

宮城県立精神医療センター建替えに求められること（案）

0. 前提

建て替え案の作成にあたっては、県内の当事者、家族、精神医療・保健福祉従事者、県民の意見を広く集約し、今後の精神医療・保健福祉を取り巻く社会情勢を踏まえる必要がある。そのため、当事者や家族、関係者からの意見聴取を適宜行い、精神保健福祉審議会での検討を経たうえで計画を策定することが望ましい。

宮城県における精神医療・保健福祉体制の向上は、宮城県立精神医療センターをはじめ、行政機関、大学病院やいわゆる総合病院、民間医療機関、福祉機関などが、それぞれの役割を明確にし、連携を効果的に図ることで実現される。そのため、センターの建て替え計画は、本県全体の精神医療・保健福祉体制の強化に資する総合的な計画の一環として進める必要がある。

宮城県立精神医療センターは、他の医療機関では保険診療の枠組み内で対応が困難な、県民の精神医療・保健上の高度なニーズに応えるという重要な役割を担っている。このような役割を果たすためには、公的財政に基づく政策医療の実施が不可欠である。一方で、精神医療・保健福祉体制の維持・向上や収益性の確保、県の財政負担の軽減とのバランスも重要であり、他の精神医療・保健福祉機関や関係行政機関への公的財政支援のあり方も含めて、総合的に検討する必要がある。

なお、本意見書は、令和元年12月に取りまとめられた「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」（県立精神医療センターのあり方検討会議）を重要な基礎資料として位置づけ、その基本的な理念および方向性を継承するものである。同報告書において示されたとおり、同センターが県内精神医療の基幹病院として、精神科救急医療をはじめとする政策医療を担い、地域移行を前提とした急性期中心の医療提供、児童・思春期精神医療、依存症医療、災害精神医療、人材育成等において中核的役割を果たすべきであるとの考え方は、引き続き妥当と考えられる。

一方で、本意見書では、前回報告書策定以降の社会情勢や制度環境の変化、ならびに建て替え検討が具体段階に入っている現状を踏まえ、当事者・家族参画の位置づけの明確化、立地・アクセス条件の具体化、医療観察法をめぐる地域格差や制度上の制約を含む論点整理、災害精神医療拠点としての役割の一層の明確化などについて、重点的に補足・更新を行ったものである。

1. 建て替え時期、立地、規模

宮城県立精神医療センターの早期建て替えは、喫緊の課題である。土地の取得や整地に要する期間を考慮する必要があるほか、建て替え完了までの間は、老朽化した現施設の改修・補強も並行して進めることが求められる。

同センターは、宮城県内で唯一の自治体立精神科病院であり、精神科救急の中核機関と

1 しての役割を担っている。加えて、以下 2～8 に示す多様な役割を果たすことを踏まえる
2 と、適切な病床数と敷地面積に加え、県内各地からのアクセスの良さは重要な検討要素と
3 なる。特に、公共交通（鉄道）利用や付添いが必要な当事者も少なくないことを踏まえ、
4 名取駅等の主要な交通結節点からのアクセスを、立地要件として具体的に位置づけること
5 が望ましい。また、現在の医療圏に形成されている地域資源（グループホーム等の受け
6 皿）との連続性にも配慮し、通院、退院後の生活、地域連携が断絶しない立地選定を重視
7 する必要がある。

9 2. 精神科救急の拠点としての機能

10 宮城県立精神医療センターはこれまで、365 日・24 時間体制で県内の精神科救急に対応
11 する中核的役割を担ってきた。建て替え後も、基本的には同様の役割が期待される。

12 ただし、器質因の鑑別を要する事例など、一部のケースでは受け入れが困難な状況があ
13 り、課題として残っている（次項参照）。

14 一方で、地域の民間精神科病院の中には、精神科救急や措置入院に積極的に対応している
15 施設も存在することから、今後はこうした医療機関との役割分担および連携体制の構築を
16 検討することが望まれる。

17 また、宮城県立精神医療センターは急性期の診療を中心に担い、病状が安定した後は、地
18 域のかかりつけ精神科医療機関へ引き継ぐことで、各地域での社会復帰を支援する体制の
19 整備についても併せて検討すべきである。

