

- 生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）精神保健医療福祉体系の改革に関する研究（研究代表者 竹島正）総括分担研究報告書. pp9-27, 2011
- 7) 立森久照, 河野稔明, 長沼洋一ほか：精神保健医療福祉体系の改革のモニタリングの詳細分析. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」（研究代表者 竹島正）総括分担研究報告書. pp47-61, 2011
- 8) 第6回世帯動態調査：http://www.ipss.go.jp/ps-dotai/j/DOTAI6/NSHC06_yoshi.pdf
- 9) 生活保護受給者の社会的な居場所づくりと新しい公共に関する研究会報告書：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000g9dy.html>
- 10) 宇田英典, 高岡道雄, 石丸泰隆ほか：精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」（研究代表者 多田羅浩三）. 印刷中
- 11) 竹島 正, 三井敏子, 小楠真澄ほか：早期介入の精神保健システムにおける位置づけの検討. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究」（研究代表者 岡崎祐士）総括分担研究報告書. 印刷中
- 12) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会：高齢被保護者の地域における居住確保とケアのニーズ調査及びシステム構築の方法に関する研究報告書. 平成21年度厚生労働省社会福祉推進事業. 2010
- 13) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会：重複的な生活課題（「四重苦」）を抱える人に対する生活支援のあり方研究報告書. 平成22年度厚生労働省社会福祉推進事業. 印刷中
- 14) 内閣府障がい者制度改革推進会議：<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html>

*

*

*

精神科病院における行動制限の 状況とその背景

河野稔明、竹島 正

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所精神保健計画研究部

はじめに

精神科病院では、外界認識の異常や精神運動の亢進に伴って患者に暴力などの問題行動が現れる場合があり、患者自身および周囲の者の安全を確保するために、時に患者の行動制限が必要になる。しかし、人権擁護や治療アドヒアランス、深部静脈血栓症の防止などの観点から、行動制限は患者の医療または保護のために必要最小限に行われなければならない。このことは精神保健福祉法に定められており、特定の行動制限については精神保健指定医が必要と認めなければ行えないなど、行動制限の実施には特に厳格な条件が課せられている。2006年には、病院・病棟の職員が行動制限の適切な実施を常に確認できるよう、患者ごとに行動制限の期間を記載した一覧性のある台帳を整備することが、精神科病院に義務づけられた。

行動制限のうち特に程度の強い形態は、内側から解錠できない個室に患者を収容する保護室隔離、および抑制帯で躯幹や四肢をベッドに固定するなどの身体的拘束である。保護室隔離および身体的拘束の実施状況に関する資料としては、厚生労働省精神・障害保健課が公表する「精神保健福祉資料」がある。精神保健福祉資料は、全国の精神科病院等を対象に毎年6月30日に実施される調査(以下、630調査)の結果を掲載したものであり、精神病床を有する全ての病院で調査当日に保護室隔離および身体的拘束を受けていた患者数を知ることができ、全国値を経年的に追跡できるため、新しい年度の集計結果が公表

されるたびに、メディアが関心を持つ項目となっている。2007年度の調査によれば、全在院患者316,109人のうち、8,247人が保護室隔離を、6,786人が身体的拘束を受けていた。これらは統計を取り始めた2003年度から増加傾向にあり、身体的拘束はいずれの年度も前年度を上回っている。このデータから、精神科病院では行動制限が増えたと推察されるが、これにはどのような背景があるのだろうか。本稿では、630調査のほかの項目の集計結果を用いて、その限界を踏まえた上で検討することとした。

行動制限を受けている患者数の経年変化

まず、行動制限を受けている患者数の経年変化について整理する(図1)。保護室隔離は、2004年度(7,673人)から2006年度(8,567人)にかけて大きく増加しており、全体的には増加傾向にあるが、2007年度は減少しており、長期的な増加か偶然変動か、5ヵ年分のデータから判断するのは多少困難である。ただし、全在院患者数は2003年度の329,096人から概ね年間3,000~4,000人ずつ減少しているため、保護室隔離の患者の全体に占める割合は、実数に比して増加傾向が若干明瞭になる。2007年度の割合は2.61%であった。身体的拘束は、2003年度の5,109人から2007年度の6,786人へ一貫して増加しており、各年の増加幅も拡大してきている。全在院患者数に占める割合は、2003年度は1.55%であったが、2007年度は2.15%と、4年間で約38%増加したことになる。このように、精神科病院において行動制限、特に身体的拘束を受けている患者は増加しているが、その原因には何が考えられるだろうか。

630調査における行動制限の調査方法の確認

経年変化の背景を検討するにあたり、最初に630調査における行動制限の定義を確認する。630調査では、保護室隔離を「内側から患者

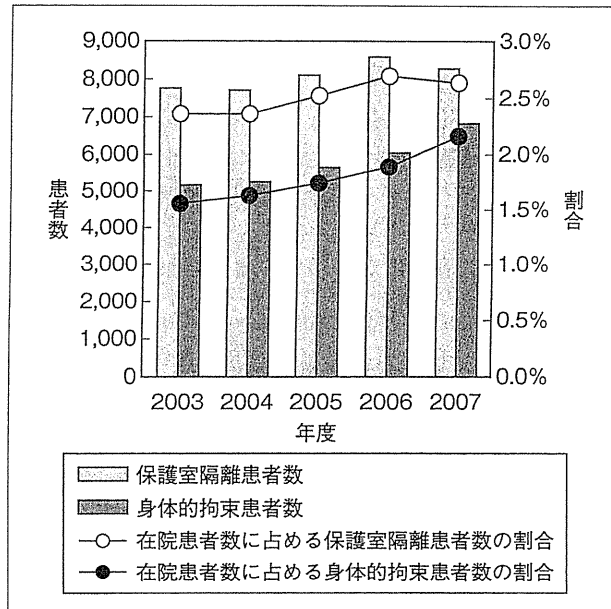


図1 保護室隔離および身体的拘束の経年変化

本人の意志によっては出ることができない部屋の中へ一人だけで入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間以上を越えるもの」と定義している。身体的拘束は「衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を行った患者数」と定義している。これらは2003年度から変更されておらず、6月30日現在の在院患者について回答する点も同じである。すなわち、行動制限の増加は調査方法の変更によるものではない。

原因が調査方法にないとするれば、精神科医療の変化、または患者特性の変化が考えられる。具体的には、精神科医療が入院から在宅へ転換しつつあり、病院での急性期医療の比重が高まったことにより、相

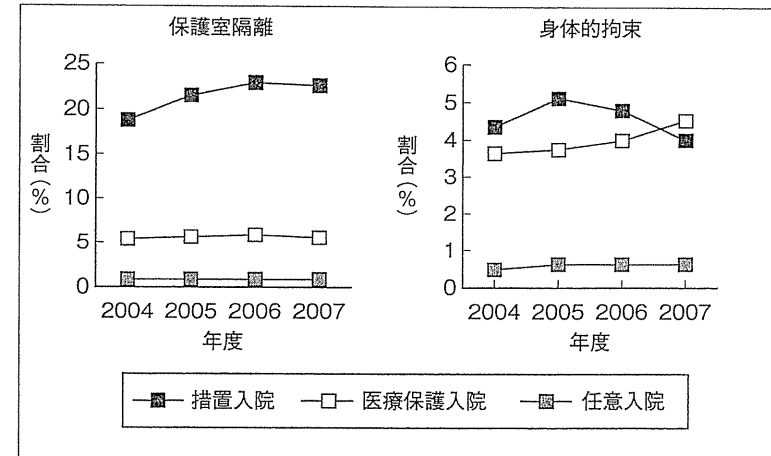


図2 入院形態別の在院患者に占める行動制限を受けている患者の割合

対的に急性期の在院患者が増加していることが考えられる。また、認知症¹⁾ないし高齢の患者では、せん妄などによる転倒やカテーテル抜去を予防するため身体的拘束の機会が多いが、在院患者に占める認知症・高齢の患者の割合が増加していることも考えられる。これらの点を、入院形態別、急性期専門病棟の有無別の行動制限の状況から考察する。

