

精神保健福祉法第34条による移送制度の現状と課題

いとう ひでゆき
伊 東 秀 幸

〈要 旨〉

都市部を中心に民間患者搬送業者が家族等からの依頼を受けて、精神障害者の入院に伴う搬送業務を請け負うという事例が問題化されたことから、1999（平成11）年の精神保健福祉法改正によって移送制度が創設された。法第34条による移送制度は、受診を拒否する精神障害者の移送を都道府県知事の責任において実施されるものである。ところが創設当時から、地域間の格差が大きいことなどさまざまな問題が指摘されていた。

創設から10年経過したが、当時の問題が未だに解消されておらず、現在でも民間患者搬送業者による患者搬送が実施されている現実がある。今後、受診について非自発的な患者の医療アクセスを保障する手段として、移送制度を適正に実施されなければならないと考える。

〈キーワード〉

34条移送 民間患者搬送業者 医療へのアクセス 地域格差

I はじめに

筆者は、保健所の精神保健福祉相談員として現場で実践をしていたが、1990年代、警備会社等を利用して精神科病院に入院する事例に出会うようになった。その中で、印象に残っている事例は、つぎのようなものである。（事例は、秘密保持のため加工している）

A君のひきこもりについて、両親が保健所に相談に訪れた。20歳代のA君は、高校生の時に不登校となり、そのままひきこもり生活が続き8年となった。ときどき家族に暴力をふるい金銭を要求してくる。両親が保健所に相談に訪れてからしばらくして、筆者が訪問するようになり、その後A君は筆者と一緒に精神科クリニックを受診することになった。診断は統合失調症であったが、暴力は金銭を要求するための手段と解釈された。A君は、しぶしぶ通院することを約束して帰宅した。

しかし、暴力を問題視していたA君の両親は他の精神科病院に相談に行き、そこで紹介された民間患者搬送業者を利用してA君を精神科病院に入院させた。この事例は、両

親の気持ちをうまく受容できなかったことが失敗だったかもしれないが、両親が民間患者搬送業者を利用することを当時の筆者は予想もできなかったことも事実である。

一方、そのような家族だけを責められない側面もあった。当時、精神科病院のあるベテラン精神保健福祉士に、「最近の保健所ワーカーは、訪問もしないで簡単に民間患者搬送業者を家族に教えている」と批判されたことがある。また、筆者自身、これまでその存在を家族に伝えなかったかという嘘になる。入院ための一つの手段として相談に来所した家族に伝えたことは何度かあった。

そのような中、1999（平成 11）年の精神保健福祉法改正で移送制度が創設された。都道府県知事の責任において実施される移送によって、医療にアクセスできることを期待された部分もあった。制度創設から 10 年、状況はいかに変わったのか。既存資料と先行研究を基に現状と課題を考察したい。

II 移送制度の概要

1 移送制度成立の背景

1997（平成 9）年 7 月、第 1 回精神科救急学会が相模原市で開催されるその日の朝日新聞朝刊に、警備会社等が家族の依頼により精神科病院への入院に伴う搬送業務を実施している事例が、都市部を中心に多くみられるようになったという記事が掲載された。

かつて、精神科病院では入院のための往診が日常的に行われていたが、患者の人権を侵害する行為として「患者狩り」と揶揄されるようになっていった。そのような状況の中で往診は途絶えていき、病識のない精神障害者をかかえた家族が精神科病院に相談に行くと、本人が来院すれば診察するといった言葉を聞くことが多くなった。家族に本人を受診させる力があればよいが、高齢化・孤立化した家族には受診させることが難しく、そのため警備会社や民間患者搬送業者に入院援助を依頼する事例が出てきたのである。

また、1997（平成 9）年から、厚生科学研究「精神障害者の受診の促進に関する研究」として、自傷他害の恐れはないが、早急に受診して治療する必要があるにもかかわらず、精神障害のためにその必要性が理解できない事例の医療へのアクセスのあり方の調査研究がスタートした。その調査においても首都圏を中心に警備会社等の利用実態が明らかになった。¹⁾ そのような背景から、1999（平成 11）年の「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）」の 5 年ごとに行われる定期改正の際に、移送制度が創設された。²⁾

