

受診援助で求められる援助者としての視点 —精神保健福祉士による実践に関する一考察—

A Consideration that Social Worker should have, which is Required in Support of Consulting a Doctor

栗原 浩之*

Kurihara Hiroyuki

1 はじめに

受診援助は精神保健福祉士の行う援助業務の1つとして位置づけられている。しかしながら、精神保健福祉士の援助技術に関する研究は、地域生活支援についてまとめられたものが多い傾向にあり、受診援助をテーマとしてとりあげ、その援助技術に深く踏み込んだ研究に残念ながら筆者は出会えていない。日本のソーシャルワークにおいては、方法論として記述されておらず概念化されてもいない実践者によって行われている実践が、多々存在するのではないかとということがかねてから指摘されているが¹⁾、精神保健福祉士による受診援助もこの範疇に属する実践の1つと考えられる。

受診援助を業務の一環として実施している代表的な機関として保健所があげられる²⁾。保健所で精神保健福祉業務に従事している福祉職採用の精神保健福祉士数は、都道府県保健所の精神保健福祉業務専従者1,152人のうち136人、指定都市保健所の精神保健福祉業務専従者181人のうち30人という数字が示すとおり、保健所で活動するソーシャルワーカーはごく少数である。つまり、業務上明確に位置づけられた受診援助に従事するソーシャルワーカーは、全国的に見るとまだまだ少ない³⁾。このことは同時に、受診援助が長らく保健所に勤務する保健師がとりくんできた業務の一環

であり、現在も保健所で精神保健福祉業務を担当する保健師が多数を占める状況から、保健指導と混同されているように伺える。また、受診援助は援助者主体の関わりが避けられない場面も多いため、自己決定を原則とするソーシャルワークの領域で焦点化されにくかったのではないかと筆者は考える。

しかし、疾病の特性から病識や病感のもちにくい精神障害者にとっては、受診継続が困難となり症状の悪化へと至ってしまうことは珍しくない。こうしたことから受診援助はすべての精神保健福祉士が理解を深めておく援助技術であり、微力ではあるが方法論確立への一助となるよう「受診援助に求められる援助者としての視点」という切り口から今回の研究を行うこととした。

2 調査研究

「受診援助に求められる援助者としての視点」を導きだすためには、現場にいる精神保健福祉士から生の声を集めることが必要と考えられたため、多くの受診援助業務に携わってきている保健所での勤務経験をもつ精神保健福祉士を対象として調査を行うこととした。

また、調査で得られる回答を数量的に把握することが困難であるため、聞き取りによる調査方法を選択し、平成18年6月に実施した。調査対象者の概要は、表1のとおりであり、それぞれ異った

*社会福祉学部実習助手

表1 調査対象者の基本属性

	性別	現在の勤務機関	以前の勤務機関
1	男性	保健所	他の地域の保健所
2	男性	保健所	医療機関デイケア
3	男性	地域生活支援センター	保健所・生活訓練施設
4	男性	市町村保健センター	保健所・医療機関デイケア

経験を積んでいる者とした。

調査結果の分析については、得られたデータを単文ごとに区切り、要約したものを複数のカテゴリーにまとめた。現場の生の声が忠実に反映されている回答が得られたと思われるが、一方でこの調査の形式や対象の規模から、結果についての一般化には多くの限界があることを予めご了解いただきたい。

3 調査結果の分析

調査結果の分析から、「受診援助で求められる援助者としての視点」について、下記の8つのカテゴリーに集約された。

① 「誰のための援助なのかをとらえる」

初回面接で出会う家族は切迫した状況に直面している。援助者には医療を必要としている援助対象者についての情報収集を行いながら、同時に家族の思いを受け止め、家族の困惑や不安を取り除く作業が求められよう。回答では「家族が困っているからという理由のみで援助を開始することではなく、医療が必要とされる対象者本人が困っていることによって、援助を開始することが重要」と指摘されている。

また、遺産相続といった家族の思惑から、対象者が入院することを強く望んでいた事例を経験した回答者は、「家族からの情報収集だけでは援助対象者の状況を正確につかみとることは難しい」という発言を行っている。