入院形態別の行動制限の状況

在院患者に占める保護室隔離および身体的拘束の患者の割合を入院形態別に集計すると、当然ではあるが入院形態によって大幅に異なる(図2)。保護室隔離は措置入院、医療保護入院、任意入院の順に高い。身体的拘束は措置入院と医療保護入院が同程度で、任意入院は低い。入院形態別の統計は2004年度に取り始めたため、経年変化は4カ年分のデータに基づくこととなるが、保護室隔離は措置入院で、身体的

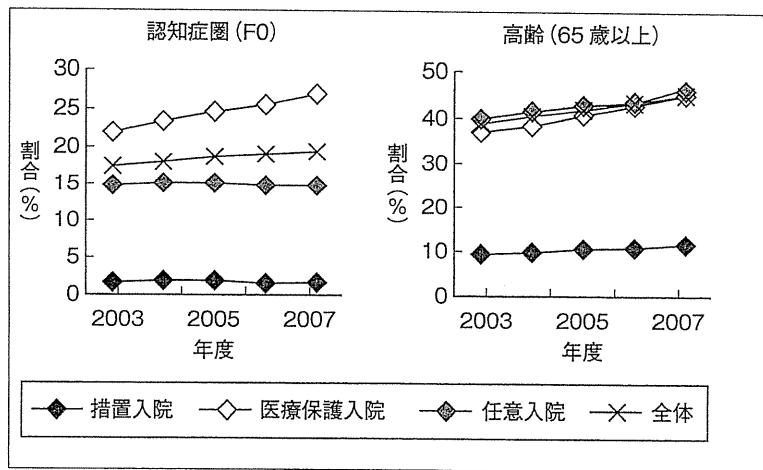


図3 入院形態別の在院患者に占める認知症圏および高齢の患者の割合

拘束は医療保護入院で主に増加している。

措置入院の患者は自傷他害のおそれがあり、そのような急性期の患者には保護室を使用することが多いことから、保護室隔離の増加は急性期医療の強化を反映していると思われる。一方、在院患者に占める認知症圏 (ICD-10のF0分類) の患者の割合を入院形態別に計算し、経年変化を見ると、医療保護入院でのみ割合が上昇している (図3)。また、在院患者に占める65歳以上の患者についても、医療保護入院では割合の上昇が著しい (図3)。このように、医療保護入院では認知症・高齢の患者が増加していることから、身体的拘束の増加は認知症・高齢の患者の増加を反映していることが示唆される。

急性期専門病棟の有無別の行動制限の状況

次に、在院患者に占める保護室隔離および身体的拘束の患者の割合を急性期専門病棟の有無別に集計した (図4)。急性期専門病棟は、精

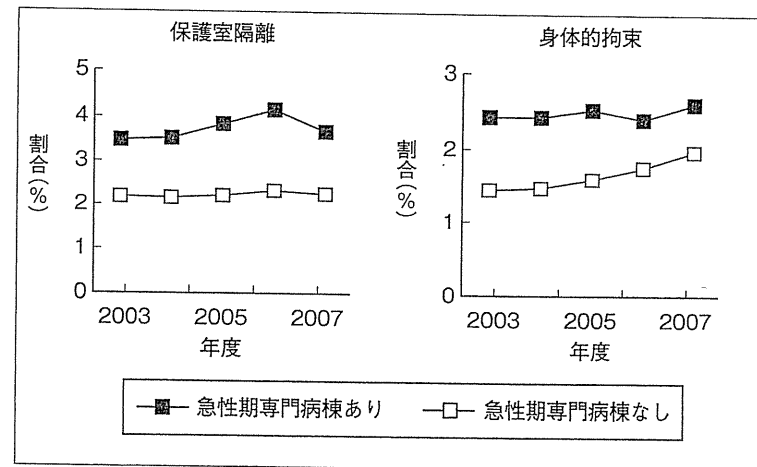


図4 急性期専門病棟の有無で分類した病院群別の、在院患者に占める行動制限を受けている患者の割合

神科救急入院料および精神科急性期治療病棟入院料1・2 (当時) を取得した病棟と定義し、急性期専門病棟のある病院群 (あり群)、ない病院群 (なし群) それぞれで割合を算出した。保護室隔離の割合は、病院群ごとに該当患者数の合計を全在院患者数の合計で除して求め、身体的拘束についても同様に求めた。その結果、保護室隔離、身体的拘束とも、「あり群」のほうが割合が高かった。しかし経年変化に注目すると、保護室隔離の割合は、「なし群」では変化が小さいのに対し、「あり群」では全体の変化を増幅したような変化を示した。逆に身体的拘束の割合は、「あり群」では変化が小さいのに対し、「なし群」では一貫して増加し、「あり群」の割合に迫っている。保護室隔離の増減は主に急性期専門病棟のある病院で、身体的拘束の増減は主に急性期専門病棟のない病院で発生していることが示唆される。

これらの結果からも、保護室隔離の増加は急性期医療の強化を反映

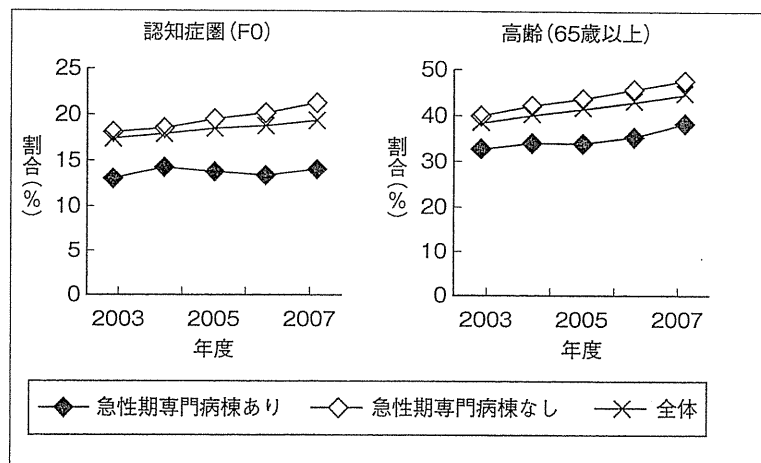


図5 急性期専門病棟の有無で分類した病院群別の、在院患者に占める認知症圏および高齢の患者の割合

していると思われる。過去の調査においても、精神科急性期治療病棟 A・B(当時)では保護室隔離の患者数が著しく多いことが報告されており¹⁾、急性期専門病棟の有無により病院単位で検討した本検討においても、保護室隔離と急性期医療との関連が確認された。一方、在院患者に占める認知症圏の患者の割合を急性期専門病棟の有無別に計算し、経年変化を見ると、「なし群」でのみ割合が上昇している(図5)。また、在院患者に占める65歳以上の患者についても、「なし群」では割合の上昇が著しい(図5)。このように、急性期専門病棟のない病院では認知症・高齢の患者が増加していることから、身体的拘束の増加は認知症・高齢の患者の増加を反映している可能性がある。

まとめ

以上から、保護室隔離は措置入院の在院患者、急性期専門病棟のあ

る病院で増加しており、急性期医療の強化が大きく影響していることが示唆される。それに対して、身体的拘束は医療保護入院の在院患者、急性期専門病棟のない病院で増加しており、認知症・高齢の患者の増加が一因となっていると考えられる。換言すれば、行動制限の増加には、人口構成と精神科医療の変化に伴う患者特性の変化が一定の影響を及ぼしていると言える。

しかし、これは間接的な方法による推論であり、結果の解釈には慎重にならなければならない。そもそも、用いた630調査のデータは、行動制限を受けている患者の人数を横断的に調査したものであり、人数自体は増加しているが、実施期間や途中の開放観察の有無などを含めた実態を全面的に反映したものではない。1回の行動制限の実施期間は短期群と長期群に二極化していると指摘されており²⁾、行動制限実施量の経年変化やその背景を直接的に検討するには、一覧性台帳を用いるなどした詳細な調査が必要であろう。近年では、行動制限の実態を適切に反映する指標³⁾や、登録された病院を対象として一覧性台帳に記載された情報を簡便に集約するシステム⁴⁾が開発されてきており、有用と思われる。全数調査である630調査に関しては、報告された行動制限の実態について精神科病院に聞き取り調査を行うことで、行動制限の実態とその背景を包括的に検討するための手掛かりになると考える。

精神科医療において適切な処遇を確保することは特に注意すべきことであり、行動制限は最小限に実施されなければならない。併せて、実際にそのように運用されているかどうかをモニタリングすることも重要であり、その変化がどのような背景の中で生じているのか考察することが必要である。

参考文献

- 1) 浅井邦彦：平成11年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総

合研究事業)「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—」(主任研究者：浅井邦彦)総括研究報告書. 2000.

