

	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度
県・市町村等行政職員	27 人	118 人	38 人
施設・作業所等職員	14 人	55 人	46 人
その他	7 人	30 人	19 人
計	48 人	203 人	103 人

平成 15 年度までの修了者は行政関係職員で 183 名、施設等職員が 115 名、その他 56 名の合計 354 名に達している。

養成研修のプログラムは全国統一的に研修日程を 5 日間と定め、研修方法は講義及び演習を行うこととしている。研修内容には、都道府県及び指定都市の障害者施策の動向、ケアマネジメントの基本的理解、ケアマネジメントの具体的な方法、社会資源等の講義、ケア計画の作成、相談、面接能力、事例等の演習が組み込まれることとなっている。

次に、岡山県が平成 15 年度実施した障害者ケアマネジメント（身体障害・知的障害・精神障害従事者研修（新規研修）の日程を紹介する。

	日	時	内 容
講義 (共通)	11 月 14 日(金)	9:30	(受 付)
		10:00 - 10:15	開 講
		10:15 - 12:00	障害者福祉の動向とケアマネジメント
		13:00 - 15:30	ケアマネジメント概論及び実施方法
		15:40 - 17:00	精神障害者の生活ニーズとケアマネジメント
講義 (共通)	11 月 15 日(土)	9:00 - 10:20	身体障害者の生活ニーズとケアマネジメント
		10:30 - 11:50	知的障害者の生活ニーズとケアマネジメント
		13:00 - 14:30	権利擁護と苦情解決
		14:40 - 15:40	演習オリエンテーション
演習	11 月 17 日(月)	9:00 - 17:00	ケアマネジメント演習（相談面接演習）
	11 月 18 日(火)	9:00 - 17:00	ケアマネジメント演習（ケア計画作成演習）
	11 月 19 日(水)	9:00 - 16:00	ケアマネジメント演習（社会資源活用演習）
		16:00 - 16:30	閉講、修了証書交付

以上の研修を終了すれば、すぐに現場においてこのケアマネジメントの手法を用いた相談支援業務が実施されるかどうか、はなはだ疑問である。実行を困難とする理由はこれを実施する時間が取れないということであろう。一人のケアマネジメント従事者が相談窓口を担当し、アセスメントを実施し、ケア会議の開催・運営を行い、ケア計画を作成し、公的サービスに関する市町村との連絡調整を行い、サービス提供機関との連絡調整を行い、モニタリング及び再アセスメントを行うとなるといくら時間があっても足りなくなる。これを市町村の窓口に求めることは想像しても困難と思われる。ケアマネジメントに専門的に従事する職員の配置が強く求められるところである。

さらにケアガイドラインによれば障害者ケアマネジメント従事者には、次に掲げるような資質が求められている。

- ・ 信頼関係を形成する力
- ・ 専門的面接技術
- ・ ニーズを探し出すアセスメント力
- ・ サービスの知識や体験的理解
- ・ 社会資源の改善及び開発に取り組む姿勢
- ・ 支援ネットワークの形成力
- ・ チームアプローチを展開する力

これらはソーシャルワークの技術について深く学び、相当の経験を積んだ者にのみ求められる力量であろう。2年ないし3年の期間で他のポストに人事異動がなされている市町村の事務実態では、市町村の職員にケアマネジメントに従事することを求めることは不可能に近い。

一方、ケアマネジメント従事者の養成研修は順調に進んだように見受けられるが、支援費制度が施行され、1年が経過しようとしている段階で、ケアマネジメントやサービス調整会議どころかケアプランを立てて、サービスを利用するという考えすら、いまだ理解されていないのが現状である。

ケアマネジメントが実施されていない状況において、地域支援のためのケアマネジメントが支援費支給決定に反映されることもなく、支給決定の内容を評価する基準や仕組みも考えられない。そこで市町村によって支援費支給量に大きなばらつきが見られるのが実態である。

3. 障害者ケアマネジメントの今後の課題

(1) 障害分野のケアマネジャーの資格化

支援費制度の仕組みを完全に実現するためには、介護保険制度のように資格をもったケアマネジャーの位置づけは不可欠である。障害分野では、あえてケアマネジメント従事者と呼ぶこととし、資格の付与についてまで検討されなかった。今後、障害分野の支援費制度が介護保険へ統合される方向で検討されようとしているが、多くの関係者が指摘しているように、このケアマネジャーの資格化と役割と位置づけの明確化は、さけてとおれない最重要課題である。

(2) 施設利用者への適用について

指定知的障害者入所更生施設には、国の定めた指定基準において、次のような地域移行支援に関する基準が明記されている。

- ①「指定知的障害者更生施設は入所者について、その心身の状況に照らし、法第15条の5等1項に規定する指定居宅支援等を利用することにより、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかを定期的に検討しなければならない」
- ②「前項の検討にあたっては、保健師又は看護師、生活支援員等の間で協議しなければならない」
- ③「指定知的障害者更生施設は、心身の状況に照らして、指定居宅支援等を利用することにより、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者の希望等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行わなければならない」

ここに規定されている地域生活移行のための援助を行うためには、第一には、施設に所属するソーシャルワーカーを中心とするチームアプローチが不可欠である。そして、入所施設のソーシャルワーカーと本人と本人が暮らすことが予定されている地域のケアマネジメント従事者とが連携して、本人の「地域生活移行支援計画」（個別支援計画）の作成に取り組むことが求められる。このようなかたちで、ケアマネジメントの手法は、施設利用者にも適用されていくことが求められている。

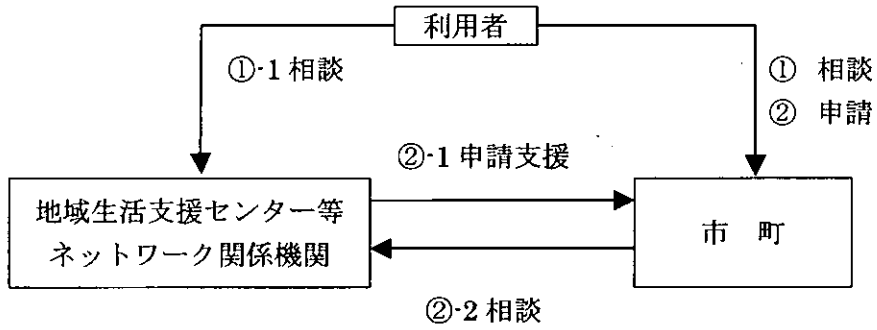
(3) 相談支援体制の確立について

障害者ケアマネジメントに関する手引き書である「障害者ケアガイドライン」（平成14年3月21日・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部）は、各相談窓口において、障害者からの要望に基づいて、障害者ケアマネジメントの手法を用いたサービス利用のための相談支援、サービス情報の提供、サービス利用調整等の取り組みが行われることとされている。支援制度のもとでは、相談支援機能を持つ相談窓口の役割は極めて大きい。市町村における相談支援体制は、今後、障害者（児）の潜在的なニーズを的確に引き出し、地域におけるサービスの提供体制の充実を図っていく上でも必要な役割を果たすことになる。

