片側交互通行を強いられることとなる」

県は県道を右折して乗り入れさせることを前提として上記を課題としているが、仙台市にある年間約3,000台の救急搬送を受け入れている中嶋病院は、上下線間に中央分離帯があり、同様の問題を抱えるが、救急車は交差点で U ターンして出入りしている。道路交通法の改定で右折矢印信号での U ターンが可能になっており、一般車両も U ターンは可能である。U ターンでなくても精神医療センター跡地に左折し、迂回してくれば左折での乗り入れ可能である。上下線の高低差を無くす工事をする意味合いはない。もっと大局的に判断すべきである。

### ③ 「救急車のサイレンが住民に迷惑」

県の主張は仮設住宅当時の東側住宅街をアクセス道路として想定しているのでこの問題があるが、提案用地の乗り入れ道路は県道側であるので、現在地の精神医療センターへの救急車進入時と同様と考えられる。また、精神医療センター単独での移転新築を想定しているので、救急車による搬送は多くないはずである。

年間3,100台の救急搬送のある労災病院と合築する場合、第1種低層住居専用地域(夜間の自動車騒音限度基準は65デシベル以下)である明石台団地をアクセス道路とされる周辺住民への影響の方がはるかに大きく、十分な配慮が必要と考えられる。

※ 救急車のサイレンの音の大きさは、道路運送車両の保安基準第 49 条により、緊急自動車の前方 20 メートルの位置において 90 デシベル以上 120 デシベル以下と定められている。

### ④ 「提案用地の東側にわずかに埋蔵文化財の可能性はある」

提案用地の東側にわずかに埋蔵文化財の可能性があるので、その調査に時間がかかると県は主張するが、宮城県遺跡地図情報によれば真にわずかであり、ここを除いて開発しても全体計画に影響は出ない。

また、周辺の埋蔵文化財状況を知ることは必要であり、現に埋蔵文化財の可能性のある土地(宮城県遺跡地図情報による)上にある救急棟の増築時に調査した埋蔵文化財についての調査内容とその調査期間を公表すべきである。

そもそも、提案用地に対する県の主張する「課題」には、「富谷移転」が絶対でありそれに反する主張はすべて「課題」として葬りさろうとする意図が見え隠れする。

しかし、我々は専門家としてエビデンスに基づき意見を述べているのである。

おわりに

精神科医療は他の診療科と異なる側面がある。メディカルモデルだけでなく、リーガルモデルの側面である。

例えば、精神科医療は精神保健福祉法に則った医療を実施しなければならないが、同法の権限は、政令指定都市である仙台市にも県と同等に与えられている。措置入院の権限が、県知事同様、仙台市長にも与えられていることが正にその典型である。つまり、仙台市における精神科医療は、精神保健福祉法上、県の精神科医療と対等の独立した立場にある。

一方、地域医療計画の立案は仙台市に権限はなく、しかも、二次医療圏の一つである仙台医療圏は仙台市だけでなく周辺13市町村を含めて仙台医療圏となっている。このように、精神科医療における仙台市と県の立場は複雑な関係にある。そうであるからこそ、両者は互いの状況を正しく認識し、理解し合う必要がある。

県が精神科医療について地域医療計画や地域医療構想を立案する場合、精神保健福祉法上は独立した立場にある仙台市および周辺地域、更には全県の精神科医療を十分に理解していなければ、計画そのものを間違えることになる。今回の東北労災病院と精神医療センターの合築・移転は、「精神科救急における身体合併症の対応」には多少のメリットはあるとしても、各地域における身体合併症の対策にはほど遠く、地域包括ケア、児童思春期の医療、圏域における基幹的役割、県内の精神科病床の適正配分等々、多くの面でデメリットが大きい。

この構想に対し、当事者とセンター職員と「反対派」だけが反対しているのではなく、多くの専門家が、専門家としての立場から反対しているのである。

知事と県の担当者は、今一度、精神科医療のあるべき姿を、広い視野から冷静に考えるべきである。

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

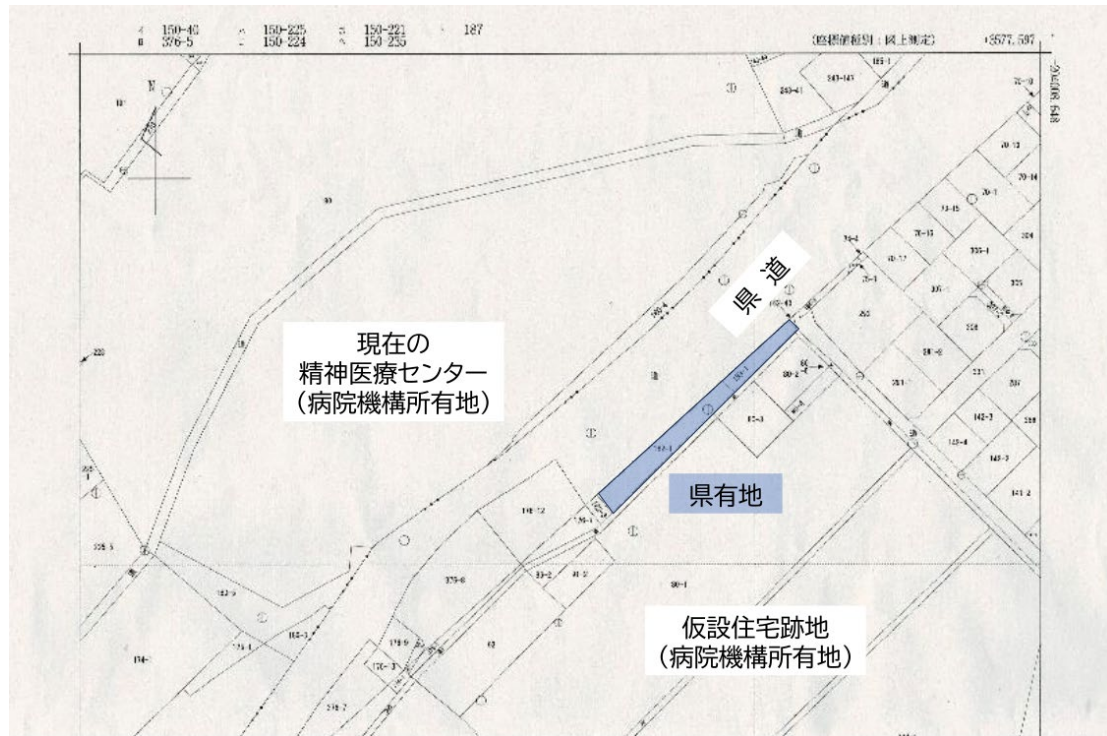
地理院地図  
GSI Maps



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。

県は仮設住宅跡地の東側がわずかに埋蔵文化財の可能性があると主張するが、現在の救急棟は明らかに埋蔵文化財の可能性のある土地の上に増築されている。

### 3. 提案用地と県道の間は県有地である。



県道と仮設住宅跡地の間には県有地があり、これを県が提供すれば、県道から直接出入りは可能である。

### 4. 提案用地の現状

