

IV. 保健所調査結果（事例の紹介）

1. 事例の抽出

1.1 事例抽出の基本的な考え方

平時の対応、危機時の対応、危機介入後の対応に関して、平成21年度実施した本研究事業のアンケート調査における事例、及び、全国精神保健福祉相談員会とのワークショップにおいて紹介のあった事例のなかから、当研究班として他の保健所の参考になる事例として抽出し、当該保健所の協力を得て情報収集できた保健所等の取り組み事例を本稿に記載した。

1.2 事例一覧

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| (1) 東京都世田谷保健所 | 医療・保健・福祉一体となり早期介入から退院支援まで |
| (2) 島根県出雲保健所 | 精神保健福祉ネットワークを活かした精神長期入院患者退院支援の取り組み |
| (3) 島根県浜田保健所 | 地域治療中断予防システム |
| (4) 兵庫県加古川健康保健福祉事務所 | 保健所と警察の連携システム |
| (5) 新潟県 | こころの緊急支援チーム活動 |
| (6) 大阪府堺市 | いのちの応援係について |
| (7) 大阪府豊中保健所 | “母子医療保健連携会議”での医療との連携；虐待予防 |

2. 事例紹介（体制案の参考としたグッドプラクティス事例）

2.1 東京都世田谷保健所

医療・保健・福祉一体となり早期支援から退院支援まで行っている東京都世田谷区
—住民と共に考え・つくる精神保健福祉体制—

1) 世田谷区の精神保健福祉体制の特徴

世田谷区の精神保健事業は主に企画を担当する区保健所の健康推進課と実際に相談支援業務を行う各支所の健康づくり課に分かれている。その特徴として①各地域資源、②企画力、③連携調整力、④調査力といったキーワードとそれらのバランスの良さが挙げられる。

- ① 地域資源；地域資源に関しては管轄内の2つの精神病院、家族会、NPO、地域活動支援センターなどの資源が豊富であり、必要に応じて利用可能であること。また、NPO法人団体がコミュニティーの中にしっかりと根付き、地域サービス事業の主体となることを支援するNPO法人協議会などが先駆けて作られた地域であり、地域の健康問題を身近にとらえて解決していこうという地域性がある。その為、精神というテーマも市民にとって身近に感じられるものになっている。
- ② 企画力；保健所が、精神に関わる行政の取り組みを推進する中で、企画力をよく発揮しており、地域のニーズに応じて専門相談、講演会、協議会などを企画・運営している。
- ③ 連携調整力；区内で、各組織における精神関係の数々の取り組みがなされる中、保健所は多くの機関と関係を持ち、行政として出来る範囲で調整・支援することが出来ている。その際、担当者が現場の実情を把握して、状況把握や意見交換を行うように努め、質の標準化・向上を図るようにしている。
- ④ 調査力；保健所は、精神関連の調査も行い、データ等による現状把握を行い、それによる課題の整理・今後行うべき方向性を組織としてきちんと検討している。

2) 自治体（実施主体）の概要

実施主体：区型保健所である世田谷保健所

地区特性（組織概要）：世田谷区は東京都の特別区のひとつで、神奈川県と接する南側に多摩川が流れる。都内有数の住宅密集地である。

人口：平成22年11月現在区総人口は約86万人である。

3) 事業とそれぞれの連携体制

上記の4つの特徴を踏まえ、世田谷区保健所では都事業である、精神障害者退院促進支援事業に加え、新たな試みとして、思春期精神保健対策や独自の自殺対策も行い、幅広い世代の精神疾患の予防・早期支援から、回復期の支援に至るまでの支援まで体制を整えている。以下に具体的な3つの事業と連携体制について紹介する。

3)-1 思春期精神保健対策

- 教育委員会および保健福祉の関係所管連絡会（実施主体は健康増進課；年5回開催）
思春期の心の問題の予防及び早期支援の為、モデル的取り組みの検討及び施行。また、児童の精神保健に関する情報交換やアドバイスをを行っている。
- 予防教育（実施主体は健康づくり課）
学校と連携し、啓発活動としてアルコールや薬物等に関する予防教育を実施している。

3)-2 自殺対策：世田谷区自殺対策協議会（実施主体は健康増進課；年2回開催）

●目的

世田谷区内の各関係機関や団体の参画により、ネットワークを構築し、各機関の情報共有や相互理解を深め、効果的な普及啓発や、自殺念慮者の抱える問題に応じた適切な対応や支援等を行うことで、自殺予防を推進する。

●構成メンバー

構成員：学識経験者・医療機関・関係行政機関・相談機関・産業関係団体・交通事業者・地域活動団体・区関係機関等 30 名程度

事務局：世田谷保健所、世田谷区自殺対策連絡会委員

●取り組み内容

- ① 各機関の取り組みや相談窓口の状況について情報の共有
- ② 世田谷区の自殺者（未遂者・遺族）の現状把握と対策に関する意見交換
- ③ 各機関が連携して取り組む事業について検討

3)-3 精神障害者生活指導（実施主体は健康づくり課；デイケアは各総合支所で週1～2回実施）

各支所の健康づくり課における個別の相談支援とデイケアにおける集団の場をリンクさせる、本人の地域生活に関して多職種によるアセスメントを実施するなどして健康づくり課デイケアの強みを生かしている。

4) 地域の家族会（世田谷さくら会）の活動

さくら会では平成14年特定非営利活動法人（NPO）となり、現在200人以上の会員が活動しており、病初期から、在宅療養生活を送っている当事者と家族を対象とした支援を行っている。定例の事業として保健所からの補助金を用いての精神障害者家族支援相談事業や家族の集いの開催、家族教室、SST（当事者・家族）、毎月の会報の発行、共同作業所の運営を積極的に行っている。近隣の医療機関との連携も良好であり、昨年度は管轄の病院、研究所とも連携して、早期支援、家族支援の為にニーズ調査を行った。

5) 今後の課題

担当者の話によると、現在では区行政組織内に分かれて存在する精神保健担当部署（相談、自殺対策、退院促進等）について、今後はより所内連携をすすめていき、多様な課題にも的確に対応できるようにしていきたいとの思いがある。