- 2) 野田寿恵：隔離・身体拘束を最小限にする試み. 精神科臨床サ
ービス10：115-118, 2010.
- 3) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, ほか：行動制限に関する一覽
性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. 精
神医学51：989-997, 2009.
- 4) 野田寿恵：行動制限最適化データベースソフト『eCODO』の開
発. 精神科看護36：35-40, 2009.

こころの健康

第26巻 第1号 別刷

2011年6月 通巻51号

■特別寄稿



活動の始まりの頃

高知県駐在保健婦の活動からみる精神保健活動

眞崎直子 (日本赤十字広島看護大学)
的場由木 (NPO 法人自立支援センターふるさとの会)
竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

日本精神衛生学会

活動の始まりの頃

高知県駐在保健婦の活動からみる精神保健活動

眞崎直子（日本赤十字広島看護大学）

的場由木（NPO法人自立支援センターふるさとの会）

竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

はじめに

地域精神保健活動の歴史を紐解くと保健師の活動がある。第一著者が保健師になった昭和56年頃は、まだ保健所保健師は地区分担制であって、全国的にも保健所でようやくデイケアを始めた頃であった。精神障害のケースの家庭訪問では、緊張の中にも、療養者や家族と心が触れあったときに何ともいえない満足感を覚えたものである。家庭訪問からデイケアにつなぎ、地域に精神障害者家族会を作り、点が線になり、面となっていく過程を経験したことが、保健師活動の出発点となっている。

現在の新人保健師は、働き始めた時から業務分担制で、配置された課によって異なる業務を経験する。平成6年に保健所法が地域保健法に改正され、専門的、技術的、広域的業務は県の保健所で、地域住民に身近なサービスは市町村で行うこととなったことに強く影響され、その結果としての変革だったと言えよう。しかし、ここに来て、大きな課題となっているのは、地域を総合的に支援し、マネジメントする保健機能の低下である。市町村合併や行政改革による職員数の減少の中で保健師の分散配置が進んでおり、新人保健師の現任教育も課題として浮き彫りになっている。

そこで、今回、地区分担制の頃の保健師活動に光をあて、地域全体を支援する方法と意味を明らかにしたい。中でも、高知県のような駐在保健婦制度は、市町村に保健師の配置が少なかった時に、地域の公衆衛生を現場で支えていた。そこには、まさに生活に根ざした地域活動が脈々と流れていたと思われる。現在の保健所の保健師活動は業務分担が進み、地域のことや家庭のことを把握している人がいないという問題があり、地区分担制が見直されつつあるが、高知県に駐在保健婦制があった当時の保健師活動の記録と、高知県駐在保健婦制度のもとでの活動を経験した保健師等へのグループインタビューをもとに、進むべき道と今後の活動に対する示唆を学び、検討する。本稿では、駐在保健婦制度の歴史と概要、駐在保健婦を経験した、またそれを観察してきた者のインタビュー、現在と今後を活かすものに分けて述べる。グループインタビューは2011年4月21日に土佐病院で行った。出席者は高知県駐在保健婦制度のもとで駐在保健婦を経験した池田文代、岩崎丸、甲田禮子、田中須賀子、脇節子（50音順）、それから精神科ソーシャルワーカーとして長く駐在保健婦の活動を見てきた伊藤博子である。

I 駐在保健婦制度の概要と歴史

第2次大戦直後の昭和20年代から昭和30年代にかけてのわが国の保健水準は、現在の発展途

注) 平成13年の保健師助産師看護師法への改正により、それまでの“保健婦”から“保健師”へと改正された。しかし、駐在保健婦制は歴史的に見て旧法のままの呼称とした。

上国と同様の水準にあり、母子保健、結核、感染症などの問題が山積していた¹⁾。駐在保健婦制度はGHQ（連合軍最高司令官総司令部）四国軍政部のワータワースにより、香川県、高知県、沖縄県で実施された制度である²⁾。駐在保健婦制度は、保健所活動が管内のすべての住民に公平に行き渡り、地区の末端まで保健婦活動を浸透させることが目的であり、県が保健婦を市町村に派遣し駐在させることによって、地理的条件等で市町村が独自に保健婦を採用できない場合でも、無保健婦地域がないというメリットがあった²⁾。高知県では担当地区の全戸訪問による家族単位の総合保健看護を基盤として、1948年から1997年まで実施された。駐在保健婦制度の始まった頃は、低栄養状態や赤痢や結核等感染症の蔓延により乳児死亡率が高く、地域の健康課題は、公衆衛生活動の原点とすべきものであった。保健婦は各家庭を訪問し、集会場などで栄養指導など健康教育を行った。各地域、各家庭に応じた健康管理をすすめ、それによって乳児死亡率や結核等感染症による死亡を減少させることに貢献していった。その後、その活動手法は、現在の国際援助活動におけるノウハウの1つとなっている。

しかし、地域に医療が普及するにつれて「保健所黄昏論」が言われるようになり²⁾、行政改革の嵐も後押しする形で、前述のように、地域保健法の制定となった。それと共に、保健所では全国的に業務分担が進み、1997年に駐在保健婦制度を廃止した高知県では、県保健師の市町村への派遣を86名から段階的に減らし、2005年には0名となっている³⁾。

II 駐在保健婦を経験した、またはそれを観察してきた者のグループインタビュー

田中は駐在保健婦が入ったばかりの頃について、「当時は会議室に衝立で仕切られた一角に机が一つ置かれ、その上に紙と鉛筆だけという所からの出発だった。役場では、保健関係の専門職は保健婦だけで、保健婦ってどんな人だろうと柱の陰からこっそり見る人もいた。そこを

拠点にとにかく訪問し、役場や住民との信頼関係を作っていた」と語る。駐在保健婦は村の1人1人の健康管理を個別のカルテに記録したが、家庭訪問をするにつれて家族単位で見なければならないことがわかり、家族ごとのフォルダが作成された。さらにはそのフォルダを、母子、結核など課題別に色を変えて管理したことにより、全世帯の健康課題の状況が一目瞭然となった。駐在保健婦は各家庭の情報を把握した上で、フォルダの中にある健診結果、未受診の状況、予防接種の未接種などを確認しながら、フォロー訪問を行った。毎日のように担当地域を訪問し、地域全体を、結核、母子、精神とすべて回っていた。担当地域に行ってその場で健康管理を行い、地域の課題をアセスメントし、地域全体を支援するのが駐在保健婦だったのである。

駐在保健婦を相談員という立場から身近で見ていた伊藤は、採用されたばかりの駐在保健婦が、生き生きとした姿で自転車を漕いで、駆け回っているのを見て、「現代で言えばキャリアウーマン。こんなにも自信に満ち溢れて輝いている女性がいるのか」と驚いたという。最初は赤ちゃんの訪問が主だったとしても、そこに住む寝たきりのお年寄りの介護問題があればその相談に乗り、次第に家族全体の支援を必要とすることに対応するといったことが必然であった。ある時は、座敷牢に入っていた未治療の精神疾患を持つ人を精神科医療につなぎ、またある時は、高校生の思春期の悩みを聞くなど、ライフサイクルと必要に応じた精神保健活動を精力的に行っていた。

岩崎は駐在保健婦に対して県のバックアップ体制があったことが活動の支えになっていたと言う。岩崎が、就職し、駐在制の赴任地に着いた夜、「今度来た保健婦か？」と言って、下宿先に精神疾患をかかえた担当ケースがいきなり来て戸惑ったが、翌日、保健婦長が現地に来て相談に乗ってくれた。それ以外にも、新任には特に室長や婦長が常に声をかけてくれ、先輩保健婦にもいろいろ教えてもらった。また、月に1回は、駐在保健婦が保健所に集まる機会があり、それを皆楽しみにしていて、そこでは何で

