

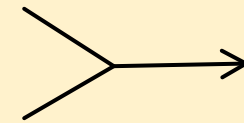
精神医療センターの富谷移転と 合築に関する資料のまとめ

(これまで発表してきたものに一部追加)

令和5年4月

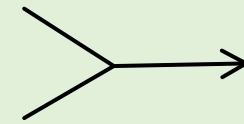
県の構想

県立がんセンター(名取市)
仙台赤十字病院(太白区)



合併(名取市)

県立精神医療センター(名取市)
東北労災病院(青葉区)



合築(富谷市)

精神保健福祉法
(都道府県立精神病院)

第19条の7 都道府県は、精神病院を設置しなければならない。

⇒ 精神医療センターの「県立」は外せない。よって、東北労災病院と「合併」ではなく「合築」という。

富谷市への移転・合築の目的

目的は次の2点とされている。

- 身体合併症・複数疾患への対応として、一般病院との連携強化
- 通年夜間の精神科救急を担う精神医療センターの強化として
全県カバーする体制

当会としては、この構想に反対の立場をとり、計画を再考するよう、2022年11月24日付「見解」を表明した。

また、合築に関する協議確認書(2023年2月20日)に対する疑問を表明した。(2023年2月27日付)

I 身体合併症・複数疾患への対応

「身体合併症・複数疾患への対応」について

色々なケースが考えられる。

- ① 精神科治療中に身体疾患を合併
- ② 身体疾患治療中に精神疾患を併発
- ③ 自殺企図により救命救急センターに搬送後、精神科治療が必要
- ④ 精神科受診前に身体疾患の有無を精査

(※ 精神科救急受診時に、まず身体疾患を否定してから来るようにと言われることがあり、県の救急医療協議会等で精神科が批判されている部分。)

身体合併症と言っても多種多彩

⇒ 合築で解決するものもあれば、解決しないものもある。上を見たらきりがない。経営母体が異なるので、両者の調整が困難(どちらで引き受けるのか)カルテの共有化は困難(個人情報保護法)。職員の待遇にも較差。

「合築」は成功するか？

コスト削減が優先しているように見える。

長期的に見て、スジが良いアイデアとは思えない。

合築しても、受付も会計もカルテも別々。互いに往診？

精神疾患と身体疾患がある場合、どちらが入院を引き受けるのか。
その調整は誰がするのか？

身体疾患によっては、労災病院では対応できないものもあるはず。

両者は仲良くできるのか？ 職員の給与較差は？ 互いの夜間救急に駆り出されると、職員にとっては迷惑？

労災病院が赤字を理由に移転後に撤退したらどうするのか？

※ 岩手県では、県立磐井病院と県立南光病院(精神科)が隣接している。しかし、運営主体は同じなので、本構想とは異なる。

Ⅱ 通年夜間の精神科救急を担う精神医療センターの強化として全県カバーする体制

県立精神医療センターの歴史

- 各県に県立の精神科病院を設立しなければならないという国の法律に基づいて昭和32年に設立された。
- 当時は慢性統合失調症の入院治療が主たる役割であり、社会復帰に向けて地域との連携が強化された。その結果、周辺市町村の保健師による訪問活動が活発になり全国的にも注目された。今でも、同センターからは周辺市町村に指導医が派遣されている。(角田市、セヶ宿町、蔵王町、村田町、大河原町、柴田町、川崎町、山元町)
- 周辺地域には作業所やグループホームの設立も相継ぎ、社会資源も充実した。
- その後、時代の要請として急性期治療へのシフトが行われ、特に精神科救急には力を注いできた(現在2つの精神科救急病棟で計99床)。夜間救急を実施しているのは県内では同センターのみである。
- 訪問看護ステーションの設立、児童思春期の専門治療も開始している。
- 医療観察法の指定通院医療機関として同法の通院処遇患者が通院している。

宮城県の精神科救急の歴史

- 1997年 日曜休日の輪番制として開始(9時～17時)
- 2003年 22時までの夜間救急を県立精神医療センターで開始
- 2007年 精神科救急入院料承認
- 2014年 土曜日も輪番に追加
- 2019年 24時間365日の救急を開始

精神科救急の実態を確認

精神科救急

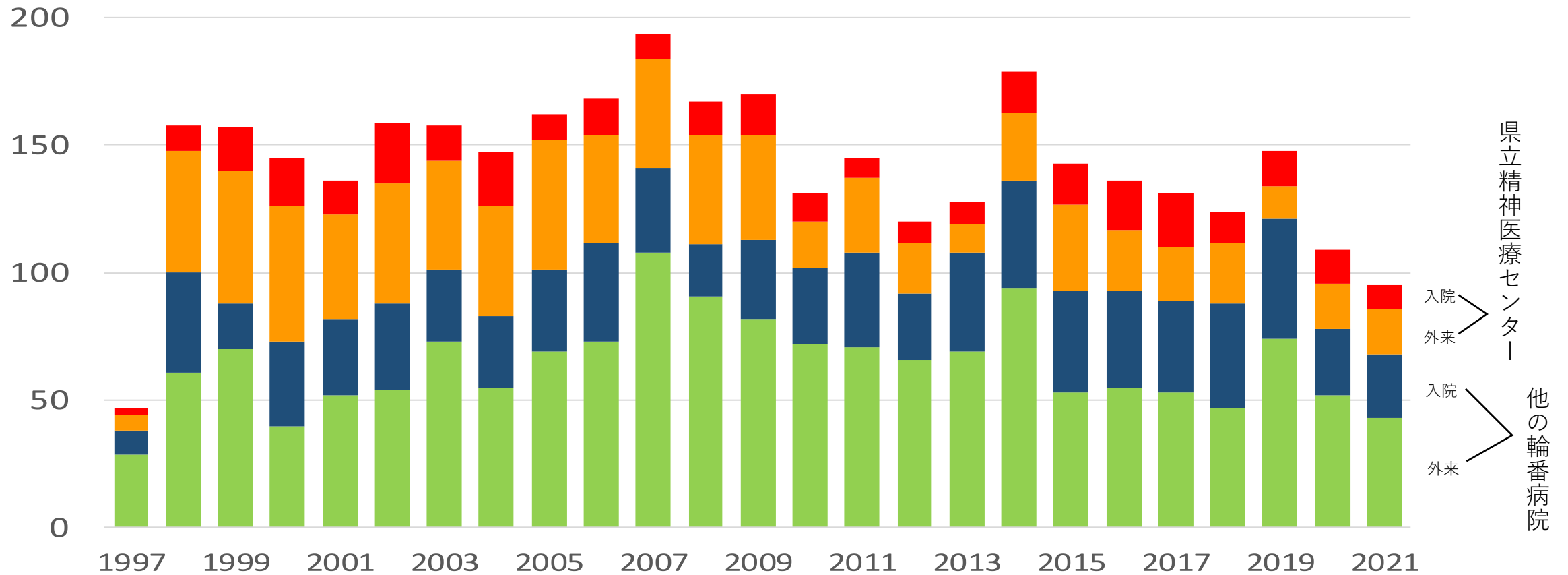
- ① **業務時間内の救急**：かかりつけ各病院
- ② **土日・休日の昼間の救急**：輪番制
- ③ **夜間救急**：県立精神医療センターのみ

精神科の救急病棟はICUのような特別な病棟ではない。
救急だからといって、緊急手術のような特別な治療手段がある訳でもない。
精神状態が悪く、個室を使用せざるを得ないので(状態によっては隔離施設、
身体拘束)、多くの個室が必要。土日・休日・夜間のマンパワーも必要。

➡ 救急病棟でなくても、個室とマンパワーさえあれば「救急患者」に対応可能。
一方、救急病棟に「救急ではない患者」が入院することが可能。

なお、「スーパー救急」は俗称で、正式名称ではない。
(世の中には、普通の救急の更に上位の救急という誤解がある。)