また、地域における将来展望として、課題ごとに築かれてきた関係団体の良好な連携関係の枠をさらに拡張させて有機的に結びつけ、一般の区民も巻き込んだ区民運動の展開にまで高めていくことも検討している。現在、準備会を設けるなど具現化に向けた取り組みを進めている。

2.2 島根県出雲保健所

精神保健福祉ネットワークを活かした精神長期入院患者退院支援の取り組み

1) 出雲保健所管内における精神保健事業の特徴

島根県の出雲地域では、これまで、保健所が中心となって精神保健福祉のネットワークを構築してきた。現在も、それらのネットワークは、各種の新しい課題を解決するために協働し、創意・工夫による新しい取り組みを展開している。精神障害者の地域移行支援事業も、このネットワークが十分に活かされており、実効性の高いものとなっている。

2) 自治体の概要

(1) 出雲圏域自治体

出雲市、斐川町（1市1町）

(2) 人口：173,719人(H18年推計人口) 高齢化率 24.6%

面積：624.07平方キロ

(3) 医療資源の状況

・人口10万対の一般病院数：5.8（県平均7.8）

・一般病院：8施設

・一般病床数：1,535床

・精神単科病院：2施設

・基幹病院（精神）：

総合病院：島根大学医学部附属病院40床、島根県立中央病院40床

出雲市立総合医療センター（外来のみ）

単科精神：海星病院、県立こころの医療センター（旧湖陵病院）

・精神科標榜診療所：9機関

3) 出雲保健所の組織概要

総務保健部：総務グループ、心の健康支援グループ、健康増進グループ、
医事難病支援グループ

環境衛生部：衛生指導グループ、動物管理グループ、環境保全グループ、
食品衛生機動監視グループ

4) 取り組みの詳細

出雲保健所は、早い時期から長期間かけて精神保健をテーマにした取り組みを進め、地域における連携のレベルを引き上げてきた。

(1) 出雲地域におけるネットワーク構築の歴史

昭和43年「病院連絡会」設置（県立湖陵病院主導）

昭和49年「出雲地域精神保健福祉協議会」の設置（保健所が主導）

多くの関係機関の取り込み

平成12年 上記協議会で「長期入院患者の退院促進」の取り組みを開始

(2) 出雲地域のネットワーク組織

○ 出雲地域精神保健福祉協議会

当該地域の連携体制の核となってきた協議会である。

■ 構成団体：出雲保健所（事務局）

県立こころの医療センター院長、島根大学医学部教授、県立中央病院精神神経科部長、精神科病院・クリニック、精神障害者地域支援センター・地域生活支援センター、家族会連合会、出雲市、斐川町

■ 協議会の下に2つの部会を設置

「医療の連携と在宅支援に関する部会」

「自殺予防に関する部会」

○ そのほかのネットワーク

- ・ 酒害相談連絡会（S54～）
- ・ 出雲地区家族会連絡協議会（S63～）
- ・ 出雲地区当事者交流会（H10～H12）
- ・ 精神障害者社会適応訓練運営協議会、事業所連絡会
- ・ 精神科救急圏域連絡調整会議（H12～）
- ・ グループホーム連絡会
- ・ 共同作業所連絡会（H12～）
- ・ 市町村自立支援協議会（出雲市 H19/11～、斐川町 H19/12～）等

(3) 出雲圏域精神障害者退院支援事業における各組織の取り組み

○ 保健所

- ・ 社会福祉法人へ事業を委託（ふあっと、エスティーム）
- ・ 「精神障害者地域生活移行支援圏域会議」開催、実態に基づく方策を検討
- ・ 自立支援ボランティアを養成

○ 事業受託先「ふあっと」、「エスティーム」

- ・ 管内の移行支援ネットワークの実務上の核となり、地域生活移行を推進

○ 出雲市

- ・ 独自制度で、対象者の住居確保を支援
「出雲市障がい者入居債務保証事業」
出雲市：実施主体
出雲市社会福祉協議会：金銭債務保証
精神障害者相談支援事業所：入居支援、24時間サポート体制整備

(4) 精神長期入院患者の退院件数実績

	事業利用者数	内退院者数
・平成21年度	10名	5名
・平成20年度	7名	5名
・平成19年度	7名	4名

4). 今後の課題

- ・ 退院後の緊急対応
 - ・ 地域移行推進員が対応しているが期間が限られている（原則6か月）
- ・ 自立支援ボランティアの活用

- ・ニーズ調査の結果により活用できる体制を調整する必要がある
- ・活用できる内容を委託事業所へ周知が必要である

2.3 島根県浜田保健所

島根県浜田圏域での精神障害者の再発予防

—入院者へのケア会議と治療中断予防の連携体制—

1) 体制が出来るまでの経緯

近年、保健所に警察や家族から精神科救急など緊急かつ困難事例への依頼が増加している。浜田圏域では精神保健福祉協議会の実務組織として、精神科救急医療体制整備連絡調整会議（以下、救急会議と略す）を毎年1回行っている。平成20年の救急会議で精神科救急ケースを分析した結果、治療中断者や不完全治療者から精神科救急で対応するケースが多いため、治療が中断しないような予防的などりくみが必要という結論に至った。その為、平成20年度8月より治療中断予防システムを開始した。システムの中心は保健所が対応して緊急対応して入院となった事例について退院前のケア会議を行うことと、地域の患者の治療中断予防の為の連携体制である。