② 「家族が本人とどう向き合っているかをとらえる」

受診援助の対象者を抱える家族は、対象者からコミュニケーションを拒まれ、家族自身が対象者とどう接して良いかわからなくなるなど、受診の説得へと至らないことが多い。

また、対象者が受診に根強い抵抗を示すケース

では、家族が一切の責任を放棄してしまい、問題解決を第三者である援助者にすべて委ねようとすることもある。

調査回答では「自分が受診勧奨を目的とした訪問を行った際に、家族が対象者に訪問に行くことを伝えていないことがあった。日常生活である日突然、自分の家に見知らぬ人がたずねてきたら、『自分は何も困っていないのにこの人は何をしに来たのだろうか』という疑念とともに、『家族が自分に内緒で何かやっているのでは』という対象者の不信感だけを助長するになるように思う。結局、自分と対象者の関係づくりに発展していくことは難しくなってしまった。そのためにも家族が逃げずに本人と向かい合うことが大切。」というエピソードが語られている。

対象者の受診が実現した場合、治療費の支払いの問題や治療の同意者といった問題が出現してくるため、家族の協力がなければ進展しないことも多いと考えられよう。

③ 「対象者がどのような形で初診につながったか、受診手段にまつわるエピソードをインタビューでおさえておく」

これは対象者が医療中断をしている場合にのみあてはまることであろうが、「どのような手段によって受診できたか、当時のエピソードをおさえておくこと」が必要との見解が得られた。インタビュー時に症状に関するエピソードをおさえることは当然なことであろうが、初診時の受診手段にまつわるエピソードという回答が出てきたことについては、受診援助特有の視点が存在していると感じられる。これは受診を勧奨する際の対象者へのアプローチや受診手段を検討する際の重要な情報となるのである。

④ 「アウトリーチによるアプローチでは受診勧奨に固執しすぎない」

家族が対象者と向き合いながらも、受診への同意が得られず状況が停滞しているステージでは、援助者が家族からの依頼に基づき対象者宅を訪問し、受診勧奨を行うことが必要となる。受診勧奨を目的とした訪問では、対象者が援助を望んでいないことも多く、頑なに面会を拒まれた後、関わりがもてないまま歳月が経過してしまうことがある。この回答は一見矛盾しているが、受診勧奨を目的とした訪問では「対象者との関係づくりに焦点を当て、受診をすすめることはその次のステージであること」の重要性があげられている。

尾崎⁴⁾は「援助者による判断と判断の提示は、クライアントが援助者の判断に対して意見や反論をのべることができる援助関係を形成してから行うことが望ましい」と述べており、これは緊急的な場合を除き、対象者それぞれに受診を勧奨する時期というものがあること、そしてその見極めは援助者に委ねられているということであろう。

⑤ 「援助対象者の受診後の生活をイメージする」

回答では、援助者が「対象者の受診後の姿をイメージしながら援助していくことが必要」とあげられている。これは、対象者が受診につながった後に、どのような社会資源を必要とするのか想定することと言える。同様に「受診につながるまでの短期的なビジョンだけでなく、受診後にどのような生活をしていくこととなるのか、対象者に対しての長期的なビジョンをもって関わっていくこと」が述べられた。

⑥ 「緊急性を適切に判断する」

対象者を訪問した際、疾病状態がかなり深刻で早期に対応を行わなければならない状況に陥っていることがある。受診援助には時間的制約が存在していることをおさえておきたい。調査結果からは、援助者が「緊急性を見極め、緊急の度合いに応じて精神保健福祉法に基づいた適切な対応方法を検討していかなければならない」と回答されている。これには、「精神科救急情報センターへのアクセス方法や身体疾患に対応できる医療機関等の社会資源情報を熟知すること」も付け加えられている。また「身寄りのない単身者の緊急対応には保護者が見つからなかったり、経済的な問題を抱えていたり多くの困難がある」こともあわせ

て指摘された。

⑦ 「受診援助を行った対象者が入院となった場合、退院後をフォローアップする」

受診援助は対象者が受診を行ったことで終わりではない。「援助者は受診を継続していくことや入院したことの意味を対象者と分かち合う作業を行っていく必要がある」ことが回答されている。特に、援助者が受診援助を行い入院となった対象者については、退院後のフォローアップの必要性を回答者全員が示しており、「退院後の援助が疾病についての理解を深める重要な役割をもつため」という理由が述べられている。

