

東尾張病院 地域連絡会議 議事概要

1. 日 時 平成21年11月12日(木) 14:00～15:00
2. 場 所 東尾張病院デイケア棟2階 視聴覚室
3. 出席者 地域住民代表委員、関係機関委員、病院長 ほか 委員22名(6名欠席)
4. 概 要

- ① 委員の紹介
- ② 司法精神医学部長から、入院対象者の現状について資料に基づき説明
- ③ その他質疑応答

【主な質疑】

司法精神医学部長から、資料に基づき入院対象者の状況についての説明を行う。

院長から、医療観察法の制度等について、補足説明を行う。

- ・ この制度は、裁判所の命令・許可で入院・退院が決定する。
(都道府県知事の命令による措置入院は、従来から存在した。)
- ・ 6ヶ月ごとに管理者(院長)名で裁判所へ入院継続の申立てを行っており、それが認められ
てはじめて入院を継続することができる。
- ・ 退院についても同様に申立てを行っているが、6ヶ月の申立て期限はない。
- ・ 急性期、回復期、社会復帰期と、全部で1年半で入院が終わるようなプログラムが作ってあ
る。これは全国共通のプログラムである。
- ・ 社会復帰期に入ると外泊訓練が始まる。その際には、必ず病院職員が同行する。
- ・ 単身でアパートに退院する人は、放火で家を焼失してしまったりした場合などが多い。
- ・ 実際に行った対象行為の重大さと病気の重さは必ずしも連動していない。
- ・ 対象行為についてきちんと反省し、振り返りができることも退院をしていく上での一つの目
安となっている。

委員1

- ・ 前回の地域連絡会議で報告を受けた外泊中に無断退去をしてしまった方は、もう退院された
のか。
→ まだ入院中である。(院長)

委員1

- ・ そのこと(無断退去)が原因で入院が長引いているのか。
→ そうではない。それが一つのきっかけとなり、病状がぶりかえしてしまった可能性はあ
る。現在は退院に向けて頑張っている。(院長)

委員1

- ・ 外泊許可が出ていたということは病気が落ち着いていたということであろうが、その後悪化
したのか。
→ 外泊許可を出すかどうかは主治医だけではなく、月に1回運営会議という会議を開き、

外出・外泊を行う場合は必ずここで審議して決定する。その上で、最終的に院長が許可を出している。もちろん、その方もそういう手順を踏んで外泊を行った。(院長)

→ 途中で無断退去したという理由で、懲罰的な意味合いで入院が延びているわけではない。病状が悪化し、調子を崩したため入院が長期化している。(吉岡)

委員 2

- ・ 資料 6 頁中、F22.0 の妄想性障害と、F60.0 の妄想性人格障害とではどう違うのか。
- ・ 全国共通の治療プログラムがあるとのことだが、急性期、回復期、社会復帰期の 3 つのステージの治療の進み方は病院ごとに違うのか。プログラムは全国共通のものをアレンジしているのか。
 - プログラムについては、大まかな達成目標はある。例えば、対象行為、自分の行った事のある程度の振り返りができるようになることが、急性期から回復期へのステップアップ時期である。(院長)

委員 2

- ・ その段階を、運営会議で審議しているのか。
 - その通りである。ステージをアップさせる時も運営会議で承認が必要である。(院長)

委員 2

- ・ 色々な話し合いを経て、承認されるのか。
 - その通りである。(院長)

委員 2

- ・ 病気についての説明をお願いしたい。
 - これは言葉だけではとても理解しづらい。〈別紙 疾患の解説を参照〉

主な症状に、幻覚妄想、会話の貧困化、身だしなみが整わない、就労能力の低下など、統合失調症は様々な症状が総合的に起こる。ところが、必ずしもこういった症状が総合的に起こる患者ばかりでなく、ある一部の症状だけが強く現れる患者もおり、そのような患者をどのように診断するか、精神医学分野ではずっと悩んできた。