2) 自治体（実施主体）の概要

実施主体：島根県浜田市・江津市を管轄する県型保健所である浜田保健所。

地区特性：浜田圏域は島根県西部の日本海に面しており山陰有数の水産都市として機能している。

人口：平成20年10月現在総人口は約8万7千人である。また、高齢化率が3割を超えているといった特徴がある。

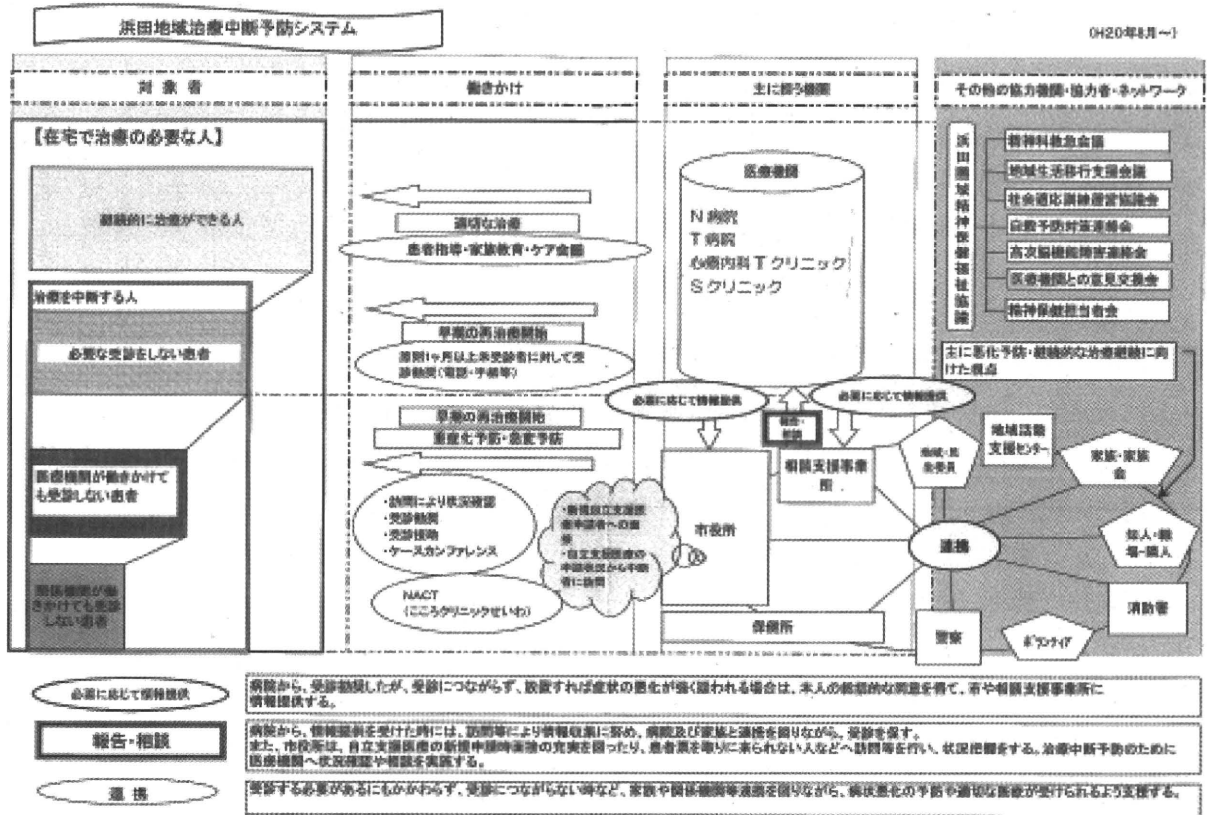
精神科の医療機関：単科の精神科病院（入院可）1、精神科クリニック（通院）3

3) ケア会議について

保健所が対応し精神科病院へ入院したケースについては、入院中に本人家族、病院関係者、保健所、市町村、地域資源関係者が集まってケア会議を行い、退院後の治療継続をサポートする体制を作る。こういった体制を作ることで、退院後、関係者間でのネットワークが円滑になり、早期の介入が可能となる。また、本人や家族が治療の必要性を理解できることにつながった。平成21年の例では、45例の精神科救急患者のうち、24例が入院対象となった。うち、10例が措置入院（3例が緊急措置）であり、15例に対してケア会議を行った。平成22年8月現在、平成21年度の救急入院者24例のうち、23例が既に退院している。

4) 治療中断予防の連携体制について

管内の精神科病院ではACT包括的地域生活支援システムを立ち上げており、訪問と電話相談により、手厚い支援を提供している。精神科患者のうち、継続的に治療が出来る群に対しては地域の医療機関が中心となって、適切な医療を提供し適宜患者指導・家族教育・ケア会議を行う。必要な受診をしない群（原則1ヶ月以上未受診者）に対しては、早期の再治療開始を目的に受診勧告（電話・手紙等）を行う。病院から受診勧奨をしたが、受診につながらず、放置すれば病状の悪化が強く疑われる場合は、本人の総括的な同意を得て、市や相談支援事業所に情報提供する。病院から、情報提供があった際には、訪問等により情報提供に努め、病院及び家族と連携を図りながら、受診を促す。また、市役所は自立支援医療の新規申請時面接の充実を図り、患者票を取りに来られない患者を訪問し、状況把握に努めている。



5) 連携機関

●所外連携

病院、相談支援事業所、地域・民生委員・児童委員、地域活動支援センター、家族・家族会、知人・職場・近隣、消防署、ボランティア、警察、市役所等

2.4 兵庫県加古川健康保健福祉事務所

保健所と警察の連携システム

1) 実施主体 兵庫県加古川健康保健福祉事務所

2) 地域特性

圏域人口 42 万人。兵庫県の南部に位置し、2市2町（加古川市・高砂市・稲美町・播磨町）からなる。東西にJRと山陽電車が走り道路網が発達し、交通の便が良く、神戸市・姫路市のベッドタウンとして発展してきた。南部は臨海工業地帯と市街地が広がり、北部は農村地帯の2つの顔を持つ。

3) 概要

市町、警察署、健康福祉事務所（保健所）の3機関が、精神保健業務における危機介入と、危機に対処する体制づくりを行い、人権に配慮した適正な医療の導入や迷惑行為等の問題解決、犯罪の防止を図ることを目的として、加古川健康福祉事務所管内警察署・市町連絡協議会を設置し、連携強化に取り組む。所属の長が参集する関係機関連絡調整会議と担当者会議の2本柱からなる。

4) 工夫点など

所属長会議を設置することで担当者が動きやすい体制とし、各機関が自ら事例を出し（様式を統一）、定例の会議と位置づけ参加している。担当者会議は、状況がよくわかり、支援に結びつきやすいように市町単位で開催している。複雑困難な事例が多いが、支援がスムーズに出来た事例を共有し、振りかえりを行うことで、職員のモチベーションを維持するようにしている。

2.5 新潟県

こころの緊急支援チーム活動

1) 実施主体

新潟県

2) 地域特性

県人口は約 238 万人（うち政令指定都市 新潟市人口は 81 万人）。県面積が広い（全国 5 位）一方、人口密度は低い（全国 34 位）。兼業農家も含め、農業従事者数が多い。郡部では高齢化が進んでいる。高速道路網は充実しているが、郡部をカバーする公共交通機関が少なく、自動車が生活に不可欠となっている。

