



図3. 妄想の推移

## 「精神障害者の隔離・拘束・移送と人権の擁護に関する研究」

分担研究者 山本 輝之（帝京大学法学部）  
研究協力者 益子 茂（東京都立多摩総合精神保健福祉センター）  
白石 弘巳（東京都精神医学総合研究所）  
町野 朔（上智大学法学部）  
辻 伸行（上智大学法学部）  
近藤 和哉（富山大学経済学部）

### 研究要旨：

1999年に国会で可決、成立し、2000年4月1日から施行された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律」（以下、改正法）により新たに法定化された、緊急に入院が必要な精神障害者の移送制度、とりわけ、医療保護入院のための移送制度の問題点を、法的、医療的観点から検討し、整理をした。

### A. 研究目的

前述した改正法は、治療を必要とする精神障害者の精神医療へのアクセスを容易にするという観点から、措置入院のための移送（同法29条の2の2）と医療保護入院等のための移送（34条）に関する規定を新たに定めた。また、厚生省（現厚生労働省）は、2000年4月1日、このような法律の規定を実施するため、「精神障害者の移送に関する事務処理基準」を施行した。このうち、措置入院のための移送は、措置入院に当然付随するものとしてこれまでも実際に行われていた制度であるのに対し、医療保護入院等のための移送に関する34条は、まったく新しいシステムを法定化したものである。そこで、本研究では、初年度においては、具体的提言への基礎的作業として、まず医療保護入院等のための移送制度の実

施状況を踏まえて、そこに存在する法的、医療的問題点を洗い出し、精神障害者の人権擁護という観点から、その解決の必要性を検討した。

### B. 研究方法

1. [文献調査] 医療保護入院等のための移送制度法定化の経緯、手続などを、改正法、事務処理基準、精神保健福祉研究会監修「改訂精神保健福祉法詳解」（2000年、中央法規出版）、同監修「改正精神保健福祉法の概要—改正事項の説明と検討の経緯」（1999年、中央法規出版）などに基づいて、検討、考察した。
2. [意見交換] 分担研究者、研究協力者が参加した研究会において、これまで、精神化救急医療、精神障害者の移送制度の運用についてのアンケート調査、事例調査など

に基づいて、制度の適正運用のための具体的な提言を行われてきた、医療関係者に、実際の運用における問題点を具体的に指摘していただき、相互に意見交換し、精神障害者の人権擁護という観点から、その解決の必要性を検討した。

(倫理面への配慮)

初年度においては、精神障害者と直接接触し、意見を聴取するという事は行わなかったが、研究会におけるアンケート調査、事例調査の報告の際には、対象者のプライバシー保護のため、すべて匿名にし、エピソードを中心に話すなど、十分な配慮を行った。

### C. D. 研究結果と考察

(1) 医療保護入院等のための移送制度の位置づけ

改正法は、医療保護入院等のための移送について、次のような規定を新たに置いた。  
第34条 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定された者につき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第33条第1項の規定による入院をさせるため第33条の4第1項に規定する精神病院に移送することができる。

2 都道府県知事は、前項に規定する者の保護者について第20条第2項第4号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がされていない場合において、その者の扶養義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第33条第2項

の規定による入院をさせるため第33条の4第1項に規定する精神病院に移送することができる。

3 都道府県知事は、急速を要し、保護者（前項に規定する場合にあっては、その者の扶養義務者）の同意を得ることができない場合において、その指定する指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、本人の同意がなくてもその者を第33条の4第1項の規定による入院をさせるため同項に規定する精神病院に移送することができる。

4 第29条の2の2第2項及び第3項の規定は、前3項の規定による移送を行う場合について準用する。

この制度創設の必要性が検討された、平成10年10月の精神保健福祉法に関する専門委員会においては、この制度は、精神障害者の緊急時の医療の確保を図るためのものとして位置づけられていた。これに対し、その後の平成11年1月の公衆衛生審議会意見書は、治療の必要性を自ら判断できない精神障害者に医療を受けさせる機会を確保するためという、受診困難事例を念頭に置いた制度として位置づけており、また、厚生省（当時）の障害保健福祉部長は、国会の委員会において、この制度は、地域保健活動を通して周囲が説得の努力を尽くしても受診に応じないような事例に限り、人権に配慮しながら適用する制度であると答弁するなど、この制度の位置づけについて見解の相違が存在した。結局、平成12年1月に、厚生省によって出された「移送に関す