も相談できたと言う。このようなサポートがあったからこそ、現場でいろいろなことにチャレンジできたのであろう。

池田は駐在先での勤務を振り返り、「駐在所や支所にいる職員とは家族のようなあたたかい存在だった」と語る。当時は個人情報の扱いが今ほど厳しくなく、「こんなことがあった」などと地域の人たちの情報を役場の人提供してくれることもあった。また、窓口を訪ねてきた中で心配な人がいると「今日はあの人に来ちゃったけど大丈夫かよ」などと声をかけてくれた。

駐在保健婦としてのマネジメントの実際について池田は以下のように語っている。「集合住宅の中で、ゴミ出しが十分出来ずに、周りから苦情がきていた母子世帯があった。当時の保健所長（第三著者）がいろいろと相談に乗ってくれ、母親の救護施設入所を手配し、子どもたちは親戚の叔母に遠くから見守ってもらうことになった。その後、子どもは学校を卒業し、就職した。当時は、家を開けてくれない中で、どんなことができるのか不安だったが、親戚の人に見守りをお願いし、ゴミを民生委員やみんなで協力して運び出すことで、生活を整えることができた」。今この人に何が必要か、何が出来るかを真剣に考え、必要な資源があれば何でも使うようにしたと言う。さらに、インタビューの中で池田は、「所長がケース会議で、こうしましょうと言ってきて、ほんとうに救われた」と話したが、当事者である当時の保健所長（第三著者）は、「逆です。池田さんがそういうオーラを出していて、私が首を縦に振ればいいのかとわかったのです」と答えている。適切な情報を与えられるなら、おのずとそれぞれの役割が見えてくる。ケース会議の意義はそこにあるのだろう。そして、それぞれがどう動けばよいかを導く力が駐在保健婦にあったのだ。現在、たくさん専門職といわれる人がいて、たくさん専門機関といわれるところがある。しかし、それをつなぐのは、やはり人である。その役割を持つのが保健師なのだと思ふ。

甲田は訪問を拒否する事例に対し、保健師が

じっくりと関わることの大切さについて述べた。甲田は当時、「(家庭訪問に)来てくれるな」と言う結核患者への訪問を続けていた。訪問を重ねるうちに、「保健婦はにこにこしているが、しつこい」と言いながら少しずつ受け入れられるようになった。本人が「入院はいやだ。訪問にも来なくていい」と言った時は、奥さんを説得することにした。その際、奥さんに「あなたを大事に思っている」と本人へ伝えるようアドバイスしたところ、その言葉で本人が入院を承諾したという。さらに入院後もずっと気にかけると手紙を出し続けた結果、最後には本人から「妹のようだ」と言われるようになった。

田中は、退職後に国民健康保険の多受診の人たちへの訪問を、市から依頼されて引き受けたが、単に「保険料の無駄遣いをしているから多受診はやめなさい」ということではなくて、なぜあちこちの病院をまわらざるを得ないのか、というその人の思いをしっかりと聴いた上で、生活そのものを考えていくことが必要だと思ったと言う。相手に嫌がられないよう気を使いながら、継続して関わっていくことで、効果が後になって現れることを期待するのも駐在保健婦の経験があればこそであろう。

駐在保健婦による地区活動は災害時にも大きな役割を果たした。甲田は繁藤災害の時、地区の詳細まで把握している地区担当保健婦の役割が大きかったと語る。繁藤災害とは、1972年7月、土佐山田町（現香美市土佐山田町）繁藤で、集中豪雨による土砂崩れで生き埋めになった町消防団員1人の救出作業中、追廻山が中腹から幅170メートルにわたって崩壊したことにより、ふもとの住民や巻き込まれた列車の乗客ら60人が死亡した災害である。

甲田が応援として被災地に駆けつけた時、地区担当保健婦は、土砂に埋まった遺体の腕だけで「〇〇さんの腕だ」とわかるくらい把握していたと言う。また、捜索現場において「ここの家族はこの時間であれば畑に出ている、ここの家族は居間にいる」と消防団に伝え、地区担当保健婦の情報が捜索にも役立ったそうである。甲田も「とにかく少しでもご遺体の状態をよく

して家族に返してあげたい」という思いで必死で遺体に包帯を巻いて手当した。これらの経験は、その後、後輩保健師に語り伝えられた。

Ⅲ おわりに（現在と今後活かすもの）

かつて、精神保健福祉に関する社会資源は、地域に少なく、保健師は、いろいろな一般の人たちを巻き込んで、地域の健康課題を解決に導いていった。たとえば、事務職員の協力を得て、家族と一緒に同伴受診をするなど、保健師はさりげなくコーディネートしていた。この連携、協働こそが今の専門機関との連携会議にも必要なこと、求められているのではないかと思う。

今回、高知県駐在保健婦活動経験者にインタビューできたことで、第一著者は、保健師になったばかりの頃を思い出した。初めての家庭訪問の緊張感を持ちつつも、自転車を漕ぎながら次から次に新しい出会いにわくわくした思いを抱いたものだった。先輩保健師の地域への熱い思いを聞き出し、はっと初心に戻った気がした。潜在的ニーズ（訪問を拒否するが援助が必要な人たち）を持つ人たちに、あきらめない気持ちで関わり続けることの大切さをあらためて強く感じた。

第二著者は、担当地区住民の健康を任されているという使命感と一定の権限（全世帯の家庭訪問と介入が可能）を持った保健師が、住民との信頼関係を作りながら日々訪問活動を続けていたことにより、地域にある様々な問題への早期介入が可能となっていたのではないかと感じた。精神疾患等を抱え、自ら誰かに相談することが難しい状況にある人たちにとって、困難を受け止めながら必要なサポートをしてくれる存在は貴重なものだったと思う。

以前は専門職が地域にみななかったため、保健師が地域全体を見て、今必要なことをアセスメントし、いろんなことを包括的に即座に対応していた。その中で保健師は社会資源や支え合い、地域づくりの仕組みを作っていた。それが精神障害者家族会であり、地域共同作業所であった。今は制度化が進み、様々な施設や専門職ができているが、それらは、ばらばらで動い

ており、全体を統括する人がいないのではないかと危惧される。今後の保健師の役割は、その専門と専門をつなぎ、地域に必要なシステムを考えることではないだろうか。公衆衛生における精神保健活動の基本は、地域責任制、ケアの継続性といわれるが⁴⁾、それを黒子となってマネジメントすることが今の保健師に求められている。専門職といわれる人が多い時代であって、むしろ、保健師は初心に戻り、究極のジェネラリストだと自負していいのではないか。

ただ、昔のように保健師一人が全住民を訪問することは難しいであろう。地区担当の保健師を含んだ総合保健チームが地区ごとに配置され、その地区で困った状況にある場所に出かけて行っては必要な介入もできる体制がとることができれば、多種多様な精神保健ニーズ・生活問題にも早期に対応できるようになると考える。そのためには、それを支える住民や関係機関を巻き込んでの地域づくりと仕掛けづくりが重要であろう。その方法も、これまで保健師が実践してきたように、歩いて足で稼ぎながら地域を作っていくことから始まるのではないだろうか。

〈謝 辞〉

グループインタビューにご協力いただいた、高知県駐在保健婦であった池田文代様、岩崎丸様、甲田禮子様、田中須賀子様、脇節子様、土佐病院精神科ソーシャルワーカーであった伊藤博子様へ感謝します。また資料を提供していただいた高知県健康長寿政策課の田村美智様に感謝します。

また、グループインタビューにご協力をいただいた土佐病院の皆様へ感謝します。

文 献

- 1) 大友優子, 西田茂樹: プライマリ・ヘルス・ケアの視点から見た高知県保健婦駐在制についての研究. 保健婦雑誌, 54 (9): 740-744, 1998.
- 2) 保健師助産師看護師法60年史編纂委員会: 保健師60年の歩み, 保健師助産師看護師法60年史, p. 154-170, 2009.
- 3) 高知県 健康福祉部 平成19年度健康福祉行政の概要
http://www.pref.kochi.lg.jp/~kenpuku/kenkohukushigyosei/2_hoken_iryu/2_hoken/hokenshi_shisutemu.pdf
- 4) 後藤良一. 他: 保健所における精神保健活動マニュアル作成の試み. 日本公衛誌. 39: 730-734, 1991