3) 概要

平成 16 年の新潟豪雨災害、中越大震災、平成 19 年の中越沖地震をきっかけに開始された。事件・事故等の重大事案の発生時に、関係者へのこころの健康管理対策を実施する現地機関からの要請を受け、新潟県こころの緊急支援チームを速やかに現場等に派遣し、現地期間を側面から支援する活動を実施し、重大事案発生による心理的被害の拡大防止とストレス障害の軽減を図る。

4) 工夫点など

事業準備のため、庁内連絡調整会議を設置し、関係者の意見聴取を行った。また、スクールカウンセラーの実績を持つ臨床心理士と委託契約を結んだ。

2.6 大阪府堺市こころの健康センター

「いのちの応援係」で警察等と連携し自殺再企図を予防する大阪府堺市
—自殺未遂者に対するケア・マネジメント体制—

1) 体制が出来るまでの経緯

平成 18 年 4 月に堺市は日本で 15 番目、近畿地方では 4 番目の政令指定都市となった。政令指定都市移行に伴い、大阪府より精神保健福祉センターの設置、精神障害者保健福祉手帳の交付や通院医療費公費負担などの業務の移譲を受けるとともに、本庁に精神保健福祉課が設置された。平成 20 年 10 月堺市こころの健康センターにおいて自死遺族相談窓口を開設するとともに、平成 21 年 3 月には、「堺市自殺対策推進計画」を策定した。そして、「堺市自殺対策連絡懇話会」での議論で、警察関係の委員から、警察と連携した自殺未遂者の支援について積極的な提案を受け、関係機関との調整の上「いのちの相談支援事業」が立ち上げられ、平成 21 年 4 月に実施主体として“いのちの応援係”が精神保健福祉課内に新設された。

2) 自治体（実施主体）の概要

実施主体：堺市健康福祉局健康部 精神保健福祉課 いのちの応援係

地区特性：大阪府中南部に位置する政令指定都市。大阪府では人口・面積が第 2 の都市である。西部（堺区・西区）は平坦で、古くからの工業地や商業地が多く市街化が進んでおり、その他の地域では住宅地や田園地帯がひろがっている。また、自殺死亡率（人口 10 万人対）は平成 20 年は 21.9 で、全国の 18 政令指定都市の中では 8 番目である。人口：平成 22 年 9 月現在市総人口は約 84 万人である。

3) いのちの応援係

いのちの応援係は精神保健福祉士、心理相談員、警察官 0B、事務など計 6 人から成る。また必要に応じて非常勤の嘱託精神科医が出務する。

4) 支援のプロセス

自殺未遂者が警察に保護された際、情報提供への同意が得られた者に対していのちの応援係では面接を行っている。（原則精神障害が疑われ、緊急に医療が必要な者は対象とはならないが、精神保健福祉法 24 条非該当になった者では、対象となることもある。）そこで自殺未遂の背景や危険因子・保護因子等についてアセスメントを行い、支援会議で支援計画を作成、自殺未遂者の心理面へのケア、自殺ミスに至った問題の整理、問題解決の為の関係機関へのコーディネート、再度の自殺を防ぐ為の相談支援を柱として庁内・庁外の支援ネットワークにつなげていく。対象者が支援につながりやすくする為の工夫としては、本人のみならず家族など周りの者の理解協力を得ること、紹介先相談機関との連絡調整を担当者が行った上で時には相談にも同行するということが等がある。また、多重債務等の問題がある際、弁護士への相談費用が初回無料になるなど地域の弁護士会の協力も得ている。