⑧ 「ストレスを受けやすい援助でもあるため、援助者がバーンアウトしない仕組みを組織として考える」

福祉現場におけるバーンアウトの問題は数多く聞かれるところであるが、中でも受診援助はストレスのかかる援助であることは確かであろう。回答者からは「援助をのぞまない対象者へいかにして関係づくりをしていくかとにかく難しい。家族あるいは近隣住民からの圧力を感じることから、なんとかしなければいけないという思いが先走る。」「困難な事例については、対応する職員を1人とせず複数の職員で担当していくことも必要。」といった意見が述べられている。

4 考察

調査結果の分析から、精神保健福祉士が受診援助を行うにあたって獲得すべき視点が数多くあることが理解できた。ここからは調査結果で得られた「援助者に求められる視点」に筆者の考察を加えたい。

1) 援助者は援助対象者との二者関係に埋没しないことが求められる

受診援助に求められる援助者の視点としてカテゴリー化された「① 誰のための援助なのかをとらえる」視点や、「② 家族が本人とどう向き合っているかとらえる」視点より、援助者が家族と対象者との関係性に注目することが、援助の前提となることを示している。困っている家族の思いを受け止めることは援助者にとって大切であるが、家族側のみのいわば偏った立場から援助対象者をとらえることだけは避けなければならない

い。同時に、援助者が対象者をいかに説得し受診につなげるかということのみに気をとられると、援助者の達成感を得ることがその目的となってしまう危険性があるため、援助者は絶えず自己を振り返り、広い視野をもった援助を心掛けていくべきであろう。

医療中断を繰り返している対象者にあつては、家族が疾病についての理解を得ていない等、その原因が家族関係によって引き起こされていることも考えられる。家族の関わり方法を改めることによって、本人が受診につながることも珍しくはない。

こうしたことから、援助者は現在の本人の置かれている状況がどのようにして生じたか、また家族関係がどのように影響しているのかを的確にとらえていくことに意味があると考えられる。

2) 援助対象者の自己決定をいかに尊重していけるかが援助者に求められる

調査結果であげられた「⑥ 緊急性を適切に判断する」視点では、援助者が対象者の自己決定をいかに尊重していけるかがポイントとなる。

病状が深刻な状況にありながら対象者が受診を拒むことは多い。援助者はこのような場面で、対象者の「自己決定」をどこまで尊重できるかが問われるものである。おそらく援助者はその都度ジレンマに陥るのではないだろうか。

一方、対象者がすでに日常生活において適切な状況判断を行えなくなっており、生命の危険が及ぶ程の緊急に医療を要する状態にありながらも、援助者は対象者の自己決定がなされず受診への同意が得られないからという理由で何もしないことがあつてはならない。

岡田⁹⁾は「クライアントの自己決定の権利は、他者の権利を侵害しない範囲において尊重される。同様に自己決定の結果、クライアント自身の生命が危険にさらされる場合や、甚大な悪影響を受けることが明らかな場合は、自己決定の権利は制限される。」と述べている。対象者が適切に自己決定を行えない状況であっても、援助の結果として対象者に不利益が及ばないよう、家族らと協働していく姿勢が援助者には求められるのである。

3) 社会資源の斡旋、調整を行うために日常的な

ネットワークづくりの必要性がある

受診援助においても、他の援助と同様に社会資源の斡旋、調整を行う技術が求められることは言うまでもない。ではとらえるべき社会資源についてであるが、地域の特性と医療機関の特徴をとらえておくことがまず第1であろう。治療後を想定し、受診を継続しながら利用を行える資源情報を入手しておけば、医療機関を選択するための目安ともなる。また、対象者によっては医療中断の原因が経済的背景によるものもあるため、医療費の助成や年金といった経済保障に関する制度を熟知し提示することもあげておく。いずれにしても、対象者に適切な社会資源を選択してもらうだけの情報を集める力が援助者には求められている。その情報収集にあたっては、医療機関や社会復帰施設についての情報を対象者に形式的に提示するだけでは意味がない。こうした情報は机上の業務のみではどうしても把握できないため、「生きた情報の獲得」を目的とした、関係機関職員とのネットワーク形成が不可欠であろう。ネットワークはフォーマルなものにとどまらず、インフォーマルなものも形成できれば援助の幅が広がっていくことは確かである。

4) 身体疾患にまつわる幅広い医療知識が求められる。

調査結果であげられた「⑥ 緊急性を適切に判断する」視点においては、援助者の幅広い医療に関する知識が求められることとなる。

援助者のバックグラウンドから、とかく精神症状に焦点を当てたアセスメントを心掛ける傾向にあることは否定できないが、精神症状が身体症状の悪化によって引き起こされていることもあるため、対象者の状態像を把握する際、身体疾患による精神症状という見立ても行えなければならない。

