

平成18年度地域保健総合推進事業
「精神保健対策の在り方に関する研究」

保健所精神保健福祉業務における危機介入手引

平成19年3月

全国保健所長会「精神保健福祉研究班」

はじめに

平成11年の精神保健福祉法の一部改正により、移送業務が都道府県知事の業務として法定化され地域で問題行動を示す障害者の治療の必要性を判断するために医療機関までの搬送を保健所が担うこととなりました。このような介入を行うとすれば、通報、事前調査、訪問診察、等から移送対象かどうかを判断することが必要であることから平成15年度に当研究班で「法34条移送にかかるマニュアル」を作成したところです。

精神保健福祉業務としては、この移送に至るまでに、精神保健相談に地域住民や家族からの相談を受け、相談内容の緊急性を判断し緊急訪問調査を行い、所内検討会で訪問調査結果等を踏まえ、訪問診察の必要性も判断し、移送か在宅支援か何らかの危機介入が必要となります。この一連の対応の流れをスムーズに行うために、事務取扱い手順を示す手引きが必要と考え、平成16年度より3ヵ年をかけて検討を重ねてきました。

平成16年度は、全国アンケート調査を行い、平成17年度は、全国調査を踏まえた「精神保健危機介入事例集」とともに、ワーキングメンバーにより「手引きの試案」を作成いたしました。平成18年度には、この試案の実地試行と各都道府県保健所長会長等宛のアンケート調査により、多くのご意見をいただきました。それらの意見を踏まえ、精神保健福祉研究班において、本手引きをまとめることが出来ました。

「危機介入の手引き」は、精神保健相談から34条移送や継続支援に至る流れと24条通報等への緊急対応とに大別して記載しています。これは、保健所での相談では、結果的には、23条申請・34条移送・24条通報に切り替わるか、地域での見守りによる継続支援となることが多いことが、事例集等からも推測されたためです。

今後、この手引きが保健所で活用され、危機介入がスムーズに進むことを願い、はじめのあいさつにかえさせていただきます。

全国保健所長会精神保健福祉研究班
代表：尼崎市保健所 高岡 道雄

目 次

第1章 相談支援と危機介入	4
第1節 相談とは何か	
第2節 精神保健福祉相談の特性	
第3節 相談支援の基本姿勢	
第4節 危機介入とは何か	
第5節 危機介入にかかる注意点	
第2章 相談(面接・電話等)及び法第23条一般人申請にかかる対応	8
第1節 相談・申請受理にかかる対応	
(1) 相談・申請受理の基本的な流れ	
(2) 緊急訪問調査判定	
(3) 連絡先一覧の作成	
(4) 休日・夜間の対応	
第2節 訪問調査における注意点	
(1) 訪問調査の時期	
(2) 訪問調査票の作成	
(3) 訪問調査に必要なスタッフの数	
第3節 緊急介入判定における注意点	
(1) 判定会議の開催	
(2) 緊急介入判定基準	
(3) 地域事例検討会	
第4節 法第23条一般人申請にかかる対応	
(1) 法23条の運用	
(2) 自傷他害のおそれとは何か	
(3) 法第23条の注意点	
(4) 法第23条の意義と課題	
第5節 継続支援にかかる注意点	
(1) 支援の基本姿勢	
(2) 訪問の頻度	
(3) 関係者への説明会	
(4) 見守りに関する関係機関の役割分担	
第6節 緊急支援における注意点	
(1) 法第34条移送の活用	
(2) 訪問診察医師の確保	
(3) 移送における連携	
(4) 退院後の生活支援検討	

第3章 法第24条警察官通報にかかる対応

19

第1節 通報等内容聴取における注意点

- (1) 休日・夜間の対応
- (2) 聴取票の作成
- (3) 法的処理機関・連絡先の確認

第2節 事前調査における注意点

- (1) 事前調査の期限設定
- (2) 事前調査の方法
- (3) 医療機関照会・通報内容の確認

第3節 法第27条措置診察の必要性判断

- (1) 判定会議の開催
- (2) 措置診察の要否判定基準

第4節 措置診察における注意点

- (1) 措置入院の要件
- (2) 措置診察医師の確保
- (3) 診察場所の確保
- (4) 診察時の注意事項

第5節 入院支援における注意点

- (1) 移送手段・移送要員の確保
- (2) 入院先病院の確保
- (3) 警察官の協力

第6節 入院中・退院後の支援

- (1) 病院連絡会議の開催
- (2) 社会復帰施設の活用

(別添1, 2, 3)

- 25

(参考) 医療へのつなぎ方

-

28

第1節 医療へのさまざまなつなぎ方

第2節 医療につなぐときの目安

- (1) 「医療につなぐ」疾患別目安
- (2) 「医療につなぐ」問題行動別目安

第3節 事例の比較

- (1) 事例A 統合失調症
- (2) 事例B 境界型人格障害
- (3) 事例Aと事例Bの比較

(参考資料1) 個人情報保護法と精神障害者情報

--

-

33

(参考資料2) 精神障害者の移送に関する事務処理基準

34

第1章 相談支援と危機介入

第1節 相談とは何か

一般に相談には、精神保健福祉法、障害者自立支援法などで規定され、精神保健福祉センター及び保健所、市町村等で行なわれる精神保健福祉に関する相談などがある。精神保健福祉に関する問題や課題について、自らもしくは身近な相互支援のみでは解決できない状況に陥った時、精神保健福祉相談員等(以下、「相談員」)の適切な助言や情報により問題や課題を整理し、相談員の支持を得て安心感を得ること、さらには来談者自らが相談員らと共に問題などの解決をはかること。その一連の過程が「精神保健福祉相談」である。

特に保健所精神保健福祉業務における「相談」については、精神保健福祉法(以下「法」)第47条に規定され、その具体的内容は平成12年3月31日付厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」で、一定の枠組みが示されている。それによれば、相談は、所内又は所外での面接相談あるいは電話相談の形で行い、随時応じる。相談指導従事者としては、医師(精神科嘱託医を含む)、精神保健福祉相談員、保健師、臨床心理技術者その他必要な職員を配置する、としている。また、相談の内容について要約すると、心の健康相談から受療、社会復帰等法第5条でいう「精神疾患」に関わる保健、医療、福祉の広範多岐の内容にわたるとし、状況により保健所は精神保健福祉センターや来談者の居住地の市町村と連携をとること、としている。

平成17年10月に障害者自立支援法が成立した。同法第2条において障害種別に関係なく相談支援事業を市町村に一元化して行うとしているが、同法第78条においては都道府県が行う事業として「特に専門性の高い相談支援事業その他の広域的な対応が必要な事業等」としている。しかし、法第23条等については改訂されておらず、措置入院等の実施に関しては従来どおり保健所の果たす役割が大きい業務と考えられる。ただし、先に引用した部長通知については今後改められる可能性があるが、本指針の内容に大きな影響はないと考えられる。

なお、市町村に地域精神保健福祉業務の一部が移管されていることから、精神障害者の医療及び保護に関連した業務の円滑な推進のためには市町村をはじめ関係機関とのネットワークが重要である。そのためには、保健所がイニシアティブをとりつつ総合的に本人への支援活動を展開する必要がある。

第2節 精神保健福祉相談の特性

先に、来談者自らが相談員らと共に問題などの解決をはかること、その一連の過程が基本的な「精神保健福祉相談」と述べた。しかし、現実には、精神障害者の特異な行動などによる地域住民からの苦情相談の場合、保健所が公的専門機関として家族などの保護者や住民に代わって「強制的に入院させられないか」など、一方的な依頼となることも少なくない。このような状況下では、本人を中心に時間をかけて必要な支援を丁寧に行いたいとする保健所担当者との対立も珍しくない。

このように、家族や一般住民から保健所に持ち込まれる問題や課題は、疾患と生活障害が併せてあるという精神障害の特徴のゆえ、医療から生活・福祉まで多岐にわたること、加えて精神障害(者)への不適切な理解や社会の根強い偏見を背景に、相談の内容も精神障害者への人権侵害と微妙に係わりあい、

それだけでも相当に複雑である。

特に、危機介入が必要な事態の多くは突発的に発生し、警察等から、時には第三者から即対応を求められることがある。また強制的な入院に至った場合は、退院後の医療と生活問題への支援にあたり、家族や近隣住民の理解と協力がより一層求められる。さらに精神保健福祉相談の基本的手順(当事者本人を受容し信頼関係を基盤に相談員が本人と協働で問題解決に当たり、自己決定を尊重することなど)が行えず、本人の意に反する入院となる。このため、専門職として場合によっては自己矛盾に陥ることもある。

このように危機介入に関する相談等は、措置入院や移送など法律上の規定に則って行わなければならないことから精神保健福祉に関する相談支援業務のうちで最も複雑で、対応に困難が伴うことが多く、より専門性の高い対応能力が求められる。

第3節 相談支援の基本姿勢

措置入院などに関する相談の業務を行なう場合、たいてい本人は最初から登場せず、そのきっかけとなるのは警察等関係機関からの相談であるか、第三者からの苦情である。このような場合においても、この苦情情報も転じて当事者への医療提供支援の契機となり得る好機と捉えることが必要である。相談の手順を踏まえて当事者主体の支援実現を考慮に入れ、来談者には一定の原則において接することが求められる。

その原則とは、性別、年齢、経済状態、政治的立場などいかなる人にも平等に応じ、どの地域に居住していても均一の処遇が受けられるという「機会均等の原則」、その機関が管轄する住民からのニーズが機関の機能や設置の目的に合致していれば支援の拒否はできないという「援助非拒否の原則」、その機関の機能として可能なことは対応し、不可能なことについては他の機関を紹介するか不可能であることの説明責任があるという「機関対応の原則」、その他継続援助、無料、守秘義務、情報開示などの原則などである。これらの原則を踏まえ地域住民には誠意をもって冷静に対応する必要がある。そのためには、精神保健福祉相談に関わる担当者は、専門職として確固とした倫理観と豊かな人権感覚、また使命感や問題意識を持ち、日頃から相談支援技能の習得と研鑽が必要である。