5) 連携機関

担当者は庁内・庁外の懇話会や日頃の連絡調整を通して関係機関との連携を図っている。

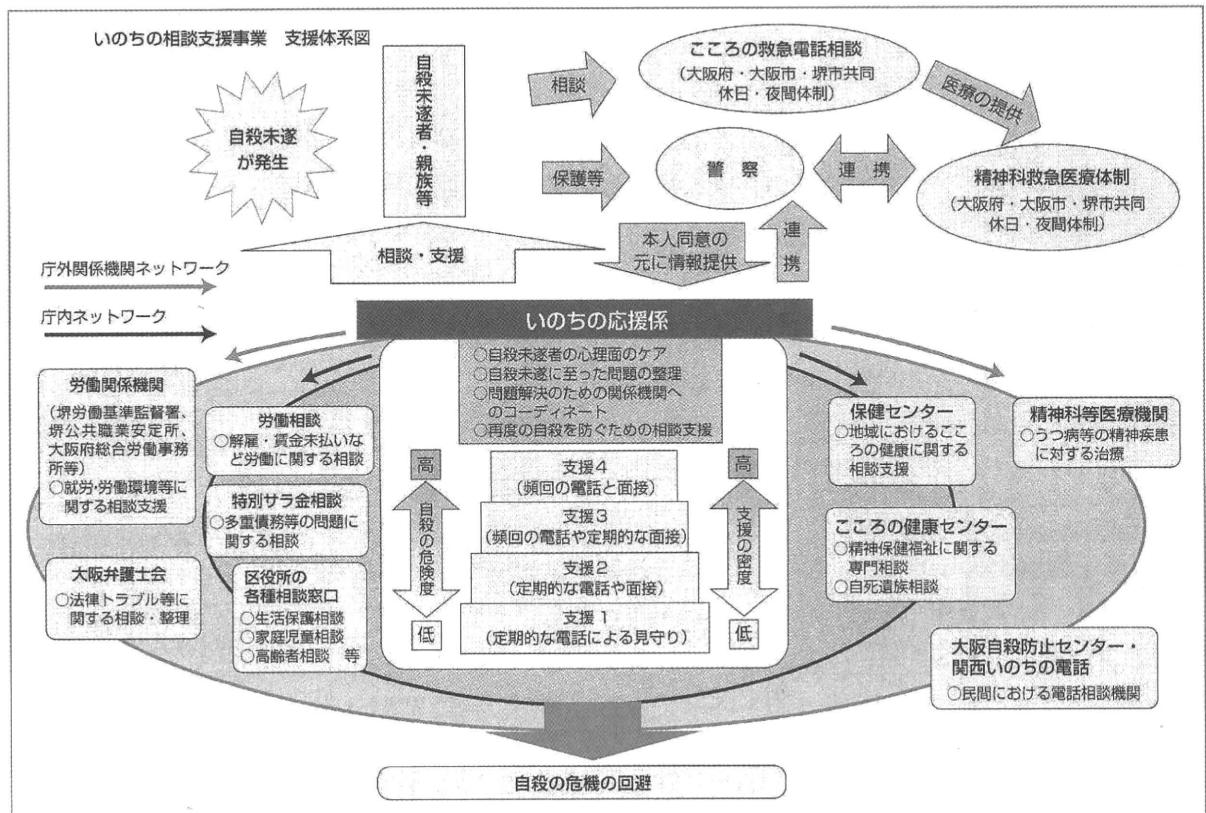
●庁外連携ネットワーク

庁外連携機関としては、医療機関、法律関係機関、労働関係機関等がある。

●庁内連携ネットワーク

庁内連携機関としては、保健センター、こころの健康センター、区役所の相談窓口、教育関

係機関、福祉事務所、子ども関係の相談機関等がある。



6) 平成 21 年度の実績 (平成 22 年度公衆衛生学会総会での発表資料より抜粋)

“平成 21 年度の支援の報告によると、15 名の支援者では 20 歳代が最も多く、次に 40 歳代の 20% であった。職業では無職者が 67%を占め、被雇用者 20%、自営業 13%であった。診断としては F1 と F3 が各々 27%と最も多く、未遂前に心療内科もしくは精神科への通院中が 53%、中断 20%、そして過去に未遂歴があったのは 60%であった。未遂時に飲酒していたのが 13%、平時に問題のある飲酒が 33%と、アルコールが関連する未遂を 46%認めた。原因・動機 (複数回答) では、健康問題が 48% (精神疾患、身体疾患)、経済・生活問題 (倒産、失業、就職失敗、多重債務) が 26%、家庭問題が 15%そして勤務問題が 11% (職場の人間関係、休職、仕事の悩み) であった。関与した回数では、5-10 回と 31 回以上が 33%、次に 11-20 回が 20%であった。15 名のうち、自殺企図を繰り返すものは数名あったが、平成 21 年度末現在、女性 4 人が支援を終了し、残り 11 人が継続支援中である。”

7) 今後の課題

課題としては、同意を得られないため対象者が減ることと、本人以外の家族からの支援の希望が強いことが挙げられた。その為、平成 22 年 7 月からは対象者を本人の同意を得たものから、家族の同意を得た者に拡大した。今後の方向性として、警察以外に救急隊、保健センター、地域包括支援センター、医療機関などと連携し、支援の窓口を広げていくことを考えている。

2.7 大阪府豊中保健所

“母子医療保健連携会議”での医療と保健の連携；大阪府豊中市の虐待予防
—ハイリスクの親子に関する精神科専門家を含めた連携・支援体制—

1) 体制が出来るまでの経緯

先天疾患や発達障害、障害などの問題を抱える児を養育するにあたって、親への負担は必然的に増大し、時には精神的な問題に繋がることもある。また、もともと、精神疾患を抱える親は、病状によっては児の養育に必要なスキルを発揮出来ない可能性もあり、適切な支援を受けることが虐待予防の第一歩となる。豊中保健所では虐待のハイリスクである低出生体重児や医療的ケアを要する児を中心に訪問を行い、精神チームを含めたケース会議を行っている。H15年12月には豊中市内で“虐待死亡事例”が発生したことから、障害児・難病児の母親を対象とした“マザーグループ”を開始した。また、H17年12月から、情報の共有と連携体制の確立を目的に、“豊中市母子医療保健連携会議”を開始。市立豊中病院と連携し、虐待の予防や早期発見、再発予防に努めている。

2) 会議の目的

市立豊中病院のかかわる周産期から小児期までの要支援事例に対して、病院と地域保健機関が連携を図り、早期から適切な支援を行い、これにより児への健全な育成を助けるとともに、併せて、退院後の地域保健機関での事例へのかかわり状況や経過を連携会議に報告、検討することにより、今後の支援に生かすことを目的とする。

3) 自治体（実施主体）の概要

実施主体：豊中市と大阪府豊中保健所

地区特性（組織概要）：豊中市は大阪府の北摂地域に属する市である。大阪都心から15km圏内という利点を活かし、北東部の新千里地区を中心に大阪都市圏の衛星都市、ベッドタウンとして発展した。現在では市街地が7割以上を占めている。

人口：平成22年9月現在区総人口は39万人である。

4) 方法

開催：定例で隔月（H17年12月～現在）

場所：市立豊中病院

構成メンバー：

- 市立豊中病院：医師（小児科・産婦人科・精神科・救急診療科）
- 助産師・看護師（産科病棟・小児科病棟・NICU病棟・救急外来・小児科外来）
- 豊中市健康支援室保健師
- 大阪府豊中保健所保健師

対象児の親は、実際、薬物依存、適応障害、知的障害、神経症圏など精神的な問題を抱えていることも多く、母親の精神的問題に関する支援が必要になることも多い。親が適切な医療・保健・福祉サービスを利用することにより、養育上の困難が解決されることも多い。その為、会議には適宜、精神科医やケースワーカーも参加しており、親が適切なサービスにつながるよう、地域保健機関と適宜協力している。

5) 事例検討会議（1回/2ヶ月開催）

- 構成メンバーにおける要支援事例の現状把握と支援方策の検討、及び市立豊中病院小児虐待対策委員会での検討事例の報告と支援方策の検討を行うため、事例検討会議を開催する。

- 要支援事例の対象者は小児科、救急診療科、産科、NICUに入院・外来受診の未熟児、身体障害児、小児慢性疾患児、発達障害児、その他養育困難が危惧される事例や被虐待児（疑いを含む）、支援の必要な妊産婦等とする。また、これから市立豊中病院への転院や外来受診等を予定している上記の未熟児等を含む。
- 事例としては「体重増加不良でネグレクトを疑われた児と若年の母親」、「10か月で慢性硬膜下血腫と診断された児の経過」「シンナー依存の母親への対応」「DVを受けている妊婦の今後のかかわり」「代理ミュンヒハウゼン症候群事例」等。合わせて事例に関する学習会なども行っている。