とりわけ、援助対象者が未受診である場合には、医師不在の局面で受診調整を行うこととなるため、援助者が身体疾患に関する知識を広く身につけておくことは重要と言える。

また、精神科病院は、精神科単科のみの診療となっていることが多く、身体合併症を抱えた患者については診療を受けられないことが珍しくない。リエゾン体制が整備された医療機関は少な

い。バリアフリーとなっていない精神科病院も多く残っており、車椅子利用者にとっては受診に結びついても病棟の構造上の理由から入院することができないこともある。こうしたことから、援助者が対象者の受診や入院にむけての依頼・調整を行う際には、入院の可否を決定する要因ともなる身体疾患の状況について、的確に伝えられることが求められよう。

5) 法を熟知した援助展開が求められる。

援助者が医療に結びつけるための説得を試みながらうまくいかず、対象者は病状の悪化を辿った後、非自発的入院を迫られることがある。しかし、非自発的入院は強制力を伴うため、対象者自身が医療を否定的なものとしてとらえてしまう傾向が強い。

また、同意がないままに入院した医療機関で十分な疾病教育を受けられない場合には、何のための入院なのか対象者が疾病や服薬についての理解がすすまず、対象者の医療不信を一層助長してしまうこととなり、退院後に即医療中断へと至る等、非自発的入院がもたらす影響は精神科領域特有の問題として依然色濃く残っている。

しかしながら、対象者が「非自発的クライアント⁶⁾」であっても、緊急を要する状況下に置かれている場合、援助者はいかに対象者を速やかに医療へと結び付けられるか、精神保健福祉法に基づいた判断を行い援助していかなければならない。精神科救急システムの利用をどのように行うべきか、保護者が見つからない状況下でどのような入院形態が残されているのか等、法を熟知した援助展開が求められことは確かであろう。

一方で、精神保健福祉法の運用が自治体ごとに差異が生じていることも理解しておかなければならない。1つの例として精神保健福祉法第23条があげられる。この条文は、自傷他害のおそれのある精神障害者を一般人が申請できることを規定したものであり、申請を受理した機関は調査を行い、法第27条⁷⁾を適用するか否かを判断しなければならない法律である。

江畑⁸⁾は各自治体への調査を通じ、この法第23条の運用について、各自治体によって一定の基準がなく恣意的であること、また、第27条の適用については、危険性要件ではなく治療要件に基づい

ていたり、家族の了解や経済的問題を考慮して運用する等、自治体レベルによって法の運用に差異があることを考察している。

援助者は人権擁護という観点から、法の運用には慎重に対処していかなければならないことが大前提であるが、自治体によって運用に格差が生じている現状を国が放置している実情に疑問を感じずにはいられない。

5 課題

1) 単身者への援助

単身生活者の増加により、受診への協力者が見つからないケースが増えていることは避けがたい事実である。成年後見制度といった単身者への支援制度の整備がなされながら、受診援助の対象者にとっては、未受診や医療中断のために、制度利用へ辿り着くことは困難であるため、とりまく環境は昔と何ら変わっていない。

また、受診勧奨訪問を行っても家に入ることのできないケースや、生活保護の受給とならずに経済的な目途がたたないケース、また医療に結びついた場合でも入院となった際に、家族からの協力が得られないことで病院側の受け入れを拒まれるケース等、単身者への援助においては数多くの課題が放置されたままである。保護者が遠方に在住してなかなか協力が得られない対象者の入院の条件として、同伴していた保健所の精神保健福祉士が対象者の身上監護的支援⁹⁾を医療機関から懇願されるエピソードが多いことを調査では語られており、こうした単身者への援助における曖昧さを解消していくことは受診援助の大きな課題ではないだろうか。

2) 移送の問題

対象者が受診に応じていながら、自発的に交通手段を使って受診する意欲がなく何らかの移送手段を必要とする場合や、病状の悪化から公共交通手段の利用が選択できない場合等、移送手段の確保は援助プロセスにおいて大きなウエイトを占めていることが事実である。そもそも受診援助は、長らく地域保健福祉活動の一環として行われてきた経緯から移送にまつわる法的根拠がつい最近まで存在しておらず、緊急時には人道的観点に基づき、その場に居合わせた援助者の判断で、対象者