第4節 危機介入とは何か

措置入院などの強制入院に関連して、危機介入に類似した関連用語として、精神科救急、緊急対応などがある。しかし、それぞれの用語も明確に定義されコンセンサスを得て使用されているわけではない。

保健所精神保健福祉相談活動における危機介入については、本研究班が平成16年度に行った調査研究¹⁾では、「(危機介入とは)緊急的な医療へのアクセスを確保するための緊急対応(入院支援)及び入院が直ちに必要はないと判断されたときの本人や家族への継続対応(在宅支援)の2つ」としている。危機介入の内、緊急対応については、「時間的な制約下での入院までの一連の過程」である。

一方、継続対応は、「地域での見守りにより支援し、突発的な緊急事態が生じれば入院支援も必要」な在宅での継続支援であるとしている。

また、同じく本研究班が平成15年度に作成した「精神保健福祉法第34条に基づく移送マニュアル」²⁾では、精神障害者が、ある時期までは地域生活を保っているが、主に「治療へのつながり」、「発病からの

時間的経過」、「サポート体制の有無」等の要因の不具合が重なり、病状悪化を来し、臨界状態時点に達して急速に病状が悪化し危機介入が必要な状態になることを「危機介入の時期」として説明している。臨界状態時点を超えれば、直ちに医療へのコンタクトが必要で法第34条移送の適用条件を検討することになる。

これら二つの見解は「危機」の捉え方は共通であるが、移送マニュアルは、対処の仕方において緊急対応が必要と判断する手順と移送に重点を置いた記載である。いずれも、「精神障害者を医療に結び付けること」、その場合に「『時間的制約』を最優先に考慮して介入のタイミングをはかること」の2点を述べ、精神障害者への危機介入を行う視点を明確にした。ただ、いずれも「介入が必要な状態とは何か」を具体的に明記していないが、移送マニュアルではチェックシートによる判定を提言した。

なお「地域に暮らす精神障害者の経験する危機およびそれへの援助に関する研究」³⁾においては、「危機」を「精神科救急等での対応が必要な場面に限定せず、地域生活の維持に影響を与えるような出来事、心配なこと、ヒヤリハットを含むものと定義する」としている。これを前提にして、地域での生活場面で精神障害者、家族、援助者などが経験する危機とは何かについて、「(危機とは)最初に想起されるのは、精神症状が悪化したために精神科救急等の医療的な介入を(精神障害者が)必要とするような事例と思われるが、調査結果からは、(障害者は)そのような救急対応が必要な『危機』だけでなく、日常生活の様々な場面で地域生活の維持に問題となるような状況に直面していることがわかった」とし、「大きな問題や精神症状の悪化を引き起こす前にこの状況を解決する」、そのことで「地域生活を維持することが出来」「結果的に精神科救急で対応が必要となる事例数を減らすことができる」と、報告している。

第5節 危機介入にかかる注意点

いつの時点で危機介入を行うのか、とりわけ法第23条・第24条に関する具体的な手順をできるだけ実践的な視点で示すにあたり、いくつかの注意すべき点がある。

まず第1の注意点として、危機とは、一体誰にとっての危機なのか、精神障害者本人なのか否か、また何の危機なのか、精神症状によるものなのかもしくは日常生活の様々な困難なのか、を判断することである。これらを考え合わせると危機介入のタイミングや方法は各事例の個別性を考慮に入れなければならないため、一律に定義付けることは現実的には容易でない。

また、第2の注意点は、日常生活の様々な場面で地域生活の維持に問題となるような状況に直面している事実(例えば、それまでの親密な支援者を喪失した、居住地を変えざるを得ない状況に陥っているなど)が、やがて大きな問題や精神症状の悪化をもたらす可能性があることと捉えることである。その上で、本人の問題状況をいち早く的確に把握し、できるだけ速やかに支援を行う必要がある。

第3の注意点は、先に述べた臨界状態時点に急速に近づく事例、もしくは法第23条申請や24条通報がすでになされた事例については、時間的余裕はほとんどないものと捉え、本人に関する治療へのつながり、発病からの時間的経過、サポート体制の有無など、また自傷他害など問題行動を含めての個人的要因、環境的要因、その他事実関係などの諸要因の収集、事前の調査を保健所は全力をあげて行うことである。収集された情報は、内容の検証、分析を経て何らかの介入・支援の判断を速やかに行わねばならない。これらの作業、判断は、相談員のみで行わず、複数人による会議を経ての合意形成を必要

とする。何故なら人権への配慮、保健所という機関としての責任性等、慎重な判断が必要だからである。また、事前調査の結果報告を兼ね、相談員に加えて所長あるいは業務を担当する責任者により所内検討会議を開催し、関係者間の合議のうえで危機介入のタイミングや方法を決定することが必須で、その手順をマニュアルなどに明記しておく必要がある。

第4の注意点として、大きな問題や精神症状の悪化を引き起こす前に、この状況を解決することである。つまり病状が悪化してから支援を開始するのではなく、当然、病状悪化の前の非日常的事態発生と同時に精神保健福祉相談並びに支援活動を開始することが望ましく、そのためには適切な支援を提供するための精神保健福祉相談システムを構築していくが必要である。

このような取り組みの方向性を踏まえ今後さらに日々の実践を積み重ねることで「結果的に精神科救急で対応が必要となる事例数を減らすことができる」との研究報告の結果³⁾を生かすことができるのではないだろうか。

(参考文献)

- 1) 高岡道雄：「精神保健対策のあり方に関する研究」報告書，平成16年度 地域保健総合推進事業，平成17年3月
- 2) 全国保健所長会精神保健福祉研究班：「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」，平成16年9月、(財)日本公衆衛生協会
- 3) 社団法人「日本精神保健福祉連盟」：「精神保健福祉ならびに精神障害当事者・家族の視点による精神科救急システム充実のための支援等事業報告書」，平成16年3月

第2章 相談(面接・電話等)及び法第23条一般人申請にかかる対応

第1節 相談・申請受理にかかる対応

(1) 相談・申請受理の基本的な流れ

- 1) 最初に相談に来た人が本人または家族である場合は訴えを良く聞いた後、可能な限り家族状況・生活状況・受診歴等を把握し、併せてキーパーソンを探す。そして、キーパーソンとなる人がある場合には、その人と面接し、相談があったことを伝え支援のための活動をすることが出来ることを伝え、本人に関する、より詳細な情報を得る。
- 2) 相談者が本人または家族でない場合、特に近隣からの苦情のような場合であっても、相談者の訴えをよく聞き、相談者に安心を与え関係を良くするように努める。できれば人権や法律に関することなど情報を提供する。そして、保健所で相談できることを伝えてもらうなど、本人または家族から話を聞く機会を設けるように努める。
- 3) いずれの場合であっても、行政機関を中心に本人に関する情報を収集する。
- 4) 次に、本人と面接できる状況であれば、家族等から本人に「保健所に相談があったこと」「それにより関わりをもつようになったこと」を伝え同意を得て面接する。面接は、本人に対して「心配していること」「相談に乗ること」「支援すること」を伝え、支持的な態度で行う。
- 5) 本人の状態が悪く直接面接できない場合であっても、可能な限り本人の所在する場所に行き、状況を直接把握するよう努める。状況によっては遠くからの観察しか出来ない場合もある。
- 6) 把握した情報等を整理し、支援方法を検討する。(所内検討会の開催等)
- 7) 家族や近隣者等、関係機関に支援方針を伝え、プライバシーの保護に配慮しながら、それぞれに必要な協力を依頼する。
- 8) 本人への受診の説得は、相談員が行うのではなく、保護者等家族が本人を心配する気持ちとして受診を勧めることを基本とし、相談員はそれを補助する。
- 9) 状況観察、受診説得、生活支援を継続しながら緊急度に応じて見守り、受診援助等を実施する。

(2) 緊急訪問調査判定

- 1) 相談者から状況を聞き取り、下記内容を相談票(別添1)に記載する。(下線は緊急度の判定に係る項目)
 - 相談者氏名、本人との関係、住所、電話
 - 本人氏名、生年月日、住所、電話
 - 保護者氏名、本人との関係、住所、電話
 - 相談者の主訴、相談概要
 - 本人の家族歴、生活歴、経済状況、健康保険、既往歴、治療歴
 - 現症(精神症状の状態、経過、自傷他害のおそれの有無)、合併症(身体状況)
 - 家族や近隣等への問題行動
 - 関係医療機関・主治医
- 2) 緊急訪問調査判定項目は本人の状況と家族や近隣等への問題行動に関する内容となる。

下記の点に注目して判定票(別添2)に記載し、判定する。判定は相談票を作成後、直ちに行う。
 なお、この緊急訪問調査判定票は本研究班が独自に作成した基準である。

精神症状の状態、経過、自傷他害のおそれの有無	身体合併症の有無、身体状況
自傷他害行為があるかどうか 精神症状の急激な変化があるかどうか 清潔、安全を保てるかどうか	生命や身体に重大な影響がないかどうか
治療歴の有無	家族や近隣等への問題行動
治療中、中断 医療機関への連絡、調査必要 未治療、未診断 家庭訪問、訪問診察の必要	家庭内暴力、子どもへの虐待 大量のごみ、不潔、異臭、近隣批判など

3) 緊急訪問調査判定票(別添2)に基準に基づき緊急対応が必要な場合には、緊急訪問調査がそれ以外の警察連絡等の対応した内容を判定票に記載する。なお、緊急訪問調査は、出来る限り早期に、少なくとも3日以内に実施する。

(3) 連絡先一覧の作成

保健所と関係機関の担当者の氏名及び平日の日中と休日夜間に連絡が取れる連絡先を明記する。

1) 保健所と関係機関の連絡先

- ・ 主治医(関係医療機関)
- ・ 福祉その他関係機関

2) 相談事例についての必要な連絡先の一覧を作成する。

- ・ 本人住所、電話番号
- ・ 家族住所、電話番号(家族の連絡先は携帯番号など複数の連絡先と連絡にあたって保健所を名乗ることがよいかも記載)
- ・ キーパーソンがいれば、その人の連絡先

