

っている保健所では約5%程度、業務担当制をとっている保健所では約3割程度あり、都道府県型の業務形態は業務担当制が約8割と高いことを考慮すると、対象とする地域住民の人数で見ると指定都市、中核市等と比較して、都道府県型保健所における専門職の地区担当の負担が重い状況が示されている(表2)。

保健所組織の変化として、保健所単独設置数が約4割で、保健福祉、保健福祉環境、保健環境等の他部門との統合型の組織が多くなってきている。また、保健所長が組織の長を兼ねている割合は約5割で、残りの5割はその他の職員が統合組織の長を兼ねており、保健所長がその指揮下に入っていること²⁾から、精神保健分野における危機管理に関して所内連絡・連携体制の重要性が示唆される(表3)。

表3 保健所の形態(福祉部門等との統合状況)

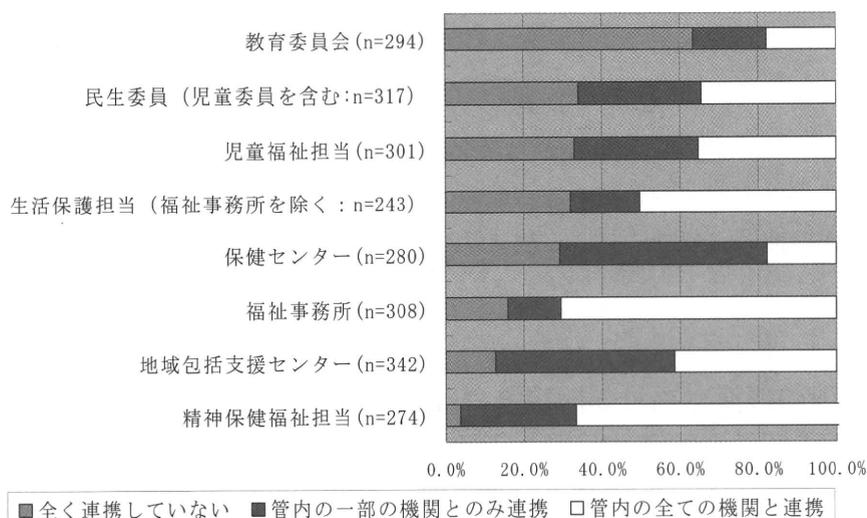
| 保健所の タイプ | 都道府県 型 | | 指定都市 | | 中核市・ 保健所政 令市 | | 特別区 | | 総計 | |
|-----------------------------|-----------|-------|------|-------|--------------------|-------|-----|-------|-----|-------|
| | 数 | 割合 | 数 | 割合 | 数 | 割合 | 数 | 割合 | 数 | 割合 |
| 保健所単独 | 86 | 25.4% | 27 | 69.2% | 40 | 88.9% | 15 | 83.3% | 168 | 38.1% |
| 保健福祉型(児 童相談所との統 合を含む) | 131 | 38.6% | 11 | 28.2% | 2 | 4.4% | 3 | 16.7% | 147 | 33.3% |
| 保健福祉環境型 | 106 | 31.3% | | 0.0% | 1 | 2.2% | | 0.0% | 107 | 24.3% |
| 保健環境型 | 16 | 4.7% | 1 | 2.6% | 1 | 2.2% | | 0.0% | 18 | 4.1% |
| その他 | | 0.0% | | 0.0% | 1 | 2.2% | | 0.0% | 1 | 0.2% |
| 総計 | 340 | | 39 | | 45 | | 18 | | 442 | |

「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究：平成21年度地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)」, 財団法人日本公衆衛生協会, 2010.3

2) 保健所への他機関からの相談状況

処遇困難ケースの保健所への相談状況については、教育機関、民生委員・児童委員等地域のキーパーソンの他、生活保護部門からの相談が少ない現状があり、これらの機関・団体等との連携の重要性が示唆されている(図2)。

図2 保健所への他機関からの複雑困難ケースの相談状況

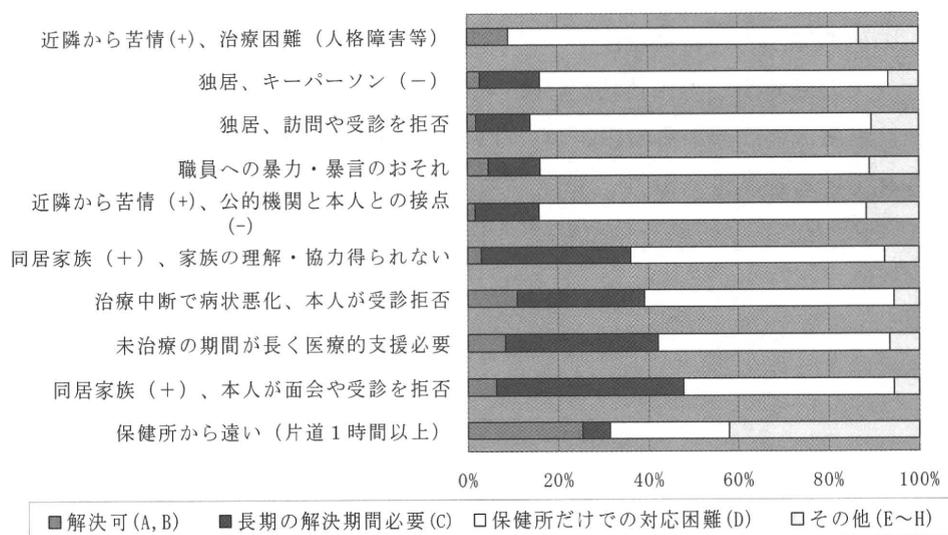


「保健所の有する機能，健康課題に対する役割に関する研究：平成21年度地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）」，財団法人日本公衆衛生協会，2010.3

3) 保健所単独対応困難事例の増加

一方、保健所が単独で対応することが困難な処遇困難事例として、近隣からの苦情があるものの治療困難な人格障害の住民の他、独居でキーパーソン不在や訪問等の拒否事例、保健所や市町村等の公的機関との関係が希薄な事例、未治療事例等が挙げられている。自立支援法が施行されて以降、市町村の関与が重視される中で、保健所単独では対応困難な事例に関して、市町村や地域住民等との連携がますます重要になってきている（図3）。

