

第1章 精神科医療の現状と課題及び将来の方向性

1 沿革

我が国では、近代以降、明治 33 年に制定された社会防衛的側面から監護義務者による私宅監置を認容した「精神病患者監護法」及び精神疾患の患者を精神科病院に保護し治療を行う目的で大正 8 年に制定された「精神病院法」を経て、戦後、新憲法の下で、昭和 25 年に「精神衛生法」が制定され、都道府県に対する精神科病院の設置義務付けや指定入院制度が創設されるなど、精神科病院への入院を中心とした精神保健医療福祉施策が進められてきた。

その後、昭和 40 年には、ライシャワー事件を契機として、通院患者の公費負担制度の創設、在宅の精神障害を持つ方の訪問指導・相談事業の強化などを内容とする「精神衛生法」の改正が行われ、社会復帰の推進を目指したが、体制が十分ではなかったことから、精神病床数の増加に歯止めをかけるには至らなかった。

昭和 62 年には、宇都宮病院事件に端を発し、精神障害を持つ方の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と社会復帰の促進を図る観点から、「精神衛生法」の改正が行われ、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設などを内容とする「精神保健法」が成立した。

近年では、平成 5 年の「障害者基本法」の制定により、精神障害を持つ方も身体障害・知的障害と同様に施策の対象であることが位置付けられ、かつ、従前からの保健医療施策に加えて福祉施策の充実の必要性が高まったことを踏まえて、平成 7 年に「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改正されている。

平成 16 年に示された「精神保健医療福祉改革ビジョン」において、救急急性期医療の重視、長期在院者の退院促進、地域ケア体制整備などを掲げるとともに、診療報酬についても不十分ながらも、これらの分野に配慮がなされた。

また、平成 18 年には、入院処遇から地域生活への方向転換を目途として「障害者自立支援法」が施行され、前年には社会的要請に基づく触法精神障害対策として、病状の改善及び再発防止を図り、社会復帰を促進することを目的とする「医療観察法」が施行されており、その後、平成 21 年 9 月には「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討委員会報告書」がまとめられ、今後、概ね 5 年間にわたる精神保健医療福祉の方向性が提示されている。

※ ライシャワー事件：昭和 39 年 3 月に、ライシャワー駐日アメリカ大使が統合失調症（精神分裂症）の少年に刺されて負傷した事件。これにより、我が国の不十分な精神医療体制が大きな社会問題となり、翌年 6 月に「精神衛生法」の一部改正が行われた。

※ 宇都宮病院事件：昭和 59 年 3 月に、暴行により患者 2 名を死亡させたとして、宇都宮病院の看護職員らが逮捕された事件。この事件を契機として、国連人権委員会などの国際機関でも、我が国の精神医療現場における人権侵害が取り上げられ、昭和 62 年に「精神衛生法」の改正法である「精神保健法」が成立した。

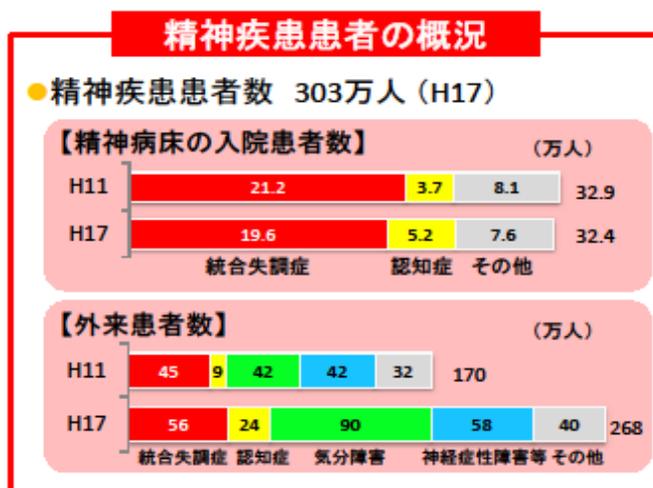
2 精神科医療を取り巻く環境

20 世紀末から 21 世紀にかけて、IT 化、経済のグローバル化の潮流の中で、社会全体の心理的ストレスは増大し、就業人口層の精神保健が大きな問題となり、WHO の調査（2000 年）によっても、疾病による労働力損失とそれに伴う社会的コストの視点（DALY：障害調整生命年・疾病負担）から、精神疾患の影響が極めて大きいことが明らかとなった。WHO は、21 世紀を「こころの世紀」と表現し、メンタルヘルスの危機とその対策の必要性を強調している。

精神医療先進国であるイギリスでは社会体制の維持と経済活動の基盤保持を目的として、精神疾患、冠動脈疾患、がんの3疾患を三大重点疾患として指定し、国を挙げての対策が講じられ、一定の効果を挙げつつある。

一方、我が国では、急増する自殺対策への取り組みが始められたものの、その対策の基盤となるメンタルヘルスへの重点的取り組みは今後の課題として残されている。医療体制については、多職種チームによる地域ケアの体制や地域に必要な資源の整備が十分でなく、地域での支援があれば退院可能な多くの患者が入院を継続し、先進国では人口1万人当たりの病床数が概ね15以下であるのに比して、我が国では30近くで推移している。発症間もない患者への早期支援や訪問体制を組み合わせた早期集中治療体制についても不十分なままである。こうした状況の背景として、精神科の医療費が低く抑えられてきた根本的な問題があるとされている。

このような中、我が国の精神疾患患者は平成11年以降急速に増加している。入院患者については「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が掲げられているが、統合失調症患者が減少する一方、認知症患者が増加しており、近年、32万人台で推移している。今後は、入院患者の高齢化も念頭に置きながら、統合失調症患者を中心に地域生活への移行及び地域生活の支援を一層推進するとともに、増加する認知症患者への入院医療のあり方の検討が求められている。



厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書

新規に入院する患者数の増加と入院期間の短期化が進む一方で、長期入院患者の動態は大きく変化しておらず、今後は急性期医療の充実、地域資源の整備による早期退院の促進、新たな長期入院の抑止、長期入院患者の地域移行の促進が課題となっており、長期入院患者については、精神症状が重度である方、社会資源・支援が十分でない方、日常生活・身辺自立に課題を抱えている方などのそれぞれの課題に対応した対策が必要となっている。

外来患者数については、平成17年には267.5万人と平成11年比で1.6倍となっており、近年では、うつ病を含む気分障害と認知症の急増に伴い、両疾患が全体の43%を占めるまでに至っている。