岡山県においては次のような『相談支援体制の実施モデル図』を描いて、その取り組みを検討している段階である。

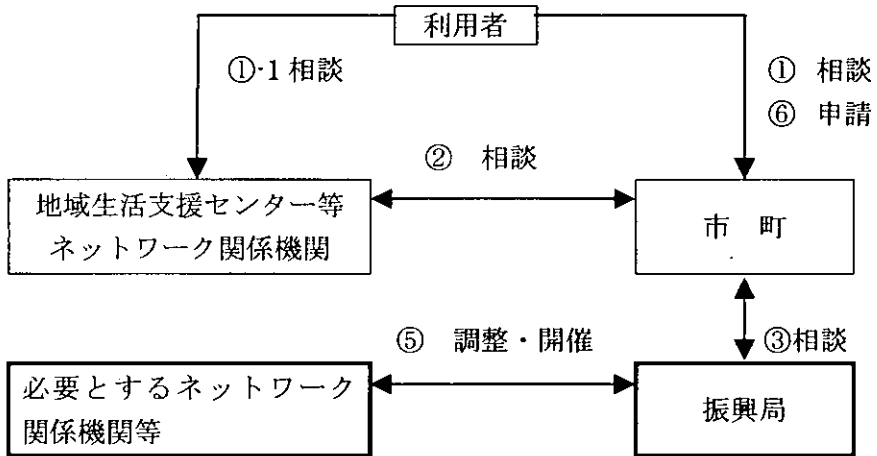
相談支援体制の実施モデル図

< 一般相談 >



一般相談・申請	モデル1	① ②	市町が利用者からの相談に直接応じ判断する。	
	モデル2	①-1 ②-1 ②	利用者からの相談を受けた地域生活支援センター等からの照会・依頼を受けて市町が判断する。	
	モデル3	① ②-2 ②	市町が利用者からの相談を受け、地域生活支援センター等と相談してから判断する。	※ケースにより「地域ケア会議」を開催する。

< 専門相談 >



④ネットワーク会議（随時会議）
の開催検討・決定

専門相談・申請	モデル4	① ①-1 ②	一般相談の「モデル3」に準ずる。	※「地域ケア会議」での対応が困難なケースについて、ネットワーク会議で対応する。（処遇検討・広域調整等）
		③ ④ ⑤ ⑥	市町が振興局（ネットワーク会議事務局）に相談し、振興局がネットワーク会議を召集し、協議して判断する。	

知的障害者や障害児に対する相談支援については、市町村担当者においても経験の少ない業務であるので、これまでと同様、都道府県のアドバイスを受けて地域の社会資源としての専門性も高く、地域生活支援に積極的に取り組んでいる知的障害者施設等の機能を活用しながら実施していくことが必要不可欠と思われる。

また、相談支援を実施していくうえで、次の事項に留意しつつ実施されることが望まれる。

- ① 問題解決につながるケアマネジメント手法の導入と安定的かつ適切な展開をする。
- ② 相談に訪れる人を待つ姿勢でなく、地域の障害者を訪問するなど出向いて、ニーズや問題を発見する仕組みを作る。
- ③ 適切な情報提供やインフォームドコンセントに基づく相談支援を行う。
- ④ その人を中心に据えた支援計画を作成する。

D. 考察

障害者ケアマネジメントは障害者の生活支援においてその手法の重要性は強調されているにもかかわらず支援費制度では制度化されなかったばかりか、位置づけも不明確なままである。さらにそれに関わるケアマネジメント従事者の資格化も検討されていない。いうまでもなく、このことは介護保険制度上のケアマネジャーと大きな差異がある。障害者に対するケアマネジメントが行われていない現状においては、支援費制度のもつ理念及び内容が実現されないばかりか、真に必要なサービスが利用者に届かない状況にあって、措置制度下における状況と同様に要支援者が潜在化される恐れが大きい。

一方、障害者の生活支援ニーズは複合的で、自立と社会参加を目標とし、ライフステージをカバーし、医療、保健、福祉、教育、就労等への広い領域に及ぶのである。それ故に障害者ケアマネジメントは、高度の専門性が求められ、ケアマネジメント従事者に専門資格を付与することは、障害者福祉の専門性の向上においても大きい意味を持つものである。さらには、障害者ケアマネジメント従事者（ケアマネジャー）の人材供給は、現在の障害者施設において、良質な経験を積むスタッフから育成していくこととすることにより、この役割を障害者施設を担うことを提言したい。

E. まとめ

岡山県内「障害者ケアマネジメント従事者養成研修」の実施（身体障害・知的障害・精神障害従事者研修修了者は行政関係職員で183名、施設等職員が115名、その他56名の合計354名）、岡山県知的障害福祉協会における会長の体験から市町村及び施設における障害者ケアマネジメントへの取り組みの状況について考察した。支援費制度の仕組みを完全に実現するためには、介護保険制度のように資格をもったケアマネジャーの位置づけは不可欠である。地域生活移行のための援助を行うためには、施設に所属するソーシャルワーカーを中心とするチームアプローチが不可欠であり、入所施設のソーシャルワーカーと本人と本人が暮らすことが予定されている地域のケアマネジメント従事者とが連携する必要がある。また知的障害者や障害児に対する相談支援については、市町村担当者においても経験の少ない業務であるので、これまでと同様、都道府県のアドバイスを受けて地域の社会資源としての専門性も高く、地域生活支援に積極的に取り組んでいる知的障害者施設等の機能を活用しながら実施していくことが必要不可欠と思われる。

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

精神障害者の医療アクセスに関する研究

分担研究者	益子 茂	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
研究協力者	五十嵐禎人	東京都精神医学総合研究所
	斎藤 章二	斎藤病院
	澤 温	さわ病院
	白石 弘巳	東京都精神医学総合研究所
	助川 征雄	田園調布学園大学
	平田 豊明	千葉県精神科医療センター
	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター
	山本 輝之	名古屋大学大学院法学研究科

研究要旨：精神科救急医療のあり方、特に精神科救急情報センターの整備状況と、平成 12 年 4 月より施行された医療保護入院等のための移送制度（精神保健福祉法第 34 条）の運用実態を明らかにするために、全国 47 都道府県・13 政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）を対象としたアンケート調査を施行し、37 都道府県・12 政令指定都市より回答を得た。

精神科救急医療に関しては、回答の得られた 37 都道府県すべてで精神科救急医療システムの運用が開始されていたが、24 時間対応可能と回答したのは 3 都道府県であった。国庫補助を受けた情報センターを整備していると回答したのは 17 都道府県であり、国庫補助は受けていないが精神科救急受付窓口がある程度情報センター機能を果たしていると回答したのは 11 都道府県であった。24 時間対応可能な国庫補助を受けた情報センターが設置されていると回答したのは 7 都道府県にとどまっており、医療へのアクセス確保の観点からは今後さらなる整備が必要と考えられた。また、情報センター整備の必要性を感じていないという自治体もあり、そうした地域の精神科救急の状況調査も必要と考えられた。

医療保護入院等の移送制度の運用状況に関しては、回答の得られた 49 自治体のうち移送のシステムが整備されていた自治体は 33 自治体であり、平成 14 年度に移送制度による搬送実績のあった自治体は 22 自治体に止まっていた。また、いわゆる「措置流れ」事例の取り扱いについては各自治体の慎重姿勢が目立った。この問題は移送制度に要求されている迅速性と代替手段採用困難性という二律背反した要請との関係で今後さらなる検討が必要と思われた。