るガイドライン（案）」、および同年3月に出された「事務処理基準」によって、前述した障害保健福祉部長が答弁した趣旨で統一されたが、この制度の位置づけに対する混乱は、医療の現場において現在でも完全に解消されたとはいえない、という指摘が医療関係者からなされている。したがって、この制度と精神科救急医療との関係をもう一度整理し、この制度の法律上の位置づけを明確化する必要があるように思われる。

## （2）要件について検討を要する点

### ①33条と34条との要件の相違

精神保健福祉法33条は、医療保護入院の要件を、「指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院が必要である者」としている。これに対し、34条は、移送の要件として、「指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者」であることが必要であるとされている。このように、両者の要件は異なっており、34条ではより高い緊急性および重篤性が要求されている。たしかに、34条においては、保護者の同意が要件とされているとはいえ、都道府県知事の判断により、患者に対し移送という強制処分を課すわけであるから、人権上の配慮から要件をより厳格にしたものと思われる。しかし、事務処理基準によれば、当該患者を診察する指定医は、移送の必要性だけでなく、それに続く医療保護入院の必要性の有無についても判断するものとされており、そうすると、患者が指定医のいる病院の外来診察室まで連れて来られてそこで診察を受けたか、それとも、指定医が患者の居宅まで赴きそこで移送のための診察をしたかにより、入院について

の要件が異なることになることになり、指定医の判断に混乱が生じることになりかねないという指摘が、医療関係者から出されている。この点については、これまであまり議論がなされてこなかったが、要件の統一を検討する必要があるように思われる。

### ②指定医による診察の位置づけ

事務処理基準によれば、医療保護入院のための移送の要否を判断する指定医の診察は、診察の結果、入院が必要と判断された患者を受け入れる応急入院指定病院の指定医以外によって行われることを原則とするとされた（第二の5の（1））。たしかに、医療保護入院の適正な運用という観点からは、診察する指定医は入院先の病院に所属していないことの方が望ましいともいえる。しかし、医療関係者からは、受け入れ病院としては、患者を一旦は入院させなければならないのであるから、一体どのような患者が送られてくるのか非常に不安である、また、医療関係がまったくできていない患者を入院させて、適切な治療を行うことができるのかという指摘がなされている。この点も、今後再検討しなければならない課題であろう。

### ③居宅への立ち入り

精神保健福祉法は、措置入院の場合には、指定医、県の職員は診察等のために患者の住居に立ち入ることができるとしている（27条3項、4項、5項）が、改正法は、医療保護入院のための移送についてはこのような規定を設けることをしなかった。そして、事務処理基準により、保護者の同意がなければ、指定医、県の職員は住居に立ち入ることはできないとされた（第二の5の（7））。これは、医療保護入院は、精神障害者本人から見れば強制入院であるにせよ、

保護者の承諾がなければ行うことができない入院制度であるからという考えによるのであろう。しかし、そのために、都市部に多い単身者については、實際上この制度を活用することが非常に困難になっている、という指摘がなされている。今後、医療保護入院のための移送の場合に、指定医、県の職員の診察のための立ち入りを認める要件を再検討することが必要であるように思われる。

#### ④行動制限

精神保健福祉法は、指定医が必要と認めるときは、その者の医療又は保護に欠くことができない限度において、厚生大臣が定める行動制限を行うことができる、としている(34条4項、29条の2の2第3項)。問題は、都道府県職員は、指定医の判断により、どこまで患者の身体の拘束を行うことができるか、ということである。この点について、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十九条の二の二第三項の規定に基づき厚生大臣が定める行動の制限(平成十二年三月二十八日厚生省告示第九十六号)は、指定医が必要と認めるときに許される厚生大臣が定める行動の制限とは、「身体的拘束(衣類又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いう。)」としている。しかし、これは「指定医の判断によって許される行動制限」だけを規定するという形式をとっているため、これに該当しない行動の制約は、指定医の判断によっても一切許されないのか、指定医の判断を経なくとも許されるのか、分からないものとなっている。たとえば、手錠をかける、殴打して静かにさせるといような行為は指定医が命じて職員は行うことが許

されないことは明らかである。他方、腕をつかまえる、肩に手をかけるなどの軽微な実力の行使は職員独自の判断でなしうるのであろう。しかし、羽交い絞めにする行為はどうかはわからない。法令、事務処理基準の不明確さは、医療現場に法的不安定さをもたらすものであり、早急に改善を検討することが必要であるように思われる。