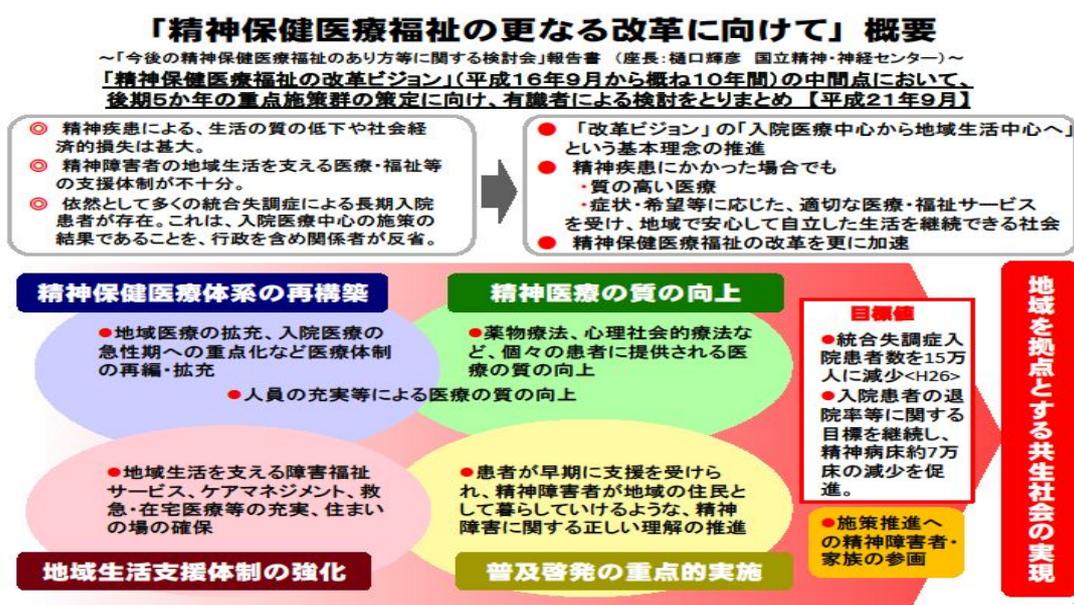
3 精神保健医療施策体系

平成16年に厚生労働省がまとめた「精神保健医療福祉改革ビジョン」では、救急急性期医療の重視、長期在院者の退院促進、地域ケア体制整備を提唱し、診療報酬についても一定の方向性が示されており、また、平成21年9月には「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討委員会報告書」がまとめられ、今後、概ね5年間の我が国の精神保健医療福祉の方向性が

提示されている。これによれば、「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速させることを基本的な考え方として、今後重点を置くべき事項については、

- ① 医療の質の向上…救急・急性期、在宅訪問医療の強化
- ② 地域生活支援体制の強化…障害福祉サービス、在宅医療などの充実
- ③ 精神疾患に関する理解の深化と早期支援体制の整備（特に初発事例）
- ④ 地域移行・地域定着の支援
- ⑤ 当事者・家族の支援

とされている。



厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書

4 今後の基本的な方向性

精神疾患は生活習慣病と同様に誰もがかかりうる病気であり、精神科医療需要は、多様化しかつ増大していくことは明らかである。今後の我が国の精神科医療のあり方としては、外来・地域ケアを基本とした医療への転換を目指し、乳幼児・児童から高齢者までの幅広い年齢層を対象に、多様な疾患に対して、早期の支援が可能となる体制を構築し、入院医療は高度の内容のものを短期間集中的に提供し、その後は地域ケアに引き継いで行くという方向性が加速していくものと思われる。

こうした流れの中で、国は、診療報酬により精神科医療の方向を誘導しており、社会的な要請に基づく必要な部分を対象として次のように診療報酬の重点的な配分を図りつつある。

- ① 医療観察法入院対象者入院医学管理料
- ② 精神科救急入院料
- ③ 精神科急性期治療病棟入院料
- ④ 児童・思春期精神科入院医療管理加算
- ⑤ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

- ⑥ 認知症治療病棟入院料
- ⑦ 精神科訪問看護・指導料

医療の供給体制を見ると、我が国の精神科医療施設は民間によるものが多くを占め、公立の精神科病院は民間病院が対応できない領域を担当すべきとの精神科医療における役割分担の考え方が受容されるようになってきており、公立と民間の役割分担を踏まえた医療体系の構築が必要となっている。医師不足など多くの課題を抱えた総合病院や急増する診療所の役割を視野にいれた体制整備も欠かせない。

また、患者の人権を尊重した精神科医療、プライバシーを尊重した精神科医療、外部に開かれた精神科医療などについても、引き続き精神科医療に課せられた重要な課題である。この視点から、地域生活の可能性がありながら、入院生活を継続せざるを得ない患者がなお多い現状の解決に向けて真摯に取り組むことも、この国の、この時代の精神科医療の歴史的責任であろう。

第2章 宮城県における精神科医療の現状・課題・将来の方向性

これからの精神科医療は、増大する多様な病態に対し、予防から治療、社会参加・社会生活支援の各領域において、包括的・統合的な医療を提供する必要がある。

また、地域生活を基本とした医療を目指し、乳幼児・児童から高齢者まで、予防的介入も視野に入れ、入院医療は高度の内容を短期間提供し、その後は地域ケアに引き継ぐ体制がより強化されるべきである。

以上の観点から、平成 20 年に示された「宮城県地域医療計画」を踏まえ、当あり方検討懇話会において、現状を検証しつつ検討を行った。

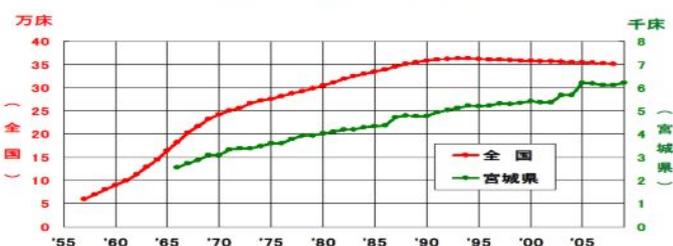
1 精神科病床の状況と課題

平成 21 年度末の時点で、県内には精神科病床を持つ施設が 38 力所（うち総合病院精神科は 4 力所）あり、総病床数は 6,331 床、入院数は 5,451 人であった。