A. 研究目的

近年のわが国の精神保健福祉においては精神障害者の地域生活支援は重要な課題となっている。疾病と障害を併せ持つ精神障害者が地域において自立と社会参加をめざすためには、疾病や症状のコントロールが不可欠であり、それを保障するものとして身近な地域の中で適時に適切な医療サービスを受けられる体制が整備される必要がある。都道府県を単位として全国的に体制整備が図られている精神科救急医療は、その意味から重要な制度ととらえられるが、その内容を見ると措置入院など非自発入院を要するような重症例への対応が中心となっている傾向がある。最近ようやく精神科救急医療へのアクセスの確保とトリアージの重要性が認識されるようになり、平成12年4月には国の精神科救急医療システム整備事業実施要綱に精神科救急情報センターに関する規定が追加された。また平成14年12月に出された社会保障審議会報告「今後の精神保健福祉施策について」において、精神科救急システムの確立が精神障害者の地域生活支援の重要項目に位置づけられ、今後自らの意思で受診しようとする者や相談のみですむ者などさまざまなニーズに対応できる体制の整備を推進する必要があると述べられている。平成14年度には精神科救急情報センターでの24時間医療相談体制が事業化され、15年度には輪番による初期救急システムの予算化がなされているが、いつでも誰でもアクセスできる精神科救急医療体制の整備のためには、まずもって24時間対応可能で相談機能を備え、市民に周知された精神科救急情報センターの整備を急ぐ必要があると考える。

一方、今回の精神保健福祉法改正で新設

された医療保護入院等のための移送制度（精神保健福祉法第34条）は、疾病による判断能力低下に伴い、自らの健康と社会生活維持のために不可欠な治療の必要性を理解することができなくなった精神障害者の医療へのアクセスを確保するいわば最終手段として位置づけることができる。各自治体での制度整備は遅れ気味であり、運用実績も当初の予想を下回っている。その理由としては、新設された制度ということもあり、各自治体担当者や関係者に制度の趣旨や適応についての考え方が十分理解されているとは言い切れない現状があるのではないかと推測され、これまでの当研究の調査でもそれが裏付けられた。

以上のように、これら精神科救急医療及び34条移送制度については各自治体の実情の違いにより、整備の進捗状況やシステムのあり方に大きなばらつきが見られる。こうした点をふまえて、各自治体の地域特性にも配慮しながら、望ましい運用のあり方について検討し、今後の施策に資するための提言を行うことを目的として研究を行った。本年度は昨年度までの調査結果もふまえ、各自治体の精神科救急医療システム、特に精神科救急情報センター（以下情報センター）の整備状況や機能に焦点をあてて調査を行った。また、移送制度については主に措置診察制度と34条移送との関連に焦点をあてて、その制度設計や運用の実態を調査した。

B. 研究方法

1. アンケート調査

精神科救急医療や移送制度に造詣の深い精神科臨床医及び研究者、精神障害者の人権の問題に詳しい弁護士と刑法学者らから

成る研究班を組織し、平成 15 年 9 月 17 日に第 1 回の研究会を開催した。そこで全国の都道府県、政令指定都市の精神保健福祉主管部局を対象にアンケート調査を行うことが提案され、その骨子についての検討が行われた。その後研究班員間で意見交換を重ね、内容を確定した。アンケートの内容は、精神科救急の平成 14 年度実績、システム稼働時間、救急情報センターまたは救急システムの窓口の整備や運用の状況、情報センター未整備の場合その理由、情報センターの周知の範囲、職員体制、機能、特に相談などの軽症者への対応等である。一方、医療保護入院等のための移送制度については整備の有無、未整備の場合その理由、システムの概要、運用の手順、措置流れへの適用を含めた措置診察との関連及び平成 14 年度の実績等である。平成 16 年 2 月に全国 47 都道府県、13 政令指定都市の主管課宛にアンケートを発送し、平成 16 年 2 月末に回収を行った。

2. 聞き取り調査

昨年度までの本研究の結果で、法 34 条による移送の実績が多く、また、精神科救急医療に関しても、大学病院に精神科救急情報センターを設置するなど特徴のあるシステム設計がなされている、奈良県に対し聞き取り調査を実施した。平成 16 年 3 月に研究班員を派遣し、精神保健福祉主管課（奈良県福祉保健局健康増進課清水重達課長補佐、村戸伯益係長、猪原淳奈良県精神保健福祉センター長）、精神科救急情報センター（奈良県立医科大学精神科岸本年史教授、付属病院第二課医療係道崎真平技師）、保健所（奈良県葛城保健所健康増進課市口和子課長、村田清主査）、法 34 条や精神科救急

医療の受け入れ病院（財団法人信貴山病院ハートランドしぎさん澤井照佳院長、水嶋雅清サービスリーダー、小田由美子コンサルテーションナース）において、運用の詳細や事例の傾向、経験をふまえての意見等を聴取した。

なお、アンケート調査の施行にあたっては、都道府県・政令指定都市精神保健福祉主管部（局）に対して文書により本研究の趣旨を十分に説明した上で回答を得た。また、奈良県の関係者については、予め調査の趣旨について十分に説明を行い、了解を得た上で、聞き取り調査を行った。なお、今年度の研究では個別事例の情報を取り扱う手法はとらなかった。

C. 研究結果

1. アンケート調査について

アンケート調査については集計時点で 37 都道府県、12 政令指定都市（合計 49 自治体）から回答を得ることができた。

1. 精神科救急医療システムについて

政令指定都市における精神科救急医療システムは、ほとんどの場合、都道府県の精神科救急医療システムと一体化されたシステム運用がなされていた。ただし、横浜市、京都市では、救急医療システムが稼働していない時間帯の精神科緊急医療（措置診察関連）について、独自のシステムを構築していた。以下、回答のあった 37 都道府県を対象として、分析を行うこととする。

調査時点で回答のあった 37 都道府県すべてで精神科救急医療システムの運用が開始されていた。24 時間対応可能と回答したのは山形、滋賀、広島のみであったが、

このうち、滋賀県は緊急医療のみ対応となっていた。また、東京都は、緊急医療のみ24時間対応となっていた。

国庫補助を受けた情報センターを整備していると回答したのは17都道府県であり、国庫補助は受けていないが精神科救急受付窓口がある程度情報センター機能を果たしていると回答したのは11都道府県であった。昨年度までの結果と比較すると、国庫補助を受けた情報センターの整備が徐々に進みつつあるようである。国庫補助を受けた情報センターが未整備の都道府県を対象に情報センター設置の必要性について尋ねたところ、設置予定ないし準備中が6、必要と思うが準備はしていないが9、必要性を感じないが2都道府県（回答なし2）であった。情報センターの設置が困難な理由については、人員確保や財政上の問題、情報センターの設置より精神科救急医療体制の整備が優先、などがあげられていた。また、情報センター設置の必要性を感じない理由としては、既存の救急医療情報センターが概ね代替機能を果たしている、という回答であった。

厚生労働省の要綱にうたわれる24時間対応可能な国庫補助を受けた情報センターが設置されていると回答したのは7都道府県にとどまっており、昨年度の調査時点と同様の整備状況にあった。情報センターないし精神科救急受付窓口が持っている機能については、電話相談31都道府県、情報提供28都道府県、医療機関紹介28都道府県、搬送手段紹介7都道府県、通報処理7都道府県、措置診察の事前調査5都道府県、法34条に関する事務処理2都道府県であり、国庫補助を受けた情報センターの増加もあって、情報センター等の機能が拡充される