「臨床精神医学」 別刷

アークメディア

◆研究報告◆

医療観察法入院処遇前における精神保健福祉法入院の現状

瀬戸 秀文^{1,2)} 島田 達洋³⁾ 入野 康⁴⁾ 山本 智一¹⁾
 小泉 典章⁵⁾ 吉住 昭⁴⁾ 竹島 正⁶⁾ 尾島 俊之⁷⁾
 野田 龍也⁷⁾ 山下 俊幸⁸⁾ 小高 晃⁹⁾

抄録：医療観察法入院処遇に至った事例に対して、対象行為から医療観察法処遇決定までの間に、精神保健福祉法に基づき入院したかどうか調査した。結果、831例のうち118例(14.2%)に精神保健福祉法入院が認められた。精神保健福祉法入院が選択された事例には、殺人、放火、強姦がやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた。精神保健福祉法入院が用いられる理由は、興奮、身体合併症治療、判決から確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、通院処遇の危機介入、不処遇後に上級審で決定が覆るなどであり、対象者の病状のみではなく、おかれている状況も、処遇に影響していると思われる。対象行為直後に精神保健福祉法入院が選択された場合、医療観察法の申立が行われるまでの期間が有意に延長しており、単に病状の問題だけではなく、警察と検察の連携に問題がある可能性がうかがわれた。

臨床精神医学 40 : 1495 ~ 1505

Key words : 精神保健福祉法(Act on Mental Health and Welfare), 医療観察法(Act on Medical Care and Treatment for Persons who have caused serious Cases under the Condition of Insanity), 触法精神障害者(forensic psychiatric patient), 措置入院(involuntary admission by prefectural governor), 上訴期間(period for filing an appeal)

(2010年12月10日受理)

1 目的

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」という)の施行により、重大な他害行為を生じた精神障害者は、同法により処遇されることと

なった。しかし、医療観察法は検察官の申立から鑑定入院を経て、第42条により入院(以下、「入院処遇」という)、通院、不処遇、却下とする決定を行うなどの手続きを定めてはいるが、対象行為から検察官の申立までに、どのような医療を行うかについては、定めていない。そして、実際には対象行為から医療観察法の処遇決定までの間

The characteristics of patients who were admitted to a psychiatric hospital under the Act on Mental Health and Welfare before admission to a forensic psychiatric hospital

¹⁾ SETO Hidefumi and YAMAMOTO Tomokazu 長崎県病院企業団長崎県精神医療センター [〒856-0847 長崎県大村市西部町1575-2]

²⁾ 国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学部門 ³⁾ SHIMADA Tatsuhiko 栃木県立岡本台病院

⁴⁾ IRINO Yasushi and YOSHIZUMI Akira 国立病院機構花巻病院 ⁵⁾ KOIZUMI Noriaki 長野県精神保健福祉センター

⁶⁾ TAKESHIMA Tadashi 国立精神・神経センター精神保健研究所 ⁷⁾ OJIMA Toshiyuki and NODA Tatsuya 浜松医科大学健康社会医学 ⁸⁾ YAMASHITA Toshiyuki 京都市こころの健康増進センター ⁹⁾ KODAKA Akira 宮城県立精神医療センター

に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という)に基づいて入院(以下「精神保健福祉法入院」という)する事例が、少なからず見受けられる。

精神障害者の触法行為は、長年、精神保健福祉法第29条に規定される措置入院制度によって対応され、従来は検察官通報から精神医療の開始までは、精神保健福祉法で一体として行われていた⁶⁻⁸⁾。医療観察法施行以後は重大な他害行為は同法によって処遇されることとはなったが、これにより触法精神障害者の医療を見守る法律が2本立てとなり、ある種の分断が生じたことも否定しがたい。鑑定入院については報告があるが、その前後の精神保健福祉法入院については、筆者らが知る限り、報告はなく、対象行為から医療観察法申立までの間、どのような精神科医療が行われているのか、不明な点も多い^{1,2)}。

そこで、今回、入院対象者に対して、対象行為から医療観察法入院処遇決定までの間に、精神保健福祉法入院したか、また実際に精神保健福祉法入院した事例については、その経緯を調査することで、対象行為から医療観察法の医療が開始されるまでの間に行われている医療の状況を明らかにすることとした。

2 方法

2005年7月15日から2009年11月1日までに、全国18すべて(当時)の指定入院医療機関に、医療観察法第42条第1項第1号の決定に基づき、新規に入院処遇となった全事例を対象とした。

対象事例について、年齢、性別、診断、対象行為および対象行為から入院処遇までの間に精神保健福祉法入院したかどうかを調査した。そのうえで、精神保健福祉法入院した事例については、主診断、従診断、対象行為、対象行為日、精神保健福祉法入院の日と入院形態および措置入院・緊急措置入院の場合の通報形式、同・退院日および退院後の処遇、医療観察法入院処遇の日、当該指定入院医療機関での現状、退院した事例については退院日および退院の詳細、転院例の転出先ならびに事例の概要として今回の対象行為で、鑑定入院

以前に、精神保健福祉法入院が用いられた経緯、病状、問題行動、また医療観察法入院処遇と精神保健福祉法入院との関係で生じた問題点を中心に、報告を求めた⁹⁾。

(倫理面への配慮)

研究に際し、対象者の個人情報保護のため、氏名や住所、精神保健福祉法入院した病院名などの情報は収集しないこととした調査票を作成し、指定入院医療機関において必要な事項を転記してもらう方式とした。収集された資料は、責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理し、解析終了後はすみやかに処分することとした。

以上の方針のもと、本研究は、主任研究者が属する独立行政法人国立病院機構花巻病院倫理委員会において審査を受け、2009年7月2日に研究実施が承認された。

3 結果

1. 入院処遇例の概要

17の指定入院医療機関から831例について回答があった。うち1つの指定入院医療機関からは、該当例がないとの回答であった。

表に、入院処遇となった時点での年齢・性別、診断、対象行為および精神保健福祉法入院の有無を示した。

性別は、男性653例、女性157例、性別未記入21例であった。このうち精神保健福祉法の入院は男性91例、女性26例、不明1例であった。精神保健福祉法入院の有無で、差はなかった($\chi^2(2) = 2.29, n.s.$)。

年齢は794例(不明37例を除く)で 42.6 ± 13.3 歳(年齢・性別とも判明の773例では、男性624例で 42.4 ± 13.4 歳、女性149例で 43.2 ± 12.4 歳)であった。精神保健福祉法入院の有無で、差はなかった($t = 0.539, n.s.$)。

指定入院医療機関における主診断は、F0器質性精神障害22例、F1精神作用物質使用障害59例、F2統合失調症など653例、F3気分障害46例、F4神経症性障害5例、F6人格障害11例、F7精神遅滞16例、F8発達障害16例、G4てんかん3例であっ

表1 入院処遇となった時点での年齢・性別、診断、対象行為および精神保健福祉法入院の有無

年齢	男性	女性	性別不明	計	%
20～29	125	24	4	153	18.4
30～39	192	45	3	240	28.9
40～49	138	41	7	186	22.4
50～59	127	30	4	161	19.4
60～69	53	13	2	68	8.2
70～79	13	4		17	2.0
80以上	5		1	6	0.7
計	653	157	21	831	100.0

精神保健福祉法入院の有無

診断	入院なし	入院あり	計	%
F0	19	3	22	2.6
F1	51	8	59	7.1
F2	559	94	653	78.6
F3	42	4	46	5.5
F4	4	1	5	0.6
F6	10	1	11	1.3
F7	15	1	16	1.9
F8	12	4	16	1.9
G4	1	2	3	0.4
計	713	118	831	100.0

対象行為	入院なし	入院あり	計	%
殺人	238	30	268	32.3
傷害	248	44	292	35.1
放火	161	34	195	23.5
強盗	32	2	34	4.1
強姦	8	4	12	1.4
わいせつ	25	7	32	3.9
計	713	118	831	100.0

た。

831例のうち、118例に精神保健福祉法入院が認められた。診断は、F0器質性精神障害3例、F1精神作用物質使用障害8例、F2統合失調症など94例、F3気分障害4例、F4神経症性障害1例、F6人格障害1例、F7精神遅滞1例、F8発達障害4例、G4てんかん2例であった。精神保健福祉法入院の有無で、差異はみられなかった($\chi^2(8)=10.7, n.s.$)。