21 3. 器質因鑑別機能、身体合併症診療機能の強化

22 器質因や身体合併症・併存症を有する精神疾患を有する者への対応能力の向上には、有床
23 総合病院精神科の対応力強化と、病院間の連携体制の充実が不可欠である。特に、検査・
24 診断・治療のために総合病院での対応が求められる合併症・併存症を有するか、あるいは
25 強く疑われるケースについては、総合病院精神科が一義的に対応する必要がある。現時点
26 での主な課題としては、有床総合病院精神科における夜間・休日の受け入れ体制の不備、
27 および保護室を中心とした病床の確保困難が挙げられる。しかしながら、現行の保険診療
28 体制のもとでは、有床総合病院精神科およびその連携のみで、緊急時の病床確保や夜間・
29 休日の受け入れ体制を十分に整備することは困難である。このため、県からの公的な支援
30 を含めた体制整備がなされることが望まれる。

31 一方、初発の精神疾患罹患者や、病状の変化・増悪がみられる罹患者については、身体
32 的要因が背景にある可能性を念頭に置き、的確な鑑別診断を行うことが重要である。急性
33 の発症や病状変化を呈し、既往歴などの情報が乏しいまま受診するケースが多い県立精神
34 医療センターにおいては、政策医療の重点要件として、施設・人材の両面で十分な器質因
35 鑑別機能を備える必要がある。

36 さらに、平時の診療にとどまらず、新興感染症のパンデミックなど緊急時にも対応可能な

体制を構築する観点からも、身体合併症・併存症に対する診療体制の整備は極めて重要である。

4. 重度慢性、治療抵抗性の診療体制

地域の精神科医療機関において治療が難航している重度慢性・治療抵抗性の精神疾患罹患者については、その病状に応じて、大学病院、宮城県立精神医療センター、総合病院などの公的医療機関が一時的に受け入れ、包括的アセスメントを実施した上で、治療・支援方針を再評価し、病態の改善を図る体制を整備することが望まれる。クロザピンによる治療体制は必須と考えられ、麻酔科医の確保を含めて修正型電気けいれん療法を必要に応じて円滑に提供できる体制を整備することも望まれる。

また、こうした公的医療機関での診療を経て病状が安定した事例については、各地域でかかりつけ医の役割を担う精神科医療機関と連携し、継続的な治療と生活支援につなげる体制を並行して整備していくことが求められる。

5. 医療観察法の運用と精神医療保健体制の課題

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「医療観察法」）には、(1) 治療と社会的統制の二重機能の側面を有し、治療が事実上社会防衛・再他害行為防止の手段として用いられ、「患者の利益」と「社会の安全」のバランスが後者に偏る傾向がある、(2) 審判で入院処遇とされた場合、その後の退院基準が不明確であり、人権・自由の制限と処遇の長期化が生じる可能性がある、(3) 入院後の地域移行支援が不十分なため、「出口のない入院」状態になる可能性がある、(4) 「危険な存在としての精神障害者」というスティグマと差別を制度によって強化する可能性がある、等の問題が指摘されてきている。

これらの課題に加え、医療観察法の対象となるような重大な他害行為に至る背景について、より広い視点から検討する必要がある。多くの事案においては、精神症状の早期発見・早期治療の遅れ、治療中断、地域精神医療・精神保健福祉支援の不足、生活困窮や社会的孤立への支援の不十分さ、さらには医療・福祉・司法・行政間の連携の課題など、精神医療保健体制全体の脆弱性が複合的に関与している可能性が指摘されている。このような点を踏まえると、医療観察法という事後的・例外的な制度の在り方のみを議論するのではなく、他害行為に至る以前の段階における予防的・包括的な支援体制の整備が極めて重要である。具体的には、精神疾患の早期介入体制の強化、地域における継続的な医療・福祉支援、危機介入やアウトリーチ支援の充実、ならびに関係機関間の実効性ある連携の推進など、精神医療保健体制全体の底上げが求められる。今後の制度検討にあたっては、医療観察法の運用改善と併せて、一般精神医療および地域精神保健福祉体制の充実を一体的に進める視点が不可欠である。本人の回復と社会参加を支えると同時に、社会全体の安全を持続的に確保するためにも、例外的制度への対応にとどまらない、より包括的で予防的