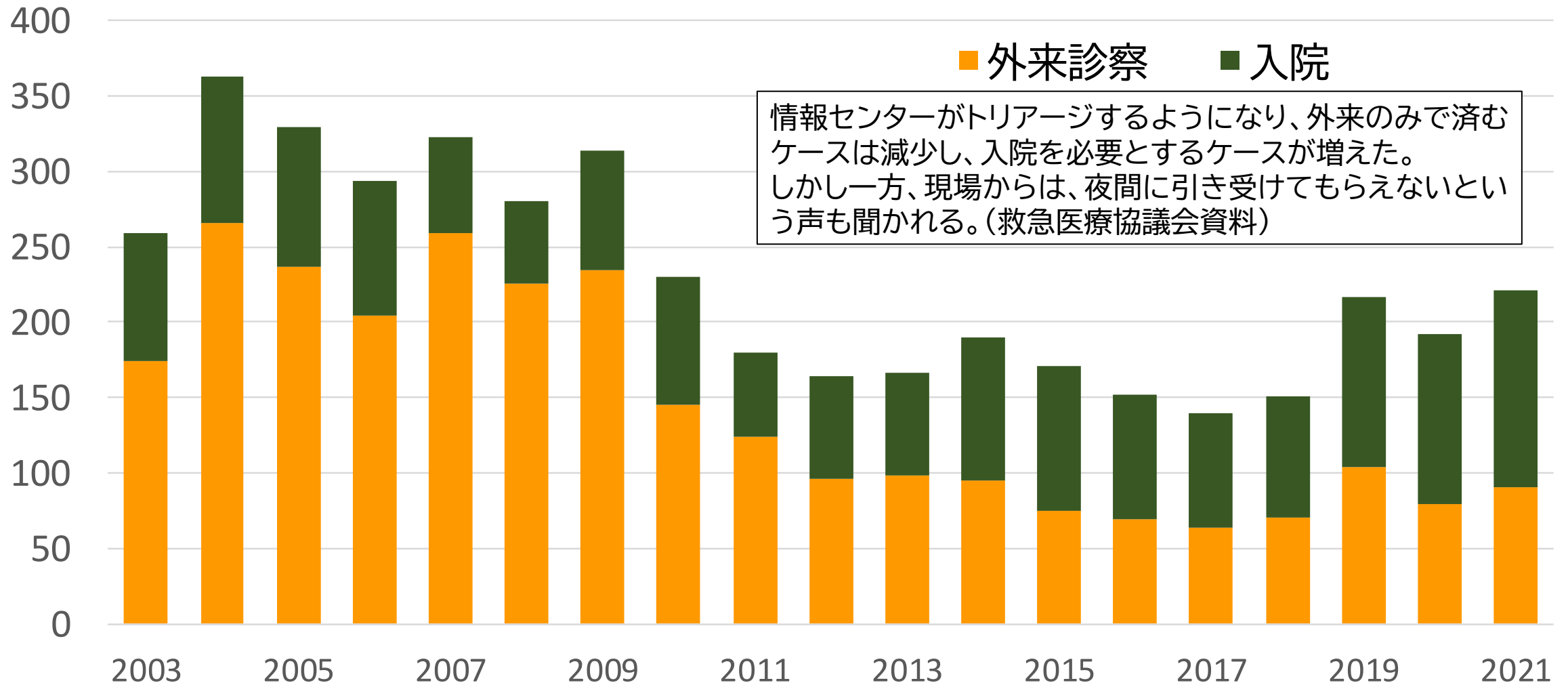
昼間の救急の件数（土日・休日 輪番制）



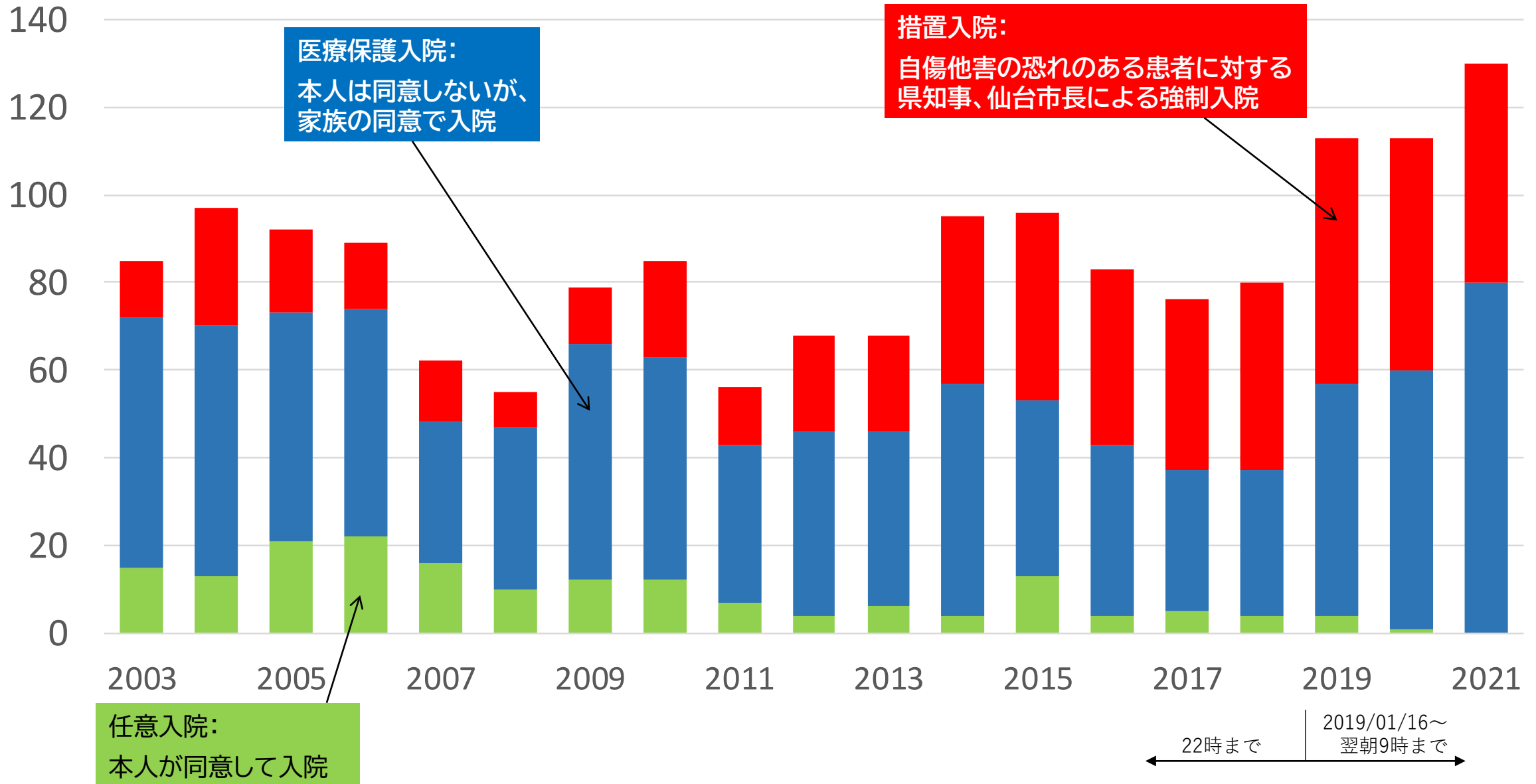
2013年度までは日曜・休日のみ。2014年度以降は土曜も加わる。実施は年間120日程度

夜間救急の件数（県立精神医療センターのみ実施）

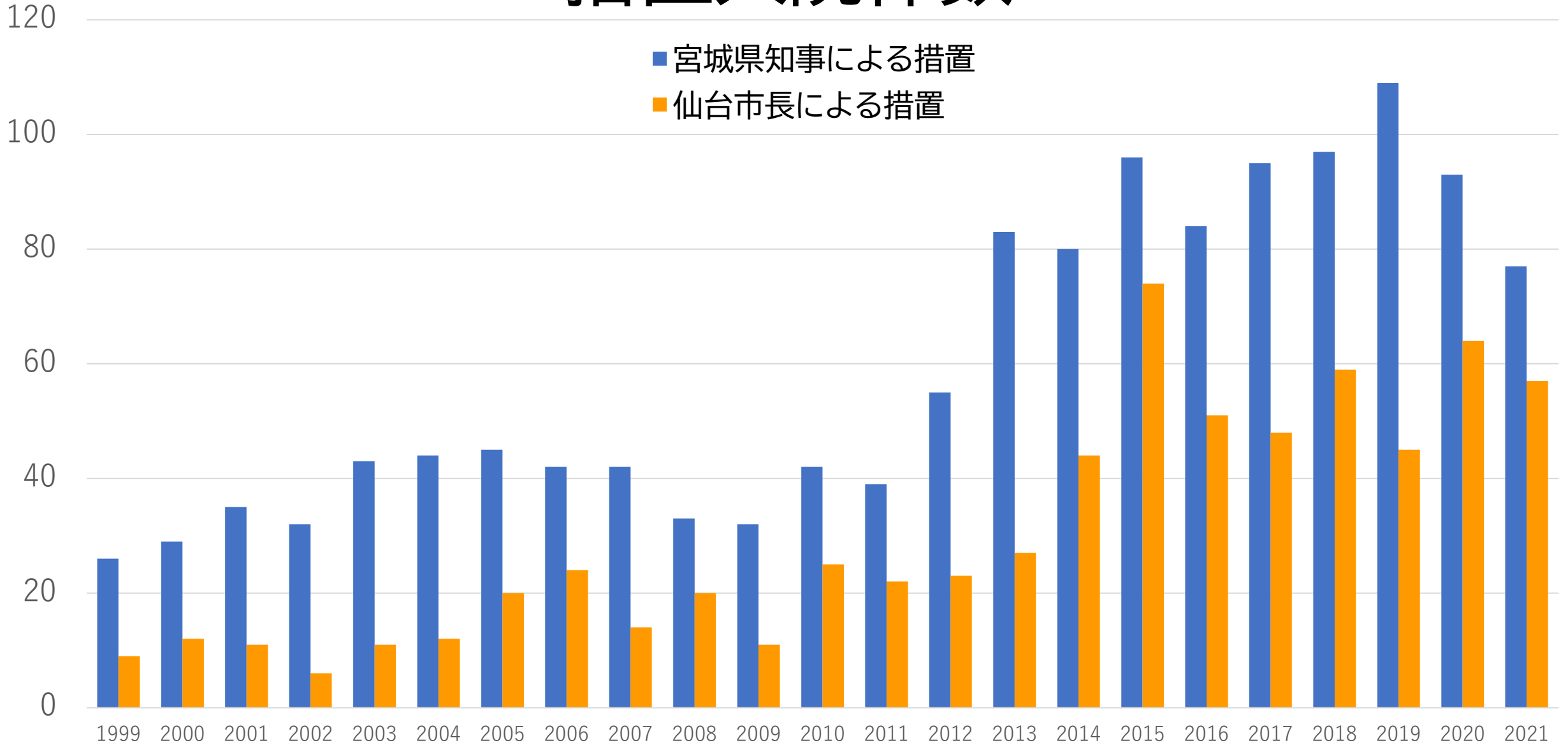
2018年までは22時終了、2019年からは翌朝9時まで



夜間救急の入院件数(入院形態別)



措置入院件数



夜間救急で措置入院が多い理由

措置診察に応じる指定医（入院先病院以外の医師）2名を探すのに時間がかかり、入院するのは夕方以降になることも多い。

引き受ける病院では個室の確保や対応するスタッフが必要。また、当直医が指定医でないと不都合が生じる。結果的に夜間救急を実施している精神医療センターに依頼することが多くなる。

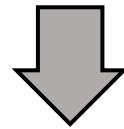
一方、精神医療センター側でも、救急入院料の要件を満たすため、措置入院を優先的に引き受けるという事情もある。

措置入院は全県から引き受けざるを得ない状況だが、**これが県民が期待する救急の“全県カバー”だろうか？**

措置入院以外の救急はどうか。

時間外で受診する患者は、それなりに精神状態は悪い。

しかし、興奮患者は救急隊から断られる。治療を拒否している患者は、そもそも車に乗ろうとしない。警察も事件でなければ関与しない。車で移動中もドアを開けて逃げようとしたりして危険。等々



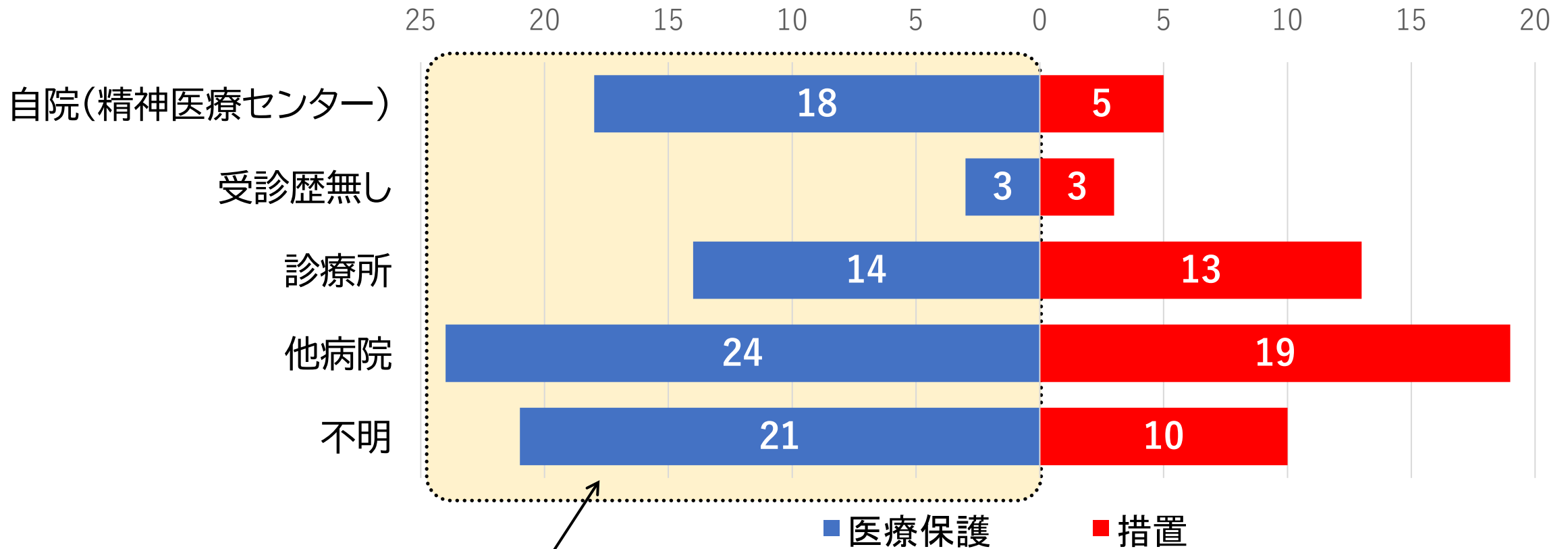
病院までの距離の問題より、**移動手段の問題が大きい。**

「県の中央部だから、全県をカバーできる」という問題ではない。

どこに移転しても、近隣の患者に限定されると予想される。

精神医療センターの夜間救急の実績 (2021年度)