#### (3) 制度として検討を要する点

##### ①いわゆる「措置流れ」の場合の処理

医療関係者によって行われた事例調査によると、指定医による診察で不要措置となった後、34条による医療保護入院のための移送が行われている事例(いわゆる措置流れの事例)が報告されているが、このような場合、医療保護入院のための移送に切り替える場合、どのような手続を行うことが必要かということが不明確である、という指摘が医療関係者から出されている。したがって、その手続を法的に検討し、明確にすることが必要である。

##### ②保護者の負担

本制度は、家族には、医療保護入院が必要な者を、病院に連れて行く手段がない、家族の高齢化が進み、彼らが精神障害者を病院まで運ぶことは物理的に不可能であるなど、治療を必要とする精神障害者を病院に運ぶことを家族に期待することが困難な現実を踏まえて、家族団体などからの強い要望により、創設されたものである。たしかに、本制度の創設により、家族の物理的な負担は軽減されるものと思われる。しかし、移送および診察のための居宅への立ち入りについては、保護者の同意が必須の要件とされているため、依然として保護者には相当は精神的な負担が課せられているのが現実である。実際、居宅への立ち入り、

移送に同意することによって、患者との関係悪化を恐れる保護者がそれを躊躇する場合は多く存在する。このような観点から、移送および入院について、保護者の同意を要件とすることがはたして妥当であるのかなどについて再検討することが必要である。

### ③警察との連携・協力

事務処理基準は、措置入院のための移送については、都道府県知事は、移送の安全を確保するため、移送の対象者により、現に犯罪が行われた場合、または犯罪がまきに行われようとしており、その行為により移送の事務に従事する者の生命または身体に危険が及ぶおそれがあり、急を要する事態に陥った場合には、警察官に臨場要請を行うなどの措置に配慮することとしている(第三の3)。これに対し、医療保護入院のための移送については、このような定めを置かなかった。しかし、保健所が34条によるのでなければ医療に結びつけることができない患者の中には、妄想型分裂病、人格障害が疑われる男性などが含まれているケースもあるようである。そのような場合、安全と環境の両立の観点からも、警察との連携、協力が不可欠である。しかも、警察の協力が得られる保障があれば、指定医の診察の際の安全性についての危惧が軽減し、民間指定医の参加も得やすくなるとの指摘もある。したがって、医療保護入院のための移送の場合にも、警察との連携、協力を図ることができるシステムを、法的に確立することが必要であるように思われる。

### ④休日、夜間の対応

前述したように、本制度は、地域保健活動の一環として位置づけられたため、保健所が実際上の窓口となっている。そのため、夜間、休日に医療が必要な状況になったが、

家族が自力で患者を病院に連れて行くことが困難である場合には、精神障害者の医療へのアクセスが困難という状況が生じることになる。このような事態を回避するためには、精神科救急システムの整備と、患者の人権に配慮しつつ、緊急時に対応する制度を法的に整備することが必要ではないかと思われる。

### ⑤医療機関の往診について

移送制度が創設された背景には、一部で「患者狩り」といわれる精神病院の往診による荒っぽい入院を防止するためということがある。そのため、医療関係者の間では、この制度の創設以後は、往診による入院は違法となるのではないかとまで言われていた。しかし、1)精神科医による往診活動は、他の身体科の医師によるそれと同じく、きわめて一般的な日常診療行為であり、患者の家族、地域住民から期待も大きく、今後もより推進されてしかるべきものである、2)他の身体科の患者の場合とは異なり、精神科のその場合には、医療中断は、病状悪化の兆候であり、そのような可能性が考えられる場合には、早急に往診を行うことが是非必要である、3)移送制度が創設されたことで、人的、経済的理由により、もともと往診活動に消極的であった医療機関には家族からの要請を断る理由をさらに与え、他方、これまで熱心に往診活動を行ってきた医療機関の意欲を失わせるという事態が生じることは絶対に回避されなければならない、などの指摘が、医療関係者からなされている。そこで、往診による入院を法的に認めた上で、その濫用による患者の人権の侵害の防止を図るシステム、たとえば、保健所職員の立会い、都道府県への速やかな報告、精神医療審査会の審査の