図3 保健所だけで対応が困難な事例のパターン



「保健所の有する機能，健康課題に対する役割に関する研究：平成21年度地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）」，財団法人日本公衆衛生協会，2010.3

4) 保健所の健康危機管理体制における未整備項目

「全国保健所健康危機対応体制アンケート調査」の中で、精神保健分野における体制の整備状況の評価が行なわれており、平時・危機発生時・危機介入後のそれぞれにおいて整備しておくべき項目等に関して、以下のような現状と課題が挙げられている。

具体的評価指標各項目の重要度を、3段階評価ランクに分けて実施状況を検討。

- ・ ランク分類：整備が必要な指標→ランク 3、整備が望ましい指標→ランク 2、整備を検討すべき指標→ランク 1

平時における評価指標 33 項目のなかでは、「整備が必要である」とされる指標では、移送マニュアル整備（約 4 割）、移送関係機関調整会議の開催、（約 4 割）、保健所長の役割の明確化（約 6 割）（中核市や政令市型保健所では「明確化」約 5 割）、精神保健福祉士等の配置（約 3 割）などの項目において整備が遅れている。「整備が望ましい」とされる指標では、ボランティア養成（47.7%）、630 調査（厚生労働省精神保健福祉資料）の把握（50.6%）が低値。「整備を検討すべき」とされる指標では、自殺対策が進んでいたが、一方で、移送訓練実施は 8.4%と非常に低値であった。

健康危機発生時における評価指標 13 項目からは、以下のような現状と課題がリストアップされた。「整備が必要である」とされる指標では、「緊急対応マニュアル活用」と「通報受理窓口の活用」が 60%台と、残り約 4 割の保健所で未整備となっている。「整備が望ましい」とされる指標では、「緊急訪問調査実施基準作成」や「34 条移送関係機関会議」については 40%前後と、整備率が低い。「整備を検討すべき」とされる指標では、「外部専門家の参加」が進んでいない現状が見受けられる。

危機介入後の対応体制評価指標 9 項目においては、「整備が必要である」とされる指標では、「緊急対応記録の評価」は 58.4%で整備率が低い。「整備が望ましい」とされる指標では、「対応マニュアル見直し」が 50%を超えている程度であった。「整備を検討すべき」とされる指標では、「事後評価連絡調整会議」34.8%と整備が遅れていた。

Ⅲ. 精神保健分野における危機管理

1 精神保健分野における危機管理

1.1 精神保健分野における危機事象とは

精神疾患患者数の増加等の他、自殺、ひきこもり、虐待、家庭内暴力、認知症、産後うつ病、生活困窮者問題等の様々な社会的事象と深く関連していると思われる、精神疾患や精神保健上の問題が、個人的要因以外の家庭要因、地域社会要因等のなかで拡大している状態と、その結果として突発的あるいは連続的に、処遇困難等の精神保健上の問題として顕在化している個別事象を併せて、本ガイドラインでは危機事象という。

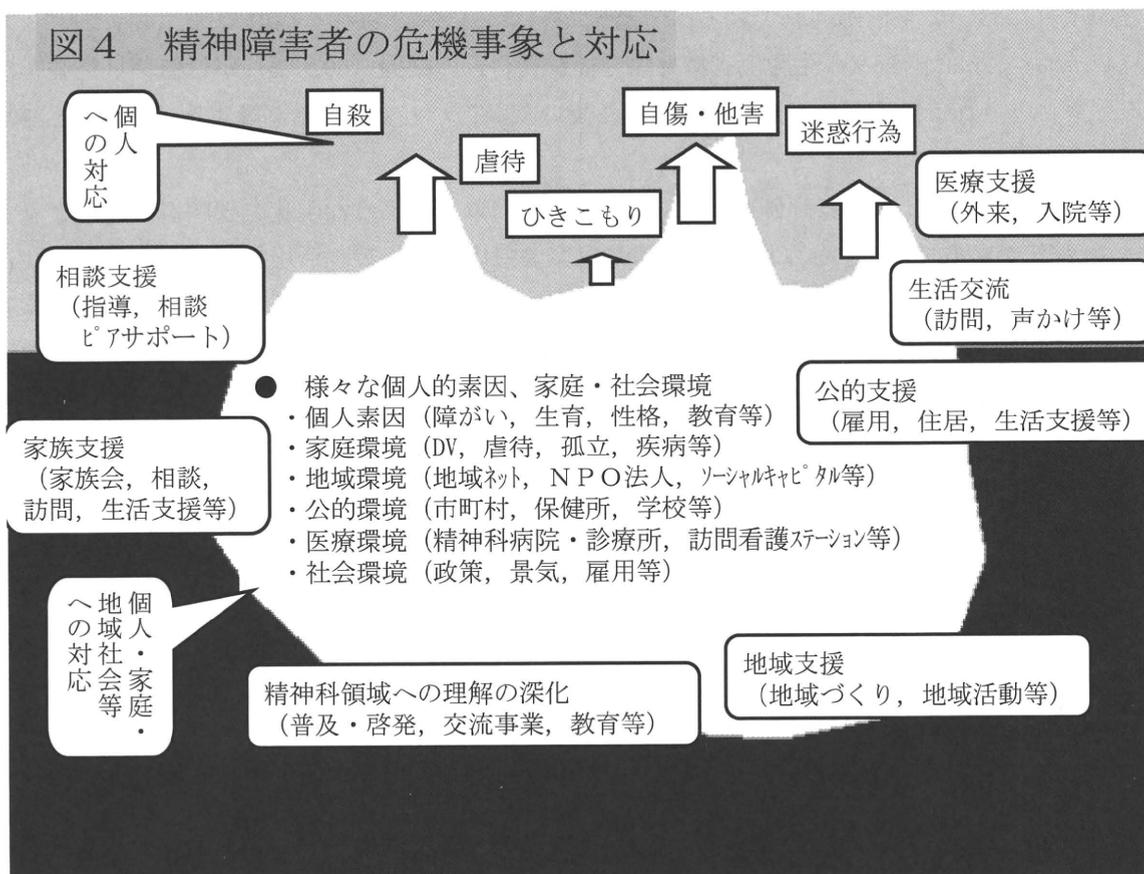
個別事象としての危機的状況とは、精神疾患を有する、あるいはその疑いがある者が「治療へのつながり」、「発病からの時間的経過」、「家族や地域社会等からのサポート体制の有無」等の要因の不