(医療保護入院80人、措置入院50人)



県民のため、全県カバーするとされる部分だが、自院の患者がやはり多い。遠方から興奮患者を移送することは困難で、“全県カバー”は非現実的。

措置入院であるため、結果的に“全県カバー”となる。

精神保健指定医の問題

- 患者の人権を守るという主旨で、精神科には精神保健指定医(略して指定医)という資格がある。この資格を持った医師は、本人が同意しない入院(医療保護入院)や措置入院の判断が出来る。また、隔離施設や身体拘束の指示を出せる。
- 救急で受診した患者が、入院に同意しなければ、指定医の診察が必要になる。また、入院後に隔離拘束が必要になれば指定医の診察が必要になる。このため、**精神科救急の現場には指定医が必須**である。
- 指定医の資格を得るには最短でも約6年の歳月がかかる。精神科では、こうした中堅クラスの医師が救急の最前線に立たざるを得ない現状だが、**指定医不足**が問題になっている。(疲弊した指定医の退職や指定医のクリニック開業)
- 精神科救急を実施している病院では、非指定医でも指定医と同等の業務が出来るような柔軟な対応が必要(法改正が必要)。

医療費の問題

精神科救急病棟では、高額な入院料を算定できるが、それは救急患者とは限らない。

精神科救急急性期医療入院料（昨年までは「精神科救急入院料」）

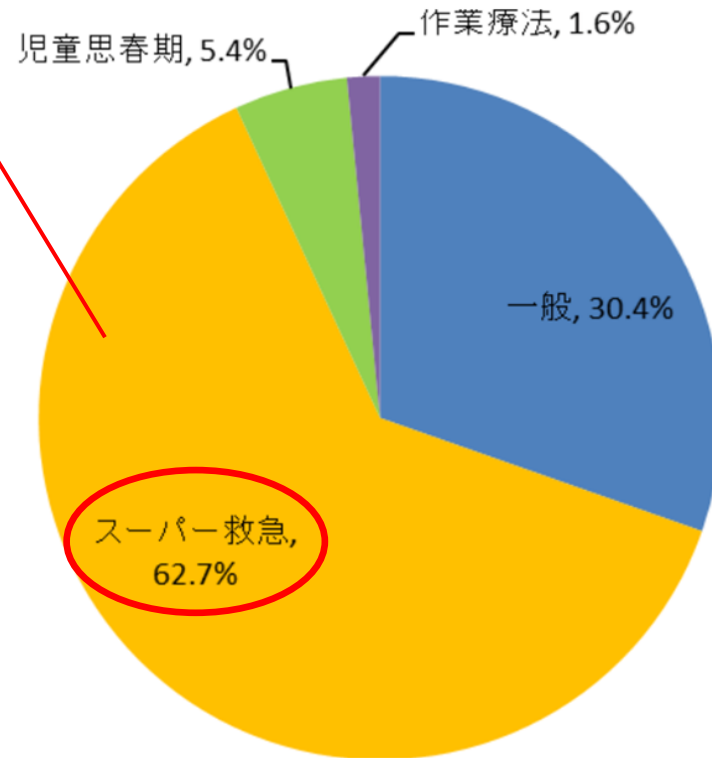
医師、看護師、PSWが潤沢、病棟に個室が半数以上、
新規率は4割以上（過去3ヶ月以上、入院歴がないこと）
3ヶ月以内に退院する率（地域移行率）が 4割 or 6割以上
※ 他の精神科病院へ転入院は、地域移行にカウントできない。
地域の一定の割合の措置入院を引き受けていること、etc

⇒ 普通の（軽症の）患者でも、高額な入院料を得ることが可能。

県立精神医療センターの収益

県立精神医療センターのあり方検討会議報告書(令和元年12月)より

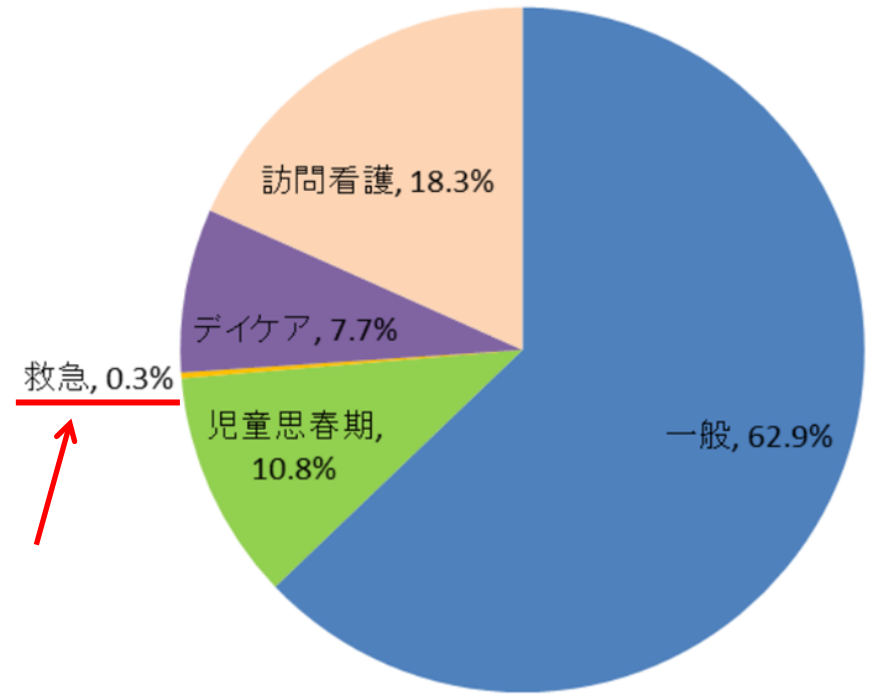
イ 入院収益診療部門構成比



救急患者と限らない。
普通の患者でも、救急
病棟に入院すれば、救
急の入院料になる。

年間約500人の入院患者中、
約400人は救急以外の患者。
スーパー救急病棟の入院収益
は、救急以外の患者から多く
を得ている。

ロ 外来収益診療部門構成比



平成30年度

Ⅲ 県内の精神科医療全般に及ぼす影響

年間入退院数(2017~2021年度の5年間の年平均)

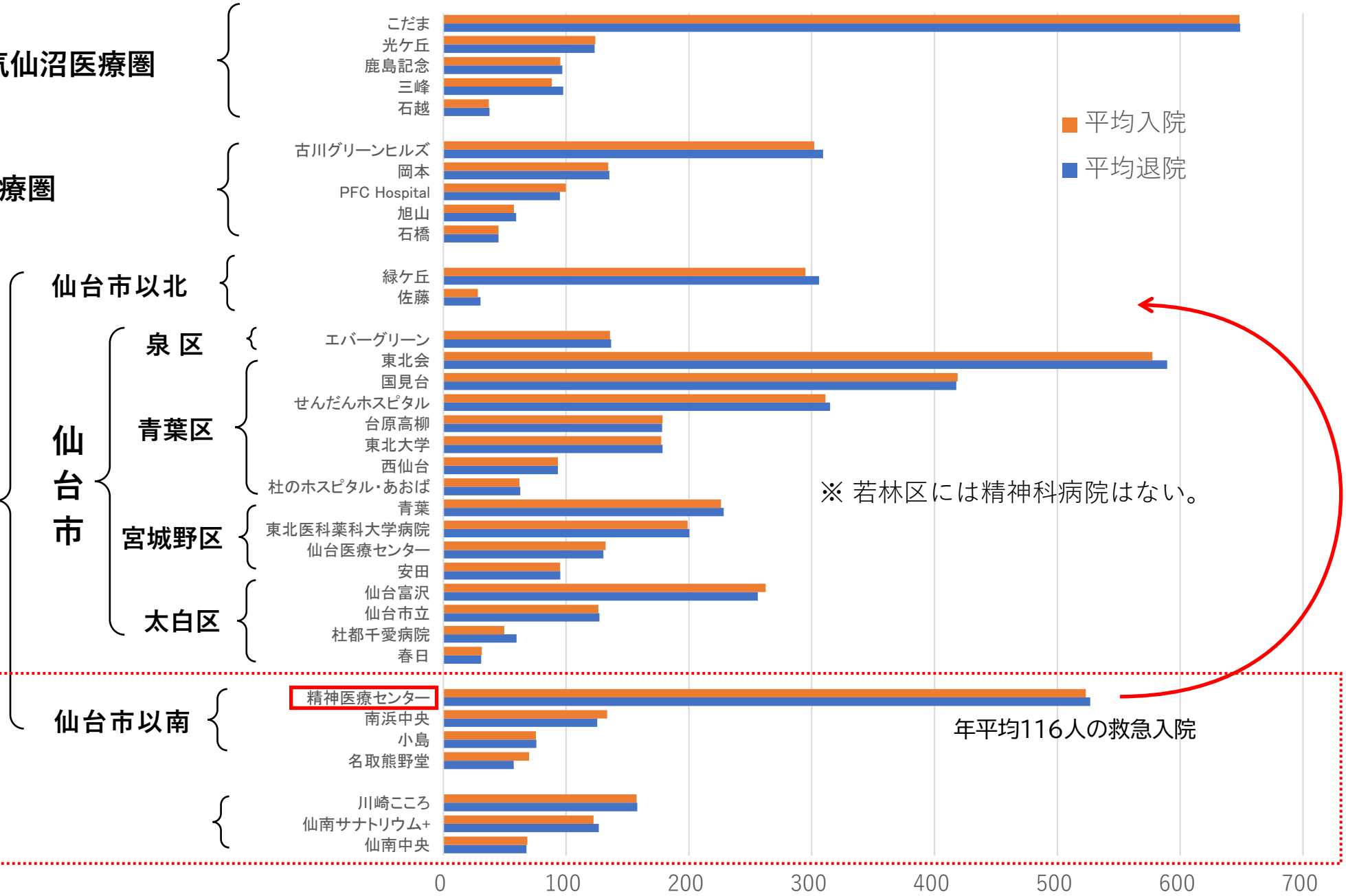
二次医療圏

● 石巻・登米・気仙沼医療圏

● 大崎・栗原医療圏

● 仙台医療圏

● 仙南医療圏



■ 平均入院
■ 平均退院

※ 若林区には精神科病院はない。

年平均116人の救急入院

移転計画

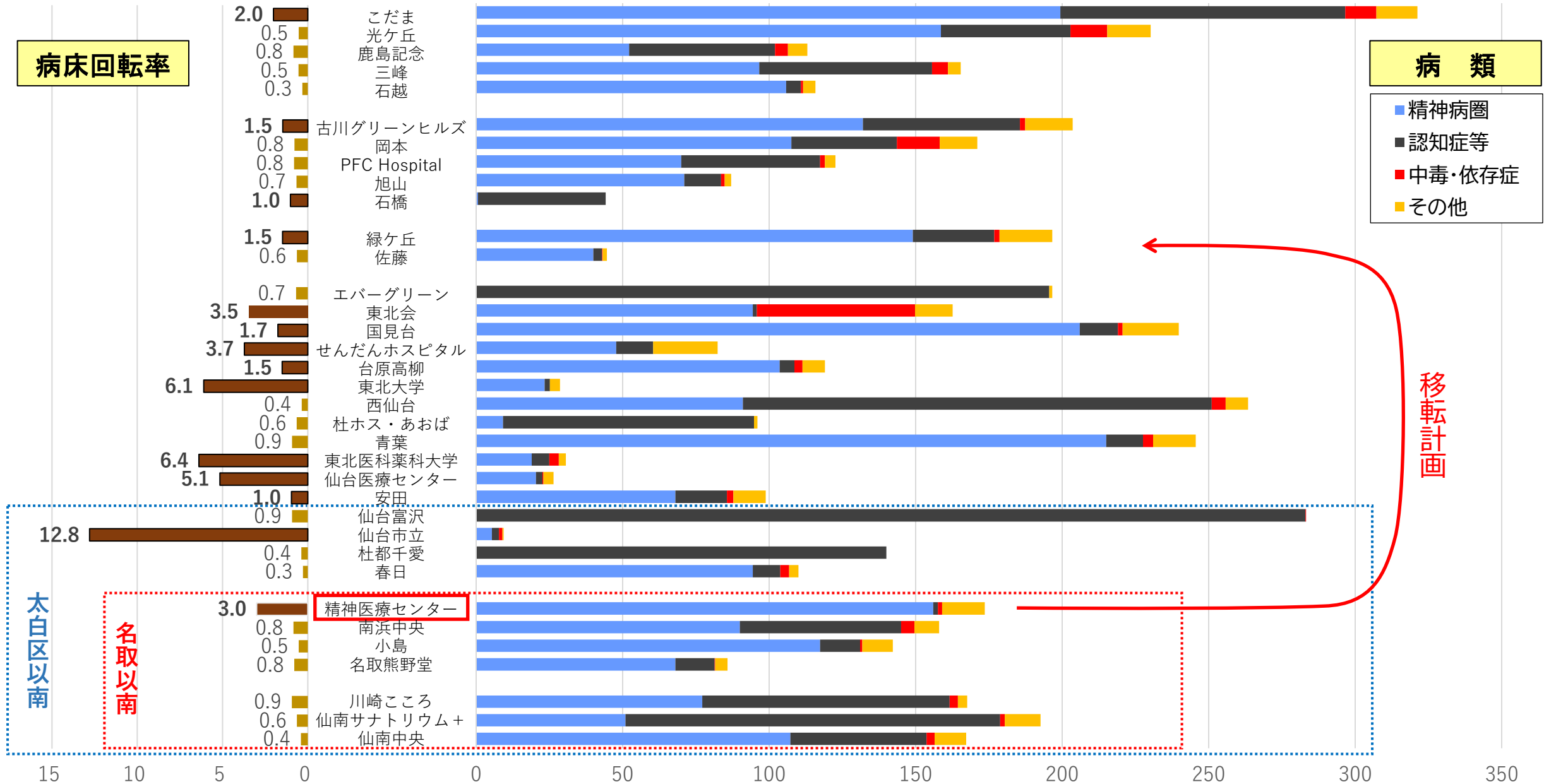
入院患者の病床回転率と病類

(病類は2018～2022年の各年3月31日現在入院中患者の年平均、回転率は5年間の回転率)

病床回転率

病類

- 精神病圏
- 認知症等
- 中毒・依存症
- その他



移転計画

太白区以南

名取以南

県内の精神科急性期医療について

県南の患者の行き場がなくなる。

富谷まで通院できない。 ⇒ サテライト機能を名取に残す？

「全県カバー」というが、非現実的。かつ、県南の患者の緊急入院が困難になる。

長い年月をかけて築いてきた県南の地域包括ケアシステムが破綻する。

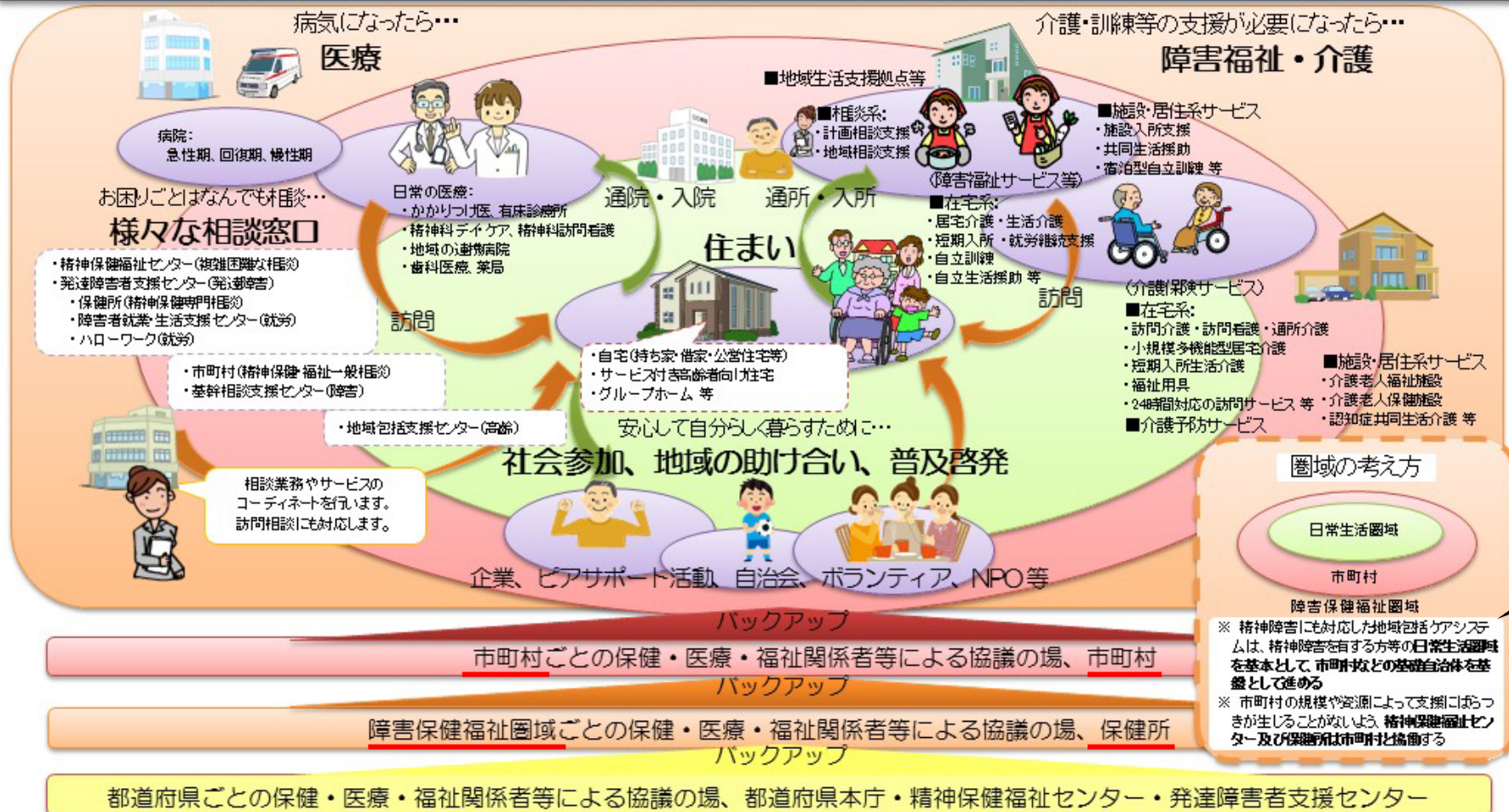
県南部における基幹的病院を失い、一方、富谷市周辺では急性期治療の過剰状態(基幹的病院の競合)が生じる。

これが**県の施策として妥当かどうか**の議論が不足している。

国が進めようとしている地域包括ケアシステム

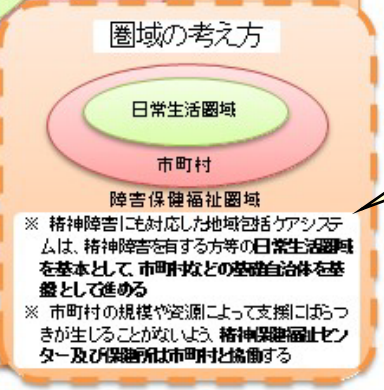
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)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必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



【圏域の考え方】

精神障害を有する方等の日常生活圏域を基本として、**市町村**などの基礎自治体を基盤として進める。



地域包括ケアシステム

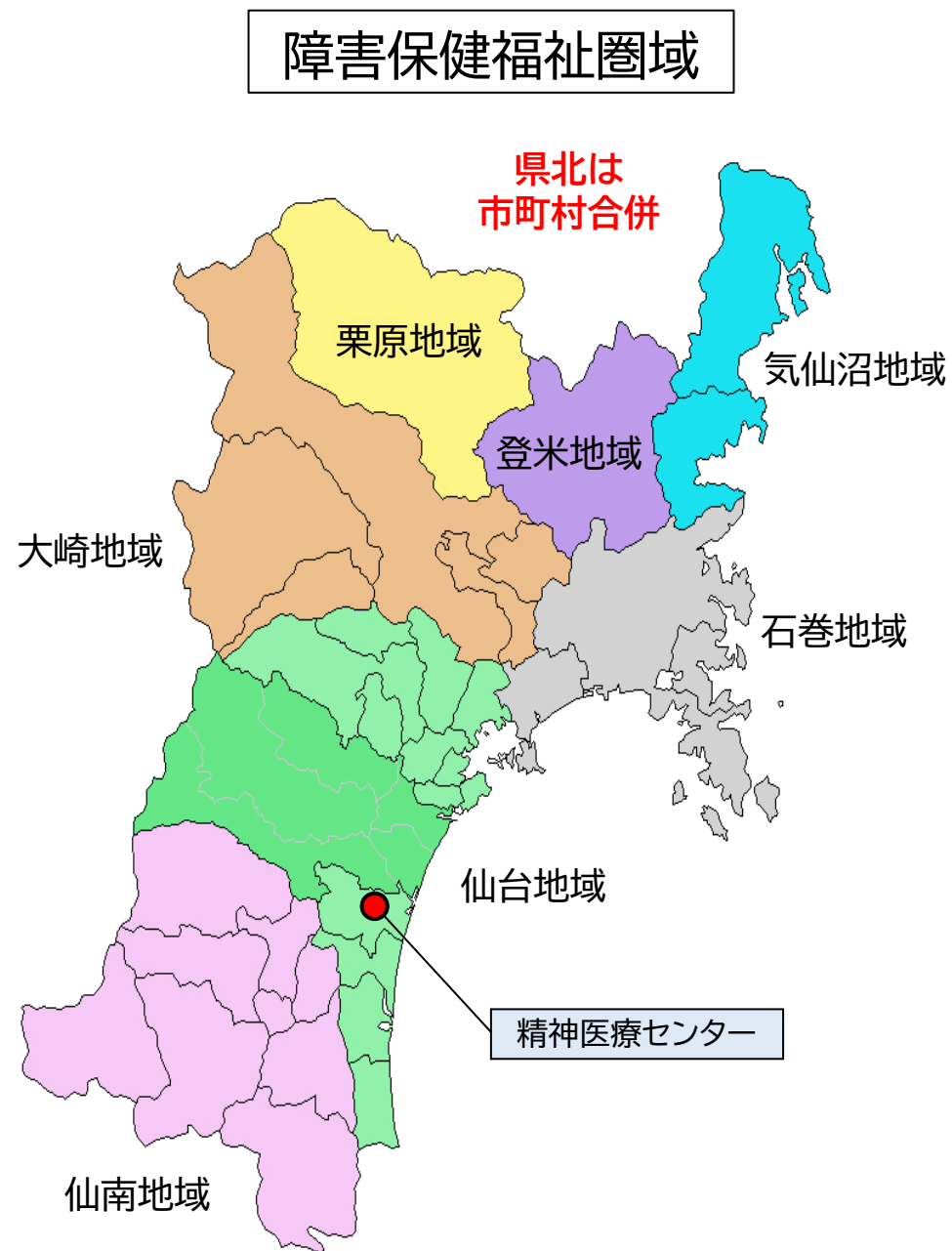
県立精神医療センターは県南各市町村に精神科医を派遣すると共に、市町村保健師と連携して医療・保健・福祉活動を展開してきた。