対象行為は、殺人(未遂等を含む。以下同じ)268例、傷害292例、放火(含未遂)195例、強盗(含未遂)34例、強姦(含未遂)12例、強制わいせつ(含未遂)32例であった。複数の対象行為の組み合わせを有する事例は10例、対象行為不明8例であった。このうち精神保健福祉法入院の118例では、殺人30例、傷害44例、放火34例、強盗2例、強姦4例、強制わいせつ7例であった。

精神保健福祉法の有無で、殺人、放火、強姦で精神保健福祉法入院はやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた($\chi^2(5)=10.7, p<0.1$)。

118例のうち2例は、2回精神保健福祉法入院しており、のべ精神保健福祉法入院は120回であった。この2例は、いずれも対象行為直後に興奮が激しく一旦入院、その後起訴され、判決後の「つなぎ」で再度入院という経過であった。入院日数などはいずれも判決後の入院期間のみ判明していた。

精神保健福祉法入院となった理由は、①行為当時の興奮状態68例、②実刑判決でなく身柄拘束が解かれ、あたかも「つなぎ」として入院22例(うち無罪5例、有罪だが実刑ではないか執行すべき刑期がない15例、詳細不明2例)、③精神科入院中に対象行為を行い、そのまま入院継続3例、④不処遇後に精神保健福祉法入院・抗告審で決定が覆り入院処遇1例、⑤分類不能26例であった。

精神保健福祉法入院の入院形態は、複数回答で、任意12例、医療保護24例、措置78例、緊急措置13例(8例は、その後の入院形態不明)、応急1例(その後は不明)、欠損7例であった。このうち措置入院あるいは緊急措置入院があるのは86例であった。また措置入院を経ずに医療保護入院したのは19例で、興奮など10例、釈放後のつなぎ7例、不明2例であった。任意入院への変更はなかった。任意入院のみで入院したのは5例で、任意入院中に対象行為となったもの2例、判決後のつなぎ2例、興奮などで対象行為後に入院・その入院中に対象行為発覚1例であった。

措置入院あるいは緊急措置入院86例の通報形式は、警察官通報44例、検察官通報14例、その他3例(近隣住民、刑務所、総合病院救急部医師

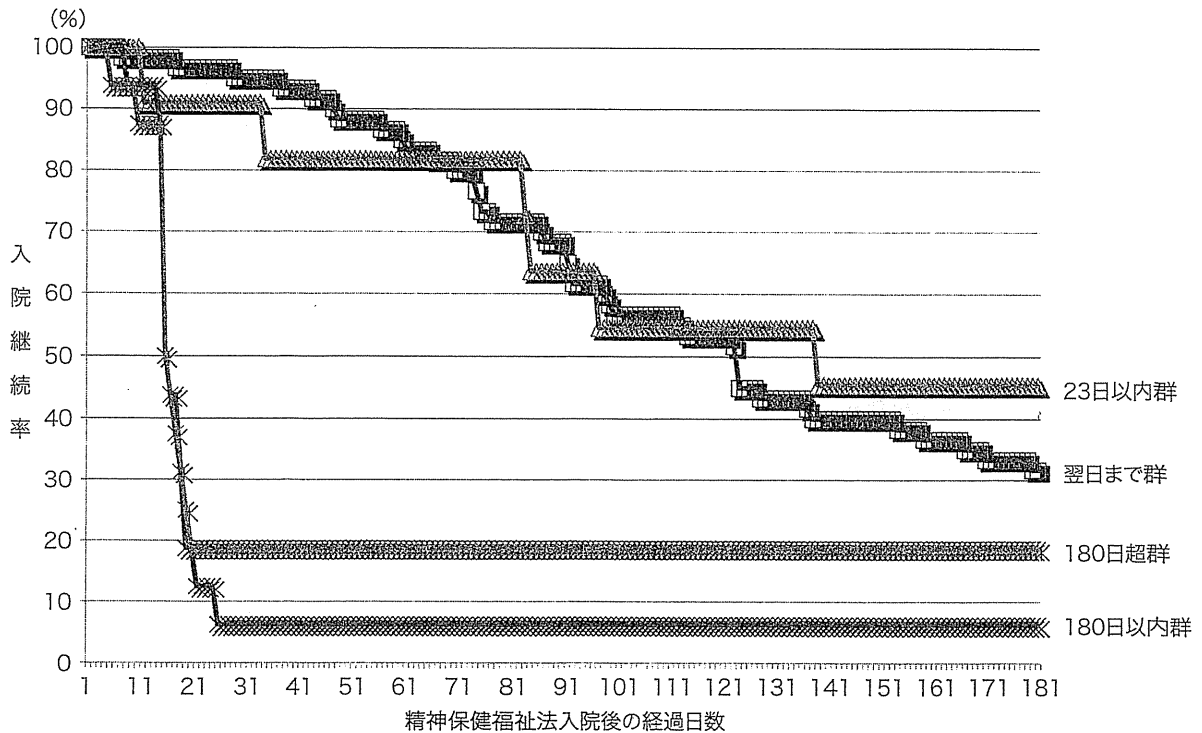


図1 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間群ごとの精神保健福祉法入院継続率

との回答が各1例), 不明5例, 未記入20例であった。検察官通報14例のうち状況の記載がある11例では, 1例が取調中に興奮し措置通報, 1カ月後に医療観察法の申立がなされていた。9例で無罪や猶予判決後すぐに通報され, すみやかに申立となっていた。ただ1例では地裁判決後すぐに通報され措置入院してはいたが, 控訴審判決が確定するまでに, さらに1年以上がかり, その後によく申立となっていた。

対象行為日, 精神保健福祉法入院日と退院日, 医療観察法入院処遇日のすべてが判明している107例のうち, 精神科入院中に対象行為・そのまま入院継続3例, 疑義のある1例を除いた103例では, 対象行為から入院処遇までの期間は 325.6 ± 244.7 日であった。

図1に入院継続率を示した。このうち対象行為から精神保健福祉法入院までの期間ごとに, 翌日まで群, 23日以内群, 180日以内群, 180日超群の4群で精神保健福祉法入院期間を比較したところ, 翌日まで群60例で 165.6 ± 124.9 日, 23日以内群11例で 154.5 ± 105.1 日, 180日以内群16例で 33.8 ± 69.2 日, 180日超群16例で 68.6 ± 131.0 日と

なった。多重比較により, 翌日まで群と180日以内群および180日超群の間で精神保健福祉法入院期間は有意に延長していた (Bonferroni, $p < 0.05$)。

また通報種別による比較では, 警察官通報41例で 167.9 ± 126.0 日, 検察官通報14例で 53.8 ± 123.7 日であり, 警察官通報で有意に精神保健福祉法入院期間が延長していた ($t = 2.90, p = 0.008$)。

4 考察

1. 事例の概要

今回, すべての入院処遇例の約90%について, 資料が得られ, 検討を行った。

精神保健福祉法入院の有無で, 年齢, 性別, 診断について両群間に有意差は認められず, 入院処遇の前に精神保健福祉法入院をするかどうかについて, 少なくともこうした要因では差は認められなかった。ただ, 対象行為では, 殺人, 放火, 強姦で精神保健福祉法入院はやや多く, 強盗と強制わいせつでやや少ない傾向から, たとえば強盗や強制わいせつでは, それを命じる幻聴を願望充足的と評価されうることなど, 行動面に対する関係