2 移送制度の全体像

移送制度には、前節で記述したように精神科病院に受診させることができない事例に

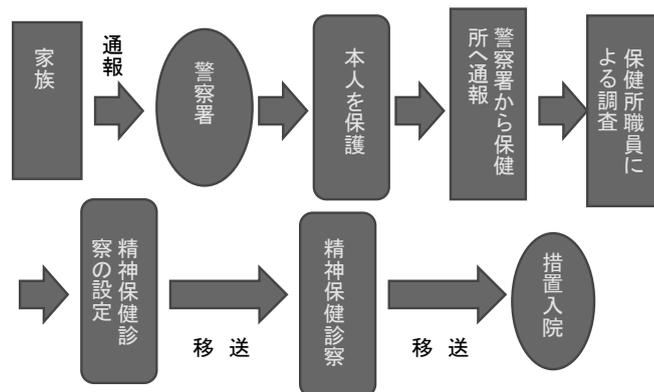
対する医療へのアクセスを保障する意味での移送と、精神保健福祉法の通報等による精神保健診察に関連した移送の2つの機能がある。前段の機能は、本稿の本題である精神保健福祉法第34条による移送制度であり、次節で説明していきたい。本節では、後段の機能について説明する。

精神保健福祉法には、自傷他害の恐れがある精神障害者を知事の命令により入院させる措置入院が規定されているが、その措置入院の可否を判定するのが精神保健診察である。精神保健診察を実施するための契機となるのが、精神保健福祉法第24条の通報等であり、それに関連して移送が必要となるわけである。ここでは、第24条通報を例にして説明を進めたい。³⁾

精神障害の疑いのあるBさんが興奮状態になり家族に対して暴力をふるっているため、家族が110番通報した。警察官が、Bさん宅に到着した時、Bさんは意味不明のことを訴え警察官の制止も振り切り家族への暴力を続けた。警察官は、Bさんに精神障害の疑いがあり、このまま放置しておくことはできないと判断して保護し、警察署に連れて戻った。精神保健福祉法第24条の規定により警察官は、最寄りの保健所に精神障害の疑いのある人を保護した旨通報した。

通報を受けた保健所職員（精神保健福祉相談員等）は警察署に出向き、Bさんの様子を調査し、精神保健診察の必要性を判断する。精神保健診察の必要性があると判断したため、精神保健指定医2名に診察を依頼して精神保健診察を設定した。警察署に保護されているBさんを精神保健診察が実施される場所（精神科病院等）まで『移送』する。その後、精神保健診察によって措置入院と判断され、精神保健診察をした場所から入院先まで『移送』される。

図1 措置入院の流れと移送



伊東作成

移送制度の創設は、これまでも実施されていた措置入院に伴う移送を法文上明確化し、移送に際しての対象者への告知を義務化したことや、必要最小限の行動制限についての手続きを明確にしたことによって、精神障害者の人権に配慮しているところが重要な点である。

それは反面、移送制度が創設される以前、すなわち 1999 年以前には、措置入院に伴う移送は、法律根拠があいまいなまま実施されていたことを意味している。それまでの現場での対応は、精神保健診察が実施される場所等への搬送を警察車両や保健所の車を利用して実施されていた。警察署の考え方としては、患者移送は保健所業務であり警察の本来業務ではないというものであり、保健所に協力しているという姿勢であった。そのため警察車両が、他の業務で使えない場合には、搬送できないという結論になる。保健所がもつ車も少なく、患者を搬送する手段に窮する場面は多くあった。特に緊急性を求められる事例が多いことを考えると、これまで根拠が不明確のまま実施してこられたことは、現場実践者の努力の結果といえる。そのようなことから措置入院に伴った移送制度が、明確化されたことの意味は大きいと評価できる。

3 精神保健福祉法第 34 条による移送

精神保健福祉法第 34 条には、「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ものにつき、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 項に規定する精神科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 項に規定する精神科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科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。」と規定されている。⁴⁾

具体的には、つぎのように進められる。精神障害によって状態の悪いCさんをどうにか受診させたいと家族が保健所に相談に来所する。相談を受けた精神保健福祉相談員がCさん宅に何回か訪問して受診するよう説得するが応じてくれない。Cさんは、今のところ自傷他害の恐れはないが、このまま時間が経過すると症状の悪化が予想され、それに伴って自傷他害の恐れも出現すると感じられた。そこで精神保健福祉相談員から家族に移送制度の説明がされ、家族も移送を望んだ。

次に精神保健相談員は、移送に向けた事前調査を実施する。調査では、対象者の氏名、住所、職業、調査時の状況、主治医の意見、本人の同意の可能性などと移送を行うための診察が必要かについて調査者の判断を明示する必要がある。