を公用車に乗せたり、家族の車に援助者も同乗したりして同伴受診を行ってきた歴史がある。つまり過去の援助体制は、移送中の事故についての補償はもとより、移送にまつわる責任の所在も曖昧なままであったと言える。

こうした問題を解消するために1999年度の精神保健福祉法改正において、精神障害者の医療保護入院に係る移送制度が定められたところであるが、表2のとおり、現在に至ってもこの移送制度を整備していない自治体も多く残っている。

もっとも、各自治体によって救急システムが異なっていることもあり、どこからどこまでを「移送」ととらえるのか解釈が分かれるところであろう。山下¹⁰⁾は「移送制度は緊急性と代替困難性といういわば相反する両面を有しており、その両立の困難性が移送制度の普及定着を妨げているものと推定される。」と述べており、制度として未完成であることだけは確かである。

同時に、法第27条に規定されている精神保健診察に係る移送についても、法改正で大きく変化を遂げた。法改正以前に取り交わされた警察庁と厚生省（現在の厚生労働省）の覚書¹¹⁾によると、通報に係る者の診察場所への移送は都道府県知事等が移送に係る事務処理基準を策定することと記されており、この見解がそのまま法改正へ反映することとなったのである。結果として、精神保健診察に係る移送の根拠となっていた警察官職務執行法第3条¹²⁾の規定を凌駕することと解釈されるに至った。

これは、従来の行政と警察の関係に一石を投じることとなり、行政責任による移送体制の整備が応急指定病院への医療保護入院や応急入院に係る移送に加えて、緊急措置入院や措置入院へと至る精神保健診察時にも義務付けられた形となったが、平田¹³⁾は「精神科救急医療の現場からすれば、緊急の医療的介入が必要な急性ケースは警察

もしくは消防による緊急搬送が主体、引きこもり中心の慢性ケースは移送制度の適用が主体、という役割分担が合理的」と述べており、法第27条をめぐる移送においては双方の機関が従来どおり協力関係を保持していくことが不可欠であることを説いている。

受診援助を行う上では、移送手段の議論は避けて通れないものである。さまざまな援助者が緊急に医療を必要とする援助対象者を前にし、援助者の使命感だけで乗り越えてきた時代は残念ながら終わりを告げようとしている。一方で制度は法に裏付けられながらも運用への慎重論が根強く残っているため、移送をめぐる現場は依然混沌としているように感じられる。未だ整備されていない自治体を含めた移送制度のモニタリングを行い、制度のあり方を早急に検討していくことが課題と考えられる。

6 まとめ

当研究は、実践者からの聞き取り調査を通じ、「援助者として求められる視点」という切り口から精神保健福祉士による受診援助についてまとめた。

受診援助はとかく医療につなげることに目標を設定しがちになるが、医療につなげることが最終目標ではなく、医療につながった時点が援助対象者にとって、生活の再構築にむけた出発点であることを認識しておきたい。つまり、受診援助においても援助者には地域生活にむけた支援の視座が求められるものであろう。

現在の精神保健福祉行政は、たくさんの長期入院者をつくりあげてきた反省から、ここ数年退院にむけた支援に重点を置いている印象を受ける。しかし、受診援助という地道なソーシャルワークに対するニーズも数多く潜在していることを忘れてはならないと筆者は感じている。

表2 法第34条移送による入院（平成12年度～15年度）

厚生労働省衛生行政報告例より

	医療保護入院	応急入院	合計		医療保護入院	応急入院	合計
全国	612	154	766	鳥取	7	2	9
北海道	13	0	13	鳥根	0	0	0
青森	0	0	0	岡山	19	5	24
岩手	5	0	5	広島	1	0	1
宮城	5	1	6	山口	12	4	16
秋田	8	1	9	徳島	0	0	0
山形	16	1	17	香川	4	1	5
福島	35	21	56	愛媛	2	0	2
茨城	7	0	7	高知	2	0	2
栃木	0	0	0	福岡	0	0	0
群馬	40	1	41	佐賀	15	1	16
埼玉	0	0	0	長崎	0	0	0
千葉	0	0	0	熊本	19	1	20
東京	3	84	87	大分	0	0	0
神奈川	0	0	0	宮崎	15	0	15
新潟	4	0	4	鹿児島	0	7	7
富山	0	1	1	沖縄	2	0	2
石川	13	3	16	指定都市（別掲）			
福井	0	0	0	札幌市	14	1	15
山梨	0	0	0	仙台市	9	0	9
長野	15	0	15	さいたま市	0	0	0
岐阜	0	0	0	千葉市	1	0	1
静岡	0	0	0	横浜市	0	0	0
愛知	0	0	0	川崎市	0	0	0
三重	0	0	0	名古屋市	0	0	0
滋賀	1	0	1	京都市	144	1	145
京都	16	2	18	大阪市	0	0	0
大阪	14	0	14	神戸市	0	1	1
兵庫	9	0	9	広島市	0	0	0
奈良	85	5	90	北九州市	0	0	0
和歌山	57	10	67	福岡市	0	0	0