方向にあることが伺われる。しかし、情報センター・受付窓口の電話番号の公開に関する質問項目では、回答のあった36都道府県のうち、警察36都道府県（うち専用回線9）、消防34都道府県（うち専用回線6）、精神科医療機関35都道府県（うち内専用回線4）という公開度と比較して、一般人への公開は23都道府県にとどまっており、医療へのアクセスの確保という観点からは、今後さらなる整備が必要と考えられた。

14年度実績については、昨年度までの研究と同様の考え方にに基づき、各自治体の人口万対年間相談件数、診療実績件数、入院件数の数値を算出し、システムの充足度の指標とした。さらに、診療実績中に入院の占める割合（入院率）、入院実績中に措置入院の占める割合（措置入院率）を算出した。ここでは、数字が小さくなるほどいわゆるソフト救急主体の、大きくなればなるほどいわゆるハード救急主体のシステムといえる。

その結果、通常診療時間以外（夜間・休日）の人口万対相談件数は0.27から20.60件、人口万対診療実績件数は0.17から16.12件、人口万対入院件数は0.11から2.93件と大きなばらつきがあった。また、入院率（入院／診療実績）は16.3から98.3%、措置入院率（措置入院／入院）は0から100%とやはり大きくばらついていた。

II. 法34条による移送制度について

回答の得られた37都道府県・12政令指定都市（合計49自治体）のうち、平成16年1月1日現在、法34条による移送制度が運用されている自治体は24都道府県・9政令指定都市（他に、一部ケースについて34条の適用を開始している都道府県が1）に

とどまっていた。

制度未整備の理由としては、制度適応の判断基準が不明確、応急入院指定病院や指定医の確保困難、搬送人員や車両等の配備困難などがあげられていた。

法 34 条による移送制度を運用中（一部対応を含む）の 25 都道府県・9 政令指定都市、ならびに運用開始前ではあるが開始後のシステムがある程度確定している 2 都道府県の合計 36 自治体における移送制度のシステム設計を検討する。

移送制度の手続きについては、80%の自治体が保護者の同意を「必ず書面です」と回答しており、また、指定医診察に際して保護者の「同意の再確認」を求める自治体が 42%、「保護者に診察への立ち会いを求める」自治体が 8%となっており、全体に国の提示した事務処理基準以上に慎重な手続きをむねとする自治体が多いようである。また、移送制度の一般への広報については消極的な自治体がほとんどである。

措置入院との関係についても、事前調査の過程で措置診察不要と判断された事例の 34 条への切り替え、ならびにいわゆる「措置流れ」事例（措置入院のための診察の結果措置要件がないと判明し、34 条の手続きへ移行した事例）に対する 34 条の適用については、通報・申請の経路により若干の相違はあるものの、全体の約 2/3 の自治体は、原則想定していないと回答しており、措置入院手続きから 34 条手続きへの移行についても慎重な姿勢が目立った。なお、「措置流れ」事例への 34 条の適用を想定している自治体の 2/3 が、34 条に関する事前調査（69.2%）や指定医診察（61.5%）を措置診察と一体化して行くと回答していた。また、34 条の診察実施に際して措置要件が出

現した場合の対応についても、2/3 の自治体では何らかの形で措置入院手続きへの移行を想定しているとの回答であった。

平成 14 年度の移送制度による搬送実績は、190 例であり、そのうち 65 例（34.2%）はいわゆる「措置流れ」事例（措置診察の結果、措置不要・要入院と判定された事例）であった。夜間・休日の搬送は 50 例あったが、そのうち 30 例は「措置流れ」事例であった。移送制度による搬送実績のある自治体は 18 都道府県・4 政令指定都市に止まっていた。また、移送制度の運用実績は地域差が極めて大きく、少数の自治体の搬送実績が突出した形になっていた。

搬送事例のうち搬送後の入院形態が判明している分について分析すると、その大部分は家族等の同意による医療保護入院で占められていた。全体として、市町村長以外の保護者の同意による事例と扶養義務者の同意による事例とはほぼ同数であったが、扶養義務者同意は「措置流れ」事例により多くみられた。夜間・休日の搬送事例では、扶養義務者同意や市町村長同意、応急入院の占める割合がより高くなっており、その多くが、「措置流れ」事例で占められていた。

「措置流れ」事例のほとんどは、24 条通報であったが、一部 25 条、26 条通報による事例もみられた。また、指定医診察の実施場所に関しては、回答の得られた範囲で見ると、「措置流れ」事例以外の事例では、被移送者の居宅で行われた事例が大部分であったが、「措置流れ」事例の場合は、そのほとんどが警察署となっていた。また、一部ではあるが、拘置所や刑務所で診察が実施された事例もみられた。

Ⅲ. 奈良県における聞き取り調査

1) 精神科救急医療に関する聞き取り調査

①奈良県における精神科救急医療システムの概要（主管課における聞き取りから）

奈良県は人口 144 万を有し、精神病院数 10、精神病床数 2979 である。

精神科救急や 34 条の体制整備の遅れなどについて、数年前に県内の一部マスコミや団体から行政の怠慢との批判を受けた経緯がある。

精神科救急システムは平成 12 年から開始。県内 1 ブロック制で現在は平日・土曜全夜間及び休日全日稼働。平成 13 年から国庫補助を受けた救急情報センターを県立大学病院精神科に置き、医師が相談から受診指示や病院との連絡調整等を行う。受け入れは民間病院 8 病院が輪番で 1 床確保。後方転送システムなし。

②精神科救急情報センターの運用について（奈良県立医大における聞き取りから）

精神科救急情報センターは、平成 13 年 7 月県立医大精神科に設置された。現在は平日全夜間と土・休日全日稼働している。当直医を 2 人体制とし、うち 1 人は講座助手（指定医）が務め、情報センター専従となる。センターの電話番号は県民に広報してある。その日の当番病院は県民に周知されていないが、119 番経由などで知り直接当番病院に相談し受診するケースもある。情報センターには、一晩当たり 2 から 3 件の電話がある。相手は患者本人、家族、救急隊、警察等からの電話が主である。全体の半数弱は相談のみのケース。翌日以降の受診や保健所への相談を勧めることもある。半数強に対し受診紹介を行う。情報センターで外来のみと考えられたケースでも当番病院は応需する取り決めになっている。ひ

と晩に数例重なり当番病院の確保ベッドが一杯になったときは当番以外の病院にお願いするが、この調整が最も困難である。しかし、これまでのところは何とかうまくいっている。医大自身は受け入れ病院にはなっていないため、原則的には時間外の初診は受けないが、合併症事例については一般病院の当直医と直接相談し、受け入れることもある。

大学としては今後一層の行政医療への協力が求められており、平成 18 年度に救急病棟 30 床を新設する準備をしている。現在の輪番制のシステムとどうリンクさせるか検討中である。なお県内の措置診察の 3 分の 1 は医大医師が担っている。

2) 法 34 条移送制度の運用に関する聞き取り調査

①奈良県における運用の概要（主管課における聞き取りから）

34 条は平成 13 年 5 月より運用開始し、平成 16 年 2 月末までに 100 件近い移送実績がある。相談窓口は県内 6 ヶ所の保健所（5 ヶ所は県保健所、1 ヶ所は中核市である奈良市の保健所）。相談を受けた保健所は地域精神保健活動を行い、その結果必要と判断されれば、家族から知事あての移送依頼書を徴取した上で、県健康増進課が事前調査にはいるという形式である。家族がいない場合、市町村長名で依頼書をとる場合もある。