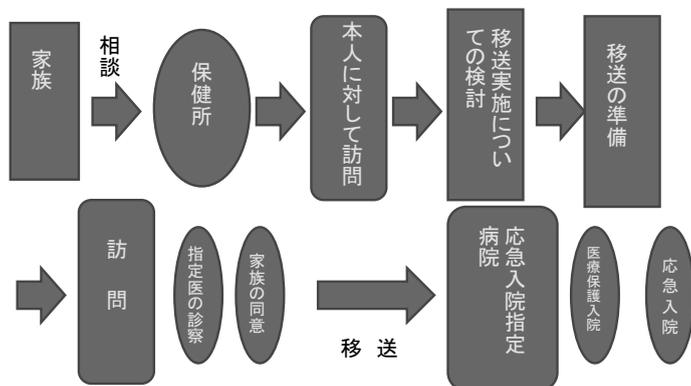
移送を行うための診察が必要と判断したことによって、保健所精神保健福祉相談員が中心となって準備に入る。診察を依頼する精神保健指定医を調整し、診察補助者や移送車両等の手配を行う。なお、事例によっては、警察官の臨場や救急車の応援を事前に依頼することも必要となってくる。

診察の当日は、精神保健指定医、診察補助者、保健所精神保健福祉相談員等がCさん宅を訪問し、Cさんの診察を行う。その結果、入院の必要があると診断されたが、Cさんが任意入院を拒否し、保護者が医療保護入院と移送を同意したので、Cさんの同意が得られないまま、医療保護入院をするために応急入院指定病院に移送されることになる。なお、移送に際しては、家族からの移送に関する同意書を取るほか、Cさんには、移送についてのお知らせが文書で渡される。

Cさんに乗せた移送車両は、事前に依頼しておいた応急入院指定病院にむかい、到着後は、そのまま入院となる。すなわち、すでに入院の必要性が診察されていることから、応急入院指定病院において、入院の要否に関する診察は行われなかったことである。なお、通常の形で入院した医療保護入院の患者については、精神保健指定医の診察を経ないでも退院することは可能であるが、移送対象者の入院後72時間以内の退院に関しては、精神保健指定医の診察が必要となる。

移送によって入院した際の入院形態については、つぎのようになる。保護者がいる場合は、医療保護入院。保護者候補が複数おり、入院時点で家庭裁判所の選任を受けていない場合は、扶養義務者の同意による医療保護入院となる。保護者に連絡がとれない場合などは、応急入院となる。

図2 法第34条による移送の流れ



伊東作成

Ⅲ 移送制度成立時の状況

1 成立時の状況

厚生労働省の2001（平成13）年10月時点での調査によると、移送制度が施行された2000（平成12）年4月からの法34条による移送の実施状況は、表1のとおりである。制度を実施しているのは、30都道府県と政令指定都市については12市中10市であった。移送実施件数は、合計で150件である。その中で特に件数が多いところは、和歌山県の30件、京都市の51件である。この2県市で全体の半分を占めていることになる。

同じく表1には、2000（平成12）年4月1日から2003（平成15）年4月30日までの移送件数の累計が表示されている。この時点でも整備されている都道府県は30か所、政令市は10か所である。合計数は455件であるが、件数の多いところは京都市136件、奈良県57件、和歌山県48件、福島県34件である。件数の多い3県1市によって、全体の6割の移送が実施されていることになる。

表1 各時点までの累計と2008年度の比較

	2001年10月までの累計	2003年4月末までの累計	2008年度	2008年度の入院形態別内訳		
	移送件数	移送件数	移送件数	医療保護1	医療保護2	応急入院
北海道	1	11	4	3	1	
青森	0	0	1	1		
岩手	0	2				
宮城	0	0				
秋田	3	5				
山形	2	11	14	9	4	1
福島	4	34	31	24	2	5
茨城	1	4				