具合が重なり、状態の悪化を来し、同時に自身の生命の確保、健康の保持、家庭生活や地域生活の維持に影響を与えるような出来事が生じているため、警察等による身柄の拘束や、直ちに医療へのコンタクトが必要（34条移送、措置入院等）と判断される状態をいう。

また、これら個別事象の顕在化、危機的状況の拡大には「家族や地域社会等からのサポート体制」が、直接、間接的に関係していることから、家族を含め関係者・団体等との関係性や支援体制の希薄化も健康危機の対象としている。

1.2 精神保健分野における危機管理とは

精神保健分野において個別の危機事象として顕在化してきている、このような精神疾患や精神保健上の問題へどのように対応するか、また、そのためには家庭や地域社会等へ日頃からどのような対策を講じておくべきか、特に、人間関係の希薄化といった社会構造的な危機的現状を有する地域社会への働きかけを、どのように進めるべきかといった個別事象、地域社会の両面から、検討しておくことが重要となる(図4)。



特に、これらの様々な個別事象に関与することの多い保健所長、保健師や精神保健福祉士、NPO法人等、地域精神保健福祉対策の関係者は、地域全体の健康づくりを進めるといった公衆衛生的対応を積極的に導入するとともに、必要に応じて精神保健医療の個別専門ケアに連携していくシステム構築を進める必要がある

そのため本ガイドラインでは、危機時の対応のみならず、平時の対応、危機介入後の対応といった継続した一連の対応を、個別事象、地域社会事象の両面から個別への対応とともに、地域住民や関係機関・団体等と連携して行うことを危機管理という。

1.3 精神保健分野における危機管理の対象

本ガイドラインにおける危機管理の対象は、何らかの精神疾患のために生じている日常生活上の様々な困難事例（従来の統合失調症を主としたもの）の他、治療の効果が限局的でありながら事象としての困難性が高い事例（発達障害（参考資料3．参照）、人格障害等）、あるいは精神保健相談として増加しているものの精神疾患の有無がはっきりしない事例（ひきこもり、虐待、自殺企図等）等や、なんらかの精神保健上の問題を有している個別事象とともに、環境要因としての家族、地域住民、保健医療従事者、地域社会における関係機関・団体等を主な危機管理の対象とする。

個人の呈する様々な個別事象については、厚生労働省が2010年に発足させた「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の第3回資料で示された「精神障害者の多彩な状態像」を参考として本研究班が作成した次の5つのグループに分類したものを基本として（図5）、危機事例への進展・維持等を理解し、危機管理体制について検討する。

図5は、支援の届いている程度をX軸に、重症度をY軸にして、①医療・支援を受けていない重症者、②虐待・独居者、生活環境の困難を有する者、③早期支援を要する者、④何らかの医療・支援を受けている重症者、⑤地域生活を継続している者（①～④以外）の5つのグループに分類した。さらに精神保健医療福祉活動の対象者として関係者の把握の程度をZ軸として示し、立体図とした。①または②に区分される人たちは、精神保健医療福祉分野の通常業務のなかだけでは、活動の対象として把握されることが少なく、保健師等による平時の活動の積み重ねがあってはじめて対象者として認識（可視化）されることが多いと考えられる。ニーズの掘り起こしが求められる。精神保健分野における危機管理は、①、②の通常業務のなかで見逃しやすい人たちへの支援と見守りをも重視していく必要がある。