全国的に見ると病床は減少しているが、本県においては平成 14 年度以降、認知症患者の病床が増えたため病床数は増加している（図①）。

しかしながら、全体的な入院患者数は近年、減少傾向にあり、病床利用率は減少し、全国平均（91.2%）を下回っている（図②）。

図① 精神科病床数の推移

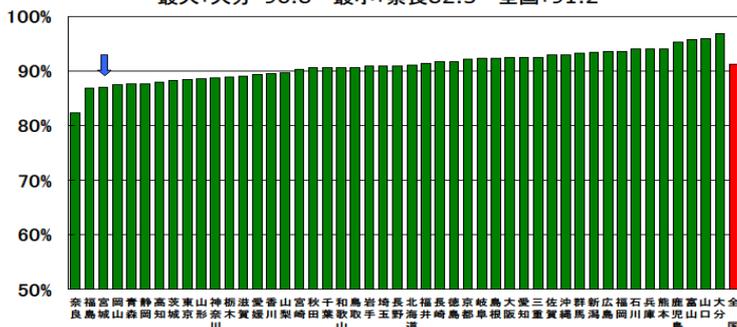


我が国の精神保健福祉より

図②

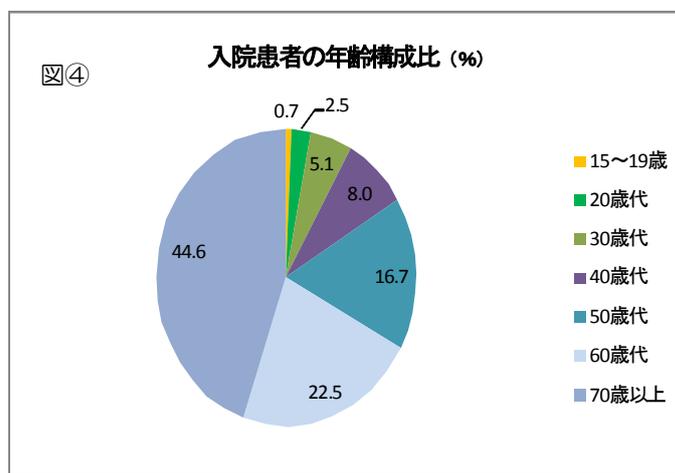
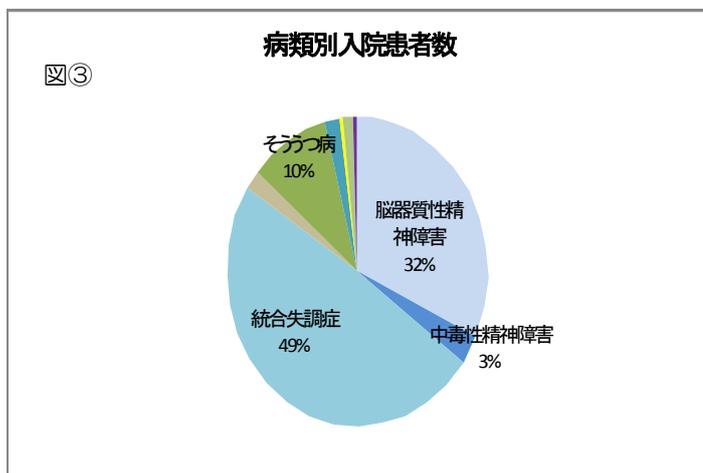
病床利用率(2006/06/30)

最大:大分 96.8 最小:奈良82.3 全国:91.2



我が国の精神保健福祉より

平成 22 年度末現在で入院患者のうち統合失調症が約5割を占め、次に多いのが脳器質性精神障害で約3割となっている(図③)。年齢別では70歳以上の入院患者が44.6%と最も多く、次いで60歳代が22.5%, 50歳代が16.7%と続き、15歳~19歳は0.7%となっている(図④)。総合病院においてはマンパワーの充足など基本的な体制の強化が喫緊の課題であるが、単科病院においては、機能の多様化、社会資源整備と連動した地域移行、救急体制強化に向けた取り組みなどが課題である。



県障害福祉課より (H22年3月31日現在)

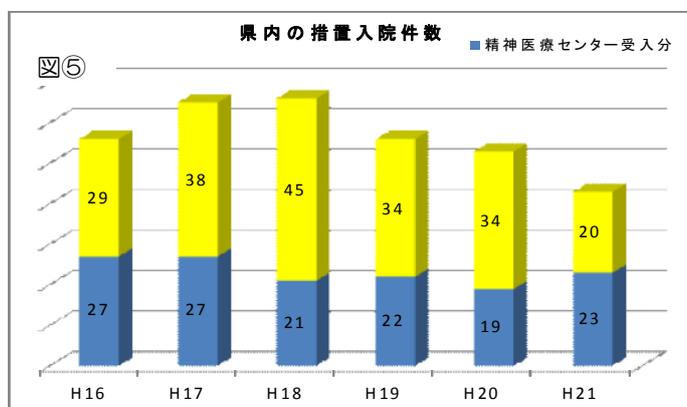
2 精神科診療所の状況と課題

全国的に一般科診療所に比べて精神科診療所の増加が著しいが、本県において精神科を標榜する診療所は、平成 17 年度の医療施設調査で 42 カ所であったものが、平成 21 年度末の時点では 81 カ所と急増している。多様な疾患・メンタルヘルス問題の早期介入の拠点として、また地域での継続支援の場としてその役割と責任は益々増大するものと思われる。入院機関と連携した継続的な治療体制の整備やマイクロ・ソフト救急などへの対応も課題である。

- ※ ミクロ救急：病院単位で行われる自発的な時間外・予約外診療の集合体としての救急システム (マクロ救急：複数の病院群が分担して実施する広域の救急システム)
- ※ ソフト救急：精神科救急の対応の一つとして、入院を伴わない治療や本人の意志に基づく入院治療の形態を指す。

3 精神保健福祉法による措置入院、応急入院の状況と課題

措置入院指定病院は全県で 18 カ所、応急入院指定病院については 4 カ所となっている。図⑤のとおり、措置入院件数は、平成 18 年度以降減少傾向を示し、平成 21 年度は 43 件であった (応急入院件数は 9 件) が、なお円滑な入院先の確保と措置診察体制の確保が課題となっている。



精神医療センター診療情報統計集より

- ※ 措置入院：「精神障害のため自身を傷つけ、または他人を害するおそれがある」と 2 名の精神保健指定医の診察が一致した場合、都道府県知事または政令指定都市の市長が精神科病院などに入院させる制度。
- ※ 応急入院：ただちに入院させなければ、その者の精神障害の医療及び保護を図る上で著しく支障があるのに、通常の任意入院や医療保護入院、措置入院を行うことができない場合、応急入院指定病院であれば、精神保健指定医の診察を経て、72 時間まで、本人の同意がなくても入院させることができる制度。

4 専門病院及び専門病棟の状況と課題

アルコール依存症の専門病棟を持つ精神科病院は仙台市内に1カ所（東北会病院：54床）設置されている。依存症についての治療需要は高まっているものの、アルコール依存症治療専門家によれば、今後は外来中心にシフトし、入院需要は減少するとの予測がなされている。

これまで児童思春期病棟は県内になかったが、平成20年6月に新設された「せんだんホスピタル」において48床の整備がなされている。しかし、医療利用の利便性や地域支援との継続性を考えるならば、県内の地域ごとの格差・資源のばらつきは大きく、入院病床の整備は十分とは言えない。今後、各地域の子ども総合センター附属診療所など関係機関が連携して外来窓口を充実させることや、小規模の入院対応施設を整備することなどにより、地域に根ざした外来・入院診療のネットワーク化を図り、地域間格差の解消を図るべきである。県立こども病院児童精神科の活用（乳幼児・母子精神医療の分野で）についても検討を行う必要があり、発達障害を持つ児童に対する支援システムの整備も急がれる。

これらのことから、児童・思春期関連の専門治療施設・病棟については、既存の拠点施設を基盤としながら、関係施設ごとの専門性や地域性を踏まえた連携を基本として、外来診療機関・入院病床の整備を図る必要があるものと言える。

また、認知症については、地域における認知症治療とケア体制の強化を図るため、厚生労働省と地方自治体が全国150カ所を目標に配置を進めている「認知症疾患医療センター」の整備が課題となっている。

5 その他精神科病棟の機能分化

前記の専門病棟に加え機能分化としては、精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟、精神科療養病棟、認知症治療病棟などがあるが、当面の課題としては、精神症状の急変期や重篤患者に適切に対応するため、不眠、不安又はトラブルなどで精神症状が悪化した患者に対して、症状にあった様々な治療（薬物管理・精神療法・作業療法など）の提供が可能となる急性期治療機能を備えた病棟の整備が必要と思われる。