精神保健福祉法第34条による移送制度の現状と課題

栃木	—	—				
群馬	—	—				
埼玉	—	—				
千葉	—	—				
東京	2	3	1	1		
神奈川	—	—				
新潟	—	2				
富山	—	—				
石川	7	9				
福井	—	—				
山梨	0	0				
長野	6	7	8	6	2	
岐阜	—	—				
静岡	0	0				
愛知	0	0				
三重	—	—				
滋賀	0	1	1	1		
京都	—	—	1			1
大阪	4	4	1		1	
兵庫	—	6	3	2	1	
奈良	8	57	10	8	2	
和歌山	30	48	6	2	4	
鳥取	1	4	3	1	2	
島根	0	0				
岡山	1	6	1	1		
広島	0	2				
山口	3	16	4	3	1	
徳島	—	—				
香川	0	2				
愛媛	1	1	1	1		
高知	—	—				
福岡	—	—				
佐賀	3	9	11	8	3	
長崎	—	—				
熊本	9	21	3	1	2	
大分	—	—				
宮崎	1	13	2		2	
鹿児島	1	1	2	1		1
沖縄	0	3	2		2	
札幌市	4	12				
仙台市	0	7				
さいたま市	*	*				
千葉市	1	1				
横浜市	0	0				
川崎市	—	—				
新潟市	*	*				
静岡市	*	*				
浜松市	*	*				
名古屋市	0	0				
京都市	51	136	4	2	1	1
大阪市	4	15				
堺市	*	*	1	1		
神戸市	1	1				
広島市	1	1				
北九州市	—	—				
福岡市	0	0				
合計	150	455	115	76	30	9

厚生労働省資料より

注 *は、当時政令指定都市ではなかったところ
 —は、体制が整備されていなかったところ
 医療保護1は、第33条第1項の規定による入院
 医療保護2は、第33条第2項の規定による入院

また、施行開始から3年経過した時点でも制度の整備がされていない府県が17か所、政令指定都市が1か所あったことになる。その点については、2003（平成15）年に全国保健所長会精神保健福祉研究班が実施したアンケート調査によると、回答のあった44都道府県のうち、実施体制を整備しているところが27か所、整備をしていないところが13か所であった。未整備の理由としては、搬送手段の確保や精神保健指定医の確保が難しい、応急入院指定病院の確保が不十分であるとしていた。また、整備に必要なものとしては、精神科病院協会の協力、マニュアルの整備、移送車両の整備という回答であった。

さらに、2001（平成13）年度地域保健総合推進事業「精神保健福祉法改正に伴う保健所の対応について」の「精神保健福祉事業の市町村への委譲について」研究班が実施したアンケート調査によると、調査対象となった保健所のうち移送に関する相談があると答えた保健所が28.6%（20か所）であった。移送実施における問題点については、移送を実施している保健所のうち71.1%（27か所）が問題ありと回答している。問題点としては、対象者の要件が厳しく活用しづらい、相談から入院までの時間がかかりすぎる、担当者として制度利用の判断が難しい、精神保健指定医の協力が得られない等の意見であった。

2 成立時期の課題

成立時期の問題点としては、まず地域格差について注目しなければならないだろう。前節にあったように、3年経過した2003（平成15）年時点においても移送制度が整備されていない府県が17か所あった。移送件数についても地域によって大きな差がある。また、制度成立から2003（平成15）年4月末までの累計をみると、実施体制は整っているのに移送件数が0件という県市が8か所ある。一方、上位5県市によって全体の65%の移送が実施されたという実態があった。

移送制度が整備されていない理由として、上述のように搬送手段や精神保健指定医の確保のほか、応急入院指定病院の確保が不十分であるというアンケート結果がある。34条による移送では、医療保護入院であっても入院先を応急入院指定病院としているため、応急入院指定病院が整備されていない地域においては、そもそも移送を実施すること自体が不可能である。表2にあるように2002（平成14）年6月時点において、応急入院指定病院が設置されていない県市が7か所あった。

表2 応急入院指定病院数

	2002年6月	2005年6月
北海道	28	28
青森	3	3
岩手	4	4
宮城	1	1
秋田	1	1
山形	4	6
福島	21	21
茨城	6	6
栃木	1	1
群馬	1	1
埼玉	3	3
千葉	8	8
東京	17	17
神奈川	1	1
新潟	2	5
富山	2	2
石川	4	4
福井	1	2
山梨	3	5
長野	10	11
岐阜	13	15
静岡	9	10
愛知	0	0
三重	5	5
滋賀	3	4
京都	5	5
大阪	8	8
兵庫	18	20
奈良	4	4
和歌山	4	5
鳥取	3	4
島根	1	2

岡山	1	2
広島	11	10
山口	2	4
徳島	1	3
香川	3	3
愛媛	3	5
高知	2	3
福岡	1	1
佐賀	9	12
長崎	0	2
熊本	25	24
大分	0	0
宮崎	12	15
鹿児島	1	1
沖縄	20	20
札幌市	11	12
仙台市	2	2
さいたま市	*	0
千葉市	2	2
横浜市	2	3
川崎市	0	0
新潟市	*	*
静岡市	*	3
浜松市	*	*
名古屋市	2	2
京都市	8	8
大阪市	0	1
堺市	*	*
神戸市	5	7
広島市	4	4
北九州市	0	0
福岡市	0	0
合計	321	361