図5 精神障害者の多彩な状態像と把握の現状

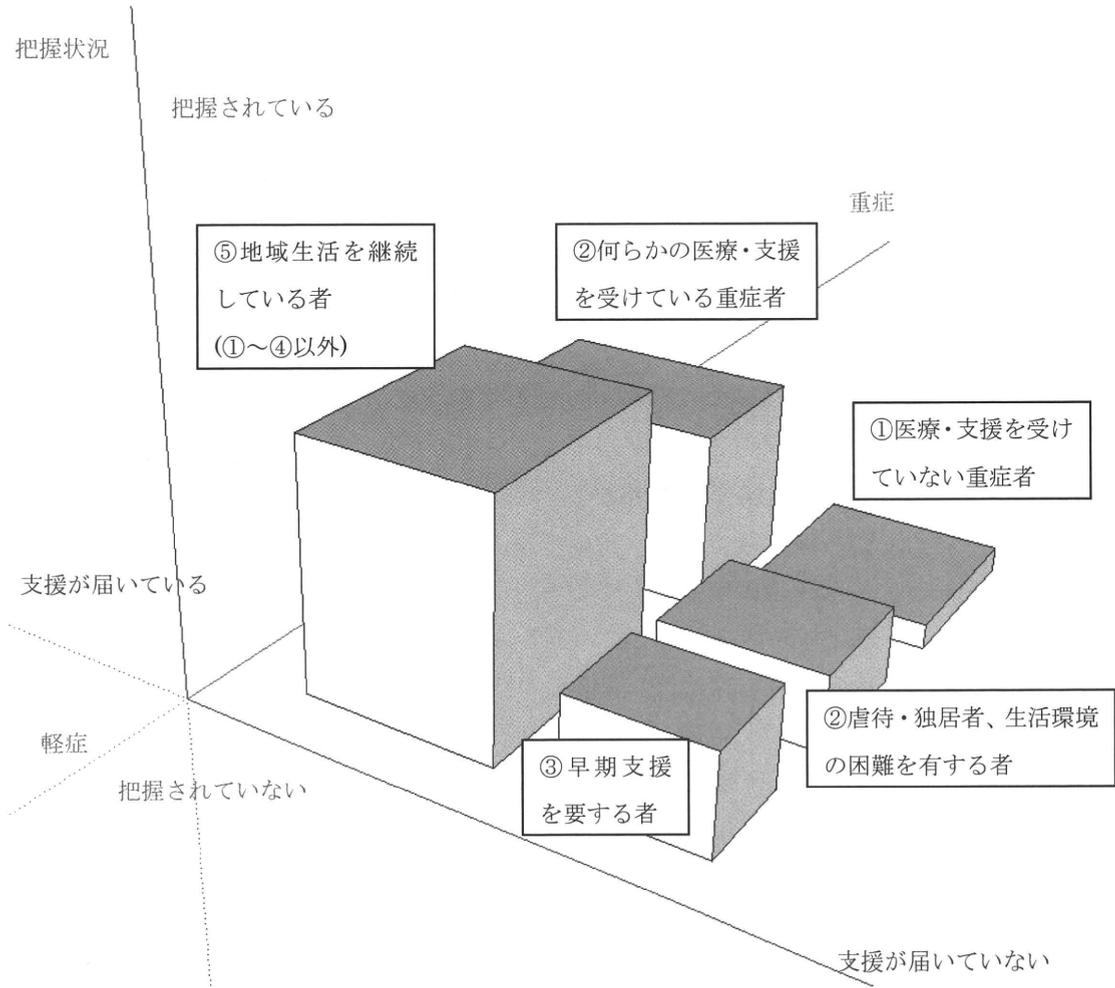


表 4 対象者の状態と特徴

| | ①医療・支援を受けていない重症者 | ②虐待・独居等、生活環境の困難を有する者 | ③早期支援を有する者 | ④ 何らかの医療・支援を受けている重症者 | ⑤その他の精神障害者 |
|-----|--|--|---|---|--|
| 状態像 | <ul style="list-style-type: none"> ・未治療や治療中断 ・家族・近隣と重大なトラブルを起こしている ・自傷・自殺企図や他害行為が想定される ・食事など生命の維持に必要な行為に支障をきたす | <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患を有し、家族等から虐待を受けている ・家族からの支援が得がたく、医療や支援を受けていない | <ul style="list-style-type: none"> ・統合失調症等の精神疾患を初めて発症 ・様々な精神的不調を訴え、精神疾患が疑われる | <ul style="list-style-type: none"> ・治療等の支援につながっており、医療・福祉サービスを受けて在宅での生活を行っている（入院を繰り返し返す者も含む） | <ul style="list-style-type: none"> ・①～④以外の者。症状が比較的落ち着いており、医療や障害福祉サービスを自ら利用しながら地域生活を継続している |
| 特徴 | <ul style="list-style-type: none"> ・本人が病気を認識できず、支援を求めない（支援を拒否しがち） ・家族・近隣とのトラブルが発生しがち ・症状が急激に変化し、ときに緊急に危機介入を要する ・病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難 | <ul style="list-style-type: none"> ・本人が病気を認識しにくく、支援を求めない ・本人・家族に支援が受け入れられないなど、支援が妨げられる ・困難やトラブルが顕在化しにくい ・病状の悪化と共に、日常生活や社会生活を営むことが困難 ・家族も精神疾患等の問題がある | <ul style="list-style-type: none"> ・就学・就労している若年者や成人が多い ・日常生活や社会生活を営むことが徐々に困難 ・当初は昼夜逆転、うつ状態など様々な症状。ひきこもり・不登校、離職等で顕在化することも多い ・精神疾患に罹患しているかどうか、最初は当事者には分からない | <ul style="list-style-type: none"> ・精神症状や精神障害が重度 ・独力では日常生活や社会生活を営むことが困難 ・治療の継続を図るために支援が必要 ・症状が急激に変化することがある ・入院を繰り返し返すことがある | <ul style="list-style-type: none"> ・病気について理解したうえで、医療機関へ通院するなど、治療を自ら継続して在宅で生活 ・障害福祉サービスを利用したり、障害年金・生活保護を受給したり、就労支援等を受け、自立して生活している者もいるが、外来通院以外に生活支援を受けていない者もいる ・治療により軽減しているものの、症状は継続しており、何らかの契機に増悪することもある |

参考) 厚労省第3回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム資料改編

1.4 平時、危機時、危機介入後の各段階における危機管理の重要性

幻覚や妄想、不安、抑制、昂揚、興奮、意識混濁等の症状を有する精神科疾患特有の病態像と、そのことに起因する学習障害、離職や就職難による経済的困窮、人間関係の悪化、自傷や他害行為等の、日常の生活障害が併せてあるという精神疾患の特徴のため、精神障害者への対応は医療から

生活・福祉まで多岐にわたる。

加えて、精神疾患が有する病状変化という特性を踏まえると、自傷・自殺や他害等、処遇困難等の、いわゆる危機時だけの対応だけではなく、変調の早期把握や相談体制の整備、医療機関への受診勧奨、服薬指導や多職種による支援体制といった危機事象発生前の対応、危機事象発生後の地域生活支援や医療継続支援といった連続した体制づくりが重要である。

また、様々な危機的個別事象として顕在化してきている精神疾患や精神保健上の問題へどのように対応するかといった視点とともに、地域住民等の精神障害（者）への不適切な理解や対応、地域社会の根強い偏見を持つ地域社会への対応については、平時、危機時、危機介入後を通じた各段階での極めて重要な共通の視点である。

1.5 各段階における連携の対象と連携体制の考え方

1) 保健所内における連携体制（「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」⁶⁾一部引用）

住民や外部関係機関から寄せられた情報や、担当者自身が把握した情報により、何らかの対応を要するケースについて所内で検討する仕組みが必要である。検討会の構成メンバー、その検討会資料として用いる様式をあらかじめ定めておく。検討会では、各ケースに関する基本情報を共有し、役割分担を定めるとともに、次回開催日時までにその役割に各自取り組む。危機には至っていないものの気になる事例なども、担当一人で抱え込まず共有する雰囲気づくりも必要である。

緊急性が高まったと思われる事例に関しては、介入の緊急度を判定するための判定会議の開催は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等で確認する。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。

担当者レベル 保健師、精神保健福祉士、事務担当等

責任者レベル 課長、係長等

所長レベル 保健所長、嘱託医師

2) 保健所外の連携と関係機関・団体等の役割、法的根拠等

平時・危機時等、様々な段階での関係機関・団体等との連携が重要である。平時には住宅や生活支援や服薬中断防止のための関係者会議や連絡調整、訪問活動等があげられる。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な場合には、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。

検討を行う際には、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、市町村保健師、精神保健福祉センター、主治医、警察、民生委員・児童委員、教育関係者、弁護士など関係機関・団体等との連携体制を整備しておく必要がある(表5)。