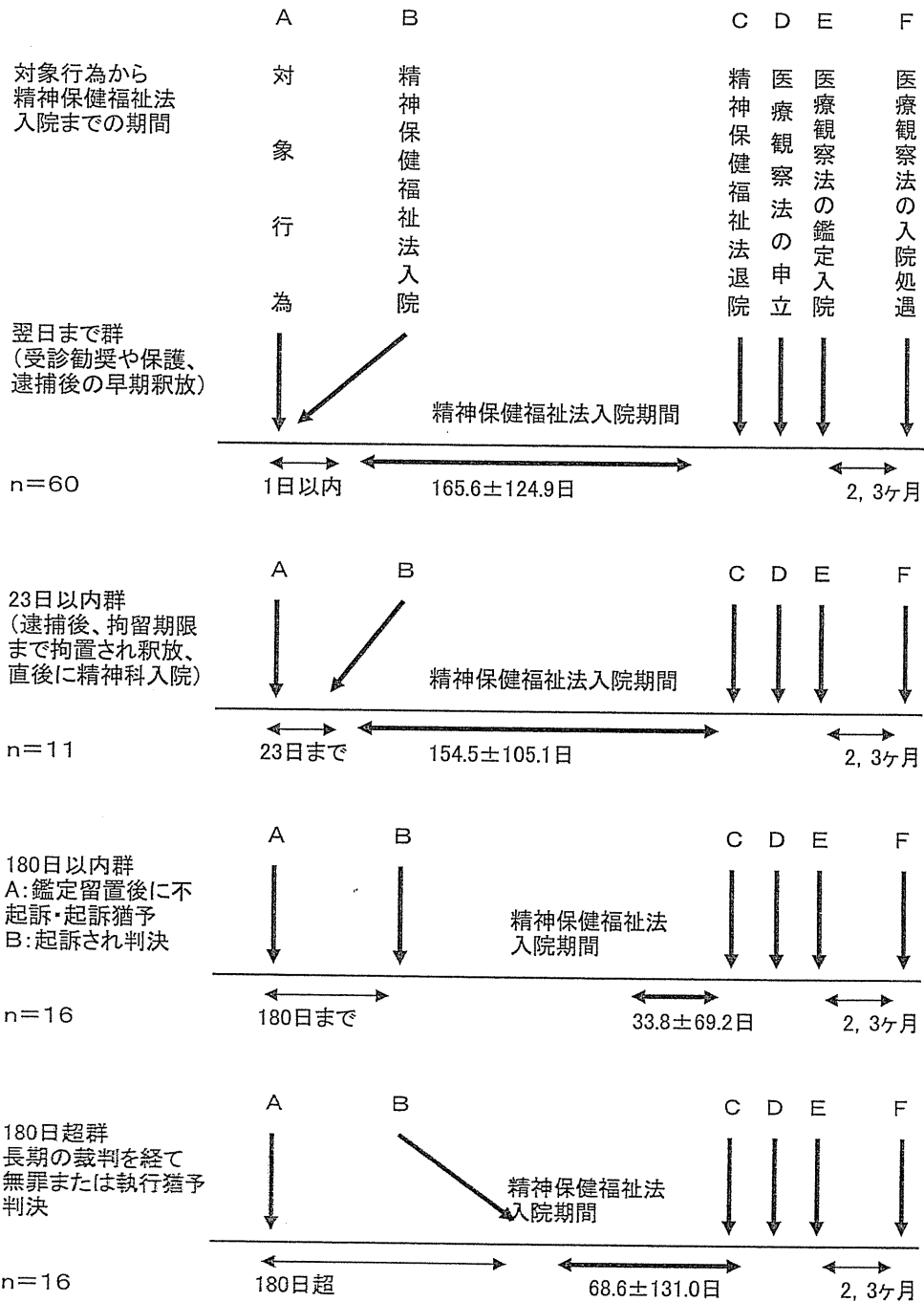


図2 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間群ごとの精神保健福祉法入院期間との関係

者の評価が影響している可能性が示唆された。

2. 精神保健福祉法入院期間と医療観察法申立までの期間の関係

精神保健福祉法入院期間は、医療観察法鑑定入院までの手続期間をほぼ反映する。この期間の関係を図2に示した。

医療観察法が円滑に導入されたかどうかについて、刑事手続きと医療観察法導入への時間的流れ

を考慮し、対象行為から精神保健福祉法入院までの期間を4群に分けると、おおむね図3に示すようになった。

対象行為から精神保健福祉法入院までの期間180日以内群11例の精神保健福祉法入院期間は33日であったが、うち10例は20日あまり、最頻値は15日の6例であり、300日あまりの1例があるために平均値が引き上げられたものである。裁判

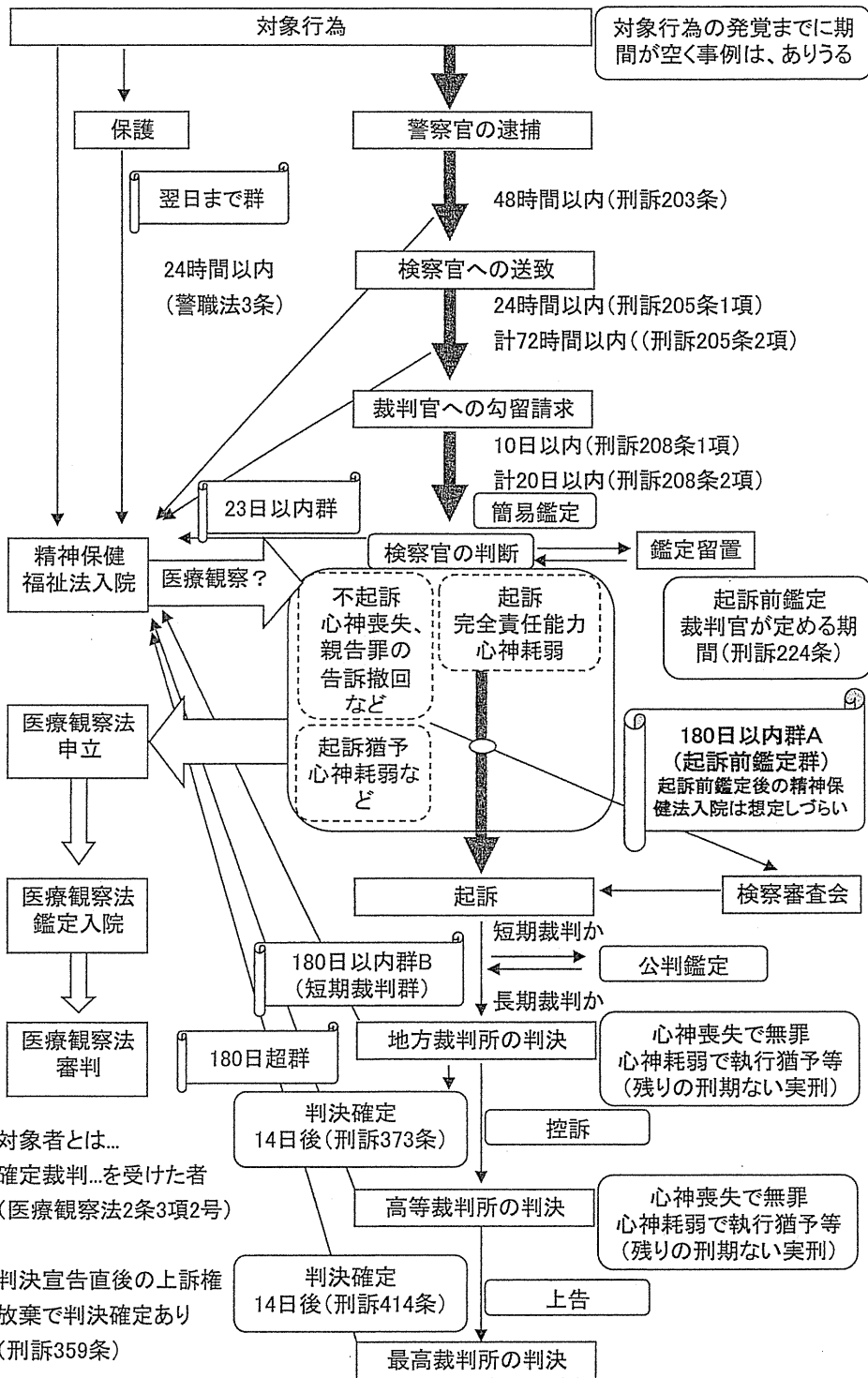


図3 対象行為から精神保健福祉法入院までの期間各群の刑事手続中のおおよその位置づけ

の判決言い渡しから確定まで14日を要すること (刑事訴訟法第373条など)を考慮すると、すみやかな医療観察法の申立が行われていることがうかがわれた。一方、翌日まで群および23日以内群は、いずれも6カ月弱の精神保健福祉法入院で、医療