3) 危機介入時に必要な連絡先をあらかじめ整えておく。

- ・ 精神科救急情報センター等の連絡先
- ・ 警察
- ・ 消防
- ・ 入院医療機関
- ・ その他関係機関(地域生活支援センターなど)

(4) 休日・夜間の対応

自傷他害の恐れがあれば家族に110番通報をするようにという指示を徹底する。その上で、かかりつけ医療機関がある場合は、本人または家族にあらかじめ緊急時の対応についてかかりつけ医師に相談しておくよう助言する。かかりつけ医療機関がない場合は、都道府県等の設置する精神科救急情報センター等を紹介する。なお緊急度が高いと考えられるときは、本人や家族の了解を得て、精神科救急情報センターにあらかじめ情報提供しておくことで、よりすみやかに対応できる場合がある。

第2節 訪問調査における注意点

原則として事前に本人または家族の了承を得ることが必要であるが、家族しか了承が得られない場合は、訪問することをできるだけ本人にも伝えるように依頼する。相談者が本人・家族以外の場合は、本人または家族に訪問前に保健所に相談に来てもらうように努める。本人が単身者で訪問の了承を得にくい場合は、福祉担当者、民生委員等と連絡をとり協力を得て同行訪問する方法もある。

(1) 訪問調査の時期

病状の重篤化、地域への影響を最小限に留めることができるよう、緊急訪問調査判定基準に基づき速やかに少なくとも3日以内に訪問調査を行なう。自傷他害行為のおそれがあるときなど緊急性が高い場合は、本人の身体的な安全確保ができることを第一優先に訪問調査時期を設定するとともに、家庭に立ち入ることが想定される場合は警察官の同行、協力を要請する。

(2) 訪問調査票の作成

調査票の項目としては以下を含み、この調査票(別添3)に基づき調査する。

本人氏名

保護者、扶養義務者

訪問先(自宅、医療機関、関係機関)

同行訪問機関

現状(精神症状、身体状況、睡眠・食事・清潔・安全)、既往症、福祉制度利用状況

生活状況、経済状況、自宅の間取り等

(3) 訪問調査に必要なスタッフの数

単身者で病状の情報が乏しい場合や自傷他害が疑われる場合などでは、突然の暴力行為など安全面が危惧されるので、警察官の同行、協力を要請する。また必ず複数で訪問調査を行い職員の安全に配慮する。なお、未受診の場合や治療中断例など、病状の評価が必要なときは嘱託医師との同行訪問も考慮する。

第3節 緊急介入判定における注意点

(1) 判定会議の開催

介入の緊急度を判定するため、判定会議を開催し、当面の援助方針を検討する。会議の構成メンバーは下記を標準とする。なお、時間的余裕がなく判定会議を開催できない場合には、所長への報告を行い、所長の判断の指示を文書で確認する。

(開催時期)

訪問調査により詳しい情報を把握後、できる限り、早期に開催する。

(会議メンバー)

担当者レベル	保健師、精神保健福祉士、通報関係業務担当等
責任者レベル	課長、係長等
所長レベル	保健所長、嘱託医師

(検討内容)

- 1 緊急介入すべき対象かどうか
- 2 対象ならば、実施の時期
- 3 援助内容、方法

(2)緊急介入判定基準

緊急度判定に関わる以下の項目に該当する場合に緊急度が高いと判断する。

健康、生命維持能力

食事・睡眠・生活リズムなどの乱れ、一般的身体状況(顔色、栄養)の悪化、排泄の乱れ、発汗の過多または過少、その他本人の訴える重篤な身体症状

清潔の保持に問題がある、寒冷・暑熱への防御ができない、安全の確保ができない

自殺企図の有無

リスクの高さに関連する項目:性別(男>女) 年齢(高齢のほうが自殺率高い)、自殺の家族歴、過去の自殺未遂歴、自殺企図の方法(計画の具体性、現実性)、精神疾患の既往(統合失調症、うつ病、アルコール・薬物依存、人格障害など)、サポートの不足(単身、配偶者との別離)、喪失体験(近親者の死亡、経済・地位・健康の喪失)、事故傾性(事故を防ぐのに必要な措置を取らない。あるいは、慢性疾患があっても予防的な行為をとらない。)

医療状況

未治療、医療中断、通院中でも服薬が不規則なとき

医療中断が予測される (例)退院直後である、服薬中断の経歴がある。

周囲への影響

家族、近隣への迷惑行為

子どもへの虐待、放置

近隣、社会からの排斥(大量のごみ、不潔、借金など)

急激な変化

突然の変化 (例)いつも通っていたデイケア、作業所に突然来なくなった
いつもと様子が違う。不安、病的体験が強い

サポートの低下 (例)家族の入院、死亡

家族、キーパーソンの有無

単身者、閉じこもり、夫婦ともに認知症、家族全体が病者などキーパーソンとなりうる人がいない

家族関係が悪い、DV、虐待の恐れなど家族調整が必要な場合

主治医意見

医療につなぐ必要の有無

(3)地域事例検討会

1)地域事例検討会の設置

必要に応じて、地域事例検討会を開催し、中長期的な援助方針について検討する。

(目的及び対象)

精神疾患による精神症状に基づくと思われる行動があり、症状悪化により緊急に医療が必要にもかかわらず、本人や家族が受診に同意していないもの、法第24条に基づく通報には至らないが対応が困難なもの等について、適切な医療を提供し、また地域での見守り体制を支援できるように、個々の具体的な事例についての検討を行う。

(出席者)

保健所職員(嘱託医を含む)を中心に、福祉事務所ケースワーカー、児童相談所ケースワーカー、市町村保健師、精神保健福祉センタースタッフ、主治医、警察、民生児童委員、教育関係者、心理職員、弁護士など、個別事例の必要に応じた構成メンバーとする。

(開催時期)

相談を受け、必要と認めたときに保健所長が開催する。各関係機関は、検討会メンバーが持ち帰った検討結果に沿って支援を行う。

(留意点)

個人情報の保護に関する法令等に反しない範囲で、対応について検討する。また、各関係機関が迅速に連携できるように、常日頃から、それぞれの業務内容について相互理解を深め、連携体制を整備しておく必要がある。

第4節 法第23条一般人申請にかかる対応

(1) 一般人申請の運用について

法第23条、いわゆる一般人の申請は、「基本的人権に重大な影響のある行政処分の発動につながる」申請であることから、措置入院制度の一環として厳正な運用が求められる。

1) 本条の留意点は以下のとおりである。

申請を受けた都道府県知事(指定都市の市長)は、必要があると認めれば、指定する精神保健指定医に診察させるものであること(本人の意思によらない強制診察)。

その結果によっては強制的に措置入院させることになり、基本的人権に重大な影響を及ぼす行政処分の発動につながり得る制度であること。

条文にある「誰でも」の結果、場合によっては第三者から当事者(本人)に知らされないまま精神障害者又はその疑いのある者とされること(人権侵害の可能性)。

当事者(本人)に強制診察、措置入院という結果をもたらす可能性があり、本人の名誉、人権に十分配慮する必要があること。

「自傷他害のおそれとは何か」が重要な課題となること。

関連調査^{4,5)}によると、本条を根拠に不必要な精神保健指定医による診察は行われておらず、概ね適正な振り分けが行われていることが明らかになっている。今後も、本条の執行に直接または間接に関わる保健所職員においては、慎重に、誤解や間違いの無い厳格な運用が求められる。

2)運用の具体的な手順は以下のとおりである。

一般人からの申請書の提出から始まる。申請される者の名誉、人権に配慮し、慎重に対処する方法として文書による申請、「要式行為」を採用している。

申請書の記載内容、特に「症状の概要」が「法第29条の自傷他害のおそれのある状態である」こと、保健所長が「必要があると認めて」知事等宛に申請書を進達することになる。

(2)自傷他害のおそれとは何か

精神保健福祉法によれば「精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」との記載で法第24条、第27条、第29条にその文言が見られるが、自傷他害に関しては、その判定の基準について法第28条の二で触れられ、昭和63年4月8日付け厚生省告示で同条の二第一項の規定に基づく厚生大臣の定める基準が明らかにされている。その基準において、自傷行為を「自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為」、他害行為を「殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為をいい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう」とされている。

そして、自傷行為又は他害行為のおそれの認定にあたっては、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等を考慮するものとする事とされている。したがって、これらのことを十分に考慮した上で、自傷他害のおそれがあるかどうかの判定が行なわれなければならないことになる。

(参考)措置入院に関する診断書抜粋問題行動は、Aはこれまでの、Bは今後おそれある問題行動として下記で該当する場合)

1. 殺人 2. 放火 3. 強盗 4. 強姦 5. 強制わいせつ 6. 傷害 7. 暴行 8. 恐喝 9. 脅迫 10. 窃盗 11. 器物損壊
12. 弄火又は失火 13. 家宅侵入 14. 詐欺等の経済的な問題行動 15. 自殺企図 16. 自傷 17. その他

現在の精神症状(当てはまるものを記載する)

- . 意識 1. 意識混濁 2. せん妄 3. もうろう 4. その他()
- . 知能 1. 軽度障害 2. 中等度障害 3. 重度障害
- . 記憶 1. 記銘障害 2. 見当識障害 3. 健忘 4. その他()
- . 知覚 1. 幻聴 2. 幻視 3. その他()
- . 思考 1. 妄想 2. 思考途絶 3. 連合弛緩 4. 滅裂思考 5. 思考奔逸 6. 思考制止 7. 強迫観念 8. その他()
- . 感情・情動 1. 感情平板化 2. 抑うつ気分 3. 高揚気分 4. 感情失禁 5. 焦燥・激越 6. 易怒性・被刺激性亢進 7. その他()
- . 意欲 1. 衝動行為 2. 行為心迫 3. 興奮 4. 混迷 5. 精神運動制止 6. 無為・無関心 7. その他
- . 自我意識 1. 離人感 2. させられ体験 3. 解離 4. その他()
- . 食行動 1. 拒食 2. 過食 3. 異食 4. その他()
- <その他の重要な症状> 1. てんかん発作 2. 自殺念慮 3. 物質依存 4. その他()
- <問題行動等> 1. 暴言 2. 徘徊 3. 不潔行為 4. その他()
- <現在の状態像> 1. 幻覚妄想状態 2. 精神運動興奮状態 3. 混迷状態 4. 統合失調症等残遺状態
5. 抑うつ状態 6. 躁状態 7. せん妄状態 8. もうろう状態 9. 認知症状態 10. その他