注

- 1) 小松源助「ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント・アプローチの動向と課題」『ソーシャルワーク研究』1995年 21(2), 4-10
- 2) 平成12年3月31日 障第251号 各都道府県知事・各指定都市市長あて 厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知(最近改正 平成14年3月19日 障発大0329008号)「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」この研究では受診援助を「6訪問指導(2)」に記載されている「医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨」として定義する。
- 3) 全国精神保健福祉センター長会・全国精神保健福祉相談委員会「全国精神保健福祉専任従事者調査報告書 2004(平成16)年1月1日」2004年に掲載されている平成15年1月1日現在の統計である。
- 4) 尾崎新「対人援助の技法」誠信書房 1997年 P.83
- 5) 岡田まり「Ⅲ展開—ソーシャルワークを進めていくに当たって・自己決定」黒木保博・山辺朗子・倉石哲也編著『福祉キーワードシリーズ・ソーシャルワーク』2002年 P.102~103
- 6) ピンカスとミナハンが述べたシステムズアプローチによれば、このような状況で援助者(ソーシャルワーカー)が介入を行っても、対象者は本当のクライアントではなく、潜在的なクライアントにすぎず、非自発的クライアントと定義される。「本当のクライアント」になるためには、援助者が相互の信頼関係を築きあげ、退院後のフォローアップを行うなどの援助姿勢が求められよう。本当のクライアントとなれば以後の医療中断についてのリスクも減らせることが予測される。参考文献：Jミルナーほか著「ソーシャルワーク・アセスメント」ミネルヴァ書房 2001年 P.93
- 7) 精神保健福祉法第27条は、精神保健診察の実施に関する規定である。法第23条~第26条にわたって定められている申請、通報、届出を受理した後、調査の上必要であれば精神保健診察の実施の要否を決定することとなる。1999年の法改正以前には、この診察に係る移送に触れた条文がなく曖昧なままとなっていた。参考文献：精神保健福祉研究会監修「精神保健福祉法詳解」中央法規 2002年
- 8) 江畑敬介(2003)「脱入院時代の地域リハビリテーション」星和出版 P.79
- 9) 成年後見制度では財産管理と身上監護が成年後見人の職務であるが、そのうち身上監護は「生活、療養看護」に関する事務を行うとされている。ここでは、保健所に勤務する精神保健福祉士が医療機関側から入院の保証人や、対象者の衣類を購入し届けることといった役割を懇願される状況から、このような表現を用いることとした。参考文献：野崎和義「福祉のための法学」ミネルヴァ書房 2002年
- 10) 山下俊幸「精神保健福祉白書2006年度版」中央法規 2006年 P.159
- 11) 覚書(警察庁生活安全局長・厚生省大臣官房長)警察庁丙地発第3号 警察庁丙薬発第9号 厚生省障第79号 平成11年3月8日
- 12) 「保護」を定めた条文。従来であれば精神保健福祉法第24条の通報対象者は警職法第3条に基づき、警察官が警察車両を用いて医療機関等へ搬送することが通常であった。移送時の警察官による援助としては、警職法第5条「予防と犯罪の制止」を定めた条文のみが従来どおりと解釈される。参考文献：金子晃一ほか編「精神保健福祉法—その理念と実務—」星和書店 2002年
- 13) 平田豊明「精神科救急についての施策」『リハビリテーション研究』(財)日本障害者リハビリテーション協会 2003年 No.117 P.7 なお、回答者から広義の受診援助には移送手続きも含まれるという見解が得られたことにより、この研究では移送問題を含めて述べることとした。