6) 定例会議（年1～2回開催）

ハイリスク児の早期把握・スムーズな継続支援のための連携体制の強化方策についての検討、経年的な訪問結果報告書のまとめと分析結果の報告、支援結果についての課題の改善、その他、会議の運営について検討する為定例会議を開催している。

7) 連携の効果

- 市立病院・市健康支援室・保健所の密接な連携により、周産期から小児期まで早期から虐待予防を共通に認識した支援や、市域内の虐待防止対策について考えることができるようになった
- 事例検討・学習を通して虐待防止に向けての共通視点と知識の向上が図れるようになった
- 継続支援事例の情報交換により支援方針の確認ができ、継続した支援につなげることができるようになった。

8) 今後の課題

- 福祉関係機関連携への拡がり、および要保護児童対策地域協議会との連携
- 虐待未然防止のための連携と支援技術のさらなる充実
- ネグレクト等慢性的な問題を抱える両親への介入

V. 参考資料

1. 全国保健所健康危機対応体制評価アンケート調査（精神保健医療分野）

A. 調査目的

平成 20 年度に保健所評価班（班長：岩本治也、福岡県京築保健所）が全国保健所に対し健康危機対応体制評価の調査を実施した。今年度、調査票に関する研究班（班長：岩本治也、福岡県田川保健所）が全国保健所に対し同じ評価表を用いて 20 年度以降健康危機対応体制の整備が進んだかどうかを把握するため調査を実施した。精神保健分野についても 20 年度調査と比較することで整備状況の課題を明らかにする。

B. 調査方法

調査票に関する研究班（班長：岩本 治也、福岡県田川保健所）において評価表を整理し、多田羅事務局より評価表を添付したメールを全国保健所長あてに送付し、記入後に回収、集計し各分野の集計結果を表にして各研究分担者に送付した。

評価表の回答は、評価指標分類の 71 項目の具体的評価指標について評価（実施状況）を質問した。回答は（1：保健所管轄外、2：具体的評価指標が不適當、3：評価の基準・目安が不適當、A：良好、B：普通、C：改善、その他）から一つを選択し、A又はBの回答が評価指標を評価し実施と判断した。Cと回答した場合は改善の要があり未実施と判断した。

C. 調査結果

回収数は 308 保健所（全国 494）、回収率は 62.3%であった。20 年度調査では回収数 325 保健所（全国 517）、回収率 62.9%であり、回収率は前回並である。設置主体別では 63.4%（237/374）、指定都市 52.0%（26/50）、中核市 65.0%（26/40）、保健所政令市 57.1%（4/7）、東京都特別区 65.2%（15/23）であった。

(1) 要改善回答 40%をこえる保健所の割合での評価

精神保健分野の評価指標 71 項目について保健所ごとの回答で C（要改善）回答の割合が 40%以上の保健所を要改善保健所と定義し、要改善の保健所数（割合）の推移を検討した。71 項目全部では 20 年度調査では 2.2%から 22 年度調査では 1.9%と殆ど変化はない。「平時の対応体制」では 8.0%から 5.5%に改善がみられたが「発生時対応体制」と「緊急対応体制」は殆ど変わらず、「事後対応体制」では改善が進んでいないことが窺える。

表 1、評価指標項目 C (要改善) 回答 40% 以上の保健所数

評 価 指 標	C (要改善) 回答割合 40% 以上の保健所数 (割合)	
	20 年度 (325)	22 年度 (308)
平時の対応体制評価指標 (33 項目中 14 項目以上 C 回答)	26 (8.0)	17 (5.5)
発生時の対応体制評価指標 (13 項目中 6 項目以上 C 回答)	5 (1.5)	5 (1.6)
事後の対応体制評価指標 (9 項目中 4 項目以上 C 回答)	45 (13.8)	49 (15.9)
緊急対応体制の評価指標 (16 項目中 7 項目以上 C 回答)	8 (2.5)	7 (2.3)
計 (71 項目中 29 項目以上 C 回答)	7 (2.2)	6 (1.9)

(2) 重要度ランク別の整備状況の評価

評価指標を各項目の重要度から 3 段階評価ランクに分けて実施状況を検討し、ランク 3 は整備が必要な指標、ランク 2 は整備が望ましい指標、ランク 1 は整備を検討すべき指標とした。各ランクの望ましい実施率は、ランク 3 が 70% 以上、ランク 2 は 70% 未満～50%、ランク 1 は 50% 未満と定めた。

1) ランク別実施 (整備) 率

ランク別の実施率は 22 年度調査ではランク 3 が 70.6% (20 年度 72.1%)、ランク 2 が 66.6% (20 年度 67.8%)、ランク 1 が 54.0% (20 年度 56.1%) であり 20 年度調査より全部のランクで低下している。特にランク 1 は、2 ポイント以上の低下している。段階別実施率では 20 年度調査時点から「事後の対応体制評価」のランク 3、1 を除き、横ばいか低下傾向を示した。また「平時の対応体制評価指標」がランク 3 で 20、22 年度ともに基準実施率 70% に達していない。

表 2、具体的評価指標のランク別実施率 (%)

評価指標 (基準実施率)	ランク 3		ランク 2		ランク 1	
	整備が必要な 指標 (70%以上)		整備が望まし い指標 (50~69%)		整備を検討す べき指標 (50%未満)	
	20年度	22年度	20年度	22年度	20年度	22年度
平時の対応体制評価指標 (33項目)	68.3	65.5	67.4	65.2	51.5	50.1
発生時の対応体制評価指標 (13項目)	80.2	80.0	65.9	64.9	41.2	34.7
事後の対応体制評価指標 (9項目)	74.8	74.9	62.9	61.9	53.2	54.4
緊急対応体制の評価指標 (16項目)	70.1	69.6	71.7	69.6	69.3	65.4
合 計	72.1	70.6	67.8	66.6	56.1	54.0