6 身体合併症治療体制の整備

県内には精神科入院施設を持つ総合病院は4カ所しかなく、そのうち一部は医師不足などから実質的に精神科病床として入院対応が十分に行えない状況にある。そのため身体合併症治療は総合病院を除くそれぞれの精神科病院においても治療に努めているものの対応に苦慮しているのが現状である。今後は総合病院精神科の体制強化及び精神科病院と一般科・病院との連携強化が課題となる。

7 精神科救急医療

精神疾患の急激な発症や悪化などに対応するため、精神科救急医療システムを休日の昼間は輪番制により1日2病院が当番病院として、また夜間は通年、精神医療センターを基幹病院として運用している。しかし、重症度・地域性などによる役割分担がなく、精神医療センターに

集中することによる医師の疲弊が喫緊の課題となっている。ハード救急を担う基幹病院の体制強化（人員配置などの面での全体的支援，さらには施設の複数化），身体合併症を持つ精神科救急事例への対応施設の整備，さらにはソフト救急を担う各地域の精神科病院・診療所の救急医療システムへの参加を図り，ソフト救急は身近な地域でかかりつけ医中心に，ハード救急は基幹病院に，身体合併症救急は総合病院で行うという，利用者の利益に即した，地域の関係機関連携・役割分担によるシステムの再構築を図る必要がある。また，精神科救急医療システムの24時間化に向けた体制整備も課題として残されている。

※ ハード救急：精神科救急の対応の一つとして，警察官通報に基づく措置入院や家族などによる入院承諾で患者本人の意志に基づかない入院治療の形態を指す。

※ ソフト救急：精神科救急の対応の一つとして，入院を伴わない治療や本人の意志に基づく入院治療の形態を指す。

8 メンタルヘルス対策の充実（地域・職域・学校など）

うつ病やその他の精神疾患への早期の対処および自殺予防対策，さらには薬物乱用などの問題への基本的な対応として，保健と医療との密接な連携の上に，地域・職域・学校・一般医療機関などにおいてストレス問題やうつ病など精神疾患に関して普及啓発を行うことが必要である。

また，これらの場での相談支援に従事する関係者が早期の介入・支援を行えるような現場に即した関係者に対する研修などを実施することも重要であり，多重債務などの専門相談機関などとの連携や地域の生活相談体制整備も必要である。さらに，精神疾患に対して適切な診療を行うため，かかりつけ医師に対する診断・治療に関する研修体制整備をすすめ，対象患者が初診から治療まで，医療機関の適切な連携・役割分担の元に継続的な診療を受けられるような医療機関連携・システム整備も欠かせない。

9 若者支援・早期介入

自殺予防対策，虐待防止，ひきこもり，薬物乱用問題対策の基盤として，若者のメンタルヘルスに関わる普及啓発・相談体制（地域・職域・学校など）を確立し，若者支援，早期発見・早期治療・継続支援のシステムを整備することが重要であることは，諸外国の研究・調査から明らかになっている。この若者のメンタルヘルス支援施策の展開については，現在，県精神保健福祉審議会でも検討中であり，今後の方向性が示されている。これによれば，支援施策展開のためには拠点施設を整備し，モデル的事業，普及啓発・相談支援・医療のネットワーク形成，基盤となる各種相談支援事業・地域精神保健活動，学校との連携などの事業を調査研究活動と並行して継続的に進め，県全体の体制整備につなげる必要があるとされており，今後の具体的な施策展開が待たれる。

10 退院可能な精神障害者の地域移行と慢性重症事例への支援

退院促進については，国・県の地域移回事業が展開されてきたが，大きな成果を上げているとは言い難い。退院促進が医療収益と矛盾するという根本的な問題が最大の課題である。しかし，こうした状況の中でも，退院可能な対象者について，医療機関と地域の側が情報を共有し，

対象者の希望に対して精神科病院のリハビリテーション機能を活用した退院支援が求められる。さらに、退院促進のコーディネーター担当者（精神障害者自立生活支援員など）による院外体験支援などの支援活動を推進するとともに、地域関係者の協力と連携により適切な退院の促進を図っていく必要がある。

退院可能な対象者の地域の受入れを促進するため、（イ）グループホームなどの施設整備、（ロ）医療機関からの往診スタッフの派遣、（ハ）市町村保健師などの訪問、（ニ）日中活動の場などの地域支援体制の整備を促進していくことも必要となる。また、退院可能な高齢入院者については、介護保険や高齢者福祉制度の円滑な活用を促していくことも欠かせない。

また、慢性重症事例への支援として、薬物療法やチーム医療とリハビリテーション・心理社会的支援を基本として、治療・支援技法の開発を図っていく必要がある。

以上のような地域移行、慢性重症事例への対応については、政策的医療、モデル的医療として、公的病院の果たす役割が大きい。

11 医療観察法医療

平成17年に医療観察法が施行されて以来、平成22年6月現在、本県出身の対象者は34名に上り、そのうち13名が県内に10カ所ある指定通院医療機関で通院処遇を受け、12名が県外の指定入院医療機関において入院処遇を受けている（そのほかの内訳：処遇終了3名、県外転出1名、処遇の要否に係る調査のみ実施5名）。

指定通院医療機関の充実を図り、対象者の地域生活が適切に支援されるように、保護観察所・市町村及び保健所などの連携の促進が必要である。また、指定入院医療機関の整備については、民間の医療機関では担えないものであり、対象者の早期社会復帰に向け、国、県立病院において役割を担う必要がある。

12 地域生活支援体制の充実

地域で生活する精神障害を持つ方に対して、予防、治療、再発防止と危機介入、社会参加支援を目的に「医療・保健・福祉」が統合的・継続的にサービス提供できる体制整備が必要である。医療機関や行政機関などが、多職種による訪問を基盤とした支援を提供できるシステム展開（ACTなど）を進めることが理想的であるが、この実現のためにはモデル的事業の展開による試行的準備と診療報酬などの経済基盤の確立などが必要である。国の地域定着支援事業はこうした支援システム実現の端緒となる可能性があり、地域の精神保健活動と連携して公的病院が積極的に取り組む必要がある。

※ ACT：Assertive Community Treatment（包括型地域生活支援）。重い精神の障害を持った方々の危機介入から社会生活維持、社会参加支援などを目的として、多職種チームが訪問活動を通して行う集中的・包括的なケアマネジメントのモデルの一つ。その有効性から、現在世界各国で実践されている。

第3章 宮城県立精神医療センターの果たすべき機能・役割と実現のための課題

～自治体病院としての役割を踏まえて～

1 基本的な考え方・方向性

精神医療センターは、県が設置する精神科医療の基幹病院であり、その担うべき役割について、社会的要請を踏まえて考察すると、次の3点に集約されるものとする。

- ① 政策的医療の実施
- ② モデル的・先進的医療の提供
- ③ 民間医療機関との役割分担の下、民間医療機関の対応を補完・支援する役割

また、公的な県の基幹病院としてこれまで掲げられてきた5つの方針については今後も堅持される必要がある。

- ① 人権を尊重し良質な医療を提供する
- ② 社会復帰・社会参加の促進に努める
- ③ 地域精神保健活動を推進する
- ④ 救急医療の充実
- ⑤ 健全な病院経営

以上の基本事項に立ちながら、県の現状と課題を踏まえ、今後四半世紀を見据えた将来像も視野に入れて検討したところ、精神医療センターが今後果たすべき機能は以下の6項目に集約される。