表 5 精神保健分野 健康危機管理連携体制に関係する主な組織等リスト

I 自治体等公的組織

○保健所

地域住民の健康の保持、増進及び疾病の予防を図り、もって公衆衛生の向上に寄与する。

【設置根拠等：地域保健法第 5 条】

○精神保健福祉センター

精神保健や福祉に関する専門的な相談・指導を行う。また、精神保健の知識の普及なども行う。

(都道府県単位、または政令指定都市に設置。)

【設置根拠等：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 6 条】

○市町村保健センター

地域住民の健康の保持及び増進を図るため、住民に対し、健康相談、保健指導、健康診査、健康教育、自主的な保健活動の場の提供、その他地域保健に関し必要な事業を行う。

【設置根拠等：地域保健法第 18 条】

○児童相談所

児童福祉の専門機関。児童相談所は、市町村と適切な役割分担・連携を図りつつ、子どもに関する家庭その他からの相談に応じ、子どもが有する問題又は子どもの真のニーズ、子どもの置かれた環境の状況等を的確に捉え、個々の子どもや家庭に最も効果的な援助を行い、もって子どもの福祉を図るとともに、その権利を擁護する。

【設置根拠等：児童福祉法第 12 条】

○福祉事務所

生活保護法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法及び知的障害者福祉法に定める援護、育成又は更生の措置に関する事務をつかさどる。

【設置根拠等：社会福祉法第 14 条】

○都道府県警察

個人の生命、身体及び財産の保護に任じ、犯罪の予防、鎮圧及び捜査、被疑者の逮捕、交通の取締その他公共の安全と秩序の維持に当る。

【設置根拠等：警察法 第 36 条】

○消防本部、消防署

国民の生命、身体及び財産を火災から保護するとともに、水火災又は地震等の災害を防除し、及びこれらの災害による被害を軽減するほか、災害等による傷病者の搬送を適切に行う。

【設置根拠等：消防組織法 第 9 条】

○教育委員会

(都道府県) 広域的な処理を必要とする教育事業の実施及び施設等機関の設置・運営、市町村における教育事業の適正な実施のための支援措置などを行う。

(市町村) 学校、図書館、体育館等の設置・運営を行う。

【設置根拠等：地方教育行政の組織及び運営に関する法律第 2 条】

○労働基準監督署

最低労働基準の遵守について事業者等を監督する他、労働災害防止の指導や労働者災害補償保険の給付、労働保険の適用及び労働保険料等の徴収、個別労働紛争の調停斡旋、未払賃金の立

替払事業に関する認定などを行う。

【設置根拠等：厚生労働省設置法第 22 条】

○公共職業安定所

職業相談、職業指導、職業紹介、雇用管理指導、雇用情報提供、各助成措置等及び雇用保険の適用・給付等を行う。

【設置根拠等：厚生労働省設置法第 23 条、第 24 条】

Ⅱ 医療機関等

○精神科病院、精神科診療所

【設置根拠等：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、健康保険法 等】

○訪問看護ステーション

看護師、保健師等が、主治医が交付した訪問看護指示書に基づき、自宅で闘病、療養をしている人の居宅を訪問し、健康状態の観察と助言や日常生活の介助、例えば入浴、食事、排泄の介助や指導、リハビリテーション、ターミナルケアなどの援助などを行う。

【設置根拠等：介護保険法第 8 条、健康保険法等】

○精神科救急情報センター

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、精神保健福祉士等の精神保健福祉施策に精通した者を置き、精神保健指定医、応急入院指定病院等との連絡調整を行う。

【設置根拠等：精神科救急医療体制整備事業】

Ⅲ 地域福祉関係機関等

○民生委員・児童委員

社会奉仕の精神をもって、常に住民の立場に立って相談に応じ、及び必要な援助を行い、もって社会福祉の増進に努める者。都道府県知事の推薦によって、厚生労働大臣が委嘱する。

【設置根拠等：民生委員・児童委員法】

○地域活動支援センター

地域生活支援事業として、障害のある人が通い、創作的活動又は生産活動の提供、社会との交流の促進等の便宜を図る。

【設置根拠等：障害者自立支援法第 5 条】

○地域包括支援センター

地域の高齢者の福祉の増進を包括的に支援することを目的として、介護保険事業のマネジメントや総合的な相談・支援などを実施する。

【設置根拠等：介護保険法第 115 条の 39】

○市町村社会福祉協議会・地区社会福祉協議会

民間団体ではあるが社会福祉法に定められ、行政区分ごとに組織された団体であり、民間と公的機関・組織の両面のメリットを生かした事業を展開し、地域福祉の推進を図る。

【設置根拠等：社会福祉法第 109 条】

○救護施設

身体上又は精神上著しい障害があるために、日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて生活扶助を行う。

【設置根拠等：生活保護法第 38 条】

○医療保護施設

医療を必要とする要保護者に対して医療の給付を行う。

【設置根拠等：生活保護法第 38 条】

(参考) 厚生労働省、全国社会福祉協議会では、障害者自立支援法のサービス利用等をわかりやすく説明したパンフレットを作成しており、ホームページで参照することが出来ます。

「障害者自立支援法のサービス利用について」(平成 22 年 4 月改訂版)

http://www.shakyo.or.jp/business/pamphlet_h1904.html

1.6 危機管理に関する留意事項(「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」⁶⁾一部引用)

1) 人権擁護

様々な事例や家族に対し、保健所職員や関係機関・団体職員は、人権、名誉に対する配慮を最大限に行う必要がある。精神保健福祉法 23 条にもとづく一般住民からの申請の運用について

- 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」といえども、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 保護者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」精神科医療機関を受診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 「精神障害者またはその疑いのある者」を「知った者」は誰でも申請が受理されること
- ⑨ たとえ措置入院となっても、入院と同時に退院に向けた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 入院にともなう留守宅の管理の問題とその準備の対応が必要なこと
- ⑫ 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または逮捕し法 24 条通報する制度があること
- ⑬ 警察への協力要請が必要な場合もあること

2) 個人情報保護法と情報の共有化

(「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」⁶⁾一部引用)

2)-1 個人情報保護法と情報の共有化

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「②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、「①法令に基づく場合」、「④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、①法令に基づく場合、②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、③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、④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)-2 個人情報とは

「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、例えば診療録には、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ため、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⁷⁾。