2) 平時の対応体制評価指標

ランク 3 では 20 年度調査と同様に 34 条移送関係が低く、「移送マニュアル」は約 4 割の保健所では整備されていない。ただ「移送関係機関調整会議」の開催は 20 年度調査より増加し約 4 割の保健所で実施されている。なお 34 条移送関係評価指標では指定都市・中核市・政令市型の回答では「所管外」が 5 割を超えていた。

「保健所長の役割明確化」されている保健所は約 6 割で、20 年度調査より低下し、中核市・政令市型保健所では「明確化」約 5 割であった。「精神保健福祉士等の配置」は 20 年度調査から低下し、約 3 割の保健所での配置であったが「所管外」との回答が 37.7%あり、特に都道府県型 43.5%、指定都市型 30.8%であった。

ランク 2 では 20 年度調査より「年齢階級別自殺者数把握」を除き 7 つの具体的評価指標とも実施率が低下した。実施率が最も低いのは「ボランティア養成」で 47.7%、次いで「630 調査把握」(厚生労働省精神保健福祉資料) 50.6%となっていた。なお「所管外」の回答が「ボランティア養成」では 13.0%、特に指定都市型 73.1%であり、「630 調査把握」では 26.9%、指定都市・政令市型でともに 75%を超えていた。

ランク 1 では自殺予防関連指標の実施率は 20 年度調査から増加し、「自殺予防普及啓発」83.4%、「自殺統計資料の収集」68.5%と保健所での自殺対策が進んでいる。ただし「移送訓練実施」は 8.4%と非常に低いが「所管外」の回答は 22.1%であった。

表3、平時の対応体制評価指標（33項目）

ランク3		20年	22年	ランク2		20年	22年	ランク1		20年	22年
項目	実施率	68.3	65.5	項目	実施率	67.4	65.2	項目	実施率	51.5	50.1
精神科診療機関情報		81.8	81.5	630調査把握		53.8	50.6	自殺の統計資料収集		66.5	68.5
関係機関・団体情報		81.5	81.9	年齢別自殺者数把握		72.6	74.1	手帳交付者・公費負担者		75.7	68.2
所内検討会		89.5	86.6	行政連絡会議		64.3	63.0	自殺対策協議会		47.4	58.8
関係者・機関調整会議		87.1	85.7	ネットワーク会議		79.7	77.3	治療中断者支援会議		38.8	38.0
34条移送マニュアル		52.6	43.8	精神保健活動団体支援		88.9	84.5	うつスクリーニング票整備		37.8	30.2
34条移送関係調整会議		39.7	40.3	24条通報警察連絡会議		57.5	53.2	移送訓練実施		11.7	8.4
精神保健福祉士等配置		36.9	31.2	ボランティア養成		50.2	47.7	うつ・自殺専門相談窓口		59.1	59.1
緊急対応経験蓄積・記録化		73.8	73.4	精神科病院実地指導		72.0	71.1	精神保健福祉C情報活用		41.2	33.5
緊急対応スキルアップ		58.5	58.1					うつ予防教室		53.8	53.3
保健所長役割明確化		66.8	61.3					自殺予防普及啓発		83.4	83.4
情報管理・情報提供体制		69.2	63.0								
うつ・自殺専門相談の対応		70.8	69.5								
通報受理窓口の設置		71.7	68.5								
立入検査実施		76.9	70.8								
こころの健康教室		68.3	66.9								

3) 発生時の対応体制評価指標

ランク3では、20年度調査と殆ど同じ実施率であり「緊急対応マニュアル活用」と「通報受理窓口の活用」が60%台であるが、他の5つの評価指標の実施率は80%を超えている。「緊急対応マニュアル活用」では「所管外」との回答が指定都市型で19.2%と高い。「通報受理窓口の活用」では「所管外」との回答が指定都市・政令市型で23.1%と25.0%と高く、また中核市型では「評価指標が不適当」の回答が15.4%みられた。

ランク2では、20年度調査と殆ど差はなく「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%前後の実施率であるが、他の3つの評価指標の実施率は70%を超えている。34条移送関係評価指標では、都道府県型以外の保健所は「所管外」の回答が20%を超えている。

ランク1では、「外部専門家の参加」が34.7%と20年度調査より低下している。「所管外」との回答が都道府県型3.4%に対し、都道府県型以外の保健所では31.0%であった。

次に対応体制評価指標を整備の重要度別に3ランクに分け「整備が必要な項目」をランク3、「整備が望ましい項目」をランク2、「整備を検討すべき項目」をランク1とし、ランクごとに実施（整備）率をみた。20、22年度調査ともに「平時の対応評価指標」ランク3以外では重要度ランクごとの整備目標をほぼ達成していることが分かった。未達成の「平時の対応評価指標」ランク3についても、「所管外」との回答が多かった「精神保健福祉士等の配置」と「34条移送調整会議の設置」の2項目を除いた

13項目の実施率は20年度73.0%、22年度70.1%と整備目標70%を達成することが分かった。22年度調査で実施率が低下したのは「平時の対応評価指標」全ランク、「発生時の対応評価指標」ランク2と1、「緊急対応評価指標」ランク2と1、であり、評価指標項目ごとにみると保健所型別による精神保健福祉行政の役割の違いと都道府県本庁の係わり方の違いが保健所の取り組みに影響を与えていると推測できる。

表4、発生時の対応体制評価指標（13項目）

ランク3		20年	22年	ランク2		20年	22年	ランク1		20年	22年
項目	実施率			項目	実施率			項目	実施率		
		80.2	80.0			65.9	64.9			41.2	34.7
相談・通報等の情報把握		89.5	89.0	緊急訪問調査基準作成		42.2	39.0	外部専門家の参加		41.2	34.7
危機事例相談票作成		86.2	83.4	措置診察の調査等調整		77.8	78.2				
本庁・精神保健C等と連絡		85.2	85.4	患者移送調査等調整		78.5	77.0				
家族・保護者への連絡		87.7	87.6	福祉事務所・児相連絡		88.3	87.6				
緊急対応マニュアル活用		60.3	61.7	34条移送機関会議		42.8	42.9				
所内会議の開催		84.6	83.8								
通報受理窓口の活用		68.0	68.8								

4) 事後の対応体制評価指標

ランク3では、20年度調査と殆ど同じであり「緊急対応記録の評価」は58.4%で、他の2つの評価指標は80%を超える実施率である。「所管外」の回答は県型1.3%に対し県型以外の保健所は9.9%となっている。