な精神医療保健政策の在り方について、引き続き慎重かつ継続的な検討が求められる。

一方で、本制度が現に施行され、多くの当事者がこの制度の下で処遇され、社会復帰している現状に鑑みれば、制度の理念や課題を踏まえた批判的検討を行いつつも、現実の処遇の質と公平性を確保する観点から、地域の受け皿や支援体制の整備を進める必要がある。すなわち、医療観察法に対する指摘の中には、運用の改善や地域支援の充実によって一定程度緩和し得るものも含まれ、また、司法的関与の下での処遇決定・定期的評価・多職種による治療計画の策定等を通じて、本人の回復と社会復帰を支援する枠組みとして一定の役割を果たし得るとの見解も存在する。したがって、制度の是非を抽象的に論じるにとどまらず、現に制度利用者が存在するという前提のもとで、処遇の適正化と地域移行の実効性を高める具体策を検討することが重要である。

特に、医療観察法病棟（指定入院医療機関）が設置されていない地域においては、制度的枠組みの偏在や地域支援体制の格差が生じているとの指摘がある。具体的には、(1) 医療観察法病棟がない県では、他県の施設に入院される結果、当事者の地元からの分断が生じて、家族や支援者との距離が生まれ、面会や退院支援に支障が出る、(2) 医療観察法病棟の設置には、専任の精神科医・看護師・心理職などが必要だが、病棟未設置地域ではそのような専門人材の育成や経験蓄積の機会が乏しいため、精神医療全体の地域間格差が広がる、(3) 地元で医療観察法の実績やノウハウがないと、地域の精神保健医療関係者や支援機関が制度に不慣れであることによる連携不全も起こり、退院後のフォローアップや通院支援が不十分になりがち、等のことが指摘される。

近年では、北海道・札幌には 3 年前に医療観察法病棟が整備され、今後 2 年以内には京都にも同様の病棟が開設される予定である。また、福岡や神戸においても医療観察法病棟の設置が検討されている。これらの動きが進むと、宮城県は大都市を有する都道府県の中で、唯一、医療観察法病棟を持たない自治体となる可能性がある。結果、地域差により、退院・社会復帰のチャンスが地域によって左右されることになり、宮城県の制度利用者にとって著しい不公平が生じている可能性がある。加えて、医療観察法医療に関しては、地方の実情に即したネットワーク形成が望まれ、本来であれば東北地方の中核都市として、宮城県がそのハブとなる役割を担うことが期待される。しかし現状では、宮城県が空白地帯となっており、医療資源が限られた周辺地域（例：花巻等）に過大な負荷が集中している点についても考慮が必要である。

以上を踏まえれば、地域の受け皿の充実に向けた方策を検討していくことと並行して、宮城県立精神医療センターの建て替えを契機に、医療観察法を取り巻く課題（人権配慮、処遇の長期化防止、地域移行の実効化、スティグマ抑止等）を十分に踏まえた上で、医療観察法病棟の設置の可否を「行わないことによる影響」も含めて検討することが重要である。医療観察法病棟の整備は、単に特定制度への対応にとどまらず、専門人材育成、多職種連携、危機対応力の向上等を通じて、予防医療を含む精神医療全体の質の向上・発展に波及効果をもたらし得る。他方で、設置の有無いずれの選択においても、地域移行支援や

通院処遇支援の実効性を担保するネットワーク整備は不可欠である。したがって、将来的な禍根を残さないためにも、実現可能性、必要人員、財源、広域連携の枠組み、当事者・家族支援の具体策等を含め、積極的かつ慎重な検討を進めることが求められる。

6. 児童精神科病棟の運用方針

児童精神科領域における外来・入院の診療体制の整備に向けては、宮城県子ども総合センター、宮城県や仙台市の発達障害者支援センター、大学病院、地域の精神科・小児科医療機関との連携や役割分担のあり方について検討を進める必要がある。

現在、県内で児童精神科病棟を有する医療機関としては、東北福祉大学せんだんホスピタルが 45 床を備え、小・中学生を対象とした院内学級やゲーム依存に対応するなど、専門的治療プログラムを備えた診療体制を構築している。

一方で、強度行動障害を有する児童を専門的に診療する体制は県内に存在せず、宮城県立精神医療センターが関係医療・福祉機関と連携し、この分野の医療・支援を提供できる体制を構築することにより、県全体としての児童精神科医療体制の対応力が大きく向上することが期待される。

7. 災害拠点精神科病院としての機能充実

現在、全国の 25 自治体において 46 の災害拠点精神科病院が設置されるなど、体制整備が進んでいる。一方、東日本大震災を経験し、全国から多くの支援を受けてきた宮城県においては、依然として災害拠点精神科病院が設置されていない。

宮城県立精神医療センターの建て替えにあたっては、同センターが精神科災害拠点病院としての機能を担うことが不可欠である。単に施設基準を満たすだけでなく、さまざまな災害シナリオを想定し、実効性のある機能を備えた設計と体制の構築が求められる。

また、他の災害拠点精神科病院として機能している公的医療機関の情報を収集・参照し、計画に反映させることも重要である。

さらに、建て替えが完了するまでの間、宮城県に災害拠点精神科病院が存在しない状態が続くことは看過できず、建て替え計画とは別に、暫定的または恒久的な災害拠点精神科病院を県内に設置すること等も併せて検討する必要がある。

8. 宮城県の「にも包括」推進における役割と仙南医療圏、仙台医療圏南部の住民のかかりつけ医療機関としての役割

宮城県立精神医療センターは行政機関や民間医療機関、障害福祉事業所等との役割分担や連携のもとで、多様な精神疾患（統合失調症、うつ病・躁うつ病、発達障害、依存症等）への対応については、高度医療を短期間、集中的に行い、退院後は地域での医療・ケアに引き継ぐとともに、地域や学校等への普及啓発をはじめとした、若者支援・早期介入・再発防止等に取り組んでいる。殊に、発達障害医療については、児童・思春期の診療との

1 連携や二次障害への対応による医療提供の充実を図るべきである。また、依存症医療につ
2 いては、依存症の専門的治療を行うことができる医療機関が県内では限定されて いるた
3 め、専門医療機関と連携しながら医療提供の充実を図るべきである。

4 また、立地の観点から、宮城県立精神医療センターは名取市に根ざし、地域の医療・福祉
5 資源と緊密に連携しながら、仙南医療圏および仙台医療圏南部の住民に対して精神医療保
6 健サービスを提供してきた。とりわけ、精神科医療資源が乏しい仙南医療圏においては、
7 今後も住民のかかりつけ医療機関としての役割を担い続けることが重要である。

8 また、これまでに蓄積された診療経験や地域支援の知見は、宮城県が推進する「にも包
9 括」施策の検討において、有益な資源となると考えられる。建て替えに際しては、現在の
10 利用者の意見を集約し、施設や機能の方針に反映させていくことが望まれる。この中に
11 は、複数の機能を有するデイケアや外来作業療法（OT）などの診療機能に関する検討も
12 含まれる。

13 一方で、公的財源をもとに政策医療を担う宮城県立精神医療センターのサービスは、全
14 県民が平等に享受する権利を有することを踏まえる必要がある。精神医療政策上の財源
15 は、センターが上記 2～7 で示したような役割を果たすことにより、県全体の精神保健の
16 向上に資するために用いられるべきである。また、県内の精神科医療機関が担うかかりつ
17 け医療としてのサービスと、宮城県立精神医療センターが近隣住民に提供するサービスが
18 均質であり、県内すべての利用者が良質な精神医療保健サービスを等しく受けられるよう
19 にする必要がある。そのためにも、全県の当事者・家族・関係者の意見を幅広く、かつバ
20 ランスよく集約することが求められる。

21 あわせて、建て替えの計画と並行して、「にも包括」推進を含む宮城県の精神保健施策
22 全体が効果的に機能するよう検討を行う必要がある。