2 各段階における視点と体制

2.1 平時の体制

1) 平時における健康危機管理体制とは

平時の健康危機管理体制とは、平成17年5月23日に地域保健対策検討会から示された「地域保健対策検討会中間報告」によれば、「健康危機の発生を予防し、その対応準備を行うことである」とされている。精神保健分野における健康危機管理については、平時には、対象者の変調を早期に把握する体制や相談対応を行う体制、医療機関への受診勧奨や服薬指導を行う体制など、多職

種が連携したシステムとして構築し、危機事象発生への予防や、迅速で的確な対応ができるよう取り組んでいくことが重要である。

また、精神保健は、様々な要因が複雑に影響している事例を対象とすることが少なくないことから、危機が実際に発生していない時期にこそ、地域内に存在する関係者が実際に顔を合わせ、各地の実情と課題について共有しておく機会を設定するなど、基盤づくりも重要となる。

2) 連携体制案

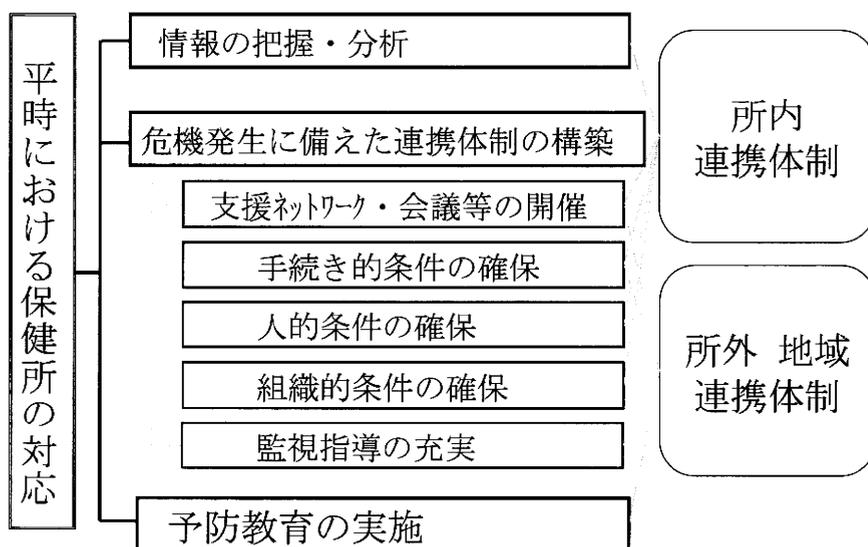
精神保健分野においては、複雑な要因が絡み、解決が容易でない事例も少なくない。しかしながら、先述の通り、地域における健康危機管理の拠点であるべき保健所の現状は、所管地域・所管人口は拡大するも専門的マンパワーは決して十分とはいえない状況にある。

そのため、保健所は、平時においても、自らの所内体制を点検し整備することにより機能強化を図るとともに、所外の各関係機関との調整を行い、健康危機に対して協力して備える体制を構築しておくことが重要である。

本研究班が平成21年に実施した全国調査の結果等から、工夫しながら地域住民や関係機関・団体等との連携体制を構築している事例が多く見受けられた。これらの取り組み事例のなかから、調査に協力をいただいた出雲保健所と世田谷保健所の取り組み事例や精神保健福祉相談員会からの情報提供等を参考として、平時の連携体制案について以下に示す。

連携の対象となるそれぞれの機関・団体等に関しては、1.5 各段階における連携の対象と連携体制の考え方、2) 保健所外の連携と関係機関・団体等の役割、法的根拠等、参考 精神保健分野 健康危機管理連携体制に関係する主な組織等リストを参照

図6 平常時における保健所の連携システム



2)-1 保健所内における機能と連携体制

(1) 情報の把握・分析

- 既存の疫学データ等の把握

これまでに公表されている疫学データ等を把握し分析することにより、各地域における公衆衛生上の問題点を洗い出すことができる。精神保健分野における既存のデータには、例えば、630調査、人口動態統計、精神保健福祉手帳交付者数などがある。（例えば厚生労働省から返還されてくる死亡原因一覧表第2表等を参考にして自殺関連データを抽出し、管内・市町村等の有する情報とレコードリンケージする等、地域の自殺の実態把握を行い、年次別推移、あるいは地域差等を明らかにする等の分析方法もある。）

○ 住民窓口の設置

家族や住民等からの情報を受ける窓口を設置し、精神保健医療の対象者の変調の端緒を早期に発見できるようにする。また、相談の中で得られた情報は、個人情報保護に配慮しつつも、時に、所内外の関係機関に迅速に連絡する必要があるため、あらかじめ有事の際の連絡方法を取り決め、周知を図っておくことが重要である。また、事例によっては、相談により把握した情報を基に所内ケース検討会を開催し、その対応方法等を協議する。

相談者例：家族（保護者）、民生委員・児童委員、近隣住民、市町村、医療機関、作業所などの職員等

(2) 危機発生に備えた連携体制の構築

ア 支援ネットワーク・会議の開催

○ 所内ケース検討会の開催

住民や外部関係機関から寄せられた情報や、担当者自身が把握した情報により、何らかの対応を要するケースについて所内で検討するしくみが必要である。

人権への配慮、保健所という機関としての責任性等、慎重な判断が必要であるため、作業、判断は、相談員のみで行わず、複数人による検討会を経ての合意形成を図る。検討会の構成メンバー、その検討会資料として用いる様式をあらかじめ定めておく（V参考資料4.様式集1）症例検討様式、参照）。検討会では、各ケースに関する基本情報を共有し、役割分担を定めるとともに、次回開催日時までにその役割に各自取り組む。

また、事前調査の結果報告を兼ね、相談員に加えて保健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。危機には至っていないものの気になる事例なども、担当一人で抱え込まず共有する雰囲気づくりも平時必要である。

イ 手続き条件の確保

○ 関係マニュアルの整備

危機発生時に必須の手続きを円滑に進めるための備えとして、危機介入のタイミングや方法の決定手順などを記載した保健所内危機対応マニュアル、34条移送マニュアル等を、各地の実情にあった形で作成・整備し、所内において周知する。

■ 参考

- ・「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」全国保健所長会精神保健福祉研究班（平成19年3月）

http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H18/18seisinkiki_kainyu_tebiki.pdf