ランク2では、20年度調査より4つの評価指標の実施率は高く、最も低い「対応マニュアル見直し」は50%を超え、指定都市型の回答は「所管外」が61.5%である。

ランク1では、20年度調査と殆ど同じであり「事後評価連絡調整会議」34.8%であり、「所管外」の回答が県型5.1%、県型以外の保健所は26.7%である。

表 5.事後の対応体制評価指標（9項目）

ランク3		20年	22年	ランク2		20年	22年	ランク1		20年	22年
項目	実施率			項目	実施率			項目	実施率		
		74.8	74.9			62.9	64.9			53.2	54.4
継続的な訪問指導		83.4	83.1	退院後地域支援調整会議		75.4	72.8	入院先医療機関訪問		72.0	74.0
所内ケース検討会議		83.7	83.1	実地指導等後改善状況把握		65.2	62.4	事後評価連絡調整会議		34.5	34.8
緊急対応記録の評価		57.2	58.4	対応マニュアル見直し		49.5	52.6				
				支援ネットワーク見直し		61.6	59.7				

5) 緊急対応体制評価指標

ランク3では、20年度調査と殆ど同じく、3つの評価指標の実施率は70%前後であり「夜間精神科救急相談窓口調整」が69.8%と20年度調査66.5%より改善された。

ランク2では、20年度調査より改善がみられる。最も低い「緊急搬送車両の確保」62.0%を除く7つの評価指標の実施率は70%前後であり、「緊急搬送車両の確保」では「所管外」の回答が都道府県型10.1%に対し都道府県型以外の保健所は42.3%である。

表 6, 緊急対応体制評価指標（16項目）

ランク3		20年	22年	ランク2		20年	22年	ランク1		20年	22年
項目	実施率			項目	実施率			項目	実施率		
		70.1	69.6			71.7	69.6			69.3	65.4
通報等受理窓口設置		70.5	68.5	24時間対応体制		66.5	70.8	精神科救急機関と連絡		76.3	72.4
危機事例相談票等整備		73.2	70.5	本庁との連絡調整		76.9	70.1	福祉事務所等と連絡		81.8	72.7
精神科救急相談窓口調整		66.5	69.8	警察との連絡調整		82.8	78.3	精神保健指定医師確保		57.8	56.5
				患者移送の連絡調整		70.8	66.5	措置入院等文書手続		65.8	60.7
				緊急搬送車両の確保		62.5	62.0	入院中の訪問面接		64.6	64.6
				医療機関に搬送・立会		65.8	67.2				
				緊急対応記録作成		79.4	74.3				
				退院に向けた病院訪問		68.9	67.2				

緊急対応体制とは、夜間・休日における精神障害者等の病状急変や自傷他害などの行為に対し医療へ繋ぐ対応をする体制をいう。

D、考 察

平成 19 年度精神保健医療分野における健康危機管理体制に関する分担研究において作成した「精神保健医療分野における健康危機への対応体制評価指標」に基づき平成 20、22 年度に全国保健所にアンケート調査を行った。「健康危機対応体制評価指標」として平時対応 33 項目、発生時対応 13 項目、事後対応 9 項目、さらに夜間休日の緊急対応 16 項目、計 71 項目について実施率(A 良好、B 普通、C 要改善)を調査した。

まず評価指標 71 項目について保健所ごとの回答で C 回答の割合が 40%以上の保健所を要改善保健所と定義した。要改善保健所数(割合)の推移をみると 20 年度 7 か所(2.2%)から 22 年度 6 か所(1.9%)と対応体制不備(要改善率 40%以上)保健所割合に変化はない。

次に対応体制評価指標を整備の重要度別に 3 ランクに分け「整備が必要な項目」をランク 3、「整備が望ましい項目」をランク 2、「整備を検討すべき項目」をランク 1 とし、ランクごとに実施(整備)率をみた。ランク別の実施率は 22 年度調査ではランク 3 が 70.6%(20 年度 72.1%)、ランク 2 が 66.6%(20 年度 67.8%)、ランク 1 が 54.0%(20 年度 56.1%)でありランク別実施率基準は達成している。

20、22 年度調査ともに「平時の対応評価指標」ランク 3 以外では重要度ランクごとの整備目標をほぼ達成していることが分かった。未達成の「平時の対応評価指標」ランク 3 についても、「所管外」との回答が多かった「精神保健福祉士等の配置」と「34 条移送調整会議の設置」の 2 項目を除いた 13 項目の実施率は 20 年度 73.0%、22 年度 70.1%と整備目標 70%を達成することが分かった。

22 年度調査で実施率が低下したのは「平時の対応評価指標」全ランク、「発生時の対応評価指標」ランク 2 と 1、「緊急対応評価指標」ランク 2 と 1、であり、評価指標項目ごとにみると保健所型別による精神保健福祉行政の役割の違いと都道府県本庁の係わり方の違いが保健所の取り組みに影響を与えていると推測できる。

2. 参考とした法律等

1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年五月一日法律第二百二十三号）

（この法律の目的）

第一条 この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、障害者自立支援法（平成十七年法律第二百二十三号）と相まって、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。

（国及び地方公共団体の義務）

第二条 国及び地方公共団体は、障害者自立支援法の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業と相まって、医療施設及び教育施設を充実する等精神障害者の医療及び保護並びに保健及び福祉に関する施策を総合的に実施することによって精神障害者が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をすることができるように努力するとともに、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神障害者の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じなければならない。

（国民の義務）

第三条

国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者がある障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

（精神障害者の社会復帰、自立及び社会参加への配慮）

第四条

医療施設の設置者又は社会適応訓練事業を行う者は、その施設を運営し、又はその事業を行うに当たっては、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るように努めなければならない。

2 国、地方公共団体、医療施設の設置者及び社会適応訓練事業を行う者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。

（診察及び保護の申請）

第二十三条 精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、左の事項を記載した申請書をもよりの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 申請者の住所、氏名及び生年月日
- 二 本人の現在場所、居住地、氏名、性別及び生年月日
- 三 症状の概要
- 四 現に本人の保護の任に当たっている者があるときはその者の住所及び氏名

（警察官の通報）

第二十四条

警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために