

東尾張病院 地域連絡会議 議事概要

1. 日時 平成22年12月14日（火）15:00～16:00
2. 会場 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26名（2名欠席）
※委員のほか、地域住民の方1名が出席した。
4. 概要

【院長挨拶】

本日は、お忙しい中お集まりいただき、ありがとうございました。

この地域連絡会議は、毎年開催することと医療観察法の運営ガイドラインに定められている重要な会議であります。

医療観察法は、平成17年7月に施行されて今年で5年が経過したところであり、5年間の医療観察法に関する運用実績の報告書が閣議で承認され、国会に報告されたところであります。今後、国会報告を経て、必要な改善等がなされることとなりますが、今回の国会への報告書からは、この制度が大きな問題なく推移したと読みとることができます。この報告書については、厚生労働省のホームページに掲載されているので、御覧いただくことができます。

当院の運営については、地元の皆様及び行政の皆様の御理解を得てこの5年間運営をしてきました。かなりの方が状態・症状の改善をみて、治療を終えて、退院をされ、それぞれの居住地に戻られています。また、当院は33床の病床数であります。このところ新たに入院される方が少なくなっており、27～8名で推移していますが、今後申立てが増えてくると入院の方が増えてくることとなります。以前は全国的に病床数が少なかったため、遠くの地方からの入院がありましたが、ある程度の偏りはあるものの、制度開始当初に比べると全国的に病床数が増えてきており、それぞれの病院が近隣の地域の方の入院を受けるといった体制に変わってきています。

今後も制度が円滑に運用され、皆様が不安を抱かないような運営を行っていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

【委員の紹介】

自己紹介形式で委員紹介を行う。

【資料説明】

八木副院長から配布資料に基づき説明を行う。

1) 医療観察法の全国の状況について

- ・ 通院に移行後、再び医療観察法に基づく入院となったケースがどれくらいあるのかということが医療観察法の効果判定の一つの指標であるが、その数は10件で、入院決定が1,000件であることから考えると1%程度であり、統計的には少ない数字と言える。
- ・ 退院した人の平均在院日数は、574日であり、厚生労働省指標の18か月（540日）に近い数字となっている。
- ・ 指定入院医療機関は、全国で599床で運用されており、入院者数は480人となっている。入院数に比べ病床数は比較的余裕がある。国関・都道府県関係ともに整備されてきているが、北海道と四国に無いのが課題である。

2) 東尾張病院の入院対象者の状況について

- ・ 7月15日現在で30名であり、空床を抱えている。空床については、全国的な傾向である。
- ・ 東海北陸管内の人の入院が中心となっている。

3) 病気についての説明

- ・ 統合失調症
- ・ 妄想性障害
- ・ 感情（気分）障害
- ・ 広汎性発達障害

【主な質疑応答】

委員1

・ どういった症状の人が入院されているのか。また病院前のバス停で見かける人はどういった人なのか。

→ 統合失調症だけでなく躁うつ病の人など色々な病気の人が入院されている。

病棟には開放病棟と閉鎖病棟があり、多くの精神科専門病院はこの二つのタイプの病棟を持っている。開放病棟は、夜間は安全管理上、出入口を施錠しているが、日中は自由に出入りができる。また、閉鎖病棟では出入口は施錠してあり、許可を得た人だけが職員が解錠したうえで外に出ることができるようになっている。

医療観察法の病棟は閉鎖病棟であり自由に出入りはできない。外出、外泊時は、必ず2名以上の看護師が付添うこととしている。

バス停を利用しているのは、入院中に外出する人ばかりでなく、外来通院やデイケア

に通っている人もいる。(院長)

委員 2

・退院した人の社会復帰については上手くいっているのか。

→ 入院決定者1,078名、退院者が608名のところ、再入院になった人が10名ということであり、ほぼ上手くいっているものと考えている。(副院長)

委員 2

・この5年間で退院した人が再び他害行為をした例はないのか

→ ほとんど無いと考えてよい。(副院長)

→ 医療観察法病棟から退院するまでに周到な準備を重ねている。場合によっては、その後に通院予定の病院に少しの間任意入院をする場合もある。保護観察所の社会復帰調整官が通院の手助けや通院の見守りをしている。

従来は重大な他害行為をしたにもかかわらず精神障害により責任能力が問えない人は精神保健福祉法による措置入院をしていた。一般の閉鎖病棟に一定期間入院し、治療が進んだら退院するがその後の通院を中断してしまう人がいた。特に、統合失調症のような病気は、入院期間中だけで治療が終了するのではなく、ある一定の長い期間通院をして薬を飲み、治療を継続することが大切である。言わば、糖尿病や高血圧の治療に似ているところがある。薬を飲み血糖値を正常値に抑え、血圧のコントロールを行えば普通の生活ができるが、普通の生活をするには、例えばインスリンを毎日打たなければならないとか、血圧を下げる薬を飲まなければならない。それができないと血圧が急に上がり、脳出血になってしまうということが起こる。特に、統合失調症もそれに似ている。薬を決められたように飲み、規則正しい生活をするにより症状の悪化をコントロールできる。それを怠ってしまうと、場合によっては症状が悪くなり、似たような他害行為やトラブルを起こしてしまうことがあった。従来 of 制度の問題点であり、それを何とか解消するためにできた法律が医療観察法である。医療観察法が従来と違う点は、退院した後の通院にある。保護観察所の社会復帰調整官などが見守りながら、裁判所の命令により、強制された通院の期間を設けている。