- ① 精神科救急医療（政策的）
- ② 早期介入や予防的介入を含めた急性期医療の提供（モデル的・政策的）
- ③ 地域活動やリハビリテーションの推進（モデル的・政策的）
- ④ 児童思春期医療及びうつ・ストレスケア（モデル的・補完的）
- ⑤ 医療観察法医療の提供（政策的）
- ⑥ 研究・研修・普及啓発・情報発信機能の整備（モデル的・政策的・補完的）

2 現状と課題

今後の精神医療センターが果たすべき機能と役割を考えた場合、現状においては施設整備面も含めて多くの課題を抱えていると言わざるを得ない。

昭和32年4月に「宮城県立名取病院」として開設されてから昭和54年7月から昭和56年9月にかけて、病院施設の大規模改築が行われているが、改築後約30年が経過しており、施設の老朽化が著しく、毎年多くの修繕費を費やし計画的な修繕に努めているものの（表①参照）一部病棟には患者用のエレベーターもないなど

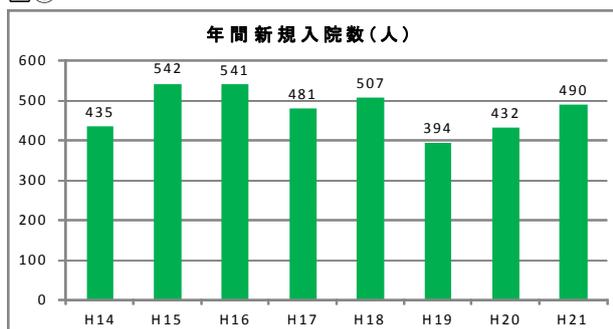
表① 修繕費の推移 (単位:千円)

平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度
38,912	38,877	44,992	42,798

表② 病床数の内訳

種別	病棟数	病床数
社会復帰開放病棟	2	114
精神科急性期治療・閉鎖病棟	1	61
老人合併症閉鎖病棟	1	57
精神科救急入院料病棟	1	54
	5	286

図⑥



精神医療センター診療情報統計集より

バリアフリー化も図られておらず、適切な療養環境の提供が難しくなっている。

入院機能については、現在、表②のとおり、5病棟（286床）が稼働している。救急・急性期患者の受け入れについては、個室の一部改修や毎朝のベッド調整会議（モーニングミーティング）により、新規入院や措置入院・紹介入院受け入れは増大し（図⑥）、利用率は一定程度改善されたが、病棟の一部改修による個室化は限界に達し、慢性的な個室不足から、救急などの入院を受け入れられない場合もあり、精神科基幹病院としては早急な改善を要する状況となっている。

既に民間の医療機関において整備されている専門病棟（アルコール依存症、認知症、児童思春期、ストレスケア）については設置が不要と思われるが、公的病院としての役割から民間病院では対応が難しい重症患者の治療や今後医療需要の増大が見込まれる児童思春期事例への対応も求められており、多様な患者群への高い対応力と治療の質を向上していくためには、人材の確保・育成に加え、個室整備による受け入れ体制強化と効率的な病床運用が強く求められている。

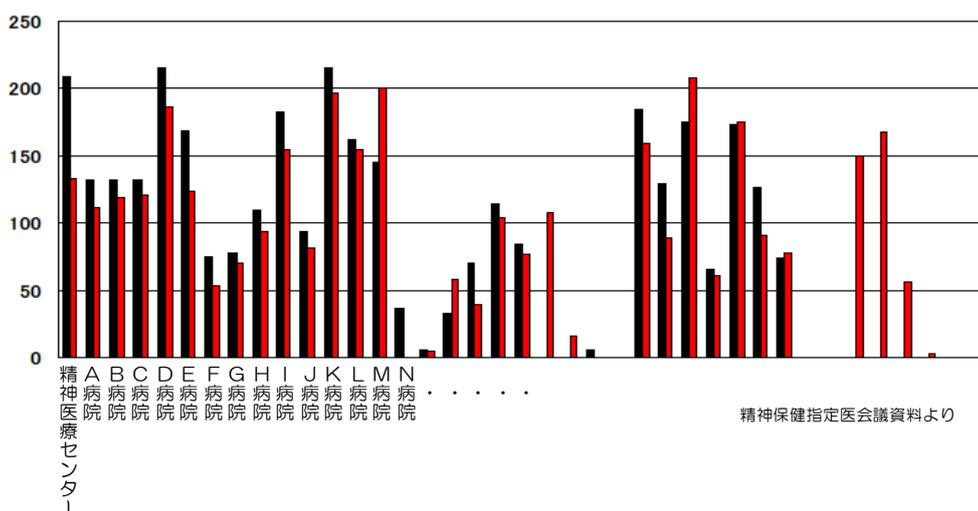
外来機能については、退院促進への取り組みや児童思春期、ストレスケアなどの新たな需要の増加により外来患者数の増加が見られており、この傾向は今後も更に加速するものと思われる。しかし、外来診察室やリハビリテーションスペースの不足から、多様な疾患群に応じた、より適切な診療やリハビリテーションが十分に行えない状況となっており、早急な対応が求められている。これらのことから今後、精神医療センターが県内における精神科医療の基幹病院の機能を果たしてい

くためには、その機能に応じた病院施設が必要となるが、現施設は老朽化や構造上、一部改修には限界があり、全面改築による施設整備が必要である。

経営と病院機能の視点からみると、図⑦のとおり1年以上の在院患者の減少が顕著となっており、

近年の早期社会復帰への取り組みの結果、長期在院者を中心として在院患者は減少している。この傾向は地域移行という政策的・モデル的医療に取り組むかぎり、今後も継続し加速されて行くものと思われ、近い将来赤字経営に陥る可能性が高い（表③参照）。今後は、個室整備を基本として、病院施設の整備を行い、病床利用率を高め、同時に、精神医療センターの機能として期待される政策的・モデル的・補完的機能の強化を図り、高度医療の提供と経営の安定化

図⑦ 1年以上在院している入院患者数の変化
（平成15年と平成22年の3月31日現在で比較） ■H15 ■H22



を同時に図る必要がある。

表③

今後5年間の収支試算

入院								
	H21	平均増加人数	H22	H23	H24	H25	H26	H27
1日平均(人)	238.7	-10.06	228.6	218.6	208.5	198.5	188.4	178.3
スーパー救急	45.0		40.0	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
精神科一般	193.7		188.6	178.6	168.5	158.5	148.4	138.3
収益(千円)	1,503,975		1,439,783	1,389,478	1,342,842	1,288,868	1,238,563	1,188,258

外来								
	H21	平均増加人数	H22	H23	H24	H25	H26	H27
1日平均(人)	172.6	3.00	175.6	178.6	181.6	184.6	187.6	190.6
収益(千円)	312,134		318,363	323,802	329,241	334,680	340,119	345,558

損益見込 (千円)								
	H21		H22	H23	H24	H25	H26	H27
入院収益	1,503,975		1,439,783	1,389,478	1,342,842	1,288,868	1,238,563	1,188,258
外来収益	312,134		318,363	323,802	329,241	334,680	340,119	345,558
総収益	2,831,603		2,773,640	2,728,774	2,687,577	2,639,042	2,594,176	2,549,310
総費用	2,552,779		2,552,779	2,552,779	2,552,779	2,552,779	2,552,779	2,552,779
当年度純損益	278,824		220,861	175,995	134,798	86,263	41,397	-3,469