厚生労働省資料より

また、移送制度の対象とする者はどのような状態や状況の人なのか、そのような基本的な部分のとらえ方が定まらないというような混乱が、現場にはあったようである。平成12年3月31日付で厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」の中でも、対象の規定が明確にされていない。しかし、「移送制度の基本的考え方」には、つぎのように書かれており、その中からある程度読み取ることができる。

「医療保護入院及び応急入院のための移送は、緊急に入院を必要とする状態にあるにも関わらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説得の努力を尽くしても本人が病院に行くことを同意しないような場合に限り、本人に

必要な医療を確保するため、都道府県知事が、公的責任において適切な医療機関まで移送するものである。したがって、この移送制度の対象とならない者に本制度が適用されることのないよう、事前調査その他の移送のための手続を適切に行うことが重要である。」

すなわち、精神障害のために病識が低下するなどして、周囲が促しても受診することに同意しない人が基本的に対象者である。ただし、移送制度の対象とならない者に対して制度を利用しないように注意することが記述されている。対象とならない者とは、自傷他害があり、措置入院の対象となる人のこと等を意味している。

さらに、緊急に入院を必要とする状態をどのようにとらえるかという問題があげられる。すなわち、移送制度を利用するためには、その前提として家族など周囲からの説得が必要であり、また、事前調査が必要となる。それらにかかる時間を考えると「緊急」というものをどのようにとらえるか、解釈にばらつきが出てくるように思われる。

3 保健所長会のマニュアルについて

2004（平成16）年3月、全国保健所長会精神保健福祉研究班は、「精神保健福祉法第34条に基づく移送にかかるマニュアル」を発表した。マニュアル作成に関して、次の点を留意したとしている。⁵⁾

- ・ 保健所担当者が、地域精神保健福祉相談活動を実践する際に活用しうるものにする。
- ・ 基本的に県型保健所が単独で34条による移送業務を実施する場合を想定する。
- ・ 本人の人権保護に対する十分な配慮を行う。
- ・ 34条関連業務を実施する上で、最低限度必要な過程を解説した簡素なものとする。
- ・ 新たな地域精神保健福祉体制の時代の到来を念頭に、市町村、保健所、精神保健福祉センターとの役割分担・連携などについて考慮する。
- ・ 地域精神保健福祉活動や措置、緊急措置、応急入院などとの関連の明確化に務める。また、精神科救急的な対応との関連についても考慮する。
- ・ 既に作成されている各自治体のマニュアルや厚生労働科学研究の成果等を参照して作成する。
- ・ 各自治体での実践を踏まえ、個人情報保護の観点からフィクション化した事例集を作成し、具体的な実践状況を示す。
- ・ 移送制度を利用して入院となった事例の退院後の地域での継続的支援活動も視野に入れたものとする。
- ・ 本制度実践の事後評価に役立つマニュアルとする。

マニュアルの中でも、対象者の基準が明確に記述されていないが、「本人・家族に関するチェック項目」と「保健所の援助活動のチェック項目」が作成されている。また、家

族等相談者への説明例の中には、34条移送対象として、つぎのように記述されている。「この34条の対象となる方は、つぎのような方になります。精神障害のために家族や周囲が説得を重ねても受診を拒否しており、そのためにご本人の状態が悪化していく可能性が大きく、入院することによって、そのような状態が改善される可能性が大きい人になります。ただ、自分自身を傷つけたり、他人に害を及ぼす恐れのある人や身体疾患の治療を優先したほうがいい人は、対象から外れます。」

また、本マニュアルの対象者基準として参考とした1999（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」班の研究では、34条移送を次の要件のすべてに該当することが必要であるとしている。⁶⁾

- ・ 精神障害者であること。
- ・ 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に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、すなわち、「精神病状態」が持続または反復していることを指す。
- ・ その者の状態が以下のaかbいずれかに該当すること。
 - a. 生活維持のための基本的な能力が損なわれた結果、自己の健康または安全の保持に深刻困難が生じていること。

なお、ここでいう自己の健康または安全の保持とは、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示す。
 - 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。
- ・ 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、症状の軽減またはこれ以上の悪化を防止することを含む。
- ・ 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、本人の同意による入院が行われる状態でないこと。
- ・ 措置入院の要件を満たさないこと。