- ・「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 15 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関する調査研究」報告書 全国保健所長会精神保健福祉研究班
- ・「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 34 条に関わる相談業務の手引～案～」
東京都衛生局精神保健福祉課
東京精神保健福祉士協会HP <http://www.tokyo-psw.com/seishin/34tebiki.htm>

ウ 人的条件の確保

○ 緊急対応経験の蓄積・記録化

事例に係るこれまでの情報を、必要時には所内関係者が迅速に取り出せるよう、日ごろから関連情報を整理の上、配置場所を所内で周知する。また、検索など実践的な機能を踏まえ、事例の電子データベース化も考慮する。

○ スタッフの研修

精神保健分野に携わるスタッフは、ケースに対応するにあたり、数多くの新しい制度や関連情報の把握も要求される。そのため、所内における研修会を開催するなどして、知識の向上や各種情報の共有を図る。

○ 訓練の実施

健康危機発生時に迅速な対応が的確に行えるよう、マニュアルに沿って所内訓練を実施しておく。訓練実施した際、実情にあわない点が指摘されれば、適宜、マニュアルの見直しを行い最適化に努める。

エ 組織的条件の確保

○ 保健所長等の役割の明確化

精神保健では、様々な制約や人権的配慮などの下で、迅速で的確な判断と対応を行わなければならない場合が少なくない。保健所としての重要な判断を行う際には、保健所長をはじめとして、複数の者が判断過程に加わるようにしておく。

○ 情報の一元管理

プライバシーに係る情報を多数取り扱うこととなるため、その情報の所内管理の適切な方法を定め、それに従うことが求められるとともに、連携機関との協力時、あるいは報道関係者への対応時など「所外」に情報を提供する際には、本ガイドライン 1.6 危機管理に関する留意事項を参照のうえ、人権擁護、個人情報保護法と情報の共有化に努める必要がある。また、スポークスマンを通じた情報の一元化を図るなど具体的ルールをあらかじめ定めておく。

2)-2 保健所外の関係機関・団体の役割と連携体制

(1) 情報の把握・分析

○ 医療機関の情報把握

保健所管内外の関係する精神科診療機関に関する情報には、診療時間、精神科以外の標榜診療科、などの一般情報に加え、救急外来の受入対応の手続き、保健所からの危機発生時の受付先、なども把握しておく。また、630 調査などでは掴めない、より詳細な受診状況のデータについても、必要時には協力してもらえる関係づくりが必要。

○ 関係機関・団体の情報把握

医療機関以外の、警察、市町村保健センター、教育委員会、民生委員・児童委員、児童福祉担当、生活保護担当などといった関係機関や関係団体とも、危機発生時の協力が得られやすいよう、平時から顔が見える関係づくりに努める。

危機発生時には、相談する相手との連絡・情報交換の方法の確認、団体等で実施している活動内容等を把握する。

(2) 危機発生に備えた連携体制の構築

ア 精神障害者等を支援するネットワーク会議等の開催

地域の精神保健・医療・福祉に係る関係者らを集め、危機対応マニュアルの内容を確認するとともに、実際の運用の流れを共通理解し、危機発生時に速やかな協力が図られるようにする。また、地域の実情について、保健所から情報を提供し、地域的課題の共有と共通した目標の設定を図る。

イ 手続き条件の確保

○ 34条移送マニュアルの共有化⁹⁾

34条移送に関係する地域内の関係機関で、マニュアルの共有化を図る。精神保健福祉法上、34条移送対象の基準を相談窓口及び保健所が明確にしておくことが重要である。

○ 危機対応マニュアルの作成と共有

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。危機発生時の協働を促すため、関係機関との間でマニュアル共有を行っておく。

ウ 人的条件(人材育成の機会充実)

○ ボランティア等人材育成の機会の充実

特に、危機後における対応などで活躍が期待される、ボランティアおよび専門職の育成を図る。

○ 関係機関とともに行う危機対応訓練の実施

関係機関等が連携し、移送にかかるシミュレーション訓練などの実施検討が望まれるが、現実的に実施している保健所は1割に満たない。関係機関間でのマニュアルの共有、危機管理事例発生時の実践的な対応準備が図られる上、顔の見える関係づくりにも訓練実施は有用と考えられる。

エ 監視指導の充実

○ 精神科病院の指導・監査の実施

医療法・精神保健福祉法に基づく立入検査の実施、さらには精神科病院実地指導に際しての協力をを行い、地域内の精神科医療の状況を把握するよう努める。病院への監視指導は地域移行支援等を推進する上で強力なツールともいわれる。

■ 島根県出雲保健所の取り組み～自立支援ボランティアの養成～

相談支援員の指導・連携のもとで活動する「自立支援ボランティア」は、個別支援計画に基づき、退院支援事業利用者に対して心理的安定の確保を図るため、訓練時の同行支援や対象者への日常的な交流などの支援を行う。

保健所は、精神障害者の円滑な地域生活への移行を推進するため、地域住民への啓発、地域の有資格者や理解者の発掘などを行ってこのボランティアの養成を進めている（事例集参照）。

(3) 予防教育の実施

市町村や精神科医療機関などの関係機関と協力し、こころの健康教室、うつ予防教室などの開催、自殺予防の普及啓発活動を実施する。

3) 平時の連携体制に関するチェック項目

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」事業において^{4),5)}、示された保健所の精神保健福祉分野における体制整備に関する評価指標のうち、平時に関する評価指標 33 項目から、保健所の連携体制のチェックに活用可能な 31 項目を抽出し下記に示した。