訪問診察を行う指定医は特定の県職員医師が専ら担っている。診察は原則本人の居宅で行う。診察に入ろうとしたら、火をつける行動がみられたため措置診察に切り替えた事例があった。診察により移送非該当の判断が出たケースはきわめてわずかであ

るが、診察時に症状の確認が難しい事例がある。当日は今後の社会復帰支援を考慮して保健所担当職員は前面に出ず、県庁職員が中心となって対応することになっているが人数確保には苦勞している。警察は、先ず衛生部局だけで行ってみて必要あれば要請してくれという対応である。移送に当たりこれまで約2割のケースに筋肉注射による鎮静処置を行った。搬送車は保健所の庁用車(バン)を使用。身体拘束は使用せずに、被搬送者を後部座席に座らせ、その両脇に職員が座るが、一度窓ガラスを蹴破られたことがある。

応急入院指定病院は4ヶ所。国立1、民間3で搬送時間は2時間を越えない。地理的なことから県外(三重県)の病院に搬送1件あり。入院妥当性等についてこれまで病院からの異議は出ていない。市町村長同意による移送実績は数例あるが、いずれも生保受給者で福祉事務所ワーカーの説得で入室できたケースである。きわめて少数ではあるが34条を2回繰り返した事例がある。措置流れは措置診察のシステム(病院で第二措置診察を行う)の関係で必要がない。

なお、聞き取りの中で、34条移送を医療結びつけの選択肢の最初に置く(救急的受診援助)のか、最後に置く(代替手段採用困難性の重視)のか位置づけが不明確である。医療行為としての往診をもっと評価し推進しても良いのではないかという意見が出された。

②保健所での対応の実際について(葛城保健所における聞き取りから)

奈良県には、中核市奈良市の他に5保健所があり、葛城保健所は大和高田市、御所市、香芝市、新庄町、當麻町、上牧町、王

寺町、広陵町、河合町の3市6町を管轄している。管内人口は約31万人。管内には、精神科病院が2カ所、精神科を標榜している診療所が4カ所ある。大阪府内の医療機関に通院している人も少なくない。社会復帰施設としては小規模通所授産施設が3カ所、生活支援センター1カ所、その他家族会がある。保健所で精神保健福祉を担当する職員は保健師2名、精神保健福祉士1名。移送制度その他必要時には他職種も含めて応援を得る体制となっている。最近の管内の状況として、数年間で24条通報による入院が増加している(平成10年2件、平成14年25件)。

34条関係については、制度開始から現在までに25件の入院を扱った。その多くは、治療歴のある人であったが、中断ケースとは限らず、大阪府の診療所や総合病院に通院中の事例もあった。これまで精神疾患での治療歴のない人の場合には特に慎重を期している。

相談を受け、保健所が必要と判断した時点で依頼者に34条の依頼書を書いてもらう。日常的に事例に対する訪問活動が行われている場合には、保健師や精神保健相談員等が訪問し、緊急性の高い場合には、医療機関からの往診を要請することもある。また、状況が許せば、家族を精神保健相談員の運転する車に乗せて病院まで同行することもあり得る。それ以外の場合で、34条の適用が必要と判断された場合には、県の担当課に連絡する。事前に精神保健相談の嘱託医と連絡がとれるときは意見を聞くことがある。所長には事例の処遇や対応結果の報告を行っている。県では必要な調査を行い、適用が決定すれば指定医の手配等を行う。診察の場面には、立ち会うが前面に

出ることは避けている。警察官の臨場要請は、通常はしていない。例えば、対象者が高層住宅に住んでいたとか、告知時点で暴力的になったとかの事例など、必要時に要請した。

これまで判断に迷った事例は、いずれも措置要件までではないものの、入院が必要ではないかと近所からも連絡があったが、家族の同意を得ることに困難であったものである。このような事例がふえてくると保健所としては困惑させられる。こうした事例の経験を含め、これまでの経験から感じることは以下の通り。保護者制度や入院制度のあり方を見直す必要があるのではないか。また、対象となる精神障害者が曖昧なので検討が必要ではないか。救急システムとうまく連動させることも課題である。また、立ち入り権も必要かもしれない。

保健所は34条では、入院に関わり、また退院後は社会復帰の支援に関わるという複雑な役割を担うことになるが、退院後のフォローアップが十分なされてなく、再度事例として挙げてきた事例(1例)もある。多くの場合、移送制度を使って入院してよかったと評価される経過をたどっていると思う。

③受け入れの応急入院指定病院の立場から
(財団法人信貴山病院ハートランドしぎさんにおける聞き取りから)

奈良県北西部に位置し、700床を有する精神科病院。

34条制定以前に県内で最も早く応急入院指定を受けた病院である。運用開始の平成13年5月から平成16年2月の期間に29名の34条移送患者受け入れをしている。その内容では、男女比に差はなく、年齢では

20代以下が少なく、30代、40代が多い。診断では統合失調症が約7割を占める。その他人格障害の診断がついたものもある。アルコール、薬物依存は当院に専門病棟がないため原則的には受け入れていない。7割以上が3ヶ月以内で退院している。運用開始のころは適応にやや疑問のある事例もあったが、最近是指定医の判断が適正になされ、妥当なケースが入院している印象がある。また、当初は移送予定患者についての情報提供に関し行政側がきわめて慎重であったため、病院側のベッド確保等の準備に支障が生じることがあったが、現在は改善されてきている。34条で入院した患者とそれ以外の医療保護入院患者が特に質的に異なるとは思わないが、家族の力が弱いような印象はある。遠隔な県南部から移送された患者から、地域性のことで不満が聞かれたことがあった。

聞き取りの中で、奈良県で34条が活発に運用されている要因としては、指定医の訪問診察に熱意のある医師がいること、県内の精神科病院の半数近くが応急入院指定病院になっていることが挙げられるのではないかという意見があった。また、応急入院制度について、新設当時は昏迷状態等を念頭においたものと理解していたが、34条制定前後で医療保護入院と病状的には何ら変わらないが保護者に連絡がつかないもの、という風に解釈がいつの間にか変わったことが釈然としないという意見があった。

D. 考察

I. 精神科救急医療システムについて

精神科救急医療事業は平成7年に国が予算化し、都道府県を単位として平成14年を目途として全国的に整備を進めてきたもの

である。また、東京都や大阪府など大都市をかかえる一部都府県においては国による事業化に先立って独自の精神科救急医療システムが運用されてきた経緯がある。精神科救急医療システムの運用方法は、各自治体における精神科救急医療システム整備の経緯やその地域における精神科医療資源の配置などを反映して、自治体ごとにより異なったものとなっている。例えば、滋賀県のように、緊急措置診察のみを対象とする精神科救急医療システムを構築している自治体もあれば、東京都のように措置通報に関連した診察とそれ以外の診察をそれぞれ緊急（三次救急）、救急（一次、二次救急）とに区別し、それぞれ運用時間や対応医療機関が異なっている自治体もある。