F22.0 妄想性障害は、とても奇妙な、非現実的な妄想だけを確固として持続的に持っているが、それ以外の症状はあまり見られない。社会的機能が低下することなくサラリーマンとしてきちんと働いている人もいる。しかし、頑固な妄想だけは、ずっと何年も持っているようなケースを表す。

F60.0 妄想性人格障害は、妄想性障害ほど奇妙な妄想的信念を強く持っているわけではないが、自分にとって嫌な事があると、その都度被害妄想的になったり、病的に強い疑心暗鬼のような感情を繰り返してしまうなどの結果、対人関係や社会的な行動上の問題が大きくなってしまふ。しかし、精神病的な幻覚・妄想が持続的に長く続いたり、社会的機能が落ちるといふことはあまり目立たなく、主に周囲との対人関係において、非常に問題を起こしやすい。

以上のような状態とイメージしてもらえればよい。(吉岡)
 - 資料 6 頁下、F20.0 ~ F25.0 までは、簡潔に言えば「病気」である。例えば、風邪や肺炎、インフルエンザに罹るように、どこかの時点でインフルエンザになる。これと同じく、統合失調症は、どこかの時点で統合失調症という病気が始まるのであり、そういう意味で、「病気」である。
 - 人格障害は「人格の偏り」で、子供の頃から少しずつ始まり、およそ青年期になって、

性格や人格が大体固まった頃に、少しの事で猜疑心がすごく強くなったり、そのせいで被害的に物事を捉えてしまうようなタイプの人で、いわゆる幻覚が見えたりなどの精神病の症状はない。そういう意味で、広義においては精神障害であるが、狭義においては病気ではない。(院長)

委員 2

- ・ 今話を聞くと、F60.0 妄想性障害は、かなりの方において、我々もそうではないかと思う節がある。

→ そう言ってしまうと身も蓋もない。病名を付けるためには操作的診断基準というものがある。それには色々な項目があり、この項目のうち、いくつ満たせばこの病気と診断してもよい、というものである。これに照らせば、そう簡単には当てはまらない。(院長)

→ 別紙資料 <疾患の解説 医療観察法との関係を参照>

入院対象者の 90.6%が統合失調症圏ということに関して。統合失調症による幻覚や妄想などによって触法行為(刑罰に触れる行為)・他害行為(殺人、傷害など)が行われた場合、捜査段階で刑事責任能力が低い、または無いと評価されて刑罰を科されない人が医療観察法の対象となる。医療観察制度の対象は、心神喪失等の状態で刑罰の対象にならないような状態であるということが要件となってくるので、必然的に統合失調症の人の割合が増加する。しかし、統合失調症全体の中では、統合失調症という病気の人には恐ろしい人ではなく、触法行為や他害行為の発生比率自体多くはない。他の病気、例えば、F60.0 妄想性人格障害の人が他害行為を行った場合の多くは刑事責任能力があると評価され、刑務所へ行く。医療観察法指定医療機関へは、統合失調症の中でも刑事責任能力が問えないような重い病状の人が来ている。故に、医療観察法の対象者に統合失調症の人が多いのである。

統合失調症の人が他害行為などを起こすことが多いわけではないことを、是非、誤解のないよう、ご理解いただきたい。(吉岡)

→ 統合失調症の人が罪を犯せば、全て責任が無いわけではない。病気が原因による幻覚や妄想に直接左右されて事件を起こしたとすれば、刑事責任能力が無いと判断されやすいが、しかし、必ずそう判断されるとは限らない。統合失調症という診断が付いて治療している人が、罪に当たる行為を犯せば必ず責任能力が無いと判断されることは、今の司法の流れの中ではない。実際に行った行為と病状との関係がかなり精密に判定された上で、責任能力の有無が判断される。病気であれば自動的に責任能力が無い、ということはないと言える。

余談になるが、裁判員制度が始まり、我々の中の誰かが裁判員に選ばれた場合、責任能力の有無について判断しなければいけない。(院長)