表 6 平時の連携体制に関するチェック項目

| NO | チェック項目 (大項目) | 具体的チェック項目 | C R ※ 2 | 所 | | 所外関係機関例 |
|--------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------|---|---|---|
| | | | | 内 | 外 | |
| ★ 情報の把握・分析 | | | | | | |
| 1 | 情報把握 | 精神科医療機関に関する情報の把握 | 3 | ◎ | ○ | 精神科医療機関（Dr、PSW、Ns等）、認知症疾患医療センター、訪問看護ステーション |
| 2 | | 関係機関・団体に関する情報の把握 | 3 | ◎ | ○ | *障害者を支援する様々な施設・関係者、家族会 |
| 3 | | 630 調査（厚労省精神保健福祉資料調査）データの把握 | 2 | ◎ | ○ | 本庁精神保健担当課、精神科医療機関 |
| 4 | | 人口動態統計に基づく年齢階級別自殺者数の把握 | 2 | ◎ | ○ | 市町村 |
| 5 | | 自殺に関する統計資料の収集分析 | 1 | ◎ | ○ | 市町村、自殺予防情報センター |
| 6 | | 手帳交付者数・公費負担者数等の把握 | 1 | ◎ | ○ | 市町村、精神保健福祉センター |
| ★ 危機発生に備えた連携体制の構築 | | | | | | |
| 7 | 支援ネットワーク | 所内ケース検討会の開催 | 3 | ◎ | | |
| 8 | | 関係者・関係機関調整会議の開催 | 3 | | ◎ | 主治医、精神科医療機関ケースワーカー、市町村、福祉事務所、民生委員、障害者を支援する様々な施設* |
| 9 | | 行政連絡会議（産業保健含む）の開催 | 2 | | ◎ | 市町村、精神科救急情報センター、本庁精神保健担当課 |
| 10 | | ネットワーク会議の開催 | 2 | | ◎ | 主治医、精神科医療機関ケースワーカー、市町村、福祉事務所、民生委員、障害者を支援する様々な施設・関係者* |
| 11 | | 地域精神保健活動団体への支援・協力 | 2 | | ◎ | |
| 12 | | 自殺対策に関する協議会の開催 | 1 | | ◎ | 精神科医療機関、医師会、警察署、消防本部、公共職業安定所、労働基準監督署、地域産業保健センター、商工会、弁護士会、司法書士会、地域包括支援センター、看護協会、薬剤師会、教育委員会、社会福祉協議会、障害者支援関係機関、民生委員・児童委員 |
| 13 | | 治療中断者支援会議の開催 | 1 | | ◎ | 精神科医療機関（Dr、PSW、Ns等） 市町村、障害者を支援する様々な施設・関係者* 患者・家族 |

| | | | | | | |
|-----------|--------|----------------------------------|---|---|---|------------------------|
| 14 | | 34 条移送対応マニュアルの整備 | 3 | ◎ | ○ | 本庁精神保健担当課、精神科救急情報センター |
| 15 | 手続きの条件 | 34 条移送に係る関係機関調整会議の開催 | 3 | | ◎ | 本庁精神保健担当課、精神科救急情報センター |
| 16 | | 24 条通報に係る警察との連絡会議 | 2 | | ◎ | 警察 |
| 17 | | うつスクリーニング票の整備 | 1 | ◎ | ○ | 市町村、地域包括支援センター |
| 18 | 人的条件 | 緊急対応経験の蓄積・記録化 | 3 | ◎ | ○ | 警察 |
| 19 | | 緊急対応スキルアップ研修会への参加 | 3 | ◎ | ○ | 警察 |
| 20 | | 地域精神保健ボランティア等の養成 | 2 | | ◎ | NPO、民生委員、 |
| 21 | | 移送訓練の実施 | 1 | ◎ | ○ | 警察 |
| 22 | 組織的條件 | 保健所長の役割の明確化 | 3 | ◎ | | |
| 23 | | 情報の一元管理と提供体制の一元化 | 3 | ◎ | | |
| 24 | | 通報受理窓口(健康危機ホットライン含む)の設置 | 3 | ◎ | | |
| 25 | | うつ・自殺に関する相談窓口の設置・対応 | 3 | ◎ | ○ | 市町村、自殺予防情報センター |
| 26 | 監視指導 | 医療法・精神保健福祉法に基づく立入検査の実施 | 3 | | ◎ | 精神科医療機関 |
| 27 | | 精神科病院実地指導に際しての協力 | 2 | | ◎ | 本庁精神保健担当課、精神科医療機関 |
| 28 | | 精神科病院に係る苦情等の情報を精神保健福祉センターから入手し活用 | 1 | | ◎ | 精神保健福祉センター |
| ★ 予防教育の実施 | | | | | | |
| 29 | 予防教育 | こころの健康教室の開催 | 3 | ○ | ◎ | 市町村、精神科医療機関、 |
| 30 | | うつ予防教室の開催 | 2 | ○ | ◎ | 市町村、地域包括支援センター、精神科医療機関 |
| 31 | | 自殺予防の普及啓発 | 2 | | ◎ | 市町村、自殺予防情報センター |

※ 障害者を支援する様々な施設・関係者（地域活動支援センター、障害福祉サービス事業者、相談支援事業者、精神障害者社会復帰施設等）

※¹ 平成20年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」報告書から引用改編

※² CR(チェックランク) 3：整備する必要があるチェック項目
2：整備しておくことが望ましいチェック項目
1：整備を検討しておくことが望まれるチェック項目

2.2 危機時の体制

1) 危機介入の対象について

保健所精神保健福祉活動における危機介入については、平成18年度全国保健所長会精神保健福祉研究班[※]が、「(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。

本ガイドラインにおける対象者は、前述のとおり、状態像から5つ（①医療・支援を受けていない重症者、②虐待・独居等、生活環境の困難を有する者、③早期支援を有する者、④何らかの医療・支援を受けている重症者、⑤その他の精神障害者）に分類される。このうち、危機介入の対象としては、①、②、③の状態像が主たるものと考えられる。それぞれの状況に応じて、表4の判断ポイントを総合的に勘案し、保健所でアセスメントシートなど（注釈¹）活用するなどして、危機時介入に至る。

注釈¹ アセスメントシートの項目：氏名、年齢、精神科受診歴、家族歴など

表7 危機介入の判断ポイント

ポイント1 精神症状の状態と経過

（具体的内容）自傷他害行為があるのか。精神症状に急激な変化があるのか。清潔・安全を保持しがたい状態であるのか。等

ポイント2 治療歴

（具体的内容）治療中、治療中断例であるのか。未治療であるのか。未診断・未受診であるのか。等

ポイント3 身体合併症と身体状況

（具体的内容）生命や身体に重大な影響があるのか。

ポイント4 家族や近隣等への問題行動

（具体的内容）家庭内暴力、虐待があるのか。大量のごみ、不潔、異臭、近隣批判などがあるのか。等