市町村保健師は、地域の実情に詳しく、きめ細かなケアが可能であった。

一方、仙台市のような都市部では、別の手法を考えなければ、地域包括ケアシステムは機能しない。

県北部では市町村合併が多く、仙台市とも県南部とも違うシステムを検討しなければならない。

⇒ 全県カバーするような地域包括ケアシステムはあり得ない。



県内の精神科病院の分布

大崎・栗原

岡本病院
古川グリーンヒルズ▲
PFC Hospital
(大崎市民病院)
旭山病院▲

石橋病院

石巻・登米・気仙沼

光ヶ丘保養園
三峰病院▲

石越病院

鹿島記念病院
こだまホスピタル▲

二次医療圏(4つ)

- 石巻・登米・気仙沼
- 大崎・栗原
- 仙台
- 仙南

しかし、精神科救急だけは全県一区で考えることになっている。

仙台

エバーグリーン病院
台原高柳病院
せんだんホスピタル▲
国見台病院
東北会病院
東北大学病院
杜のホスピタルあおば
西仙台病院
(JR仙台病院)
富沢病院
杜都千愛病院

仙台

佐藤病院
緑ヶ丘病院
(坂総合病院)
青葉病院
東北医科薬科大学病院▲
安田病院
国立仙台医療センター

仙台市立病院
春日療養園
宮城県立精神医療センター

名取熊野堂病院
南浜中央病院▲
小島病院
バーテル病院

川崎こころ病院

仙南サナトリウム+▲

(県南中核病院)

仙南中央病院

仙南

()の病院は無床

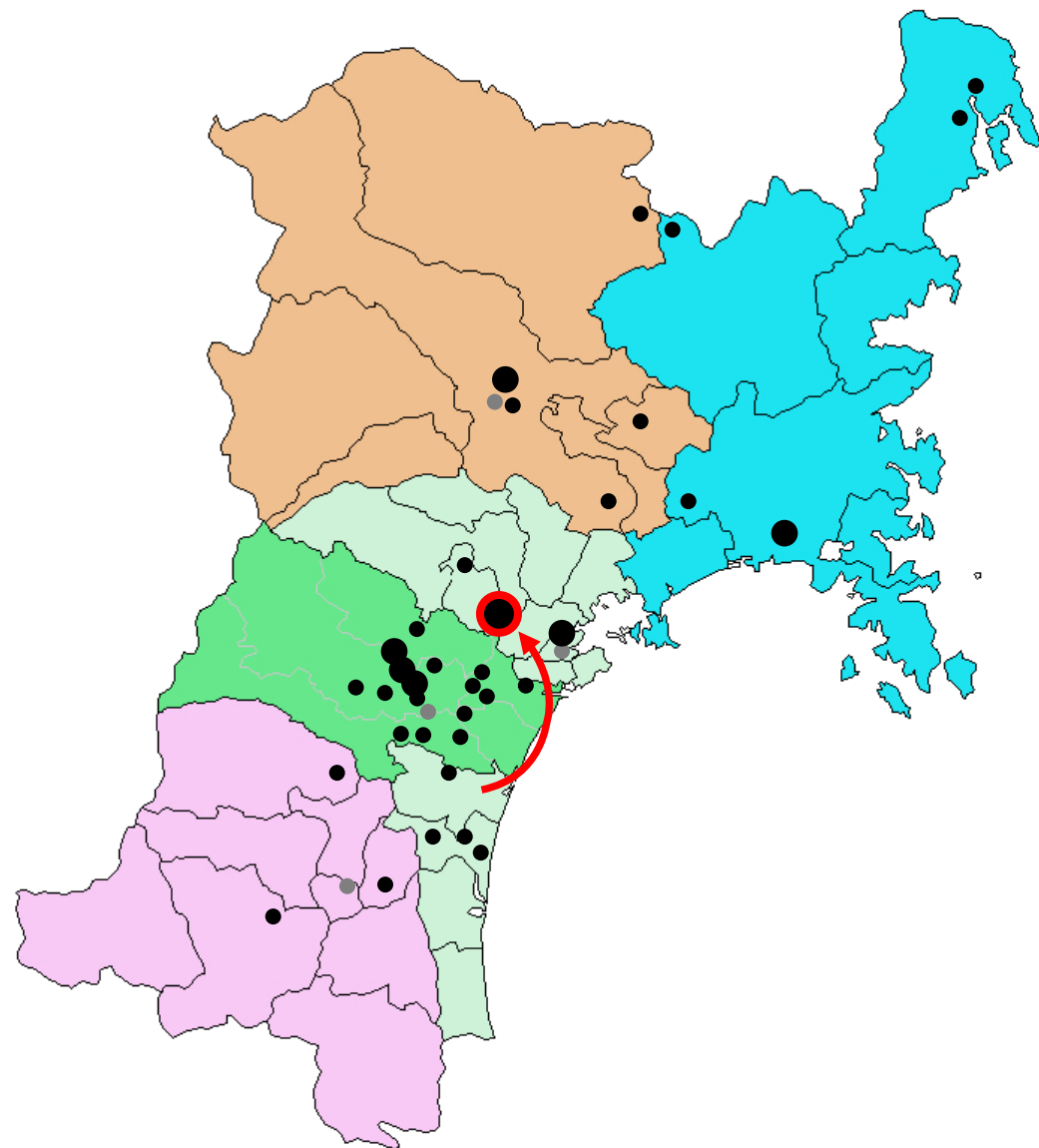
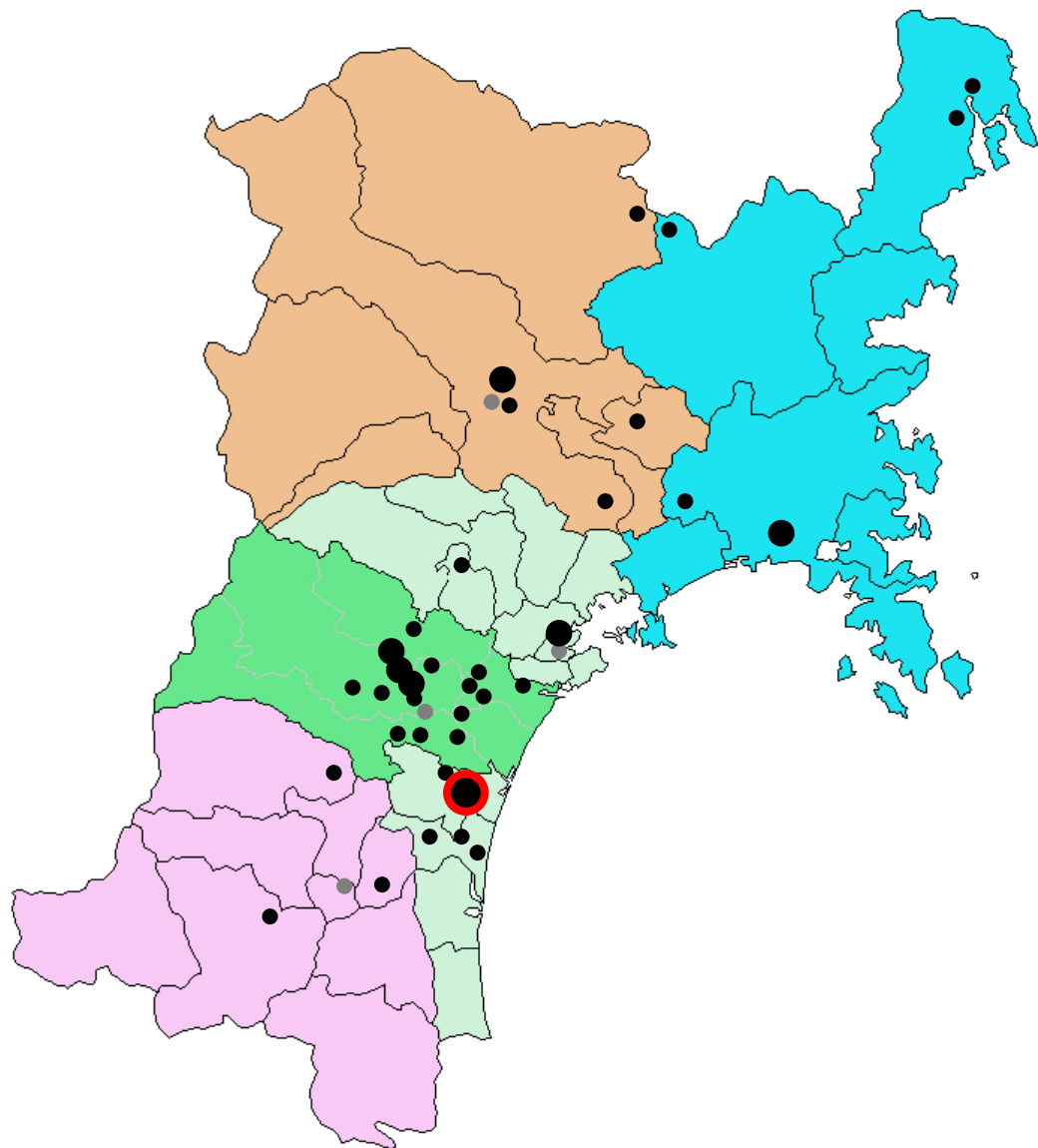
赤色の病院は救急輪番制に参加していない病院