委員 3

- ・ 社会復帰後、再度犯罪を起こしたケースはあるか。
→ 当院では無い。(副院長)

委員 3

- ・ 全国的にはどうか。
→ 全国的に見ても、重大な他害行為と言われるような、殺人は無い。非公式ではあるが、傷害程度の事案が3~4件あるのではないかとされている。(副院長)
→ 医療観察法成立以前は、犯罪を起こして責任能力が無いと判断された人は、都道府県知事の命令による措置入院であった。この制度の入院・退院は、精神科医の判断で決まる。決していい加減な判断をしているわけではないが、問題点として、退院後に通院するかし

ないかは最終的に本人任せとなる。多くはきちんと通院するが、中には服薬が不規則になったり、通院を中断して病状が悪化するケースもある。医療観察法では指定通院といって、3年間は裁判所の命令により指定通院医療機関へ通院しなければならない。通院の他にも訪問看護を受けたり、関係諸機関とケースカンファレンスを定期的を開催したり、とにかく病状が悪化しないようきちんと治療する。入院制度ばかりクローズアップされるが、強制的な通院を課すことにより再他害行為を予防することが、この制度の大きなポイントでもある。

医療観察法による処遇は、裁判官や精神科医を含む合議体による客観的な判断で、治療の開始や終了が決定され、通院も義務付けられている。これが、措置入院との大きな違いである。現段階で重大な他害行為の再犯が極めて少ないということは、この制度が上手く機能していると考えられる。(院長)

委員3

- ・ 治療費は自費か。
→ 公費である。措置入院も公費である。強制的な命令による治療ということが理由である。
(院長)

院長

本日はご多忙の中ご出席いただき、ありがとうございました。

この病棟が開設されるに当たり、何度も皆様のご意見を聞き、皆様方のご不安等も十分承知した上で開設しております。

事故のないよう、皆様のご理解、ご協力を得ながら病棟の運営を図っていきたいと思います。今後とも、よろしく願いいたします。

以上で地域連絡会議を終了します。

※ 会議終了後、希望者は院長、第3病棟師長の案内で作品展（病棟内）を見学した。

第7回

医療観察法地域連絡会議 資料

平成21年11月12日

独立行政法人国立病院機構

東尾張病院

第1部

医療観察法 全国の状況

医療観察法にかかる申立等の状況 (施行～平成21年3月1日までの状況)

○申立総数 1,379件

○決定数 (計1,311件)

- ・入院決定 799件(60.5%)
- ・通院決定244件(18.5%)
- ・不処遇決定 224件(17.0%)
- ・申立却下44件(3.3%) ※1

○取り下げ 10件 ※2

○鑑定入院中 58件

○退院許可 304件

※1:対象行為を行ったと認められない場合または、心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもない認められる場合

※2:医療観察法の申立てを通じて、裁判所で心神耗弱と認められ、検察官が申立てを取り下げたもの

※3:申立等の状況については指定入院医療機関から収集した件数を積み上げたものであり、時点によっては若干の誤差がありうる

医療観察法の施行状況

(平成21年3月1日現在)

1. 指定入院医療機関の指定数

○国関係

指定済 13ヶ所 開棟予定 3ヶ所

○都道府県関係

指定済 3ヶ所 開棟予定・建設準備中 7ヶ所

2. 指定通院医療機関の指定数

指定数 330ヶ所

国及び都道県立の医療機関 53ヶ所

その他の医療機関 277ヶ所

医療観察法の施行状況

(平成21年3月1日現在)