精神科救急医療システムの実績の把握方法も自治体により異なっているようであり、相談、診療実績、入院数などの定義が自治体によって若干異なっている可能性を否定することはできない。そのため、アンケート用紙の質問項目の一部についてはデータの集計を行っていない自治体みられた。さらに、継続的に受診している患者に対して一般の精神科医療機関が積極的に精神科救急医療を提供しているような地域では、自治体の精神科救急医療システムのニーズは下がり、よりハードな事例に限定されることとなろう。今回の研究は、都道府県の精神保健福祉担当課を対象とした回顧的方法によるアンケート調査によって行われており、こうした側面をすべて考慮して検討することは事実上不可能であり、こうした方法論的な限界のゆえに、その結果の解釈には慎重でなければならない。

しかし、本研究の結果、精神科救急医療システムのあり方と運用実績、あるいは精

神科救急情報センター（ないしは精神科救急受付窓口）のあり方と運用実績との関係には一定の傾向が指摘できることも事実であり、少なくとも現状における行政的精神科救急医療システムの実態を反映していることは確実であろう。

以下、いくつかの点について、主に精神科医療へのアクセスという観点から簡単に考察することとする。

1) 精神科救急医療システムの運用実績

精神科救急医療のニーズがどの程度あるかについての全国規模の調査は未だ行われていない。どのような事例を精神科救急事例と考えるかについても統一された見解はない。地域の一般精神科医療の供給状況によっても精神科救急医療のニーズは大きく影響されよう。また、精神科救急医療システムの整備状況は地域によって大きく異なっており、精神科救急医療システムのあり方によっても運用実績は大きく影響されると思われる。特に、運用時間、精神科救急医療システムの周知・広報の方法、情報センターの有無と情報センターにおけるトリアージのあり方などの要因によって精神科救急医療システムへのアクセスの難易が異なり、それに応じて運用実績は大きく異なったものとなる。また、救急医療一般にいえることであろうが、システムの整備が進みアクセスが容易になることが逆にニーズを生み出すことも当然であろう。しかし、一般に精神障害の有病率や発症率が地域によって大きく異なることはあまりないと考えられる。また、仙波らによれば、非自発的入院が必要とされる精神科救急事例の通常診療時間外発生件数は、地域の精神科医療の状況や精神科救急医療システムのあり方

の相違にもかかわらず、ほぼ一定の数値を示すとされる(仙波恒雄他：平成4年度厚生科学研究精神科救急医療システムに関する研究報告書)。彼らの推計によれば、通常診療時間外の精神科救急事例の人口万対年間発生件数は、外来受診のみで対応可能な一次救急事例は4.8件、自発的入院が必要な二次救急事例は1.0件、非自発的入院が必要な三次救急は0.8件とされる。

行政救急がこれまで通常診療時間外に発生する入院が必要な事例への対応を中心に構築されてきた経緯や非自発的入院を必要とする事例の発生件数は地域や精神科救急医療システムのあり方にかかわらず一定であるということを考えれば、各都道府県の人口万対入院件数は、その都道府県の精神科救急システムが精神科救急医療のニーズを満たしているか否かの指標としてみることができよう。仙波らの研究が行われたのは1990年であり、その後の精神科救急医療システム整備の進捗とそれに伴う精神科救急医療のニーズの増加を考慮すれば、現在の通常診療時間外精神科救急医療のニーズは仙波らの推計を大きく下回ることはないものと考えられる。

これらの前提に立って本調査の結果をみると、通常診療時間外(夜間・休日)に精神科救急医療システムが運用されており、なおかつ、その人口万対入院件数が0.8以上の都道府県では、非自発的入院に関するニーズがほぼ満たされていると推測される。また、通常診療時間外の人口万対入院件数が1.5件以上で、その診療実績が5.0件以上の岩手、長野、和歌山の各県は、入院を要しない初期救急事例についてもある程度ニーズを満たしていると推測することができる。これらの県の診療実績中に入院の占

める比率(入院率)、診療実績や入院数中に措置入院の占める比率(措置入院率)が比較的小さいことも、これらの県の精神科救急医療システムがいわゆる「柔らかい」精神科救急にも対応していることを示唆するものである。平田らによれば、人口に対する相談件数や診療実績と入院率との間には強い負の相関があることが示されている(平田豊明他：「わが国における精神科救急医療事業の現状—自治体および医療機関に対するアンケート調査の結果から—」精神科救急4：83-91, 2001)。

2) 運用時間

厚生労働省の要綱に記載される24時間対応可能な精神科救急医療システムを有しているのは回答の得られた37都道府県中3県にすぎない。ちなみに、初期救急事例についてもある程度のニーズを満たしていると推測される岩手、長野、和歌山各県の精神科救急医療システムの運用時間は、いずれも平日夜間と土曜・休日全日という一般の精神科医療機関による対応が困難な時間のみとなっている。

欧米諸国の多くでは救急以外の一般医療は原則予約制であり、精神科専門医療へのアクセスも一般家庭医からの紹介によってはじめて可能となる。こうした医療へのアクセスの容易でない国では、精神科に限らず救急は一般の患者がフリーアクセスを許される唯一の医療機関である。これに対してわが国では、医療へのフリーアクセスが保障されており、通常診療時間帯においては精神科専門医療へもほぼフリーアクセスが保障されているといえる。こうしたわが国の特性を考えれば、精神科救急医療システムの24時間化の必要性・緊急性は欧米諸

国と比較すれば少ないといえるのではなかろうか。むしろ本調査の結果からは、医療へのフリーアクセスが保障され、また主治医ともすぐ連絡がとれるような通常診療時間帯はともかく、こうしたアクセスの保障されていない通常診療時間帯以外の時間に、自発的受診意思を持つ精神障害者がいつでも精神保健専門家に相談することができ、必要に応じて診療が受けられるようなシステム（いわゆる「柔らかい救急」システム）を整備・拡充するような方向で精神科救急医療システムを整備していくことの方が重要といえよう。

3) 精神科救急情報センターの機能と設置形態

日本精神科救急学会医療政策委員会の提言では、精神科救急情報センター（電話相談窓口）のもつべき機能としては、①判定機能：精神科的緊急性を判定し、トリアージできる。②振り分け機能：前記の判定に基づいて、最適の受診先や搬送手段を指示できる。③危機介入機能：目前の危機的状況を応急的に緩和する手だてが講じられる。④情報提供機能：精神科関連の社会資源に通曉し、的確な情報を提供できる。⑤法施行機能：29条（今後は34条も含まれるか？）関連の法施行事務を遂行できる。の5項目をあげている。

また、平成12年3月31日付けで改正された厚生労働省による「精神科救急医療システム整備事業実施要綱」によれば、精神科救急情報センターとは、「精神障害者又は保護者等からの相談窓口や精神保健福祉法に基づく移送を適正かつ円滑に実施するための精神保健指定医、応急入院指定病院等との連絡調整機能等を果たす機関」とさ

れている。

今回の調査では、国庫補助を受けた情報センターが設置されていると回答した都道府県は17都道府県であり、昨年度の本研究では14都道府県にとどまっていたことと比較すると、精神科救急情報センターの整備は明らかに進展していると考えられよう。

しかしながら、厚生労働省の要綱にうたわれる24時間対応な情報センターが設置されていると回答したのは7都道府県にとどまっており、国庫補助を受けた情報センターが設置されていると回答した17都道府県の中でも、24時間対応可能と回答したのは6都道府県にとどまっていた。