(3) 法第23条申請の注意点

法第23条については一般人の申請によることであり、運用に関する基本的な留意点は先の「第2章第4節(1)一般人の申請の運用について」で述べている。

法第34条の規定を勘案すると、本条に関して家族ではなくたいい「第三者からの相談」となる。このことについては「第1章第1節 相談とは何か」でも触れているが、ここでは法第23条に限定して、運用の実際についての注意点について述べる。

第三者から「地域住民に関する苦情相談」が保健所に持ち込まれる場合、このことが緊急入院支援の発端となることが多い。公共の秩序と安全の確保という住民のニーズに応える機能が公的援助機関に責務として課せられている以上、援助非拒否、公共性の原則に照らして、保健所は第三者の相談にも真摯に対応する必要がある。この場合、以下のように慎重なプロセスが必要である⁶⁾。

(一般人の申請に関する注意点)

- 1) まず、持ち込まれた相談が、精神科医療に結び付けさせる危機介入に関する相談内容かどうか確認する
- 2) 電話やインターネットによる第三者からの相談の場合、第三者と必ず面接し、事実関係を詳細に聴取し第三者としての立場での協力を要請する
- 3) 対象とされる人物の家族やキーパーソンと連絡を取り、適切な介入の方法を検討する
- 4) 対象とされる人物に必ず会い、直接のコミュニケーションを通じて介入支援が必要か否かの判断を行う
- 5) 自傷他害行為が今後も予測されるならば積極的介入を開始し、さまざまな介入を試みても有効な介入が困難な場合、一般人申請の方法の手続きをとる、

(申請者に説明するときの確認事項)

- 1) 本申請は「人権、名誉に対する影響が大きいこと」から申請書による要式行為であること。
- 2) 「誰でも」といっても、申請者には一定の要件があること
- 3) 第三者の申請が当事者にとって人権侵害となる可能性があること
- 4) 家族など他の支援者の有無の確認が不可欠であること
- 5) 虚偽の事実を申請したときは申請者が罰を受けることがあること
- 6) この申請によって、安易に行政機関が「明日にでも」入院させるものではないこと
- 7) 人権に十分配慮をして、慎重な調査を行う必要があること
- 8) 「精神障害のために自傷他害のおそれがある」という条件にかなう場合にのみ申請が受理されること
- 9) たとえ措置入院となっても、入院と同時に退院後の支援活動が始まること
- 10) 措置入院でなく医療保護入院となった時の対応の準備が事前に必要なこと
- 11) 入院に伴う留守宅の管理の問題とその準備の対応が必要なこと
- 13) 調査等の手続き期間中に自傷他害行為があった場合には、対象者を警察官が保護し法24条通報する制度があること
- 14) 警察への協力要請が必要な場合もあること
- 15) 申請者名および保健所とのやりとりの内容は、本人から情報開示請求があれば、開示される可能性があることとの了承を得ること

(4) 法第23条申請の意義と課題

精神障害による自傷他害のおそれについての課題のひとつは、それが行為化される前兆をどのように把握し、かつ、どの時点で行為を未然に防ぐ予防策をとるのかであり、このことについては、「第1章 相談支援と危機介入」で述べている。そこでは精神的不健康状態や精神症状の悪化、また精神科救急対応時などの危機的状況に至る前段階、すなわち地域での日常生活の維持に影響を与えるような事態発生の段階をすでに危機的状況と捉え、その時点での支援介入が重要であるとした。

現実問題として、保健所に精神障害者の自傷他害に関する情報がもたらされるのは、法第24条警察官通報に見られるとおり自傷他害行為の後であることが大部分であり、それも、被通報者は保健所などの支援機関での継続支援当事者であるとは限らない。したがって、自傷他害の行為阻止、もしくはその重篤化を少しでも軽減させることは、決して容易なことではない。しかし、法第24条警察官通報に比べれば、法第23条一般人申請は少なくともまだ(警察が介入した)行為の結果には至っておらず、少しでも重篤な自傷他害行為に陥らぬための予防が法第23条の運用によって少なからず期待できる。

一般人の申請については、これまで種々の課題が指摘されてきはいるが、本制度を改めて意義あるものとするためには、これまで法第23条をめぐる曖昧部分を明確にし、被申請者の範囲を法第34条移送などとの整合性をはかりつつ明確にする必要がある。

日常生活に影響を与える時点からの介入を拡充するためには、保健所精神保健福祉関係職員体制の質と量の充実はもちろんのこと、障害者自立支援法の主旨を踏まえ、特に市町村精神保健福祉活動の充実、また地域住民の適切な精神障害(者)観の醸成をはじめとする地域精神保健福祉活動の活性化、ネットワークシステムの整備推進などが必要である。

第5節 継続支援における注意点

緊急介入判定会議の結果、法第27条診察の要件や法第34条移送の要件に該当しないため法的措置に基づく緊急的入院支援が必要でない判断された場合、より人権に配慮した受療支援や生活支援を行うために継続支援を行う。

(1) 支援の基本姿勢

緊急対応時は、短時間の中で緊急対応の必要性の判断に重きを置いた対応となるが、継続支援においては、本人の状況を多角的に調査し計画を立て支援することが必要である。また、本人との間に信頼関係を構築し自覚的に受療できるよう援助すること、キーパーソン(多くの場合家族等親族である)や家族を支援することで主体的な問題解決力を高めることができるよう支援することが重要である。

- ・キーパーソンや家族と面接し、多角的な情報の収集を行う。また、不安や苦悩を受容し、疾病と障害の理解や対応についての指導・支援を行う。
- ・本人にも必ず面接し、対面コミュニケーションを通じて支援の必要性の有無等を判断し、支援が必要な場合は、信頼関係の構築に努める。本人の状態が悪く直接面接できない場合もあるが、対象者の所在する場所に行き状況を直接把握するよう最大限努める。
- ・キーパーソン、家族、医療機関、関係機関等との連携を図り、タイムリーな受診援助や生活支援が行えるように努める。

(2) 訪問の頻度

初回対応は、病状の重篤化や地域への影響を最小限に留めることができるよう、出来るだけ早期に行う。訪問頻度は、対象者の状況が異なるため標準化しにくい、概ね次のような対応が必要である。

- ・本人との面接等が可能な場合は、定期的に訪問し信頼関係の構築を図る。
- ・本人に意思疎通性がなく接触が困難な場合は、キーパーソンや家族等に本人のモニタリングを依頼し、情報を得ながら必要な支援を行う。
- ・単身者の場合は、本人に関する情報は近隣者や関係機関から得ることが多くなるが、定期的に訪問し状況の観察を行う事も必要である。またそうすることが、近隣者等の不安の解消と対応への協力を繋がる。
- ・なお、訪問とともに日ごろから電話などにより本人との意思疎通に努力する。

(3) 関係者への説明会

本人の迷惑行為等で被害を受けている近隣者等の集まりで、説明を求められることがある。このような場合、本人の問題行動に対する苦情の訴えに対し行政機関として事態に即応することを求められることが多い。先ず、苦情をしっかりと傾聴し、近隣者としての困難を受容することが重要である。そのような対応がひいては精神障害者への理解や対応への協力を得ることに繋がっていく。また、プライバシーの保護に努めるとともに、精神障害者への偏見を助長することなく理解を図るように努める。

- ・説明会への開催・出席は、保健所内での検討を経て決定し、複数職員が対応する。
- ・説明会を行うことに対して、可能な限り本人、家族等の承諾を得よう努める。(現実的には、本人の承諾を得ることは困難な場合が多い。)
- ・説明会の開催にあたっては自治会長、民生児童委員などの協力を求める。
- ・プライバシーを保護するため個人情報提供せず、苦情の受け止めに努め、訴えられた問題に対しては一般的な状況の理解と対応方法を説明する。
- ・情報提供(たとえ苦情であっても)は、今後の対応を検討するうえでの貴重な資料となることを説明し適宜の連絡を依頼するなど、協力者の役割を担ってもらえるよう努める。
- ・本人が暴力等の他害行為を行うおそれの強いときは、緊急時の対応がスムーズに行われるよう事前に警察署へも相談しておくことを助言する。
- ・必要時、精神保健福祉法に基づく申請・通報等の概要を説明する。

(4) 見守りにおける関係機関の役割分担

以下の役割分担を保健所職員は認識し、かつ関係機関に周知することが望ましい。

1) 医療機関

- ・医学的判断に基づく助言・指導を行う。
- ・往診、受診調整、入院受け入れ等を行う。
- ・家族等への指導、教育を行う。

2) 警察

- ・家族等からの保護等の要請時は、適切に対応する。

3) 市町村、福祉事務所

- ・生活保護受給者、障害者自立支援法サービス利用者等何らかの支援対象者として関わりがある場合は、それらの支援活動を通して本人の状況を把握し、保健所や関係機関と協働で受診援助、生活援助を実施するよう努める。
- ・健康保険や医療費等の課題が生じた場合は、相談に応じ適切な対応をする。