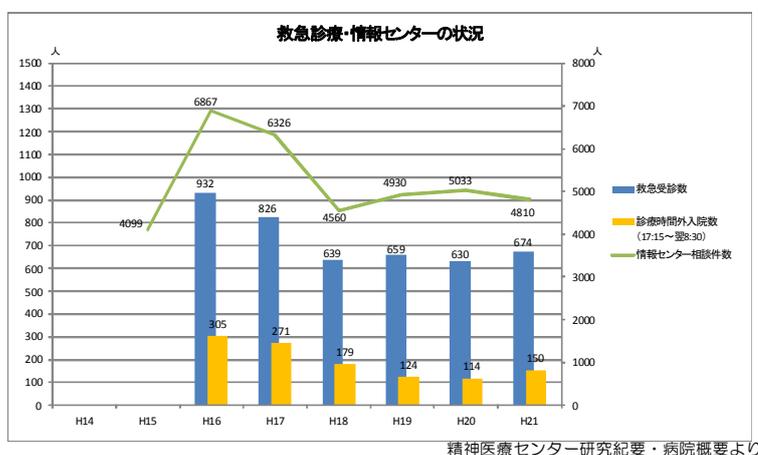
- 平均増加人数: 過去3~4ヶ年の1日平均患者数の増減について平均をとったもの。
- H22年以降の1日平均患者数は、前年分から平均増加人数を増減したもの。
- H22年度以降のスーパー救急については、H19年~H21年の平均をとったもの。
- 診療報酬単価について、スーパー救急:34,000円、精神科一般:13,700円、外来:7,400円で算出した。
- 総収益には、医業外収益等も含まれている。

3 果たすべき役割～概要と今後の方向性～（別紙「年次行動計画」参照）

① 精神科救急医療

精神科救急の基幹病院として、民間医療機関では対応困難な医療を提供していくことが精神医療センターに期待される最も大きな役割の一つである(図⑧)。今後とも精神科救急医療を安定的に提供していくためには、精神科救急情報センターも含めた精神科救急システム

図⑧



精神医療センター研究紀要・病院概要より

の見直しを前提として、医師などの人的体制の強化と救急対応用の個室を増床することで救急対応力の向上を図ることが不可欠である。救急の24時間化は以上のような体制整備を経て初めて実施に向けた検討が可能となる。

② 早期介入や予防的介入も含めた急性期治療

急性期治療については、多様な疾患への対応が求められており、入院要請に応えられる個室・隔離室の整備・拡充を行って治療環境の向上を図ることにより対応力が強化されるものと思われる。精神医療センターにおいて高度医療を短期間、集中的に行い、退院後は地域の精神科医療機関での治療・地域ケアに引き継がれるというような相互連携と支援システムを

構築できれば、患者の早期社会復帰へと繋がるものと思われ、今後、試行的な取り組みを継続し、病院施設の改築と合わせてより充実した対応をすべきである。

若者支援・早期介入・初発精神病・再発防止などのモデル的医療の提供も重要な課題であり、県の若者支援施策・障害福祉施策の中でも明確に位置づけられている。当面は若者支援の拠点的な役割として県の委託による地域定着支援事業を進め、地域・学校への普及啓発、早期支援・介入体制の試行・検討などのモデル的的事业を実施し、全面改築により若者・初発事例が利用しやすい個室を整備した後、より本格的な活動を行う必要がある。

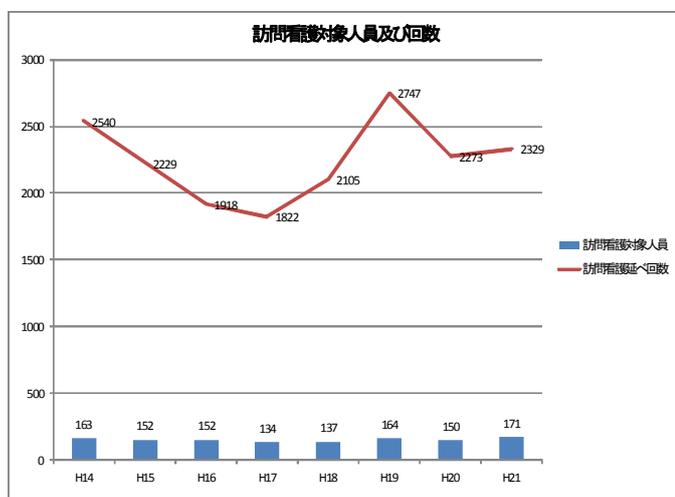
③ 地域活動と心理社会的支援（リハビリテーション）

精神障害を持つ方の早期社会復帰を促進することは精神科病院に課せられた社会的な使命である。精神医療センターの役割を果たす上で、早期支援・急性期から退院後の地域生活支援までリハビリテーションを体系的に進めて行く必要がある。具体的には、病状に応じた様々なリハビリテーションを進め、地域の関係機関との連携を図り、円滑な退院の促進と退院後の訪問活動（ACTなど）により地域での生活を支援するという一連のモデルを提示していくことが求められている。

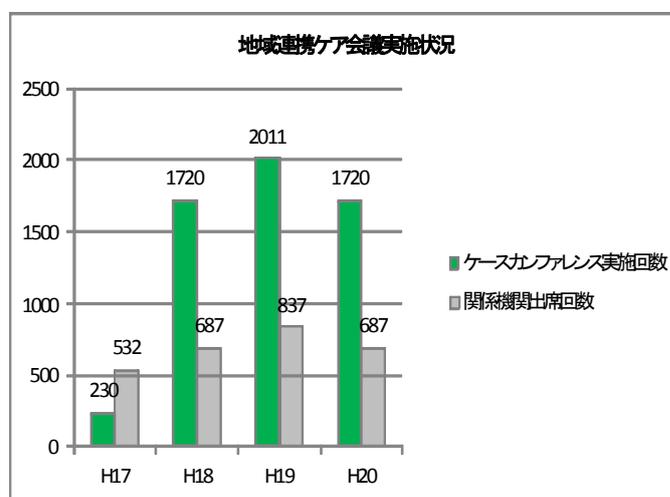
こうした支援の実施に当たっては、長期的な視点に立った患者個々に応じたプログラムの導入と未受診者に対する相談及び初診から入院そして外来まで繋がるようなケースマネジメント体制の構築が必要であり、院内ケアマネージャーの養成が望まれる。

このような社会的要請に応じて、訪問看護や地域ケア会議など（図⑨、⑩参照）既に取り組んでいるものもあるが、今後、中期的に医師を含めた多職種チームの確保と養成を行うことにより試行・準備を進め、施設の改築後、病状ごとのリハビリスペースや外来診察室の確保により、これらの機能の拡充を図っていくことが必要である。また、地域活動の充実に合わせて、例えば、地域に向けた普及啓発・人材育成・相談・訪問などの活動を統括する地域メンタルヘルス推進センター（仮称）のような機能を院内に設け、その活動の統括と教育研修機能の整備を図っていくことも必要となると思われる。