情報センターないしは精神科救急受付窓口の有する機能をみると、①電話相談（電話で可能な簡単な相談・危機介入を行う）31都道府県（83.8%）、②情報提供（空床状況や受診可能医療機関について情報提供）28都道府県（75.7%）、③医療機関紹介（入院先や受診医療機関を手配）28都道府県（75.7%）、④搬送手段紹介（医療機関までの搬送手段を手配）7都道府県（18.9%）、⑤通報処理（24条通報等の処理）7都道府県（18.9%）、⑥事前調査（措置診察のための事前調査）5都道府県（13.5%）、⑦医療保護入院等のための移送に関する事務処理2都道府県（10.8%）となっていた。

これらの情報センター機能のうち、医療へのアクセスという観点から一般の自発的受診意思をもつ精神障害者にとって有用と思われるのは、①電話相談、②情報提供、③医療機関紹介と考えられる。回答の得られた37都道府県の3/4以上の都道府県の情報センターないし精神科救急窓口がこうした機能を有していることは評価できる。昨年度までの本研究の結果と比較しても、

これら3つの機能を備えた情報センターないし精神科救急窓口を有する都道府県が増加している。こうした自発的受診意思をもつ精神障害者にとって必要な機能をもった情報センターの整備が進んでいる背景には、平成14年4月1日より厚生労働省により開始された「精神科救急情報センターにおける24時間精神医療相談事業」の好影響があるものと推測される。

一般人へ情報センターの電話番号を公開していると回答した都道府県は62.2%（23都道府県）にとどまっており、警察（97.3%）・消防（91.9%）・精神科医療機関（94.6%）への公開が90%以上の都道府県でなされていることと対照的である。国庫補助を受けている情報センターをもつと回答した都道府県では、電話番号を公開していると回答した都道府県の割合がより高くなるものの、警察（100%）・消防（94.1%）・精神科医療機関（94.1%）と比較すると、一般人（70.6%）への公開は明らかに低いレベルにとどまっていた。地域で暮らす一般の自発的受診意思をもつ精神障害者の医療へのアクセスを確保するための施策という観点からは、情報センターの電話番号等が一般に対して公開されていることは必須の条件といえるが、現状では未だに警察・消防への対応がより優先されているような印象を受ける。

情報センター未整備の都道府県についてその理由を尋ねたところ、必要を感じないという回答が2箇所からあった。その理由としては、救急担当病院が実質的に相談機能もカバーしているからというものであった。救急担当病院が輪番制でなく固定制で、しかも同一病院が圏域内の初期救急から緊急措置入院まで対応するシステム（例えば

岩手県など）の場合、トリアージに関しては実質その病院が診療に応ずるか否にかかっており、その判断の主体である病院自体にそれぞれ救急受付窓口を置く方が合理的な側面があることは理解できる。しかし一方で、トリアージが病院固有の事情に左右されやすく、それに対するチェック機能が働きにくい懸念があること、情報センターに求められる他の重要な役割である危機介入的相談やさらに連絡調整機能までカバーすることの救急基幹病院の負担等を考えれば、やはり情報センターを別組織として設けることは必要であろう。やむを得ずトリアージを救急基幹病院に任せる場合は、少なくとも判断や対応が偏っていないか、圏域間の較差が大きくなっていないかなどをチェックするシステムが必要となろう。輪番制など上記以外のシステムを採用している場合、責任を持って均質に相談やトリアージを行える情報センター整備はさらに必須であることはいうまでもない。

4) 奈良県への聞き取り調査

奈良県のシステムは、全国でも唯一、大学病院精神科が救急情報センター機能を担っているのが特徴的である。医師が相談者に直接電話対応するため、医療的判断が迅速になされる強みがある。当番病院等との連絡調整については相手病院の当直医との医師同士の話し合いとなるが、円滑な運営の背景には、奈良県という県の規模からも、普段からある程度お互い顔の見える関係であること、大学病院と民間医療機関の信頼関係が根底にあることが挙げられよう。一方、医師のみであたることのマイナス面として、医療的判断が優先され過ぎ、地域援助や福祉的な視野を必要とする助言のあり

方に懸念があるが、聞き取り調査では、その辺にも配慮してあたっていているとのことであった。

今後救急病棟開設が予定され、自治体立病院でもあることから、県民の負託に応えるべく行政医療への一層積極的な取り組みを進めてゆくということであった。大学病院は人材が豊富で、多くは救命救急も備えた総合病院として身体合併症のある患者にも対応できる強みがあり、救急基幹病院として適しているといえるが、大学病院で県の精神科救急システムの基幹病院としての役割を担っているのは、昨年度に当研究班で聞き取り調査を行った岩手医科大学はじめ北里大学、横浜市立大学など全国でもきわめて少数である。新たな卒後研修制度において精神科が必修とされたなかで、精神科救急は重要なメニューの1つとなるが、大学病院で体験できることの意義は今後ますます大きくなるであろう。精神科救急の分野での奈良県立医大の今後に大いに注目したい。

5) 行政における精神科救急医療の今後の整備の動向

現在の精神科救急医療システムの先駆けとされるのは1978年に開始された東京都における休日・夜間精神科救急医療である。東京都のシステムが、それまでの精神衛生鑑定制度を拡充させる方向で整備されたことに象徴されるように、行政による精神科救急医療システムは、これまで通常診療時間外に発生する非自発的な入院が必要な事例、特に精神保健福祉法第24条の規定による警察官通報がなされた事例に対する対応を主眼として構築されてきた経緯がある。

こうした経緯を反映して、これまでの精

神科救急医療システムに関する議論は、警察や救急などの関与した緊急性を要する事例に限られた医療資源の中で、いかに迅速に入院させるかという課題が中心をなしてきたといえよう。こうした流れの中では、精神科救急情報センターの機能に関しても、入院、特に非自発的な入院が必要な事例を効率的かつ確実に選び出すための機能、つまりトリアージ機能の重要性が強調されてきた。つまり、これまでの精神科救急医療システムは、いわゆる「堅い」精神科救急を主眼としたシステム設計がなされており、地域に暮らす自発的な受診意思をもつ患者のニーズ（「柔らかい」精神科救急）はいわば等閑視されてきたともいえよう。

行政による精神科救急医療システムが、社会保障審議会の報告にいわれるような精神障害者の地域生活支援のための施策であるとするならば、そこで整備されるべき精神科救急医療システムや精神科救急情報センターの対象とすべき事例とは、地域で生活する精神障害者が、夜間や休日など普段通院している医療機関が休診で、主治医等に相談することができない時に、急に不安になったり、幻覚などが気になって心配になったりしたときの対応こそが主眼とされるべきではなかろうか。こうしたニーズに対応するためには、精神科救急情報センターとは、そこに電話をかければ、どのように対処すればよいか相談にのってくれる人がいる場所であり、精神科救急医療機関とは、そこにいけば、(順番待ち等はあるにせよ)医師の診察が受けられる場所と考えられよう。つまり、行政に求められる役割は、身体医療における一次救急のような場所を保障することである。そして、そのような精神科一次救急医療機関が適切な(非自発

入院にも対処可能な) 後方支援病院と密接な連携をとることができるようなシステムが構築されれば、より重症な事例にも対処可能となるはずである。

いずれにしても、地域で生活する精神障害者の支援のためには、今後の精神科救急医療システムの整備は、「柔らかい」精神科救急を指向したものである必要があり、そこでの精神科救急情報センターの役割は、トリアージよりは、相談・受診援助におかれる必要がある。そして、わが国の医療制度の一大特徴である医療へのフリーアクセスの保障を考えれば、精神科救急医療システム整備の当面の課題は、24時間対応可能なシステムの構築よりは、一般の精神科医療機関による対応が困難と考えられる平日夜間や土曜・休日という時間帯に、自発的な受診意思をもつ精神障害者に対して、適切な相談・援助や受診の機会を保障することであり、「柔らかい」精神科救急医療システムを整備することである。