4) 民生児童委員等地域役員

- ・本人の状況や地域の苦情等を保健所に報告し、保健所等の対応を住民に伝達するなど、地域住民と保健所のパイプ役となる。

第6節 緊急支援における注意点

(1) 法第34条移送の活用

法第34条移送は、本人にとっては突然の根拠のはっきりしない強制的な精神科医の診察となることを十分認識し、基準に沿って厳密に実施する。

【法第34条移送の対象者】

- ・措置症状に該当する自傷他害行為が認められない。
- ・重篤な身体症状がない。
- ・現在の状態の背景に幻覚、妄想あるいは病的な行動があり、精神障害が強く疑われる。
- ・本人の健康、生命にかかわることで、近い将来(概ね1ヶ月以内)に重篤な状態が予測できる。(睡眠、栄養、清潔、身体疾患の治療管理、ライフラインの確保、寒冷・射熱の防御)
- ・本人が、経済的・社会的な被害を受けるおそれがある。(失職、詐欺被害、浪費、閉じこもり)
- ・本人の状態により、家族等が被害を受けるおそれがある。(家族等が虐待を受けている、家族等機能の維持困難、養育・介護等の役割不全)
- ・関係者が十分な援助活動をしたにもかかわらず本人が精神科受診や入院を強く拒否する。
- ・入院治療を含めた精神科医療の濃厚な関与なしには、改善が期待できない。

(2) 訪問診察医師の確保

- ・法第34条移送の場合は、各都道府県等のシステムに沿って指定医を確保する。
- ・法第34条以外の場合は、本人に主治医がいれば主治医に往診を依頼する。
- ・主治医がいない場合は、保健所の嘱託精神科医師に依頼して訪問指導として実施する方法などが考えられる。
- ・家族の同意がある場合は、往診可能な精神科医師に依頼する。

(3) 移送における連携

- ・措置入院や法第34条移送など行政処分としての移送は、都道府県知事(指定都市の市長)の責任で実施するものであり、車両の確保、職員等の同乗の手配を行う。
- ・移送に際しては【移送告知】を行う。
- ・身体拘束の有無についての指示を指定医から得ておく。
- ・不測の事態を回避するため、本人の精神状態が不安定な場合は、警察官の臨場を要請する。

- ・医療機関との連携を適宜行い、病院に到着後の受け入れがスムーズに行われるようにする。
- ・行政処分としての移送ではなく家族等が搬送する場合も、事前に相談があったケースについては、医療機関の受け入れがスムーズに行われるようコーディネートする。
- ・身体拘束を行う場合には、精神保健指定医が同乗することが望ましい。同乗できない場合には事前に、指定医の指示を記録しておく。

(4) 退院後の生活支援検討

1) 社会復帰及び自立の支援

精神疾患の悪化と入院によって失った生活基盤や能力を回復し、社会復帰及び自立を推進するための支援は、都道府県及び市町村の役割であり、入院当初から計画を立て支援することが望ましい。特に措置入院の履歴のある者は、再び通報される率が高いとされる⁴⁾、⁵⁾。このため退院後の症状悪化を予防するためにはケアの継続が重要である。

支援に当たっては、支援者側の一方的な計画によって行うのではなく本人や保護者の意向をくみ上げ同意を得て行うものであるため、支援者は、入院中から本人や家族との間に信頼関係を構築するよう努める。また医療機関や支援関連機関と連携し、生活全般を視野に入れた支援を行う。

社会復帰を促進するためには家族等への支援も重要である。本人の入院中から家族等との面接相談や「家族教室」等、教育プログラムへの参加勧奨を行い、退院に向けて心理面や環境面の準備ができるよう支援する。

2) 継続的な支援方法

入院医療の対象とならない場合は、通院医療を確保する。主治医の往診や訪問看護などの利用も検討する。頻回に訪問して本人が適正な医療にかかるよう努めるとともに、家族や近隣との関係調整を図る。地域事例検討会なども活用して、関係者の役割分担を決めた上で協力して継続支援をしていく。

(参考文献)

- 4) 平成15年度厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉研究事業 「措置入院制度の適正な運用に関する研究」研究報告書 浦田重治郎 平成16年4月
- 5) 平成16年度厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉研究事業 「措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究報告」 浦田重治郎 平成17年3月
- 6) 全国精神保健福祉相談員会編「精神保健相談」 1995年3月

第3章 法24条警察官通報にかかる対応

第1節 通報等内容聴取における注意点

(1) 法24条通報の判断基準

警察官の24条通報判断の基準は、主に警察官職務執行法第3条に従い、「精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのあるものに該当するもの」となっているが、通報の段階で明らかに指定医の診察を要しないものもかなりある。そのため、通報のあった対象者について「精神障害を疑うにたる理由」と「自傷他害のおそれ」の有無を明らかにする調査が必要である。緊急措置入院は通常の措置入院よりも簡略な手続きで措置権限を行使するものであることから、「自傷他害のおそれ」が通常よりも著しいと認められる必要があり、症状が急迫し、自殺未遂などを引き起こしたものが該当すると考えられる。

(2) 休日・夜間の対応

夜間・休日に法第24条通報があり、措置診察が必要と判断された場合、二人以上の指定医による診察が必要な通常の措置診察の体制が整備されている都道府県等以外では、法第29条の2のいわゆる緊急措置入院の手続きをとることになる。

(3) 聴取票の作成

1) 通常の24条通報の場合

【聴取票の内容】

- ・通報受付日時、担当者の氏名、通報警察官、係職名
- ・被保護者の本籍地、現住所、氏名、生年月日、家族等構成、保護者(扶養義務者)の連絡先
- ・保護の有無(逮捕の場合もある)と保護時刻(保護可能時間は原則24時間なので正確に)
- ・現在の本人の身柄はどこにあるか
- ・誰から110番通報があったのか
- ・どんな行為をしたのか、保護等の理由(自傷行為、他害行為の有無)
- ・保護時の本人の状況はどんな状態であったのか
- ・本人は現在どのような状態か
- ・警察が24条通報の対象と判断した理由
- ・その他、酩酊の有無、覚醒剤使用の有無、他科処置(外傷)の有無、精神科治療歴の有無

2) 夜間、休日などの24条通報の場合

本来は夜間休日であっても平日の日中と同様の対応をすることが望ましいが、夜間休日体制等のため被保護者に都道府県職員が直接に会うことが困難で、警察官から電話で聴取し措置診察の必要性を判断しなければならない場合は、より詳細に自傷、他害性を聞く必要がある。

【聴取票の作成】

法第24条警察官通報は、差し迫った事態にある精神障害者の処遇に係る通報であり一般的に急を

要するため、法第23条申請とは異なり、文書等をもってするいわゆる要式行為の必要はなく、電話で通報がある。そのため、警察官から一報が入った時は、「法第24条通報」なのか、対応についての「相談」なのか確認し、「24条通報」の場合は決められた手続きを行い、「相談」の場合は相談に応じる。

なお、24条通報は要式行為ではないが、後日、文書をもっておくことが望ましい。

(4) 法的処理機関・連絡先の確認

1) 通常の措置診察

24条通報は保健所長を経て都道府県知事が受理することになっている。措置診察の必要性の有無を都道府県知事(措置権限が保健所長に下りている場合は保健所長)が判断し、必要があれば指定医を確保し診察を行う。

2) 緊急措置診察

夜間休日等であっても24条通報を都道府県知事が受理し、措置診察を要すると判断すれば、通常の措置診察を実施することが望ましいが、困難な場合は緊急措置入院患者を受け入れることが可能な病院に連絡し、指定医に診察を依頼する。

第2節 事前調査における注意点

(1) 事前調査の期限設定

事前調査は、警察官職務執行法による保護時間が原則24時間以内となっており、その時間内に法第27条の一連の過程を終えなければならないため、通報受理後、即対応する。

(2) 事前調査の方法

平成15年度の厚生労働科学研究の「措置入院制度の適切な運用に関する研究」は、「(法第24条等の通報には)通報の時点で指定医の診察を要しないことが明らかな事例や、事前調査によって指定医の診察の要否判断を行うべき事例が含まれており、事前調査書を作成することによって、指定医診察の要否判断の根拠を明示する必要があることがわかった」とし、「(事前調査は)『精神障害を疑う理由と』『自傷他害のおそれ』の有無を明らかにしたうえで、指定医による診察の要否を判断するために行うものであって、両者の因果関係を明らかにすることが目的ではない。」としている。また、「事前調査書案」を作成している。

事前調査の方法は、通報書及び聴取内容だけでなく、保健所の既存資料からの情報収集、医療機関や福祉事務所等からの情報の収集、対象者のいる現地に出向く訪問調査等によって行う。基本的人権に関わる行政処分発動の根拠となることや短時間内に調査を実施する必要があるため、複数の職員が役割を分担し効率よく実施する。

【事前調査の実際】

- ・保健所内に本人に関する情報がある場合は、記録等から受診歴、主治医、診断名、家族状況(特に保護者)等について情報を得る。
- ・主治医がいる場合は連絡し、意見を聴取する。
- ・保護者(扶養家族等)に連絡し(可能な限り面接する)、生育歴、受診歴、最近の状況特に自傷他

害の行為の有無、保護者の入院についての同意の有無等を把握する。

- ・警察官と面接し、保護時の本人の状態と警察官がその事実を確認したか(現認の有無)、覚せい剤使用の可能性、アルコール飲用の有無、また保護後の本人の状態について聴取する。
- ・本人に面接し身体状況(外傷や合併症等)、意思疎通性、意識状態、精神症状を観察する。
- ・本人との面接前の状況把握の結果、面接時に自傷他害行為を発するおそれがあると判断した場合は、所属機関の上司等に相談し、警察官等の臨場を要請する。

【事前調査書作成時の留意点】

- ・できるだけわかりやすいことばで簡潔に記載する。
- ・記載に当たっては、「幻覚、妄想あるいは明白に病的と思われる行動(興奮や多動、重い持続する引きこもり等)の有無や程度」、「社会生活における状況認知や判断の障害の有無や程度」、「睡眠、栄養、清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑・炎熱の防御など基本的な生活の維持の困難の有無と程度」などを考慮して記載する。
- ・自傷他害のおそれについては、内容と頻度を記載する。特に他害行為については、本人が行った行為であることの実事確認の有無が分かるように記載する。
- ・治療歴は、現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療の有無と、主治医の意見を記載する。
- ・通報時の薬物乱用、アルコールの飲用、重大な身体合併症の有無、司法処分の有無とその内容などを記載する。
- ・精神障害と自傷他害の恐れに関連について分かる範囲で記載する。