また、マニュアルの「まとめ」では、つぎのように述べられている。「精神保健福祉法第34条の実施は、公的機関が保護者に代わって医療保護入院のための移送を行うもので

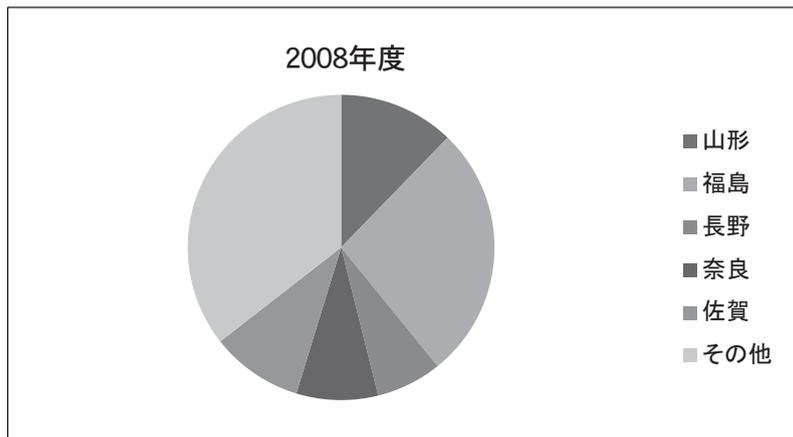
ある。本人にとっては強制入院させられたという納得のいかない思いが残り、後日、訴訟を起こす可能性も否定できない。しかし、行政としては、十分な検討を重ね、手を尽くした上での決定、実施である。」すなわちマニュアルでは、34条移送実施を地域精神保健福祉活動の延長上と位置付けている。そして、その対象として、精神障害のために、生活維持のための基本的な能力が損なわれた結果、自己の健康または安全の保持に困難が生じていること。または、入院しないとその者の状態がさらに深刻な悪化をきたし、回復が一層困難になるなどの身体的・精神的健康上の損失がもたらされる可能性が高いことを条件としている。そのよう対象者に対してさまざま援助を行い、最終手段として34条の移送があるという構造を示している。

IV 移送制度の現状

表1にあるように2008（平成20）年度の移送件数をみると、全国23都道府県市で115件実施されている。入院形態では応急入院が9件で全体の7.8%あり、医療保護入院が全体の92.2%となっており、圧倒的に医療保護入院による入院である。

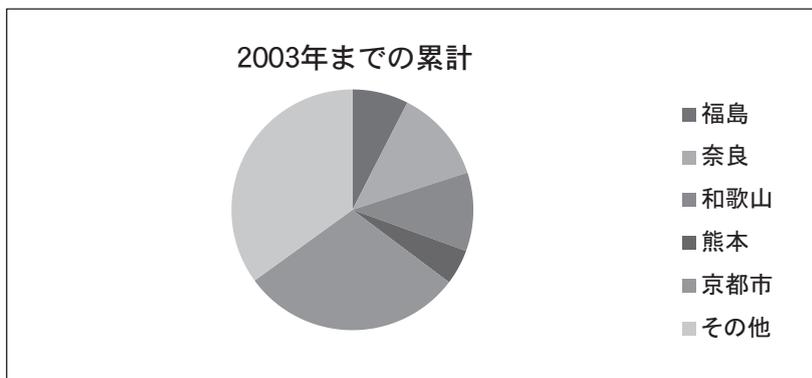
移送を最も多く実施している福島県が31件で、続いて山形県14件、佐賀県11件、奈良県10件、長野県8件となっており、それら上位5県によって全体の64%を占めている。

グラフ1



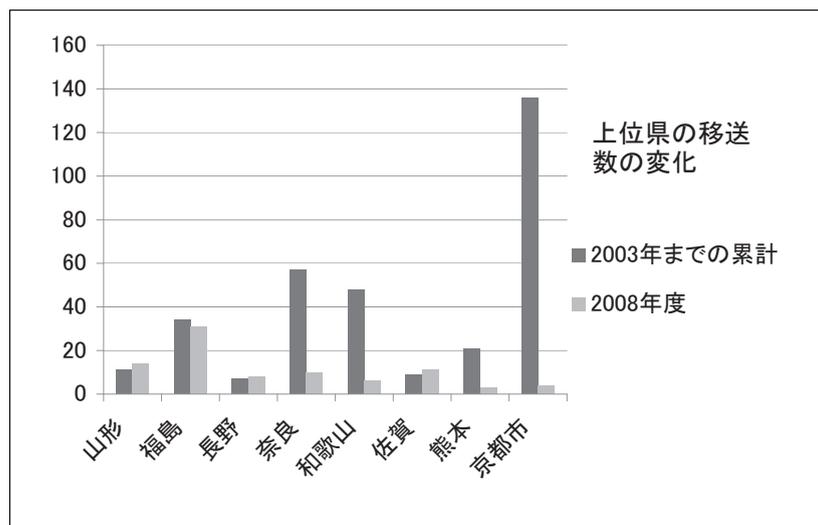
2000年4月から2003年4月末までの累計では表1にあるように、33都道府県市で455件実施されている。最も多い自治体は京都市で136件であり、続いて奈良県57件、和歌山県48件、福島県34件、熊本県21件となっており、それら上位5県市によって全体の65%を占めている。