3. 鑑定入院医療機関の推薦数

推薦数	256ヶ所
国及び都道府県立の医療機関	53ヶ所
その他の医療機関	203ヶ所

4. 精神保健判定医等の推薦数

- ・ 精神保健判定医 874名
- ・ 精神保健参与員 714名

指定入院医療機関の整備状況

平成21年3月1日 現在

1. 国関係（13医療機関が稼働中）

※ は稼働中の指定入院医療機関

①国立精神・神経センター病院(東京都)	33床	17.7.15開棟
国立精神・神経センター病院(東京都)	33床	平成21年度中 開棟予定
②国立病院機構花巻病院(岩手県)	33床	17.10.1開棟
③国立病院機構東尾張病院(愛知県)	33床	17.12.1開棟
④国立病院機構肥前精神医療センター(佐賀県)	33床	18.1.1開棟
⑤国立病院機構北陸病院(富山県)	33床	18.2.1開棟
⑥国立病院機構久里浜アルコール症センター(神奈川県)	50床	18.4.1開棟 (20.3.14、20.10.1増床)
⑦国立病院機構さいがた病院(新潟県)	33床	18.4.1開棟
⑧国立病院機構小諸高原病院(長野県)	17床	18.6.15開棟
⑨国立病院機構下総精神医療センター(千葉県)	33床	18.10.10開棟
⑩国立病院機構琉球病院(沖縄県)	21床	19.2.1開棟
国立病院機構琉球病院(沖縄県)	12床	平成21年度中 増築開棟予定
⑪国立病院機構菊池病院(熊本県)	17床	19.9.3開棟
⑫国立病院機構榊原病院(三重県)	17床	19.10.15開棟
⑬国立病院機構賀茂精神医療センター(広島県)	33床	20.6.24開棟
⑭国立病院機構松籟荘病院(奈良県)	33床	平成22年度中 開棟予定

指定入院医療機関の整備状況

平成21年3月1日 現在

※ は稼働中の指定入院医療機関
(H21.6 群馬県、H21.7 静岡県で開棟)

2. 都道府県関係(原則として、全ての都道府県において整備を目指す。)

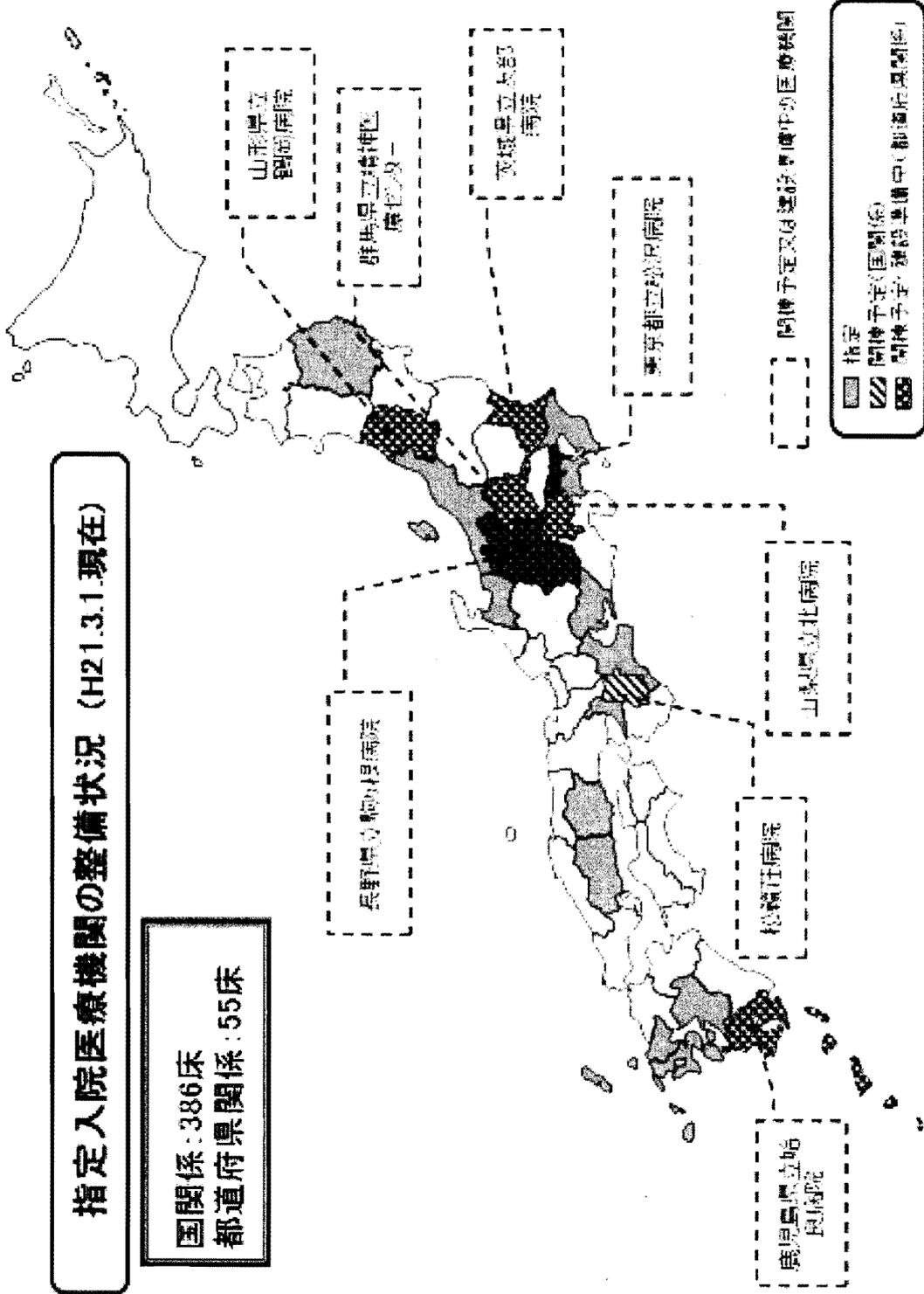
①岡山県精神科医療センター	33床	19.10.1開棟
②大阪府立精神医療センター	5床	19.9.7開棟 (将来33床で運営予定)
③長崎県立精神医療センター	17床	20.4.1開棟
④群馬県立精神医療センター	6床	平成21年度中 開棟予定
⑤東京都立松沢病院	33床	平成21年度中 開棟予定
⑥茨城県立友部病院	17床	建設準備中
⑦鹿児島県立始良病院	17床	建設準備中
⑧山形県立鶴岡病院	17床	建設準備中
⑨長野県立駒ヶ根病院	5床	建設準備中
⑩山梨県立北病院	5床	建設準備中