義務づけなど、その手続の法的整備を検討することが必要である。

#### ⑥民間業者による移送について

移送制度が創設された理由の一つに、近年、家族が民間の業者に依頼して、精神障害者を病院に搬送するケースが増加しているが、そのように精神障害者の移送をすべて民間の業者に任せると、その手続および手段がずさんになり、精神障害者の人権を侵害するおそれが高いということがあった。しかし、現在においても、民間の業者による移送が行われているのが現実である。その理由としては、1) 前述したように、34条による移送が依然として家族に重い負担を強いる制度であること、2) 患者の人権に配慮するあまり、この制度の活用には多大な時間を要すること、3) 家族が保健所に依頼することを嫌い、多少費用がかかっても民間の業者による移送の方を選択するという実態があることなどがあげられている。このようことからするならば、民間業者による移送を一律に禁止することは実態に沿わないばかりでなく、それをアンダー・グラウンドの世界に押しやり、かえって精神障害者の人権を害するおそれが高くなるという状況を招来することにもなりかねない。民間業者による移送の問題点は、その技術そのものよりも、指定医の判断なしに、患者の行動制限を行っていたことにあったということを考えるならば、民間業者による移送の利用を本制度の中に位置づけた上で、患者の人権に配慮する制度を法的に整備するという方向も考慮してよいのではないかとと思われる。

#### E. 結論

今回の法改正により、法定化された医療

保護入院のための移送制度は、行政機関の責任において、患者の人権に配慮しつつ、治療が必要な精神障害者の精神医療へのアクセスを容易にするというものであり、高く評価すべきものであるように思われる。しかし、以上に述べたように、実際の運用においては多くの問題があることがそれに携わっておられる医療関係者から指摘されている。そのような指摘は、法的観点から考察してみても、十分検討する必要があるように思われる。このような問題状況を踏まえて、一層の考察を行い、本研究の最終年度において、必要な法改正などに向けての具体的な提言を行うことにしたい。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### I. 参考文献

- 1) 精神保健福祉研究会監修「改正精神保健福祉法の概要—改正事項の説明と検討の経緯」中央法規出版，1999.
- 2) 益子 茂：精神障害者の受診の促進に関する研究．平成10年度厚生科学研究分担研究報告書，1999.
- 3) 益子 茂：精神障害者の受診の促進に関する研究．平成11年度厚生科学研究分担研究報告書，2000.
- 4) 精神保健福祉研究会監修「改訂精神保健福祉法詳解」中央法規出版，2000.
- 5) 浅井邦彦：精神科医療における行動制

- 限の最小化に関する研究. 平成11年度厚生科学研究報告書, 2000.
- 6) 守屋裕文: 精神科救急医療に関する研究. 平成12年度厚生科学研究分担研究報告書, 2001.
  - 7) 浅井邦彦: 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 第Ⅱ報 -. 平成12年度厚生科学研究報告書, 2001.
  - 8) 五十嵐禎人: 移送制度に関する諸問題: 臨床からの視点. 法と精神科臨床 Vol4, 122-135, 2001.
  - 9) 白石弘巳, 益子 茂: 精神保健福祉法第34条の医療保護入院等のための移送制度について. 第22回日本社会精神医学会 研修コース④資料, 2002. 3. 8 (資料1)



## 精神保健福祉法第34条の医療保護入院等のための移送制度について

東京都精神医学総合研究所 白石弘巳  
東京都立多摩総合精神保健福祉センター 益子 茂

### I. 制度成立の背景

従前より、治療が必要であるにもかかわらずその必要性が理解できないため自発受診にならず、状態が悪化してしまう精神障害者が存在するという共通の問題意識があった。最近のわが国の精神保健福祉施策は精神障害者の自立と社会参加の促進、地域生活支援が大目標となり、下支えとしての医療の重要性は増している。そのためには適時・適切に医療サービスを提供できる体制の整備が必要であり、精神科救急医療体制整備の推進もその一環であるが、そこでは判断能力の低下した状態にある精神障害者の医療アクセス権をどう保障するかという問題が残る。ここは法的にも谷間のような部分であり、関係機関の援助が得にくく、一般に保護者の義務に含まれると解釈され過重な負担となっていた一方、一部に人権に関わる問題も現れ対策が求められていた。