グラフ 2



すなわち、移送制度が設立された当初から問題となっていた地域格差は、現在でも解消されていない。移送を実施していない自治体がある一方、実施している自治体の上位5県市によって、全体の約65%を占めている状況についても、上位5位の自治体の入れ替わりはあるものの大きな変化はない。

グラフ 3



34条移送では、入院先が応急入院指定病院となっている。応急入院指定病院が十分整備されていないことが34条移送の体制が整わない要因であることがいわれていた。応急入院指定病院の設置状況は、表2で示すように、2002年6月現在、全国に321か所であったものが、2005年6月には361か所となり約1割増となっている。しかし、2005年時点でも設置されていない県市が6か所あり、2002年当時の7か所とほとんど変わっ

ていない。応急入院指定病院の整備が進まないことが、移送制度の体制が整わない一因であることは変わっていないといえる。

民間患者搬送業者による患者搬送の現状については、次のようなことがいえる。移送システム研究会が、2009（平成 21）年に日本精神保健福祉士協会の会員を対象とした調査によると、回答があったうちの約 4 分の 1（178 病院）で民間患者搬送業者を利用した入院を受けた経験があった。精神保健福祉士が民間患者搬送業者を紹介しているかどうかについては、紹介しているが 16%（118 人）、紹介していないが 80%（585 人）であった。紹介している場合、どのような形で行っているかについては、業者の存在を知らせる（83.1%）、業者のパンフレットを渡す（61.0%）などの方法であった。民間患者搬送業者を紹介していない場合、本人を病院に連れて来られない家族等への対応については、「公的機関を紹介する」が最も多い回答であった。

V 考察

移送制度が創設された当時にいわれていた問題は、10 年を経過した現在でも解消されておらず、地域格差が顕著であるといえる。すなわち、一部の実施する自治体の移送数が、全体の大半を占めている状況は、10 年前も現在も変わらないわけである。変わったところといえば、その上位を占める自治体が変わったというところである。そこには京都市のように担当部署が変わったことによって実施件数が変わったという自治体もあり、そこから移送制度が未成熟なシステムであることがうかがえる。⁷⁾

移送が整備されていないことは、移送制度を創設するきっかけとなった民間患者搬送業者による搬送が現在でも実施され、人権上重要な問題が解決に至っていないことを意味している。違う見方をすれば、民間患者搬送業者による搬送が定着し、公然化したとも考えられるのではないだろうか。

一方で、本人が受診をすることが困難な事例で民間患者搬送業者を紹介しない場合、精神科病院の精神保健福祉士の多くは行政機関を紹介している。しかし、その自治体で移送を実施していない場合、結局家族が犠牲になるという状況になり、そのことは古くからの問題が継続していることを意味している。

田中は、移送制度の問題点を以下のように整理している。①応急指定病院の主治医の診察・診療機能、治療関係に対する評価、介在を排除していること、②受け入れ先病院を応急入院指定病院に限定していること、③移送診察医と入院医療機関が峻別されていること、④迅速に対処することが困難な実態があり、速やかに急性期治療を受ける権利を阻害していること、⑤入院治療から地域支援体制へ移行・継続することが円滑にできないこと、⑥「往診による入院」と対比した目的、対象、運用などの論議が棚上げにさ

れていること。⁸⁾

田中の指摘する問題点を筆者も支持する。そして、そのことが移送を実施しないことの妥当な理由とはならないと考える。横川が、保健所嘱託医の経験から山形県の移送件数を最低限の数としているように、丁寧な地域精神保健福祉活動を実践したとしても移送制度を活用することによって、はじめて医療にアクセスできる事例があることも事実であり、そのことは決して民間患者搬送業者に依存することはできない問題だと考える。今後、移送制度の実施が適正にかつ、全国的に実施される必要がある。⁹⁾