▲は認知症疾患医療センター

現在



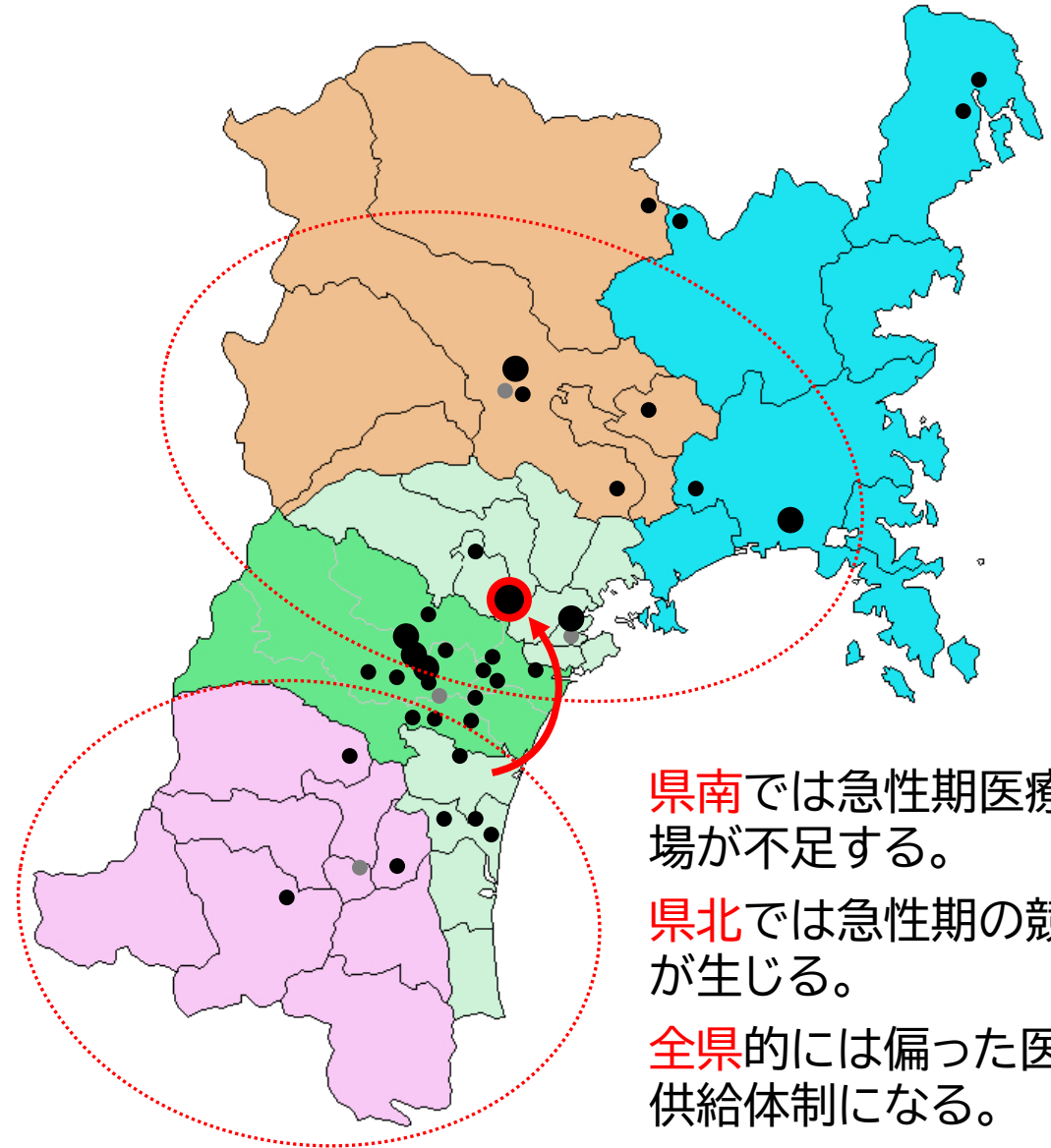
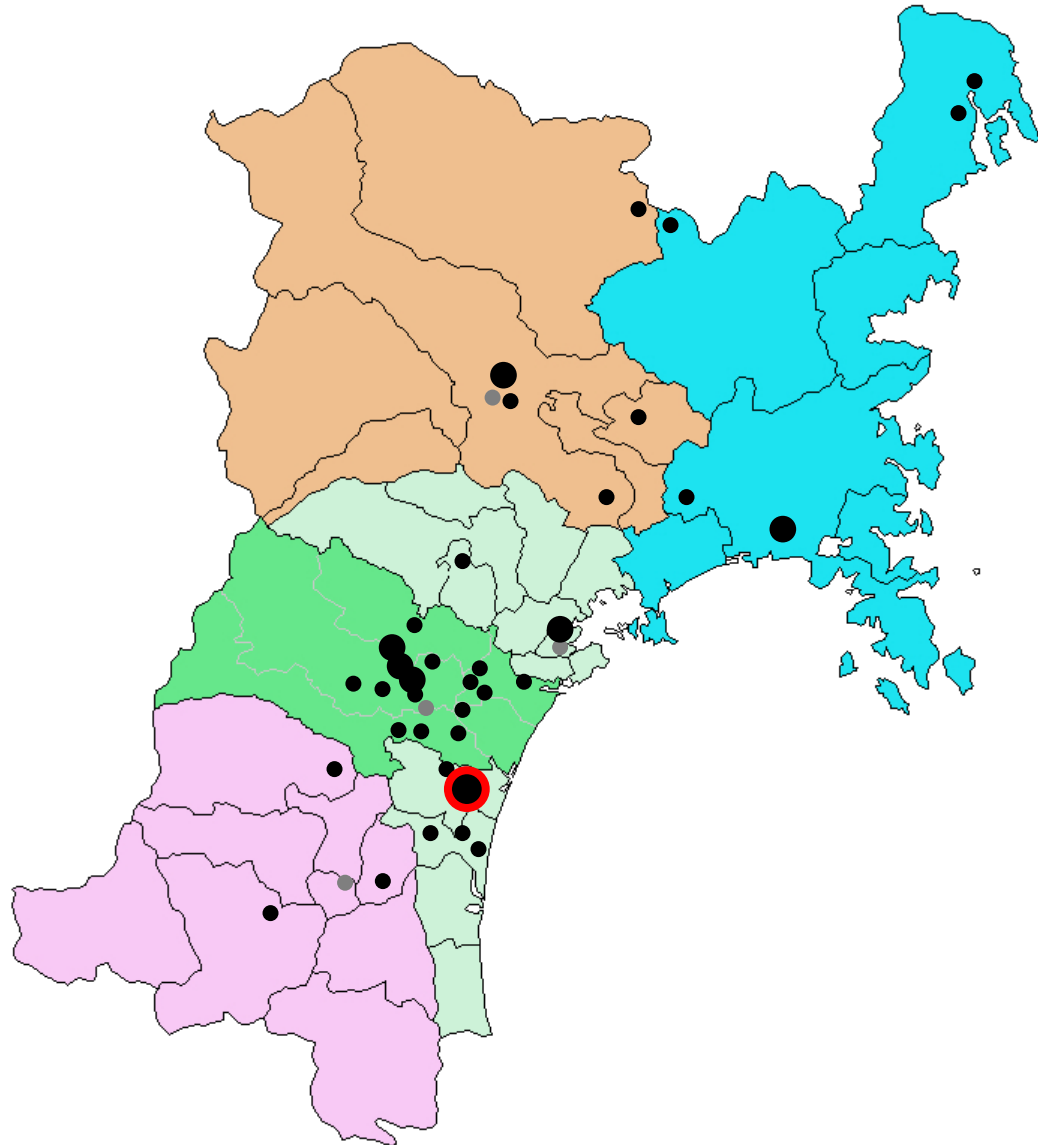
移転後



現在



移転後



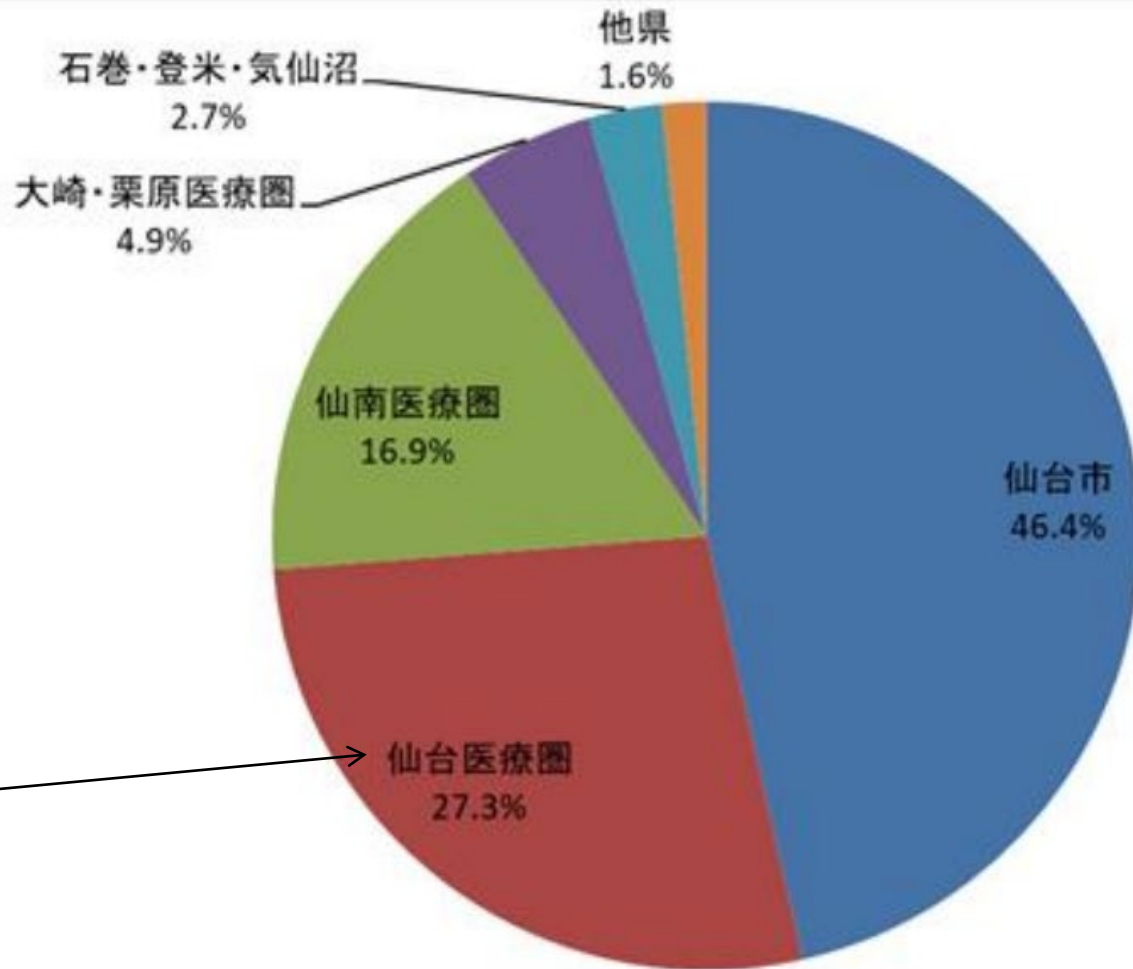
県南では急性期医療の場が不足する。

県北では急性期の競合が生じる。

全県的には偏った医療供給体制になる。

精神医療センター入院患者の居住地

県立精神医療センターのあり方検討会議報告書(令和元年12月)より



- | | |
|-----|----|
| 塩竈 | 名取 |
| 多賀城 | 岩沼 |
| 富谷 | 亘理 |
| 松島 | 山元 |
| 七ヶ浜 | |
| 利府 | |
| 大和 | |
| 大郷 | |
| 大衡 | |