指定入院医療機関の整備状況

平成21年3月1日 現在

指定入院医療機関の整備状況 (H21.3.1 現在)

国関係: 386床
都道府県関係: 55床



指定通院医療機関の指定状況

平成21年3月1日 現在

	都道府県名	指定数
1	北海道	22
2	青森県	4
3	岩手県	5
4	宮城県	7
5	秋田県	3
6	山形県	7
7	福島県	8
8	茨城県	9
9	栃木県	5
10	群馬県	2
11	埼玉県	7
12	千葉県	10
13	東京都	11
14	神奈川県	8
15	新潟県	11
16	富山県	3
17	石川県	4
18	福井県	4
19	山梨県	3
20	長野県	14
21	岐阜県	5
22	静岡県	12
23	愛知県	6
24	三重県	7

	都道府県名	指定数
25	滋賀県	9
26	京都府	3
27	大阪府	33
28	兵庫県	16
29	奈良県	4
30	和歌山県	2
31	鳥取県	4
32	島根県	3
33	岡山県	3
34	広島県	4
35	山口県	5
36	徳島県	4
37	香川県	2
38	愛媛県	7
39	高知県	6
40	福岡県	14
41	佐賀県	6
42	長崎県	4
43	熊本県	3
44	大分県	3
45	宮崎県	3
46	鹿児島県	9
47	沖縄県	6

第2部

東尾張病院 入院対象者の状況

東尾張病院入院対象者 申立て県 (平成21年11月10日現在)

【各地方厚生局管内】

○北海道	1名 (北海道 1)	
○東北	0名	
○関東信越	3名 (埼玉 2 水戸 1)	
○東海北陸	22名 (愛知 17・三重 1・静岡 4)	
○近畿	5名 (大阪 1・兵庫 3・京都 1)	
○中国四国	1名 (愛媛 1)	
○九州	0名	<u>合計32名</u>