II. 医療保護入院等のための移送制度について

1) アンケート調査の結果から

医療保護入院のための移送制度は、平成11年の精神保健福祉法改正により新設された制度である。医療保護入院等のための移送制度の要件である「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こと」とは「入院以外の方法では本人の医療及び保護を図ることが困難」(代替手段採用の困難性)であり、しかもその入院は「直ちに」(緊急性)に行われる必要があるということの意味している。したがって、各自治体が移送制度の運用システムを立ち上げる過程においては、代替

手段採用の困難性と緊急性という本来的に両立することの困難な要件のバランスをどのようにとっていくかは重要な課題であり、また、移送制度が真に精神障害者の医療へのアクセスを確保するための制度として運用されるか否かの分岐点ともなるといえよう。

以下、代替手段採用の困難性と緊急性という2つの要件のバランスに留意しつつ、現状における医療保護入院等のための移送制度の整備状況、運用実績について考察することとする。

昨年度までの調査に引き続き今年度も各自治体の整備状況、運用実績等を調査した。残念ながら昨年度までの調査と比較して今年度の調査の回収率が低く単純な比較は困難ではあるが、制度整備がなされている自治体数にはあまり変化はないようである。また、運用開始予定と回答した自治体の中には、昨年度の回答より運用開始予定時期が遅くなっている自治体もみられた。運用の中で搬送まで行った実績のある自治体数にも大きな変化はみられなかった。

各自治体の法34条による移送制度の手続きをみると、保護者からの同意のとり方などに象徴されるように全体に事務処理基準以上に慎重な手続きを旨とするシステム設計がなされており、その意味では、緊急性よりは、代替手段採用の困難性を主とした制度設計がなされているといえる。

法34条による移送と措置診察との関係については、「措置流れ」事例への34条の適用には慎重な姿勢を示す自治体が多かった。その一方で、「措置流れ」事例への34条の適用を行っている自治体の中には、検察官通報や矯正施設の長の通報に関しても、34条の適用を行っている自治体もあり、指

定医診察の実施場所が拘置所や刑務所という搬送事例もみられた。

聞き取り調査の結果からもわかるように、措置入院決定のために必要とされる2人の指定医の診察のうちの少なくとも1人の診察が、医療保護入院等に対応可能な病院で行われる場合には、措置入院は不要であるが医療保護入院等は必要という事例は、当該病院に医療保護入院等をさせればよいことになり、法34条を適用して搬送を行う必要性は全く生じない。つまり、「措置流れ」事例への34条の適用が必要か否かは、その自治体の措置診察のシステムによって異なっているのである。

「措置流れ」事例の法34条への切り替えは勿論法解釈上も許されており、手続きの上で関係者の負担軽減の工夫をするなどして、その流れを促進する方向でのシステム整備は、ある程度自治体独自の判断で可能であろう。そこには、措置入院を拡大適用することなしに、より制限の少ない形態での入院医療に法的根拠を持っていち早く結びつけることができるという利点がある。その一方、事前調査ひとつとっても、通報・申請に基づく措置診察のそれと34条のそれとは趣旨も方法も違うはずであり、地域精神保健活動を尽くした上での最終手段という34条の趣旨との整合性についても検討が必要と思われる。一般に緊急性が高い事例が多いと考えられる警察官通報による措置診察事例、特に夜間・休日の事例はともかくとして、緊急性の高い事例があまりないと思われる検察官通報や矯正施設の長による措置診察事例についてまでも、法34条による移送制度を適用することにはより慎重な検討が必要であろう。

2) 奈良県への聞き取り調査

保健所を相談窓口とし、地域精神保健活動の結果、34条によることが必要と考えられた段階で依頼者から県知事あての移送依頼書を徴する。ここからは34条の手続きにはいり、県主管課が中心となり事前調査、訪問診察、移送という段取りになる。訪問診察実施の決定時には保護者より移送同意書を徴している。国の事務処理基準では、申請行為による制度とはされていないため、34条開始の起点とその根拠について各自治体は苦勞しているが、当県では、先ず依頼書という形で起点を明確にし、さらに最終的には保護者から同意書をとることで後の検証にも耐えられる工夫がなされており、手続きの上から大いに参考となろう。

県の実施要綱上は、救急的移送も想定して救急情報センターも相談窓口として挙げられてはいるが、そちらの実績はなく、実際は地域保健活動に基づくきわめてオーソドックスな運用を行っているといえる。県や保健所からは、救急的な事例への当制度の運用の考え方が難しく、苦慮しているという声がかかれた。葛城保健所では、急ぐ場合には一部医療機関の往診で対応してもらっているということであった。

措置診察の実施体制の関係で、措置流れに対して34条を適用する必要がなく、殆どが純粋な34条事例であることを考えると、奈良県の年平均30件という実績は全国でも群を抜いている。人口比にすればその傾向はよりはっきりするであろう。適用の対象者については、平成11年度厚生科学研究「精神障害者の受診促進に関する研究」(分担研究者：益子茂)における指定医診察の対象の基準を参考にしており、事例についても聞き取った範囲では、決して制度

濫用ということにはなかった。体制を整備し積極的に活用すれば、全国的にもこの程度の需要はあるのではないか。

運用の問題点としては、事前調査に至るまでの主治医や保健所嘱託医等医師の関与が、平成13年度の当研究班が聞き取りを行った京都市に比べ、やや薄いようであった。訪問診察が特定の指定医によって専ら行われていることも、制度の安定的運用という観点からは検討の必要があると考えられる。34条を再利用した事例が若干名であるが存在していることは全体の母数が大きいこともあろうが、退院後の支援にやや課題があることを示していると考えられる。保健所は、限られた人員のなかで、増加する24条通報による措置診察の対応などもあり、34条入院者の入院後及び社会復帰後のフォローをきめ細かく行えないジレンマがあるようであった。

E. 結語

全国の都道府県、政令指定都市の精神保健福祉主管部局を対象に精神科救急情報センターと医療保護入院等のための移送制度に関するアンケート調査を行った。

精神科救急情報センターに関しては、依然として情報センターの整備状況、特に対応時間や情報センターの提供する機能が十分でないことが明らかであり、今後さらなる整備が必要と考えられた。また、情報センター設置のニーズを感じていない自治体もあり、そうした地域における精神科救急

医療の状況について、今後さらなる調査が必要と考えられた。

医療保護入院等のための移送制度に関しては、運用実績における地域差の大きさが引き続き目立った。また、いわゆる「措置流れ」事例の取り扱いについては各自治体の慎重姿勢が目立った。この問題は移送制度に要求されている迅速性と代替手段採用困難性という二律背反した要請との関係で今後さらなる検討が必要と思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 特記することなし

謝辞

稿を終えるにあたり、ご多忙の折、大部で煩雑なアンケート調査にご協力下さいました都道府県・政令指定都市精神保健福祉主管課の職員の皆様に厚く御礼申し上げます。また、聞き取り調査に快くご協力を賜りました、奈良県の行政担当者の皆様、医療関係者の皆様に深く感謝いたします。