近隣社会の患者が入院する。
これは精神科の特性。
“全県カバー”は非現実的。

平成30(2018)年度末現在

村井知事の定例記者会見発言

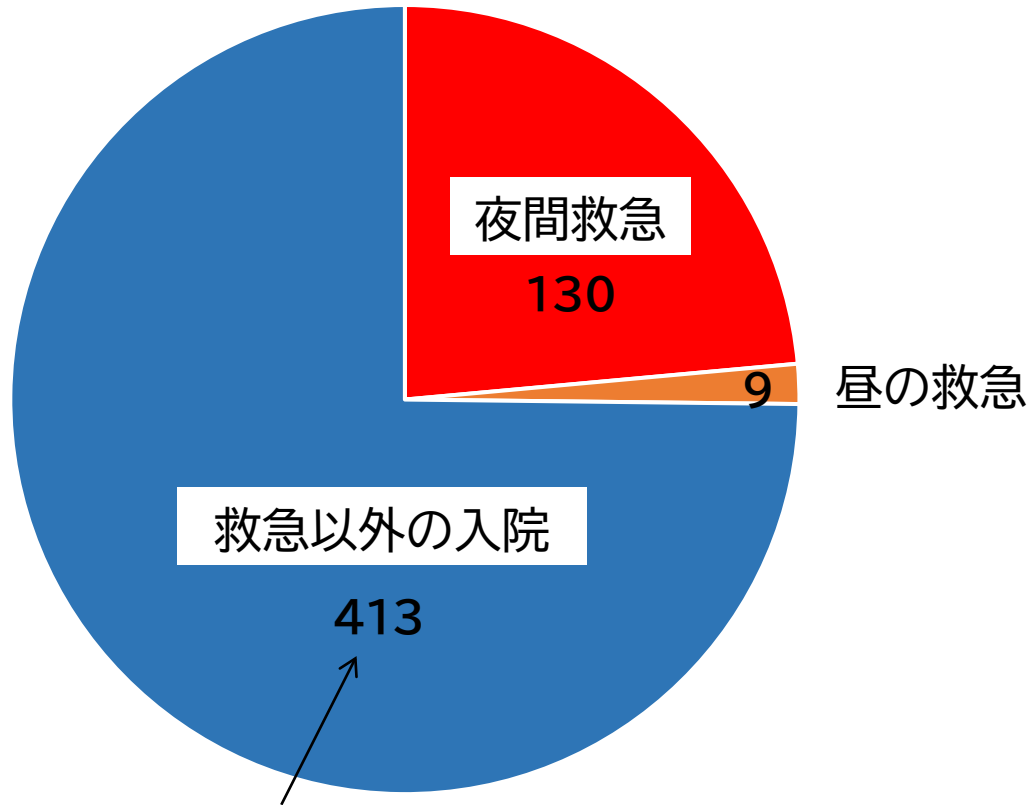
(2022/11/14)

民間の精神科の病院と精神医療センターとは、同じ精神科の治療をする病院でありますけれども、位置づけが違うということはご理解いただきたいと思います。県の精神医療センターは中核病院で、24時間救急を受け入れる病院で、そして比較的症状の重い方を受け入れるということです。民間の精神科の病院は、精神医療センターの患者で、治療がある程度終わった方について通院等で診ていただく、あるいは入院をしていただくような病院だということですから、私はすみ分けは十分可能ではないかなと思っています。

⇒ **認識不足ではないか。**

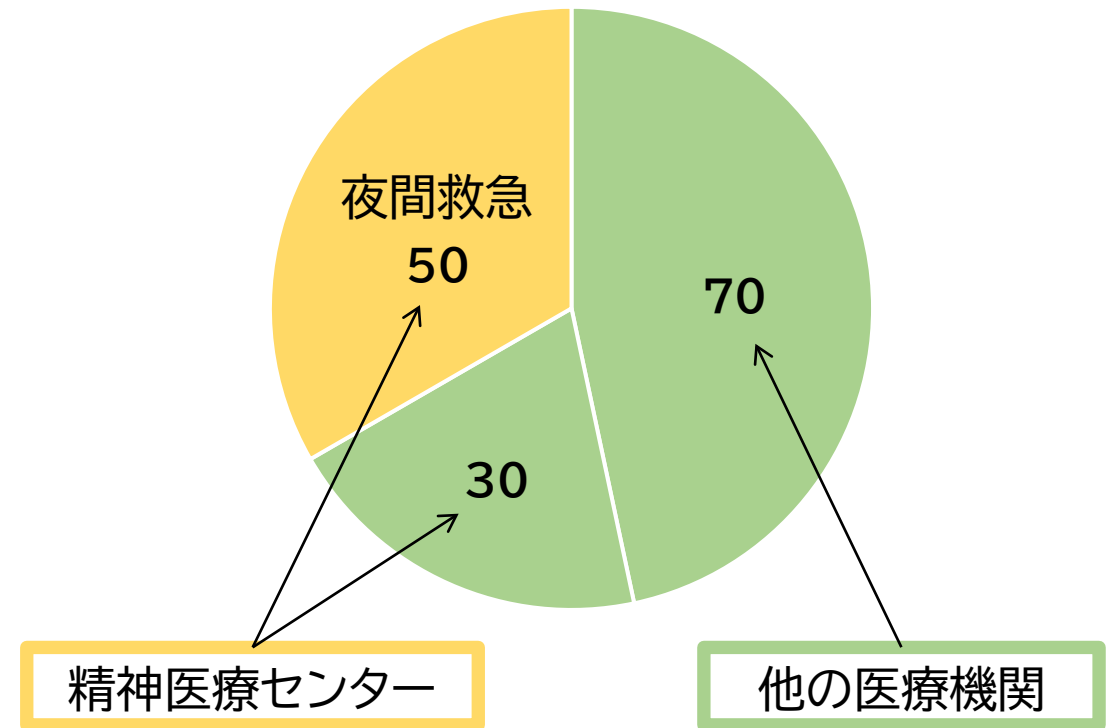
民業圧迫(競合)について

精神医療センターの入院数 (2021年度)



民間病院と大きく変わらない入院
この部分で競合する

措置入院の入院先病院 (概数：年間約150)



措置入院を多く引き受けているから
競合しないという問題ではない

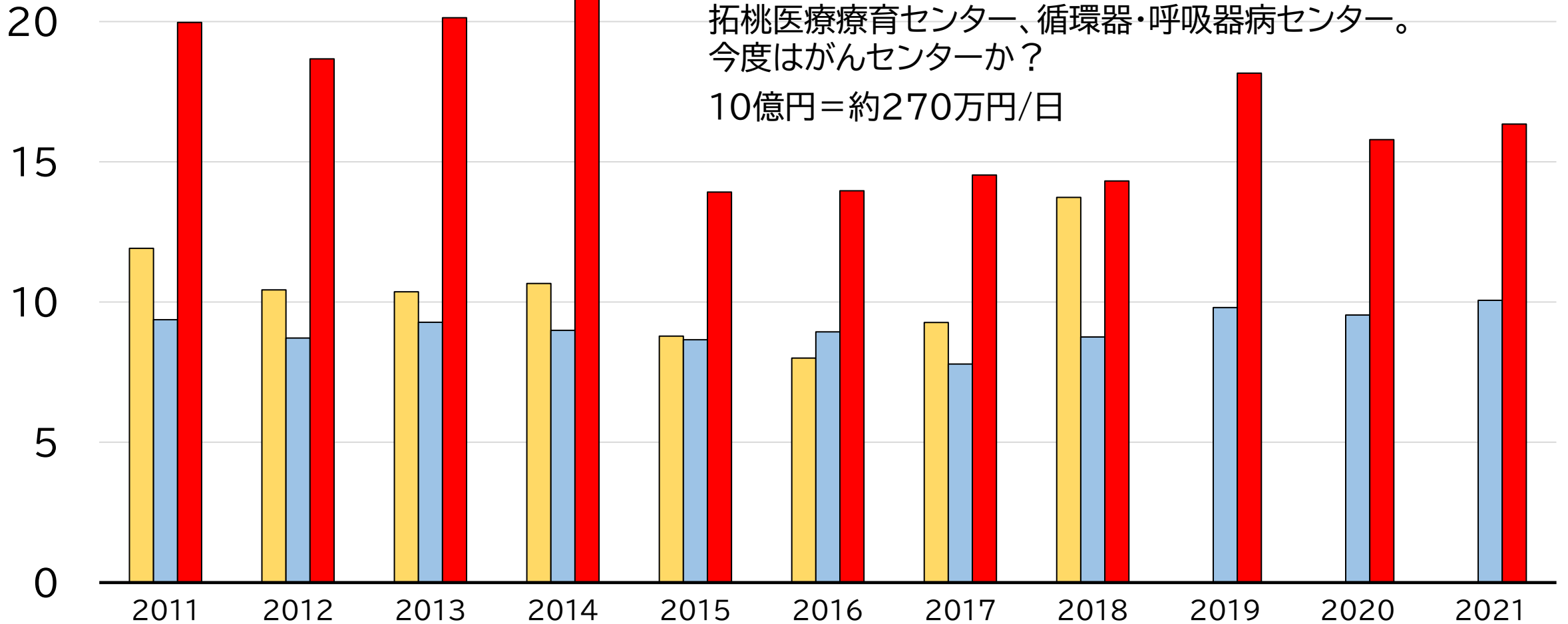
IV 県の財政事情について

財政負担：運営費負担金

宮城県立病院機構HPより

億円

これまで、県立病院を減らしてきた歴史がある。
拓桃医療療育センター、循環器・呼吸器病センター。
今度はがんセンターか？
10億円＝約270万円/日



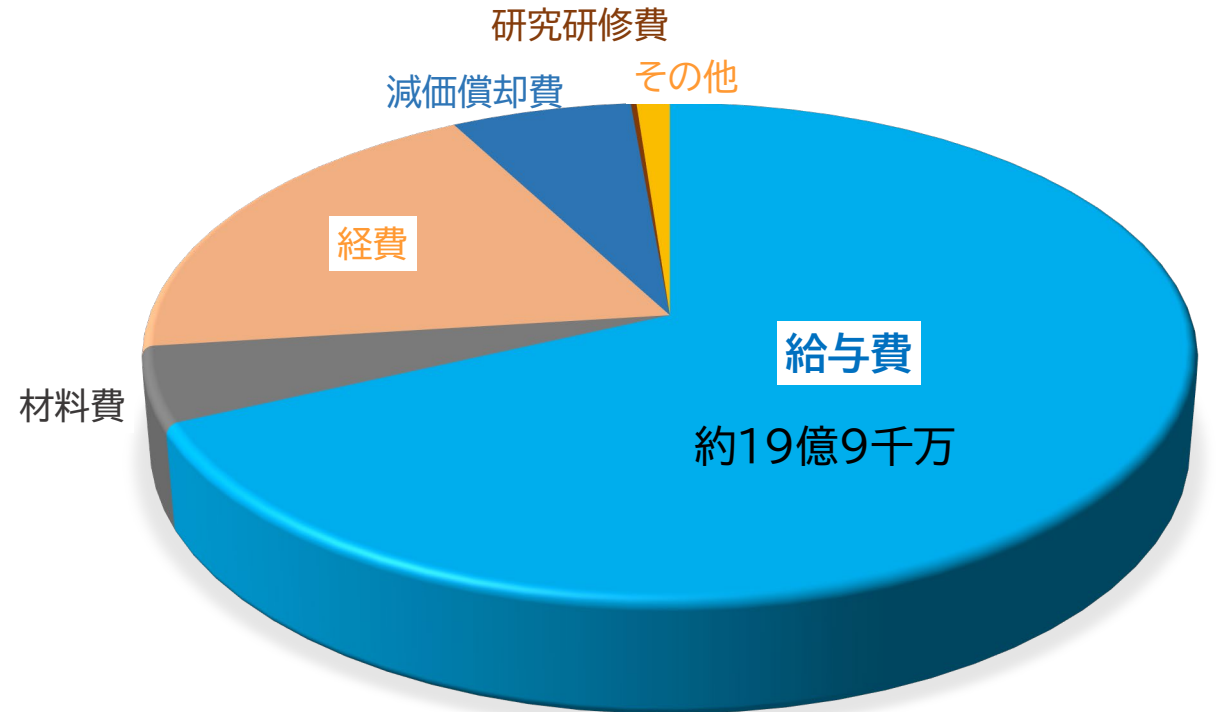
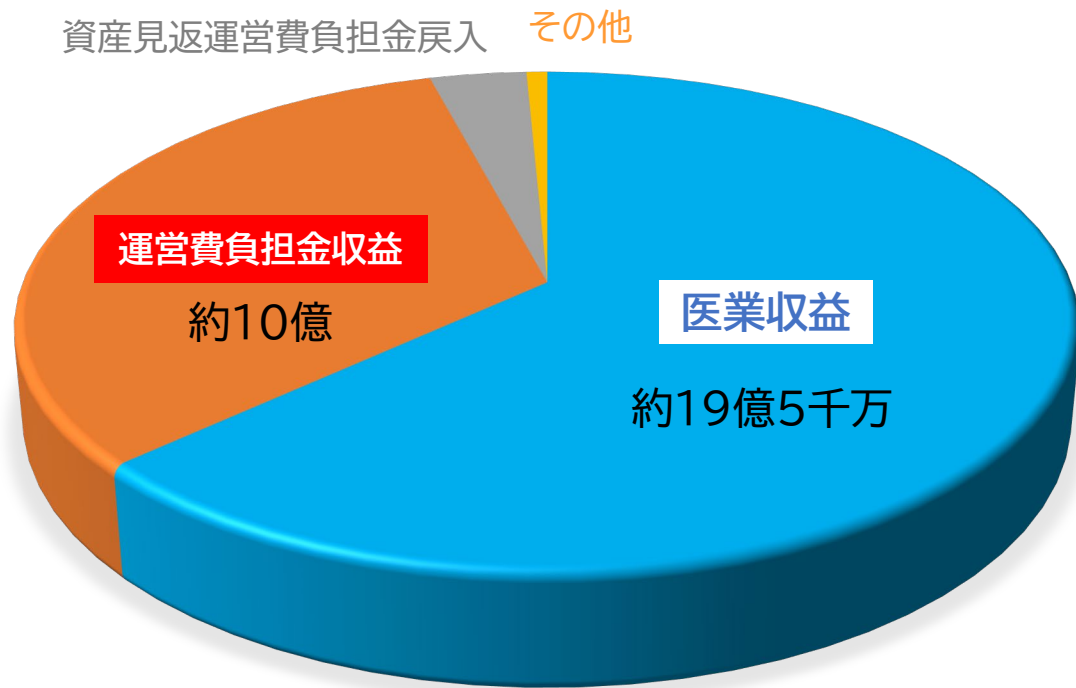
■ 循環器・呼吸器病センター ■ 精神医療センター ■ がんセンター