図⑨



図⑩



精神医療センター情報統計集より

④ 児童思春期医療

平成 20 年 9 月から試行的に思春期外来を開設し、平成 21 年度は 90 人の患者の診療が行われている（表④）。公的医療機関の機能として、短・中期的には、思春期外来

表④

当院における20歳未満の外来新規患者の年度別・年齢別・男女別(実人員)

年齢	平成19年度			平成20年度			平成21年度		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
12歳以下		1	1	4	2	6	1	1	2
13歳以上15歳以下	11	17	28	3	2	5	4	4	8
16歳以上18歳以下	12	47	59	21	30	51	13	23	36
19歳	7	27	34	12	17	29	18	26	44
合計	30	92	122	40	51	91	36	54	90

児童思春期精神科・受診動向に関するアンケート調査より

・デイケア機能の充実、人材育成、関係機関との連携の強化が求められている。長期的には、地域の拠点施設として、子ども総合センター・精神保健福祉センター、そのほか県内の児童思春期医療に携わる関係機関とのネットワークを構築し、既存の専門病棟・外来診療施設との役割分担を踏まえた上で、治療の必要な事例には早期に介入していく体制の整備が必要であり、このためには、多職種チームの整備と児童思春期にふさわしい診察室、待合室、デイケアスペース、児童・思春期患者用の個室ユニット（一部は親子病床として）の整備が求められる。子ども総合センターとの役割分担については、15歳以下の児童の外来医療は、子ども総合センターで担い、精査を含めた入院医療は精神医療センターが担う。また、16歳以上の思春期患者については精神医療センターが外来・入院を担当する形が想定される。

さらに、学校や地域の児童思春期相談事業への支援や普及啓発事業についても継続的に実施し、次代を担う世代の健全な発育を促していくことも重要な役割であり、若者支援・早期介入事業の基盤として欠かせない。

若者のメンタルヘルス支援については、早期支援・普及啓発機能と児童思春期医療機能を併せ持つユースメンタルサポートセンター（仮称）を設置し、モデル的・政策的活動を進め、研修・教育機能を備える必要がある。

⑤ 医療観察法医療

県民に対する政策医療や高度専門医療を使命とする県立病院として本法の運用をしていくことは社会的要請であり、法の趣旨である対象患者の円滑な社会復帰のため、本県出身の対象者については、可能な限り県内で治療を行うことが対象者の処遇向上や家族の負担軽減につながる。

通院治療については、これまで5例の治療が行われ、今後も政策的医療として地域性も考慮しながら他の医療機関と役割分担をしつつ継続する必要がある。入院治療については、精神医療センターが医療観察法指定入院医療機関となることは、他県において入院処遇を受けている本県出身者が早期に社会復帰するために必要であり、医療水準の向上や人材確保・育成にもつながるものである。

精神医療センターは、平成 23 年 4 月から非公務員型の地方独立行政法人に移行するため、現行制度上、指定入院医療機関として適用を受けることは困難であり、制度改正を待って検討する必要がある。

⑥ ストレスケア

うつ・ストレス関連障害の増加や自殺率が上昇している中、自殺企図を伴う重症患者の受入を行ってきたが、個室病床が不足しているなどアメニティの問題などから入院治療が望ましい患者に対し、十分な治療を提供することが困難な状況が続いている。

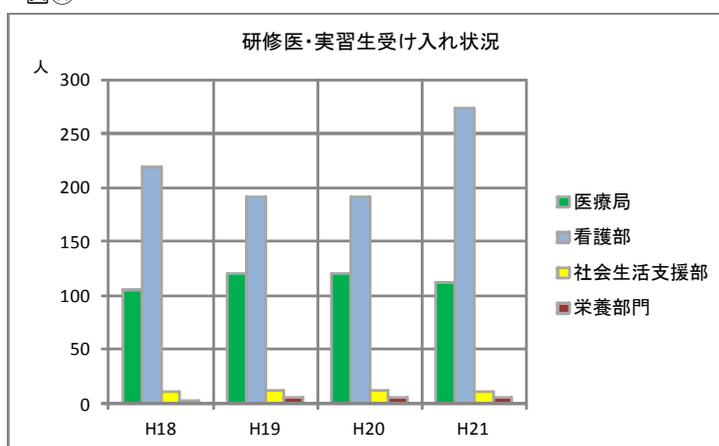
うつ・ストレス関連障害は今後さらに増加することが見込まれ、精神科医療の中心課題となる可能性が高い。これからの精神科医療機関の基本診療事項として、治療プログラムの整備や対応力の向上を図る必要がある。そのほか、地域の相談機関・関係機関向けの研修や、学校や職場などにおける研修支援を通してメンタルヘルスへの意識を充実させて行くことは、公的病院としての重要な役割であると思われる。

中期的には、研修・治療プログラムの検討を進め、担当多職種チームの養成を図り、病院施設の改築により、本格的な入院・外来治療を展開することが可能となる。この場合、かかりつけ医や他医療機関との連携・役割分担を明確にし、モデル的・補完的役割を担うべきである。

⑦ 研修・研究機能(社会精神医学部門)

精神医療センターは従来から医学部学生・研修医の教育研修や精神科医療に関わる多くの職種の養成・研修に大きな役割を果たしてきており(図⑪)今後とも、公的病院の役割として地域全体の医療機能・水準向上のための臨床機能に加え、研修・研究機能を担い、これら機能の充実・強化を行い、さらには情報発信を積極的に行うべきである。

図⑪



精神医療センター診療情報統計集より

今後、中期的な取り組みとして、高度先進医療・政策医療・モデル的医療の実践とともに東北大学との連携大学院を設立して研究的活動の展開に努め、これらから得られた成果を国・県の政策形成や診療報酬改定検討の根拠として提示を行い、普及啓発活動・各種研修に還元するなどの機能が求められる。また、これらの機能を地域の人材育成にも連動させる作業が重要である。

具体的には、地域に向けた普及啓発・人材育成・相談・訪問などの活動を統括する機能(地域メンタルヘルス推進センター(仮称))の整備や、早期介入・若者支援の視点から、若者のメンタルヘルス支援施策と関連したセンター機能(ユースメンタルサポートセンター(仮称))の整備が考えられる。また、この部門は高度に政策的であるため、従来の臨床部門とは別枠の社会精神医学部門として、研究・研修のための施設や人員などの体制整備を行う必要がある。

⑧ その他

地域に開かれた病院として、病院のあり方について、地域住民・当事者・有識者・関連機関の意見を取り入れる体制を整備の上、地域や県全体の精神科医療機能の強化のために、関

連機関との定期的な情報交換・情報発信の体制を作る必要がある。

また、セカンドオピニオン体制や家族相談機能の充実、専門家も交えた権利擁護に関わる活動、ボランティア受け入れ体制の整備も重要である。

なお、IT化の推進については、平成22年12月からフルオーダリングと併せて電子カルテを同時に使用開始し、チーム医療の進展が図られることとなるが、他の民間医療機関のモデルとなることを期待したい。