### II. 制度の位置づけや運用上の問題点

#### ①制度の目的や対象の考え方

「救急事例」、「受診困難事例」どちらのための制度か。制度成立過程での混乱。単に予算獲得上の戦略だったのか。救急情報センターの要件に移送に関わる連絡調整業務。

#### ②適用の対象の判断基準

事前調査の結果指定医診察に踏み切る判断基準や指定医が要移送と判定する基準を定める必要性は国も認めているが、設けられていないため運用開始が困難という自治体の声。

#### ③指定医診察の位置づけ

診察は診療行為でなく措置診察と同様の行政処分。初対面の場合が多くなる？一方で任意入院ができないことの確認（説得を含む）が必要。ガイドライン等が必要ではないか。

#### ④保護者ないし扶養義務者の役割

保護者等の同意は移送及び入院の必須要件。加えて居宅に導き入れる役割も。保護者の義務軽減のためという目的にかなう制度かどうか。全家連の失望。

#### ⑤単身者への適用

都市部では単身の困難事例多いが、措置診察と違い指定医診察に際し立ち入り権付与されず。受診拒否して診察のための指定医の訪問は受け入れる事例が想定できるか。

#### ⑥保健所の体制について

保健所が中心的役割担う自治体が多いと思われる。普段の地域精神保健活動が基本と国もいうが、一方で地域保健法実施による再編統合で直接サービス難しい体制も。

#### ⑦休日・夜間対応

保健所等の丁寧な事前調査を要するため通常時間帯以外の運用は困難。相談のみ夜間等も受付ける体制は必要か。将来的には総合的なアウトリーチサービスの一環として救急医療への

## 資料1

アクセス支援にも対応必要か。

### ⑧警察との連携・協力

今回の改正で制度上警察の協力得にくくなった側面も。安全確保上警察の協力必要な事態少なくないと予想。現場同士お互いの職責を果たす中で普段からの意思疎通が重要。

### ⑨医療機関による往診

以後往診は違法になると一部で誤解も。入院前提としない診療行為としての往診活動は奨励されるべき。「主治医等が説得の努力を尽くしても」とあるのは往診を指す？

### ⑩民間業者搬送の動向

この制度は業者搬送を好ましくないものという問題意識から発したが、人権を理由に過度に慎重な運用では、業者搬送は減らない。説得して任意入院させると豪語する業者も。

### ⑪移送されたものからの不服請求と精神医療審査会

現制度では移送自体の正当性等は審査の対象になっていない。何らかの対応が必要。

### ⑫その他

医療中断予防システムを含む地域精神保健の充実や精神医療の質の向上など精神医療保健施策の総合的レベルアップなくしては、当制度の望ましい運用も有り得ない。

参考;厚生科学研究班による指定医の判定基準試案（以下のすべてに該当すれば移送の適応）

#### 1)精神障害者であること

2)当該精神障害による病状の程度が重篤であること。なおここでいう病状の程度が重篤であるとは、幻覚、妄想その他の現実認識の歪みと、そうした自己の状態に対する洞察の欠如によって現実との関係を適切に保つことが困難となり、基本的な生活維持のため通常必要とされる能力にも支障が生じる程度に精神機能が損なわれている状態、即ち精神病状態が持続又は反復していることを指す。

3)当該精神障害のために、その者の状態が以下の a,b いずれかに該当していること。

a.生活維持のための基本的な能力が損なわれた結果、自己の健康又は安全の保持に深刻な困難が生じていること。なおここでいう自己の健康又は安全の保持とは、例えば栄養摂取、睡眠確保、清潔保持、寒冷・暑熱の防御、火の始末、水道やガスの元栓管理等を指す。

b.直ちに入院治療を行わなければその者の状態にさらに深刻な悪化をきたし、回復が一層困難になるなどの身体的・精神的健康上の損失がもたらされる可能性が高いこと。

4)入院治療によってのみ一定以上の治療効果が期待できること。但しその入院は単に現在の環境からの一時的な分離や避難を主たる目的とするものではないこと。なおここでいう一定以上の治療効果とは症状の軽減、又はこれ以上の悪化を防止することを含む。

5)当該精神障害により、判断能力が著しく低下しているため入院治療の必要性が理解できず、本人の同意に基づく入院が行われる状態にないこと。

6)措置入院の要件を満たさないこと。

平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）報告書

## 入院中の精神障害者の人権確保に関する研究報告書

平成14年 4月発行

編集・発行 浅井 邦彦（主任研究者）

医療法人静和会浅井病院

〒283-8650 千葉県東金市家徳38-1

TEL：0475-58-5000

FAX：0475-58-5549

E-mail：asaihp@waltz.plala.or.jp（担当：長沼）

制作 医学出版ビューロー

TEL & FAX：03-3480-5837

印刷（株）ユニバーサル・プリント

TEL：03-3953-9762 FAX：03-3953-9751