観察法の申立がすみやかになされているとはいいい難かった。

また、検察官通報や警察官通報の区別でも差違が明らかになった。検察官通報例は、裁判確定までの日数をつなぐ10例と、取調中に興奮した1例、

情報なし3例で、興奮例も1カ月以内に医療観察法の申立がなされており、その後の対応も比較的円滑で、医療観察法を視野に置いた運用がなされているようでもあった。一方、警察官通報例では、精神保健福祉法入院期間が有意に延長していた。この理由については、事件直後に保護され入院したことで、刑事事件の捜査として本人の協力が必要な書類が作成されていない、病状の点から逮捕を見合わせられることで事件送致が決断されるまでの期間を要している、これらのため検察への事件送致の時期が遅れている、検察側でも事件を受理した後の処理に時間を要している、などの事情が推察されたが、今回の調査からは明確にはならなかった。

これらより、翌日までに精神保健福祉法入院をした場合には、医療観察法入院までの期間が延長しており、検察官が関与しない段階での入院がこの期間を延長させている可能性がうかがえるものであった。

翌日まで群および23日以内群では、対象者の病状が悪くて精神保健福祉法入院期間が延長する、警察や検察でも捜査上、事情聴取ができないことで必要な書類が作成できず、このために医療観察法の手続が進行させられない、などの問題がありうると思われた。ただ、警察や検察の捜査上の都合はありうるが、病状が安定しても長期に照会さえなく、突然、医療観察法の申立手続が進行するなどの問題も指摘されており、この点をどのようにとらえるかは、慎重さが必要であると思われた。

対象者に対する手厚い医療を早期に開始するという観点からは、対象行為から医療観察法入院までの日数にも注意を払う必要がある。精神保健福祉法入院期間は翌日まで群 165.6 ± 124.9 日、23日以内群 154.5 ± 105.1 日と延長しており、特に後者は興奮などにより本人の意見聴取など捜査が進めにくい事情はあるにせよ、検察官の判断を経ており、長すぎると考えざるをえず、治療と司法手続きを並行して迅速にすすめるべきである。

この点に関連して、医療機関側から捜査機関側へ、積極的な情報提供はしづらい。ただ、たとえば事件後すぐに措置入院し期間が経過、病状軽快

して措置解除・退院し社会復帰している患者に対して医療観察法の申立が行われている場合も見受けられた。患者は混乱し、指定入院医療機関に陰性感情を強く持った事例もあり、時機を逸した医療観察法の申立が対象者本人の精神科医療に有益とは限らないことなども考慮すると、対象行為の内容や病状によっては、医療機関と捜査機関の間で、医療観察法の適用に関連して、意思疎通を図っていく必要もあると思われた。ただ、捜査機関が迅速な処理ができない理由として、対象者が逮捕されておらず身柄が警察・検察にないことで、調書作成が遅延することを強調しすぎると、任意捜査を原則とした刑事訴訟法第197条第1項の趣旨に抵触しかねないことには留意する必要がある。

なお、指定入院医療機関からは、長期の裁判を経た事例では、当然、治療開始まで長期が経過しており、これによる医療へのマイナスの影響を指摘して、勾留中の精神医療について改善を求める意見も認められた。

3. 精神保健福祉法入院が選択された理由

精神保健福祉法入院が選択された理由は、行為当時の興奮状態が最も多く、次いで判決確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、不処遇後に精神保健福祉法入院し、その後に上級審で決定が覆り入院処遇などであった。なお上級審での差し戻し決定の問題は、別に報告した⁶⁾。

1) 興奮による精神保健福祉法入院事例

精神保健福祉法入院した事例においては、行為当時の興奮状態が入院の理由となる事例が、最も多かった。詳細に検討すると、これらには、勾留中に激しく興奮するなど顕著な精神障害への治療を要した事例だけでなく、火災による熱傷や自殺企図後の外傷など身体合併症治療のために総合病院精神科病棟に入院した事例、措置入院後に対象行為が発覚した事例があり、中にはいったん釈放され精神科治療を受けた事例、家族により精神科治療の求めがあった事例も認められた。また通院処遇中に通院せず精神状態悪化し、危機介入目的で精神保健福祉法入院した事例も認められた。

現実には、逮捕後に精神運動興奮など精神病症状が増悪した場合には、警察・検察では取調べにならないなどの事情も生じることが想定されるが、

このような状態では、すみやかな医療導入自体は、おおむね望ましい。ただ、今回、こうした場合に医療観察法の申立が遷延する傾向が明らかとなった。多くの指定入院医療機関から指摘があるように、対象行為から相当の時期を要して医療観察法に乗ることとなるような場合に、社会復帰が遅延する事態は避ける必要があり、司法機関は、早めに手続きを進めることを視野に置きつつ、刑事司法上の捜査手続きを進めることが必要と考えられる。そして、少なくとも医療の大半が精神保健福祉法入院で終了しているような場合に、どのような点で医療観察法が必要なのかは、法のあるべき姿を考えるうえで論点となりうると思われる。

ただ、興奮している時点で精神保健福祉法入院となるのは、やむを得ないものの、提出された資料からは、少なくない事例に、警察や検察など、司法関係者の医療観察法への認識不足から手続きが遅延した旨のコメントが付されていた。現実に警察や検察に医療観察法についての認識不足があるかどうかについては、この調査では警察や検察を調査しておらず、また「法を知るのは司法機関の責務」という建前のため実態調査には困難があるが、少なくとも指定入院医療機関には、このような問題意識があることは明らかとなった。

2) 判決確定・申立まで「つなぎ」入院例

判決時点で身柄拘束されていても、無罪判決や執行猶予あるいは未決勾留期間を刑期に算入されて執行されるべき刑期が既がない有罪判決を受けた被告人は、直後に釈放されることが原則である(刑事訴訟法第345条など)。そして判決は、上訴されない場合、14日で確定する(同第55条、第373条)。なお無罪判決では検察が、有罪判決でも検察と被告人が協力して上訴権放棄をすれば、判決直後に確定することもありうる(同第359条)。もちろん当事者のいずれかが控訴(同第372条以下)した場合には、控訴審や上告審において判決や取り下げなど、しかるべき手続きが取られるまで確定しない。

判決が確定するまで、医療観察法の申し立てはできない(医療観察法第2条第3項第2号)ので、この間、本人がどこで生活を送るかが、現実として問題となる。

今回、このような場合に、精神保健福祉法入院が活用されていることが明らかとなった。

ただ、精神保健福祉法で入院する場合には、現実にとどの程度、医療が必要とされる病状であるかも問題となる。刑事訴訟法上の身柄拘束を解かれた直後の入院について、あえて「つなぎ」と表現したが、病状が安定していて、入院医療は必要ではなさそうなのに、対象行為が重大なため家族や地域が受け入れない、あるいは被害者からの報復を防ぐために精神保健福祉法の入院で身柄を確保しているとすれば、いわゆる経済措置や社会的入院と同じ問題をきたすおそれがあり、対象者の家族などの協力を得て、判決確定までの2週間を鑑定入院予定の医療機関に入院するなどの配慮がなされた運用例は参考になる。

特筆すべきは、対象行為が重大であっても、必ずしも措置入院となるのではなく、医療保護入院や任意入院となることも少なくなく、適正な病状評価が行われていることが示唆される結果となっていることである。措置入院制度には、かねて、行動面を重視して処遇を決定する傾向が見受けられたが、この傾向が変化している可能性がうかがわれた⁴⁵⁾。

いずれにせよ「つなぎ」の場合、そのことを医療機関ならびに検察官の側でも明確にしたうえで、判決確定までの2週間ならびに空床待機あるいは祝日回避の数日など、できるだけ短く運用する必要がある。また本来、医療観察法は刑事事件と密接な連携をもった運用が望まれる制度でもあり、刑事事件の判決日を、以降の日程も考慮して決めるなどの配慮も、今後は必要である。

なお、厳密には「つなぎ」にはあたらないが、鑑定入院命令の期限超過による失効後に精神保健福祉法入院とされた例も、認められた。

3) 精神科入院中の対象行為例

精神科入院中の対象行為は、従来、殺人など結果が重大な事件でなければ司法的介入の対象とされることは少なかった。医療観察法の施行によって、とりあえず司法が関与することにはなったが、精神保健福祉法入院期間と医療観察法の導入までの期間の関係で述べた問題のためか、対応までにはやや長い期間がかかることが明らかになった。