第4章 果たすべき機能・役割を実現するために必要な体制

1 人員体制

これまで述べてきた自治体病院として精神医療センターが果たすべき役割（民間医療機関では対応困難な医療の提供と政策医療並びにモデル的な医療の提供）を実現していくためには何よりも人材の確保が前提となる。精神科医療において、まず必要なものは、高度医療機器ではなく支援にあたる人そのものであることを病院内部だけでなく、地方独立行政法人として認識しておく必要がある。精神医療センターに期待される医療を十分に提供していくためには、それに伴う人材の確保・育成の方法を具体的に提示していくことが重要である。医師については、全国的な医師不足の問題が根底にあり、国・県として医師不足解消に向けた取り組みを要することは論を待たないところであるが、若手医師に対する研修機能の充実や大学との連携などキャリア形成の機会を与えることや中堅医師に対する民間医療機関を意識した処遇の改善などにも努めていく必要がある。

また、チーム医療の充実のためには医師以外の医療従事者の人材確保・育成・キャリア形成支援も重要であり、大学や専門学校などの養成機関との連携など人材確保のためのシステム作りなどが望まれる。

なお、本来必要な業務が診療報酬に適切に反映されていないなど制度上の限界と言える課題もあり、診療報酬に現れない業務について、政策的医療として試行・実施するなかで資料を蓄積し、適切な評価がなされるような評価システムの構築と業務の診療報酬化について制度改正を求めていく必要がある。

中期的には、ACT試行及び、児童思春期・若者支援対応のための多職種チームの確保が必要であり、ストレスケア対応チームの確保、ACTチームの充実は長期的な課題となるが、医療収益の確保と不採算部門を担う政策的使命の調和を図りながら、貴重な財源が県民にとって有効に活用されるよう、法人の中期目標・中期計画を通して、着実に計画的に人員確保を進めることが不可欠である。

さらに、医療・研修・研究などの活動が円滑に進むためには、事務局体制の強化が欠かせないところであり、企画・医事・研修・研究支援などの分野での計画的補強も重要である。

2 組織・連携・治療システムなど

多様な疾患への対応については、治療・リハビリプログラムの整備とがんセンター・子ども

総合センター・その他地域医療機関との密接な連携が必要である。例えば、うつ病患者を最初に診療した医療機関との連携を図り、うつ病患者に対して適切な治療を行えるような医療機関間の連携システムの整備などが挙げられる。加えて、救急・急性期治療中の身体症状の変化や精神科患者の高齢化などに伴い、身体合併症に対応する機能を確保する必要があり、一般医療機関との連携若しくは内科医などの採用を検討する必要がある。

また、早期の対応が必要な患者や退院可能な患者、継続支援が必要な患者については、院内ケアマネージャーの養成などを行い、ACTなど訪問体制を充実させ、地域関係者の協力と連携を図りながら、地域生活支援の基盤となる心理社会的なリハビリテーションプログラムを展開させることにより、効果が期待できるものと思われる。

なお、研修・研究機能の基盤として、大学・子ども総合センター・精神保健福祉センターなどと連携した研究・研修体制の整備、必要な情報の発信、地域活動を集約する地域メンタルヘルス推進センター（仮称）や若者支援のための活動を集約するユースメンタルサポートセンター（仮称）などについても整備が求められるところである。

3 施設・設備

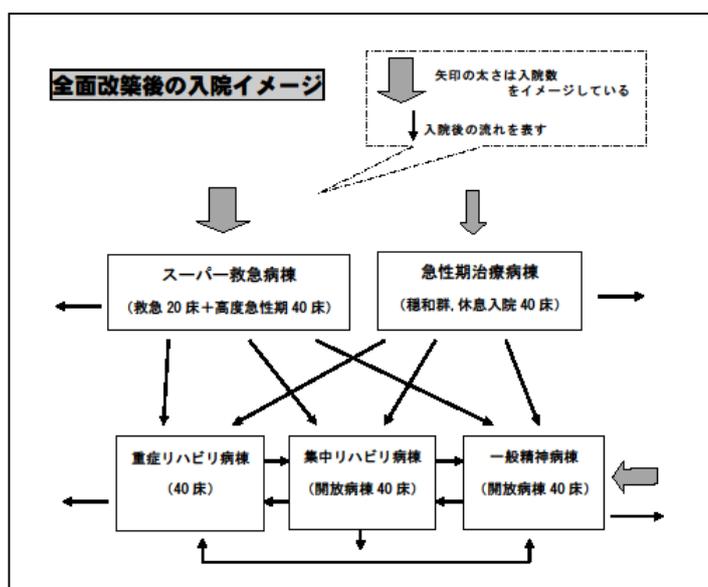
公的医療機関として前述のような責務を果たすためには早急に病院機能の充実を図り、全個室を基本とした効率的運用を行う、地域に根ざした高機能・多機能型精神科病院の建設が必要である。

病棟種別・規模については、「精神医療センター将来構想報告書（平成22年3月精神医療センター策定）」で提言されている総病床220床、5病棟体制を基本として、今後、

その具現化を図っていくことが妥当と考える。また、各病棟の構造としては、病床の効率的利用と医療アメニティ向上のため、全個室化を基本（トイレ・洗面設備完備）として、10床単位のユニットとし、ユニット毎に共通（食堂・居間）スペースを確保することが望ましい。このような構造は、我が国でも急性期病棟を中心に広まりつつあるが、北欧などでは長期入院用の病棟でも普及している。

患者のプライバシーを確保しつつ、10人程度のグループとして交流できる基盤構造は、集団精神療法の視点からも有効であることが実証されており、また多様に化する医療機能・入院需要に合わせてユニットを運用できるため、病床の効率的運用・病床利用率の向上が図られ、経営の安定と高度医療の提供を両立させることが可能となる。

また、身体合併症の有無の確認をはじめとして、安全かつ適切な治療を図るため、検査体制全般の充実・強化とCTスキャンやMRIの早急な整備が必要である。



外来診察室・待合室については、児童・思春期やうつなど多様な疾患に応じて、増設を行った上で、プライバシーの保護に努めながら、患者が落ち着いて過ごすことができる環境の整備・確保が必要である。

このほか、患者・家族などに対する支援・相談の充実を図るための相談室（医事・栄養・薬剤・社会生活支援など）や在宅サービス部門の拡充と併せて、各種治療・リハビリテーションのための空間や、研修・研究施設の整備が必要となる。そのほか、エレベーターやスロープなどの身体障害などを有する患者も安心して受診できるような施設全体にわたるバリアフリー対応や、患者及びその家族のための十分な駐車スペースの確保も不可欠なものとして挙げられる。

さらに、良好な職場環境の確保・保持と職員のメンタルヘルス・意欲向上の方策として、コミュニケーションの活性化を図る職員執務室、職員食堂や談話室などの交流施設や子育て期の職員を対象とした院内保育所などの整備についても、必要な課題の一つとして掲げておきたい。

終章

以上、精神科医療のあるべき姿・将来の方向性を踏まえ、宮城県立精神医療センターが、今後将来に向けて、果たすべき機能・役割、そのために必要なソフト・ハードの環境整備について述べてきた。折しも地方独立行政法人への移行時期に当たっているが、本懇話会の検討結果が法人の中期目標・中期計画に適切に反映され、早期に全面改築が行われるとともに必要な人材を確保した上で公的病院としての十分な医療サービスの提供と経営基盤の安定が図られることを期待するものである。