さらに表3のとおり、受診に対して非自発的な精神障害者の医療へのアクセスに関連した法執行である、精神保健福祉法第23条による一般からの申請、同第24条による警察官通報及び応急入院は、移送制度同様非常に地域格差が大きいことが見て取れる。すなわち、移送制度実施にむけた地域格差の分析は、さらにさまざまな医療アクセスの精査が必要であるといえる。

表3 2008年度の件数比較

	移送件数	24条通報	23条申請	応急入院
北海道	4	222	13	30
青森	1	71	4	2
岩手		102	1	9
宮城		63	5	
秋田		37	3	1
山形	14	71	16	27
福島	31	99	2	5
茨城		273	3	4
栃木		277	2	2
群馬		214		12
埼玉		271	6	56
千葉		1070	7	25
東京	1	2234	3	62
神奈川		360	2	1
新潟		45	2	
富山		54	4	7
石川		42		40
福井		51	7	15
山梨		10	2	1
長野	8	258	20	3
岐阜		162	2	20
静岡		303	18	56
愛知		204	4	
三重		131	5	
滋賀	1	94	25	1
京都	1	58		73
大阪	1	222		207
兵庫	3	373	2	26
奈良	10	136	5	70
和歌山	6	128	1	2
鳥取	3	22	22	6
島根		55	28	4
岡山	1	169	12	69

広島		133	6	5
山口	4	88		12
徳島		101		6
香川		120	7	2
愛媛	1	122	2	4
高知		43		9
福岡		232	5	2
佐賀	11	52	1	
長崎		74	8	
熊本	3	70	2	5
大分		108	5	
宮崎	2	74	1	
鹿児島	2	299	15	1
沖縄	2	300	14	4
札幌市		260	3	2
仙台市		52		
さいたま市		98	1	
千葉市		241		55
横浜市		365	3	3
川崎市		118	1	1
新潟市		26		
静岡市		71	4	51
浜松市		47	4	26
名古屋市		221	9	95
京都市	4	147	1	7
大阪市		90	3	101
堺市	1	107		122
神戸市		236		10
広島市		87		8
北九州市		110		
福岡市		160	5	
合計	115	12133	326	1367

厚生労働省資料より

<注>

- 1) 益子茂 (1997) 厚生科学研究「精神障害者の受診の促進に関する研究」
- 2) 精神保健福祉法は、1950 (昭和 25) 年に精神衛生法として誕生し、その後、宇都宮病院事件がきっかけとなって 1987 (昭和 62) 年に精神保健法と改正されたが、その際、5 年ごとに改正されることが決まった。
- 3) 精神保健福祉法第 24 条以外には、第 23 条 (一般からの申請)、第 25 条 (検察官通報)、第 25 条の 2 (保護観察所の長の通報)、第 26 条 (矯正施設の長の通報)、第 26 条の 2 (精神科病院の管理者の届出)、第 26 条の 3 (心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報) がある。
- 4) 精神保健福祉法第 22 条の 3 は「任意入院」を示す。第 33 条第 1 項は「医療保護入院」を示す。第 33 条の 4 第 1 項は「応急入院」を示す。第 20 条第 2 項第 4 号は「保護者」を示す。第 33 条第 2 項は「扶養義務者の同意による医療保護入院」を示す。第 20 条第 2 項第 4 号は、「扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者」を示す。
- 5) 全国保健所長会精神保健福祉研究班 (2004) 「精神保健福祉法第 34 条に基づく移送にかかるマニュアル」
- 6) 益子茂 (1999) 厚生科学研究「精神障害者の受診促進に関する研究」
- 7) 奥宮祐正 (2008) 「京都市の移送について」、日精協雑誌第 27 巻・第 2 号、29～30 ページ、日本精神科病院協会
- 8) 田中敬造 (2008) 「移送制度 和歌山県の現状と考察」、日精協雑誌第 27 巻・第 2 号、27 ページ、日本精神科病院協会
- 9) 横川弘明 (2008) 「山形県の移送制度の実情」、日精協雑誌第 27 巻・第 2 号、9 ページ、日本精神科病院協会

<参考文献>

- ・ 益子茂 (2001) 厚生科学研究「精神障害者の医療アクセスに関する研究」
- ・ 伊東秀幸 (2002) 「法 34 条による移送の実施について」、精神保健福祉通巻 50 号、154～158 ページ、日本精神保健福祉士協会
- ・ 伊東秀幸 (2004) 「移送の問題をどのように解決するか」、季刊地域精神保健福祉情報 Review49 号、32～35 ページ、精神障害者社会復帰促進センター