東尾張病院 入退院者数

平成21年11月10日 現在

《 入院対象者 累計 91名 》

○入院中 32名

○転院者 10名

○退院者 49名

(退院者のうち、処遇終了者 8名)

入院対象者 32名 主な病名

F20.0	妄想型統合失調症	16名
F20.1	破瓜型統合失調症	5名
F20.3	型分類困難な統合失調症	1名
F20.5	残遺型統合失調症	2名
F20.9	統合失調症, 詳細不明	2名
F22.0	妄想性障害	2名
F25.0	統合失調感情障害, 躁病型	1名
	(統合失調症圏が26名、90.6%)	
F34.9	持続性気分[感情]障害, 詳細不明	1名
F60.0	妄想性人格障害	1名
F71.1	中等度知的障害<精神遅滞>	1名

入院対象者 治療ステージ別

平成21年11月10日 現在

○急性期 2名 (男1名 女1名)

○回復期 18名 (男15名 女3名)

○社会復帰期 12名 (男8名 女4名)

(社会復帰期の者のうち、外泊開始者 9名)

退院者の状況①

平成21年11月10日 現在

《 退院者49名の状況 》

○通院対象者	39名
○処遇終了者	8名
●抗告成立	1名
●入院継続手続失念	1名

退院者の状況②

平成21年11月10日 現在

《 通院対象者、39名の帰住先 》

- | | |
|-----------------|------------|
| ○自宅（家族と同居） | 22名（56.4%） |
| ○自宅（単身アパート） | 7名 |
| ○援護寮 | 5名 |
| ○入院（精神保健福祉法） | 4名 |
| ○入院（老人性認知症センター） | 1名 |

退院者の状況③

平成21年11月10日 現在

《 処遇終了者、8名の帰住先 》

- | | |
|--------------|----|
| ○入院（精神保健福祉法） | 6名 |
| ○グループホーム | 1名 |
| ○自国へ帰国 | 1名 |

2年前（平成19年7月）との比較

場所	数
自宅(同居)	5 (35.7%)
アパート(単)	2
旧法入院	2
施設	3
同胞宅	1
その他(帰国)	1
計	14

- 処遇終了者を含む
- 2年間の間に、自宅に退院した者の増加が目立つ

疾患の解説

〈統合失調症〉

20歳前後を中心に10代から40代くらいまでの比較的若い世代に発症しやすく慢性化傾向のある疾患です。人種、男女の差はなく、約100人に1人の割合でかかる病気です。

特定の原因ははっきりしておらず、その人のもって生まれた素質、生まれてからの能力・ストレスに対する対応力、ストレスを引き起こすような環境要件などが絡み合って発症します。

脳内には神経伝達物質と呼ばれる物質が存在し、その量の異常・不均衡の存在が指摘され、薬物療法と関連した研究が進められています。

○主な症状

- ・ 幻聴、妄想、思考障害、興奮症状など（陽性症状）。
- ・ 会話の貧困化、意欲低下、自閉傾向などエネルギーが無くなったような状態（陰性症状）。
- ・ 身だしなみが整わない、ひきこもり、就労能力が低下するなどの「社会的機能障害」。

○治療

薬物療法、精神療法、認知行動療法、精神科リハビリテーションなどを組み合わせて行います。

適切な治療の継続により、その症状を相当程度安定させ、軽快または治癒することができます。

最近、治療を継続することにより、社会復帰が可能となることが多くなりました。

○医療観察法との関係

統合失調症による幻覚や妄想などによって触法行為・他害行為が行われた場合、刑事責任能力が低い（無い）と評価されることが多く、刑罰を科されず、医療観察法の治療対象となることがあります。医療観察制度の中では、統合失調症の患者の比率は高いのですが、統合失調症全体の中では、触法行為・他害行為の発生が多いわけではありません。（以上）