(3) 医療機関照会・通報内容の確認

1) 医療機関照会

本人に精神科受診歴があれば、直近に受診した医療機関に連絡し主治医等から診断名、受診状況、症状、服薬等について情報の提供を受ける。また入院歴があれば、入院形態、入院年月日、退院年月日、入院時の病態、処方内容等について情報提供を受ける。

なお、個人情報保護の観点から情報提供を躊躇される場合があるが、法に基づくものであるため個人情報保護法第23条(参考資料1)により、情報提供制限の除外の対象であることを説明し、協力を依頼する。

2) 通報内容の確認

警察官から詳細に聞く。

本人と面接し状況を把握する。

保護者(扶養義務者)等と面接し、状況を把握する。

第3節 法第27条診察等の必要性判断

(1) 判定会議の開催

事前調査によって得られた情報に基づき、必要に応じて措置権限業務の責任者が会議を招集する。

(会議参加者)

業務担当者及びその責任者、可能であれば精神保健指定医、その他必要と認められる関係職員

(主治医意見の確認)

被保護者に精神科治療歴がある場合、主治医の意見が聴取されているか確認する。

(留意事項)

平成17年7月に施行された心神喪失者等医療観察法の施行により、殺人、傷害などの精神障害者の重大な他害行為は、精神保健福祉法の対象ではなくなったことに留意する必要がある。

(2) 措置診察の要否判定基準

下記の点を確認し、措置診察の要否を判断する。

警察官職務執行法により保護されていること

警察官が被通報者を現認していること

精神障害者であること(受診歴、過去の診断など)

外傷などの身体合併症がないこと

アルコールや薬物の酩酊状態にないこと

覚醒剤使用の可能性がないこと

自傷他害のおそれがあること(他害:刑罰法令に触れる行為)

重大な他害行為でないこと

自傷他害は精神障害によるものであること

第4節 措置診察における留意点

(1) 措置入院の要件

措置入院該当の要件として以下の7項目が参考として示されている⁷⁾。

- 1) 「ICD 10 精神及び行動の障害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在する
- 2) 問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当する
- 3) 問題となった行為は、精神症状によって生じたか、もしくは関連がある
- 4) 問題となった行為に対する判断能力もしくは責任能力がないか、著しく障害されている
- 5) 問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続しているか、軽快または消失している場合でも容易に再燃や悪化が予想される
- 6) 精神科の入院治療によって、精神症状の改善が認められるか悪化が防止される
- 7) 入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある

(2) 措置診察医師の確保

精神保健指定医を速やかに確保し、措置診察をする必要がある。その際、主治医は避けるべきである。実際上は困難であるが、指定医が確保しやすい地域にあっては、措置該当となった際に入院する病院の指定医は避けるように配慮する。また、二人以上の指定医を確保する際、同一医療機関の医師は避ける必要がある。

なお、嘱託医の活用は地域により体制が異なるが、精神保健業務嘱託医などを精神保健指定医として活用できるかは各機関で検討しておくことも必要である。

(3) 診察場所の確保

診察場所は警察の保護室等、措置診察の目的に確保した場所で行う。

なお、指定医の都合で病院に搬送して措置診察する場合は、措置診察の結果、当該病院への入院はできるだけ避けることが望ましい。

(4) 診察時の注意事項

診察時に診察の目的の告知を行い、措置入院が決定した際には措置入院決定のお知らせを被保護者に交付し、措置入院させたこと的事实を本人、保護者に知らせる必要がある。また、精神科病院に移送する場合は移送に際してのお知らせを書面で知らせなければならない。

第5節 入院支援における注意点

(1) 移送手段・移送要員の確保

専用の移送車は都道府県が用意する。診察場面で不穏を認めなくても、移送中に興奮することがあるので運転員以外に3人以上の移送要員を確保する必要がある。看護職員は、興奮状態の患者の身体拘束に慣れているので同伴が望ましい。また、対象者が女性の場合、対象者の不安軽減となるので女性の搬送要員が同乗することが必要である。

なお、移送時に不穏のため拘束が予想される場合は、精神保健指定医にあらかじめ拘束の指示を受けておくか指定医に同乗していただく。

(2) 入院先病院の確保

診察後の移送を速やかに行うためにも、診察前に受け入れの指定病院を確保しておく。

(3) 警察官の協力

平成12年の警察庁生活安全局長通知及び厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知(参考資料2)では、移送の対象者により犯罪がまさに行われようとするのを認めるとき都道府県等の職員の臨場要請を受けた場合、警察官が臨場し警察官職務執行法等の法令の規定に基づく権限を適切に行使すると定められている。

診察場面で暴力性が認められる場合は、警察官の臨場を求めることとなるが、診察場面でおとなしい患者が、移送中に興奮する可能性もあるので十分な見極めが必要である。

なお、警察官は移送用の車両の運転、対象者の乗降の補助をする立場にはないことに留意する。

第6節 入院中・退院後の支援

精神疾患の発病と入院によって失った生活基盤や能力を回復し、社会復帰及び自立を推進するための支援は、都道府県及び市町村の役割であり、入院当初から支援計画を立て支援することが望ましい。特に措置入院の履歴のある者は、再び通報される率が高いため((障害保健福祉総合研究事業 措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究 措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究より)、退院後の症状悪化を予防するためにはケアの継続が重要である。

支援に当たっては、支援者側の一方的な計画によって行うのではなく本人や家族等の意向をくみ上げ同意を得て行うものであるため、支援者は、入院中から本人や家族等との間に援助関係を構築するよ

うに努める。また、医療機関や支援関連機関と連携し、生活全般を視野に入れ支援する。

社会復帰を促進するためには家族支援も重要である。本人の入院中から家族等との面接相談や「家族教室」等教育プログラムへの参加勧奨を行い、退院に向けて心理面や環境面の準備ができるように支援する。

(1) 病院連絡会議の開催

入院当日、主治医やPSWと面接し、社会復帰に向けて連携して取組んでいく意向を伝え、退院予定時期や必要時にカンファレンス等の開催を依頼しておく。

カンファレンスには可能な限り本人、家族の参加を得て意向をくみ上げながら支援計画をつくる。

退院予定時期になっても医療機関からカンファレンスの連絡がない場合は、適宜連絡を入れ状況を把握するように努める。

(2) 社会復帰施設の活用

退院当初から通院が安定的に実施されるようになるまでは、服薬や受診を中断しないよう、家族や医療機関、必要時、ホームヘルパーや訪問看護等を導入し連携してモニタリングと支援を行う。

本人の病状が安定し意欲が回復してくれば、社会復帰、社会参加に向け社会復帰施設等を活用する。そのためには、精神保健福祉法や障害者自立支援法の諸制度、特に「地域生活活動支援事業」などについて情報提供し積極的に活用するように働きかけることが必要である。また、徐々に本人が自身の病気を認知し、自己管理することが出来るように支援することも重要である。

(参考文献)

7)平成17年度厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉研究事業「措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究」 浦田重治郎 平成17年11月

[相談票]

相談日:平成 年 月 日、

相談担当者:

別添1

本人氏名		性別	男・女	生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 歳		
住 所	Tel:				職業		
相談者氏名		本人との関係		住所	Tel:		
把握契機	電話相談 来所相談 その他()						
保険区分	本・家	健康保険	国民保険(一般・退職)	生活保護	共済 その他		
家族構成		経済状態		嗜好	酒(合/日) たばこ(本/日)		
保護者氏名		本人との関係		住所	Tel		
家族歴				続 柄	氏 名		
生 活 歴	(生育,教育,職業,結婚,等)						
相 談 内 容	主訴						
	現症	自傷他害の恐れ有 家族、近隣への問題行動有 その他()					
	相談概要						
精神科既往歴	病名	(1)	(2)	他疾患既往歴	病名	(1)	(2)
	時期				時期		
	服用薬品				治療経過		
	治療経過						
福祉制度利用状況				過去の相談歴	あり(時期: 相談内容:) なし 不明		
相談者の同意	本人と面接する際に相談者の名前を知らせることに同意 同意しない						
特記事項	アルコール依存症 薬物依存症 その他()						
緊急度判定	訪問調査 継続相談対応 関係機関連絡(警察、主治医、家族、児相、市町) その他						

[緊急訪問調査判定票]

判定日:平成 年 月 日

相談担当者:

別添2

本人	氏名		年齢		住所	
1 相談方法	電話相談	来所相談	23条申請(24条通報	25条通報	26条通報) その他
2 問題行動等に関する聞き取り項目						
ア) 精神症状						
	あり	なし	不明			
自傷他害の恐れの有無						
	あり	なし	不明	不衛生、安全を保てない	あり	なし 不明
大声で叫ぶ等錯乱状態						
	あり	なし	不明			
イ) 精神症状の急激な悪化						
	あり	なし	不明			
ウ) 身体合併症の有無・身体状況						
	あり	なし	不明			
外傷の有無						
	あり	なし	生命身体に重大な影響	あり	なし	不明
栄養状態・やせ						
	あり	なし	生命身体に重大な影響	あり	なし	不明
その他()						
			生命身体に重大な影響	あり	なし	不明
エ) 治療歴の有無						
			なし(治療中断含む)	不明	あり	
治療期間は: 年 月 日から現在治療中 年 月 日から現在中断						
主治医名() 医療機関名()						
オ) 家族への問題行動						
	あり	なし	不明			
家庭内暴力						
	あり	なし	他者の生命身体に重大な影響	あり	なし	不明
子供への虐待						
	あり	なし	子供の生命身体に重大な影響	あり	なし	不明
高齢者への虐待						
	あり	なし	高齢者の生命身体に重大な影響	あり	なし	不明
カ) 近隣への迷惑行為						
	あり	なし	不明	近隣に石等を投げる	あり	なし 不明
大量のごみを集め不潔異臭						
	あり	なし	不明	暴言をはく	あり	なし 不明
車や植木等の器物を損壊する						
	あり	なし	不明	騒音をたてる	あり	なし 不明
騒音をたてる						
	あり	なし	不明	その他()		
キ) アルコール、薬物等の中毒						
	あり	なし	不明	薬物中毒	あり	なし 不明
アルコール中毒						
	あり	なし	不明			
3 緊急訪問調査						
問題行動ア),オ),カ)に、一項目でも該当すれば、緊急訪問調査が必要						
(なお、オ の場合、必ず児童相談所、市町村担当部署に通報する)						
判定基準						
問題行動イ)、エ)、キ)に該当し、問題行動ア)、オ)、カ)がなしの場合、主治医連絡の上で判断する						
問題行動ウ)で、一項目でも該当し、かつ身体生命への影響があれば緊急訪問調査が必要						
問題行動オ)、カ)が該当すれば、警察、福祉事務所等との共同での緊急訪問調査が必要						
4 対応内容						
緊急訪問調査						
関係機関連絡(警察、主治医、家族、児童相談所、市町、その他)						
継続相談対応						
その他()						

【訪問調査票】

別添3

訪問実施年月日		平成 年 月 日			
本人氏名					
保護者、扶養義務者氏名					
訪問担当者氏名					
訪問同行関係機関		警察	福祉事務所	児童相談所	関係機関()
訪問先		自宅	医療機関	関係機関	その他()
既往等	精神科既往症	あり()	なし	不明	
	福祉制度利用	あり()	なし	不明	
現状	精神症状				
	身体症状				
	睡眠				
	食事				
	清潔				
	安全(ガス等の 取り扱い)				
生活状況	生活状態 (閉じこもり等)				
	経済状態				
	家族状態				
	自宅間取り 危険箇所				
その他(特記事項)					

(参考) 精神科医療へのつなぎ方

本稿は、危機介入における事務の流れとは異なるため、参考とした。事務の流れとは別に、精神疾患の特徴を踏まえた精神科医療へのつなぎ方を理解することで、その後の信頼関係や治療関係の構築に寄与できるものとする。なお、ここで述べる「つなぎ方」は基本的な考え方であり、精神疾患の病態に応じて異なった対応が求められる場合もあることをご了解いただきたい。

第1節 精神科医療へのさまざまなつなぎ方

「精神科医療(以下、医療と略)につなぐ・つながない」は、単純な二者択一ではない。医療につなぐとしても、積極的につなぐ場合と消極的につなぐ場合があり、対応が異なるからである。「この機会に、ぜひ精神科に受診しましょう」と積極的に勧める場合もあれば、「一度、精神科の先生に診てもらおうとよいでしょう」と消極的に言う場合もある。

このような、医療につなぐ時の積極性の違いは、「医療の必要性」の違いから来ていて、医療の必要性が高いケースでは積極的に介入し、できる限り医療へと導かねばならない。逆に、医療の必要性が低いケースでは消極的な表現をすることで、本人・家族に必要以上の期待を抱かせないようにする方がよい。このように対応を適切に使い分けることで、受診時の混乱を最小限にとどめるだけでなく、危機介入自体が治療の契機となり、危機介入が治療的価値を持つことになる。

保健所が行う危機介入においては、「医療の必要性」が高い場合もあれば、低い場合もあることを踏まえて、介入する必要がある。過去の病歴、生活状況、問題行動などを慎重に検討した上で、「医療の必要性」の程度に応じて、対応方法を考えていくことが、危機介入において重要なポイントとなる。

第2節 医療につなぐ条件

この問題を考えるに当たって、危機介入においては「医療の必要性」の程度という判断が重要であることはすでに述べた。危機介入時に、「医療の必要性」という要素を織り込んで、対応の仕方を決めることが望ましい。

医療の必要性を判断するには、治療の効果 治療不可避性 病状の悪化 という3つの要素即ち、治療すれば治り、治療しなければ治らず、放置すれば病状はどんどん悪くなる、というパターンを見極めなければならない。病歴などから「診断」が想定されている場合は、比較的判断しやすいが、未治療の場合などには、嘱託医の助言などを受けて検討することになる。「医療の必要性」を織り込んだ危機介入とは、言い換えれば、「診断を想定し、見通しを持った上で行う危機介入」ということであり、対象者との信頼関係を形成しつつ、治療につなぐ上で重要な要素である。

ここで言う「積極的に医療につなぐ」とは、「医療の必要性が高く、精神科救急医療や強い受診の勧め(時には申請、通報、34条などの強制力を伴う)により医療につなぐ」場合等であり、「消極的に医療につなぐ」とは、「医療の必要性は認められるものの、できるかぎり一般の診療時間帯に医療につなぐ」場合等と考えている。

(1)「医療につなぐ」疾患別目安

1) 医療の必要性が非常に大きいケース

【対象疾患】統合失調症急性期および増悪期・躁うつ病・薬物中毒性精神病・薬物離脱症候群

薬物療法なしでは、問題の本質的な解決が望めない

薬物療法によって、問題が解決に向かうと考えられる

緊急入院は不可欠といってもよい

緊急度にかかわらず、積極的に医療につなぐ

2) 医療の必要性が認められるケース

【対象疾患】統合失調症残遺状態・パニック障害・認知症

薬物療法なしでは、問題の本質的な解決が望めない

薬物療法だけでは、問題が解決に向かうとは考えられない

緊急入院は、プラスになる可能性が大きい

緊急度が高い場合は、積極的に医療につなぐ

緊急度が低い場合は、消極的に医療につなぐ

3) 医療の必要性が限局的でしかないケース

【対象疾患】境界型人格障害・知的障害・発達障害

問題解決のために、必ずしも薬物療法を必要としない

緊急入院は、新たな問題を生む可能性がある(入院して悪化)

緊急度が高い場合は、課題を見極めて(消極的に)医療につなぐ

緊急度が低い場合は、本人の意志に基づいて医療につなぐ

4) 医療の必要性が認められないケース

【対象疾患】アルコール・薬物依存症(酩酊状態)

問題解決のために、薬物療法は不要である

緊急入院は、疾患に悪影響を与える

緊急度が高い場合は、身体治療を優先し、精神科医療につながない

(2)「医療につなぐ」問題行動別目安

1) 自殺企図

【想定される疾患】うつ病 統合失調症 境界型人格障害 アルコール・薬物依存症(酩酊状態)

積極的に医療につなぐ うつ病 統合失調症

消極的に医療につなぐ 境界型人格障害

医療につながない アルコール・薬物依存症(酩酊状態は身体的治療優先を基本とする)

【判断の目安】

自殺の方法を見れば、およその見当がつく

うつ病 飛び降り 首吊り

統合失調症 刃物などで深く刺す

境界型人格障害 リストカット 大量服薬

2) 近隣への迷惑行為

【想定される疾患】 統合失調症 躁病 覚醒剤精神病 妄想性人格障害

積極的に医療につなぐ 統合失調症 躁病 覚醒剤精神病

医療につながない 妄想性人格障害(診断がはっきりしているケースは警察へ)

【判断の目安】

精神病状態による近隣への迷惑行為は攻撃性を含むことが多い(例外は躁状態 攻撃性なく騒音を出したりすることがある)

精神病状態による近隣への迷惑行為は繰り返すことが多い(裏を返せば、初回は判断がつきにくい)

統合失調症と妄想性人格障害の判断は、過去の診断がなければ困難である

3) 家庭内暴力

【想定される疾患】 統合失調症 躁状態 認知症 覚醒剤精神病 境界型人格障害

積極的に医療につなぐ 統合失調症 躁状態 認知症 覚醒剤精神病

消極的に医療につなぐ 境界型人格障害(緊急度が高い)

医療につながない 境界型人格障害(緊急度が低い)

【判断の目安】

介入者に対して問題を隠そうとするのは、統合失調症、覚醒剤精神病の場合が多い

介入者に対して、何かを訴えようとしてくるのは、躁状態、境界型人格障害の場合が多い

境界型人格障害は介入に対して様々な反応を示すが、対応と観察によって、何を求めているか読み取れることがある

4) 身体的危機状態

【想定される疾患】 統合失調症性昏迷状態 うつ病性昏迷状態 無為・自閉による衰弱状態 連続飲酒発作による衰弱状態

積極的に医療につなぐ 統合失調症性昏迷状態 うつ病性昏迷状態 無為・自閉による衰弱状態

医療につながない 連続飲酒発作による衰弱状態(一般科医療へ)

専門医療の立場からは医療につなぐ好機と捉える意見もある

【判断の目安】

過去の病歴がなければ、一般科へつなぐのが身体管理の必要性から考えて妥当である

5) 無銭飲食・恐喝

【想定される疾患】 統合失調症 アルコール性精神病 覚醒剤精神病

積極的に医療につなぐ 統合失調症 アルコール性精神病 覚醒剤精神病

【判断の目安】

事例化した時点で、精神病状態の可能性が高い。逃亡しきれないのは、迷いや反省があったか、被害者が強かったか、精神病状態であるかであろう

6) 自身の安全を守れない行動(ふらふらと国道を歩く人など)

【想定される疾患】 統合失調症 アルコール、睡眠薬、シンナー等乱用・依存(せん妄) 認知症
積極的に医療につなぐ 統合失調症
消極的に医療につなぐ アルコール、睡眠薬、シンナー等乱用・依存(せん妄)
医療につながない 認知症(まず保護者へ引き渡す)

【判断の目安】

たいていは意識障害で、まれに統合失調症が混じっている
意識障害の種類はせん妄である 原因としては、アルコールと精神科薬剤が最も多いが、
シンナーや認知症によるせん妄のこともある
せん妄は医療につなぐ対象であるが、認知症の場合は、適切な保護者がいれば引き渡し
ても問題はない
せん妄の判断は難しいが、目線が定まらない、話がゆっくりで長い、話がくり返す、落ち着
きがない、音や光に強く反応するなどの特徴がある

7) 身元不明者(何も言わない人)

【想定される疾患】 統合失調症 解離性障害
積極的に医療につなぐ 統合失調症
消極的に医療につなぐ 解離性障害

【判断の目安】 解離性障害は詐病との区別は難しい

第3節 事例の比較検討

(1) 事例A 統合失調症

20歳男性、未治療。1年半前から、自室に引きこもった状態。食事は母親が部屋の前にそっと置いておくと、いつの間にか食べている。家族と顔をあわせたり、話したりすることは全く無いが、部屋の中から独語が聞こえる。本日、いきなり母親の首を後ろから絞めて、事例化した。

これまでも何度か母親の首を絞めたことがあったが、いつも程なく落ち着き自室に戻るため、事例化することはなかった。今回はたまたま帰省中の姉が警察に通報したが、介入時には本人はすでに自室に引き下がっており、両親は、このまま事を荒立てることなく済ませたいという意向であった。

(2) 事例B 境界性人格障害

20歳女性。14歳頃から過食嘔吐を繰り返し、精神科で治療を受けてきたケース。17歳頃、男性と親しく付き合うようになってから、リストカットと向精神薬の大量服薬を繰り返すようになった。本日、ボーイフレンドとの別れ話から、数日分の薬を飲んでリストカットし、「死ぬ」と大騒ぎしたため事例化した。

介入時、カッターを取り上げられた患者は、つめきりで手首を傷つけようとして、ボーイフレンドに押さえられていた。両親、ボーイフレンド共に、何をするかわからないので入院隔離してほしいという意向であった。

(3) 事例Aと事例Bの比較

1) 視点1 危機介入の必要性

事例Aは、すでに危機は回避されている。 一見、危機介入の必要性は小さいように見える

事例Bは、まさに危機的状況にあり介入によってできるだけ早期に危機を回避させなければならない。

一見、危機介入の必要性は大きいように見える

2) 視点2 医療の必要性

その疾患が、現在の医学では治せないのであれば、患者をわざわざ医療につないでも意味はない。また、治療以外の方法(生活支援や人生相談)で解決できるのなら、必ずしも医療につなぐ必要はないことになる。さらに、疾患が進行性でないならば、今、とり急いで医療につなぐ必要はない。

医療の必要性を考えると、先にも述べたとおり、治療可能性 治療不可避性 疾患の進行性が、重要なポイントである。つまり、治療すれば治り、治療しなければ治らず、放置すれば病気がどんどん悪くなるというパターンが、最も医療が必要ということになる。この視点で見ると、事例の治療必要性は、以下のようになる。

事例Aは、統合失調症である。薬物療法が奏効すると見込まれ、薬物療法無しでは、いくら家族が努力しても病気は治らない。放置すれば、自閉、人格変化が進行する可能性が高い。つまり、医療の必要性は非常に高いということになる。

事例Bは、境界型人格障害であり、狭い意味では治療不可能である。精神科がかかわらずとも、家族・ボーイフレンドの態度如何によっては、一挙に落ち着く可能性もある。親身になって相談に乗ってくれる人があれば、薬なしで十分に落ち着かせることも可能である。どうしても精神科でなければ解決できないというものではない。また疾患は放置しても進行することはない。つまり、医療の必要性は低いということになる。

つまり、事例Aは、危機介入の必要性は小さいように見えるが、医療の必要性は高い。事例Bは、危機介入の必要性は大きいように見えるが医療の必要性は小さい。結果的には、どちらも医療につなぐことになるだろうが、前者は「積極的につなぐ」場合、後者は「消極的につなぐ」場合で、つなぎ方が違ってくることを理解しておく、医療への橋渡しがスムーズで、信頼関係や治療関係が構築しやすい。

(参考資料1) 個人情報保護法と精神障害者情報

(1) 保健所の対応方法

平成17年4月1日に個人情報保護法が全面施行され、個人情報であれば何の情報であれ、悪用されると困るから提供しなくてよいという風潮が精神障害者に関する情報の収集に障害をきたし、精神障害者対策に悪影響を与えている。この法律は、「個人情報を取り扱う事業者の遵守すべき義務等を定めることにより、個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護することを目的とする。」この法律での「個人情報取扱事業者」とは、個人情報データベース等を事業の用に供している者をいうが、「個人情報によって識別される特定の個人の数の合計が過去六月以内のいずれの日においても五千を越えない者」は除外される。また地方公共団体は除くものとされている。このため、医療機関等は「個人情報取扱事業者」とはならないが、この法律に準じた対応をすることが望まれる。

保健所が個人情報を医療機関等から確認する場合には、「個人情報取扱事業者」が個人情報を提供できる例外規定の「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」に該当する。

保健所が児童相談所や警察署などに個人情報を提供する場合には、「法令に基づく場合」、「国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事業の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき」に該当するが、一方で行政機関個人情報保護法による規制を受けている。

個人情報保護法第23条では「個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。」と規定されている。「次に掲げる場合」の例外規定は、法令に基づく場合、人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき、公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意があるとき、国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事業の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき の4つである。

(2) 個人情報とは「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」平成16年厚生労働省

「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるものをいう。「個人に関する情報」は、氏名、性別、生年月日等個人を識別する情報に限られず、個人の身体、財産、職種、肩書き等の属性に関して、事実、判断、評価を表すすべての情報であり、評価情報、公刊物等によって公にされている情報や映像、音声による情報も含まれ、暗号化されているか否かを問わない。

また、例えば診療録荷は、患者について客観的な検査をしたデータもあれば、それに対して医師が行った判断や評価も書かれている。これら全体が患者個人に関する情報に当たるものであるが、あわせて、当該診療録を作成した医師の側からみると、自分が行った判断や評価を書いているものであるので、医師個人に関する情報とも言うことができる。したがって、診療録等に記載されている情報の中には、患者と医師等双方の個人情報という二面性を持っている部分もあることに留意が必要である。なお、死者に関する情報が、同時に、遺族等の生存する個人に関する情報でもある場合には、当該生存する個人に関する情報となる。

(参考資料2) 精神障害者の移送に関する事務処理基準

「精神障害者の移送に関する事務処理基準」(平成12年3月付厚生省障害保健福祉部長通知)

第一 措置入院のための移送について

第二 医療保護入院及び応急入院のための移送について

第三 その他の留意事項

1 入院後に留意すべき事項

2 消防機関への協力要請

3 警察業務との関係

都道府県知事が法第27条又は第29条の2の規定による診察が必要であると認めたと者に対し、法第27条の規定による1回目の診察又は第29条の2の規定による診察のために行う当該診察の場所での移送は、都道府県知事の責務として行われるものである。

都道府県知事は、当該移送を適切に行うとともに、移送の安全を確保しなければならないものであるが、移送の対象者により現に犯罪が行われた場合又は犯罪がまさに行われようとしており、その行為により移送に係る事務に従事する者の生命又は身体に危険が及ぶおそれがある、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。

なお、臨場した警察官は移送用の車両の運転、対象者の乗降の補助その他の移送に係る事務に従事するものでないことを留意されたい。

「地域精神保健活動における危機介入システムの構築」研究班員名簿

氏名	所属・住所	Eメールアドレス
高岡 道雄	尼崎市保健所 〒660-0052兵庫県尼崎市七松町1丁目3-1	takaoka-michio@city.amagasaki.hyogo.jp
石本 寛子	徳島県徳島保健所 〒770-0855徳島県徳島市新蔵町3丁目8-0	ishimoto_hiroko_1@pref.tokushima.lg.jp
竹島 正	国立精神・神経センタ - 精神保健研究所 〒187-8502東京都小平市小川東町4-1-1	ttake@ncnp-k.go.jp
佐々木 昭子	東京都立精神保健福祉センタ - 〒110-0004東京都台東区下谷1-1-3	Shouko_Sasaki@member.metro.tokyo.jp
山口 靖明	福島県保健福祉部健康増進グループ 〒960-8670福島県原町市杉妻町2-1-6	yamaguchi_yasuaki_01@pref.fukushima.jp
中田 榮治	熊本県天草保健所 〒863-0013熊本県本渡市今釜新町3-5-3-0	nakata-e@pref.kumamoto.lg.jp
大井 照	東京都千代田区千代田保健所 〒101-0054東京都千代田区神田錦町3-1-0	t-ohi@hokenjo.city.chiyoda.tokyo.jp
益子 茂	東京都立多摩総合精神保健福祉センタ - 〒206-0036東京都多摩市中沢2-1-3	Shigeru_Masuko@member.metro.tokyo.jp
能登 隆元	石川県健康福祉部健康推進課健康推進グループ 〒920-8580石川県金沢市鞍月1-1	takayuki@pref.ishikawa.jp
角田 正史	北里大学衛生学公衆衛生学講座 〒228-8555神奈川県相模原市北里1丁目15の1	mtsunoda@med.kitasato-u.ac.jp
山下 俊幸	京都市こころの健康増進センタ - 〒604-8845京都市中京区壬生東高田町1-1-5	tysht@city.kyoto.jp
野田 哲朗	大阪府健康福祉部精神保健疾病対策課 〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目	NodaTe@inbox.pref.osaka.lg.jp
酒井 ルミ	兵庫県立精神保健福祉センタ - 〒651-0073神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2	rumi_sakai@pref.hyogo.jp

事務局

船越タツヨ	尼崎市保健所健康増進課 〒660-0052尼崎市七松町1丁目3-1	hunakoshi-taduyo@city.amagasaki.hyogo.jp
鈴 道幸	尼崎市保健所健康増進課 〒660-0052尼崎市七松町1丁目3-1	suzu-michiyuki@city.amagasaki.hyogo.jp

「地域精神保健活動における危機介入システムの構築」ワーキング名簿

氏名	所属	住所
山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター	〒604-8845京都市中京区壬生東高田町1-15
野田 哲朗	大阪府健康福祉部精神保健疾病対策課	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目
酒井 ルミ	兵庫県立精神保健福祉センター	〒651-0073神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2
阿部 政博	武庫川女子大学	〒663-8558西宮市池開町6-46
川畑 俊貴	京都府立洛南病院	〒611-0011京都府宇治市五ヶ庄広岡谷2
菅生 久子	京都市右京保健所	〒616-8165 京都市右京区太秦桂ヶ原町9-1
殿村 寿敏	大阪府富田林保健所	〒584-0031富田林市寿町3-1-35

ワーキング事務局

細矢 幸子	ACplanning	〒612-8369 京都市伏見区村上町383
-------	------------	------------------------