精神医療センターの経営状況

宮城県立病院機構財務諸表(令和3年度)より

収入 約30億8千万

支出 約29億2千万



- ※ 約10億円の負担金収益(1日約270万円):民間ではあり得ない。しかし、将来的には減額されると予想される。
- ※ 医業収益より給与費支出の方が多い実態。

精神科救急に関わる予算（令和4年度当初予算）

県：精神障害者救急医療システム運営事業費 114,271,000円

- 土日休日の昼間の救急輪番分
- 夜間救急分(県立精神医療センターのみ)
- 情報センター
- 医療相談窓口

仙台市：精神科救急システム整備費 58,910,000円

- 24時間365日対応の精神科救急医療体制を
県・市共同で運営実施するための費用(負担金)

※ 仙台市の令和3年度決算は58,551,000円

再編の対象病院

地方独立行政法人 宮城県立病院機構

宮城県立精神医療センター

宮城県立がんセンター

独立行政法人 労働者健康安全機構

東北労災病院

日本赤十字社

仙台赤十字病院

当初の3病院再編構想

地方独立行政法人 宮城県立病院機構
宮城県立精神医療センター

<法律上「県立」を外せない>

~~地方独立行政法人 宮城県立病院機構~~
~~宮城県立~~がんセンター

独立行政法人 労働者健康安全機構
東北労災病院

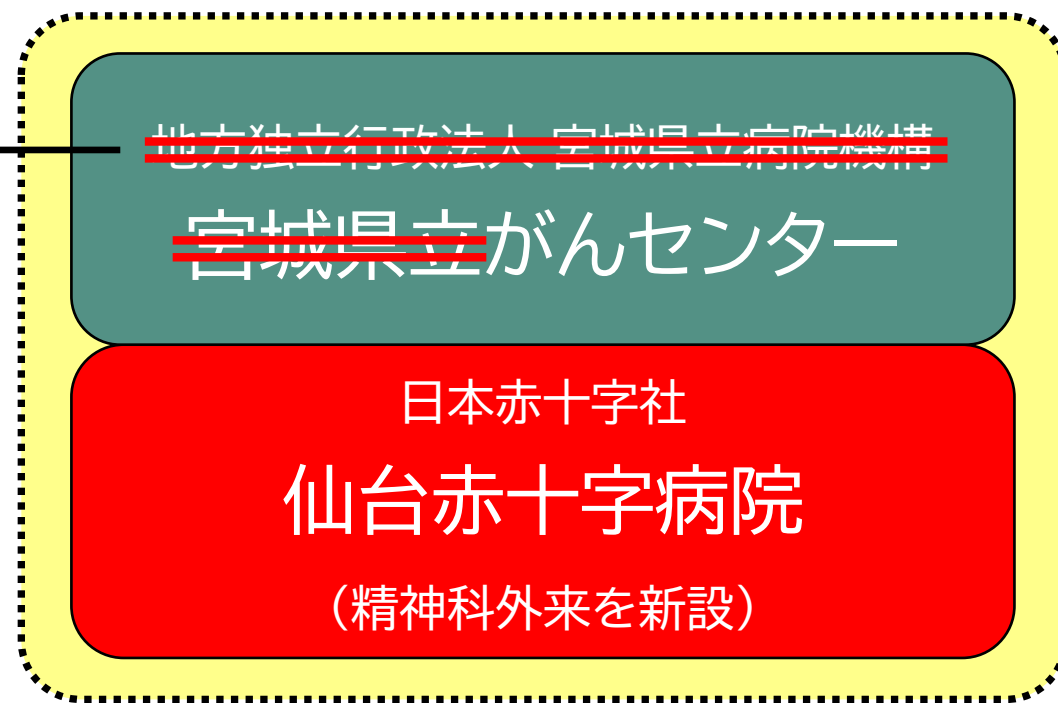
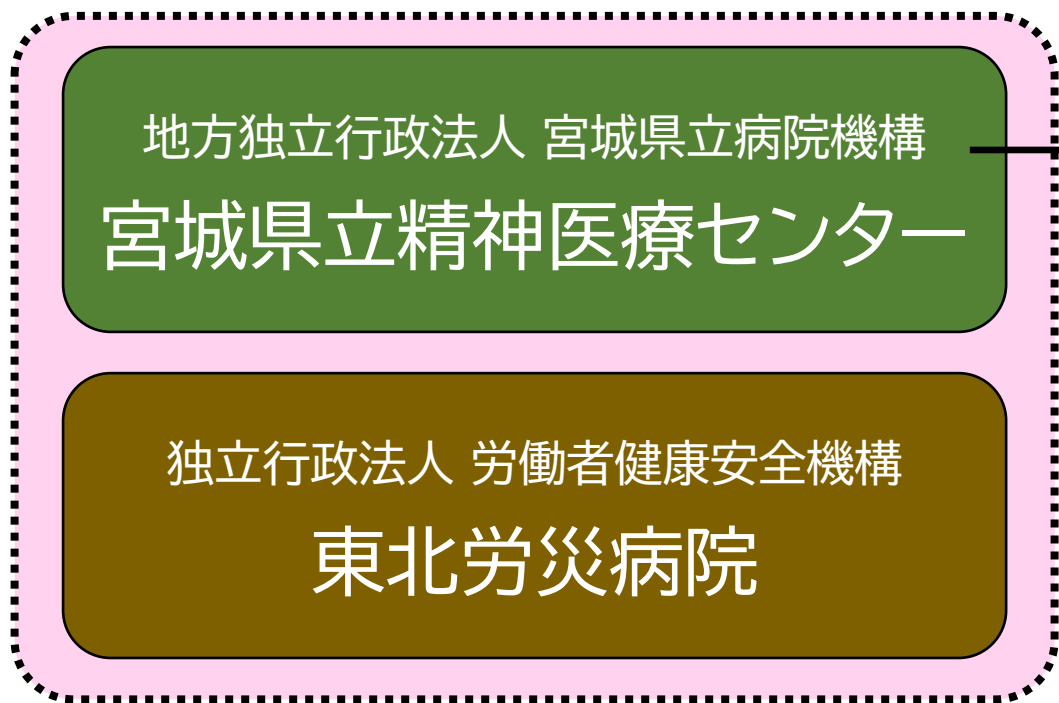
日本赤十字社
仙台赤十字病院

がんセンターの「県立」を外すことによって、県の財政負担を軽減できる。

現在の4病院再編構想

【合築】 富谷市

【合併】 名取市



1

法律上、精神医療センターの「県立」は外せないなので【合築】とし、一方、がんセンターは仙台赤十字病院と【合併】して「県立」を外す。がんセンターの研究部門は東北大学に移管する。県の財政負担は軽減される。

単純に考えたら、同じ「県立」のがんセンターと精神医療センターが合併すれば、多くの問題は解決できるはずだが、それだと県の財政負担は軽減されない。名取に県立の精神科外来サテライト機能を残すのでは財政負担は残るので、合併する病院に精神科外来機能を任せて、県の負担を免れる。

V 県立精神医療センターの富谷移転に関する協議確認書(令和5年2月20日)の問題点

協議確認書に書かれた精神医療センターの機能

イ 精神科救急医療

公的精神科病院が担うべき措置を中心とする精神科救急の
全県的な対応

ロ 身体合併症対応

東北労災病院との連携による身体合併症対応能力の向上

ハ 児童・思春期精神科医療

ニ 地域包括ケアシステム

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの全県的な体制
整備の支援

ホ 災害時の精神科医療体制の確保

ヘ 研修機能の充実

疑問点

- 全県をカバーすると言っていた精神科救急は「措置を中心とする精神科救急の全県的な対応」に後退。
- 労災病院との「合築」は問題が多い。
- 児童・思春期精神科医療を展開するなら名取の方が好条件（名取市美田園に児童の専門施設を集約してきたはず）。
- 県南の地域包括ケアシステムを崩壊させようとしながら、「全県的な体制整備の支援」を謳う自己矛盾。
- 災害時の精神科医療体制の確保も研修機能の充実も富谷である必然性はない。
- 名取の新病院（がんセンターと仙台赤十字病院が合併した病院）に精神科外来機能を残すと新たに表明。果たして有効か？

名取の新病院に外来機能を残せば問題は解決するか？

外来通院中に入院が必要なケースが必ず出てくる。

名取の新病院は「県立」から外れるので、富谷の「県立」精神医療センターとの協力関係は恐らく取れない。入院を必要とする患者の行き場がなくなる。

精神科病棟を持たない所謂総合病院精神科の実態を確認すると、
(大崎市民病院、坂総合病院、JR仙台病院、みやぎ県南中核病院)
いずれも外来を縮小せざるを得ない実態がある。
院内のリエゾンや救急対応に追われるから。

外来機能を残すと言っても、外来診療以外に新たな仕事が増える。精神科医は疲弊する。デイケアと訪問看護はどうするのか？

精神科の身体合併症対応が問題になっているが、精神科以外の診療科でも精神症状を呈する患者の対応が急務となっている。

自殺企図による救急搬送、アルコールの離脱症状、妊産婦や産褥期の精神症状、高齢者の夜間せん妄、認知症患者の問題行動等々。**精神科病棟を持たないと対応は困難。**