再入院となった10名の人も必ずしも再度の他害行為をした訳ではなく、もう一度入院をし、しきり直しをした方がよいということで入院となっている。

通院を含めた手厚い治療や関わりによって、重大な他害行為を再び起こすことなく、地域社会の中で生活できるようにという目的があるが、少なくとも、この5年間では、ほぼその目的が達成できているということが国会への報告書から読み取ることが出来る。

(院長)

委員 3

・退院した人で仕事に就いた人はいるのか。

→ 全例を把握している訳ではないが、退院後、通院処遇に移行し、通院処遇も無事終了して、仕事に就いている人はいる。
(司法精神医学部長)

委員 4

・退院の申立ては、誰が行うのか。

→ 病院が申立てを行うのが法律が想定している一番正式なルートである。それを裁判所が判断し、退院となるケースがほとんどである。

入院対象者本人が自分で申立てをすることもできるが、それだけで退院となることはあまりない。

(副院長)

委員 4

・裁判所はどのように審査するのか。

→ 入院後、半年毎に病院長が裁判所へ入院継続の確認の申立書を提出する。裁判所では、裁判官と精神保健審判員（その都度選ばれた精神科の専門医）がその申立書を検討する。

治療が進み、退院後の生活環境も整い、外泊も問題なく行うことができた等、退院して通院処遇に移行してもよいと病院が判断した場合、裁判所へ病院長が退院許可の申立書を提出する。そこには、保護観察所長の意見書も併せて提出する。裁判所では、入院継続の時と同様に、裁判官と精神保健審判員が審査をする。

特に、退院許可の申立て時には、審判期日という形で、裁判所が患者に会いに来る、もしくは、患者が裁判所に出頭することがある。家庭裁判所のようなもので傍聴人がいる訳ではない。そこでは、入院対象者が裁判官、精神保健審判員と話をし、申立書に書いてあることが間違いないか確認することが行われる。

こうして裁判官の名前で退院の許可が下り、そこで初めて退院となる。

従来の措置入院では裁判はなく、その病院の医師が退院を判断していた。医療観察法では、第三者（裁判所）がチェックをするという点が新しいところである。

(院長)

委員 5

・無罪の人しか入院にならないのか。

→ 裁判で実刑ではなく執行猶予付きの有罪判決となった人も入院する。

心神喪失で責任を全く問われない人が無罪となり、申立てを経て入院となる。

心神耗弱で部分的な責任しか問われない人が、裁判で実刑ではなく執行猶予付きの有罪判決を受けることがあり、そういった人について申立てがされて入院となる場合がある。
(副院長)

→ 検察が最初から心神喪失（責任能力がない）ということで起訴せず裁判とならない不起訴の人も多い。（院長）

委員 6

・ 1年半で治療できない人、何年経っても治らない人は、どう処遇するのか。

→ 1年半という期間は、厚生労働省のガイドラインによるものである。

退院の許可については、裁判所が判断しており、1年半経ったから退院が許可されるというものではない。当院でも、5年間入院されている人がいる。病状に応じて、入院期間が長くなる人はいる。（副院長）

委員 7

・ 以前に外泊中に無断退去した方は退院したか。

→ 退院した。

危険な行為をする可能性は低いが、家庭生活を行うには病状が重いということで、精神保健福祉法（一般の精神科病棟）にて入院治療を続けている。

（司法精神医学部長）

委員 8

・ 知能程度が非常に低く、4～5歳くらいの程度しかない人で、盗癖があり、何度警察に捕まっても繰り返すような例がある。そういった人に対応した施設はあるのか。

→ 世界各地で問題となっている事例である。治療で知能程度が高くなることはない。病院での処遇はされず、多くは矯正施設での対応となっている。単純な万引き程度で、累犯では刑になるかもしれないが、軽微なものだと矯正施設の対応にならず、宙に浮いてしまうのではないかということになる。

世界的にはやはり矯正施設で対応している状況であり、日本でも受刑者の大多数は知的レベルが低いのではないかとされている。

病院において、その人たちの理解力を高めることができるかと言われるとなかなか難しい状況にある。（副院長）

→ 知的程度が低い人で興奮が激しく、興奮を静めるために一時的に入院をして気持ちを落ち着かせる薬を飲んでいただいたりすることはある。

例えば認知症の人で、夜になると徘徊したり、疑り深くなって自分の配偶者を殴ってしまうこと等があった場合、その部分は短期間入院して気持ちを落ち着ける薬を飲むことでよくなるが、認知症の本質の部分は、残念ながら、今の医療では元に戻すことができない。暴力や徘徊等が無くなれば、老人保健施設や特別養護老人ホームなど介護保険を使いながら生活する場が用意されている。

この場合の比較的若く知的障害がある人は、そういう人たちの施設が無い訳ではない

が、極めて少ない。治療可能な病気とは違うため、精神科にずっと入院してもらう訳にはいかない。刑事的な問題を繰り返す場合も多く、難しいところである。 (院長)

委員 9

・患者同士のトラブルはあるのか

→ 時々小さなものはあるが、大事に至るようなものはない。 (院長)

地域住民

・暗くなって病院の前を歩いていたら、市道の外灯が切れて消えていたことがあった。気が付いた者が市へ連絡をして直してもらうことになっているが、巡回時等気付いた時には、病院の方でも対応していただけるとよいと思う。

→ 今後も十分気を付けるようにいたします。また、何かお気づきの点があれば、今日のような会議の時に限らず、いつでも言っていただければできる限り対処したいと思います。 (院長)

* 会議終了後、希望者は院長、第3病棟看護師長の案内で病棟内の見学をした。