

保健所の精神保健活動における 危機介入についての実態調査

A National Survey on the Intervention at the Crisis in
Mental Health Care Activities at Health Care Centres of Japan

辻雅善 角田正史 張瑩 相澤好治 山口靖明 佐々木昭子 大井照
能登隆元 酒井ルミ 石本寛子 中田榮治 竹島正 益子茂 高岡道雄
(Masayoshi TSUJI Masashi TSUNODA Ying ZHANG Yoshiharu AIZAWA
Yasuaki YAMAGUCHI Shouko SASAKI Teru OHI Takayuki NOTO
Rumi SAKAI Hiroko ISHIMOTO Eiji NAKATA Tadashi TAKESHIMA
Shigeru MASUKO Michio TAKAOKA)

Key words : 危機介入、緊急対応、地域精神保健福祉、保健所

要旨

【目的】精神保健活動における危機介入とは、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つをいう。保健所はこの危機介入の体制を整えるよう求められている。各保健所がどの程度危機介入を必要とする事例に直面しているか把握すれば、人的資源や予算等の配分を行う資料を得ることができる。また、保健所の業務要領の整備状況を把握することで、精神保健福祉業務マニュアルの必要性を検討できる。そこで、本研究では今後の保健所の危機介入に関して、以上の点について明らかにすることを目的に行った。

【方法】全国640保健所に管内の地域保健活動と危機介入についての質問紙票を郵送し回収した。回収期間は2004年10月から12月末までに設定した。調査内容は2004年4月から9月の間に保健所が関わった精神保健対象者について、面接相談、電話相談、申請・通報の各きっかけ別に、実人数、その内の訪問数、危機介入数、危機介入以外の対応数であり、精神保健福祉分類別に記入した。また、危機介入業務要領の整備状況の有無、業務要領ガイドラインの必要性の有無についても回答を得た。

【結果】面接相談がきっかけで関わった精神保健対象者は、訪問で一保健所あたり15.2人、危機介入で6.6人であった。電話相談がきっかけで保健所が関わった精神保健対象者は、訪問で一保健所あたり19.2人、危機介入で9.1人であった。申請・通報がきっかけで関わった精神保健対象者は、訪問で一保健所あたり4.3人、危機介入で6.3人であった。また、危機介入の業務要領は11.1%の保健所で整備されていたが、業務要領等のガイドラインが必要であると回答した保健所は83.6%であった。

【考察】それぞれのきっかけで危機介入に至るのは一保健所あたり6.0人から9.0人程度であり、

この業務量に相応した保健所の人的配置が必要である。危機介入に至らない事例も多く、効率的に危機介入の可能性がある事例に対処することが必要である。そのためには、業務要領のガイドラインを適切に利用することが効果的と考える。

I. 緒言

保健所は地域精神保健福祉行政の第一線機関である（国民衛生の動向，2008）が、地域精神保健福祉の推進には地域社会の認識と理解が不可欠である。地域における精神障害者の行動により、社会の精神障害者への認識が厳しくもなり、また理解あるものにもなる。近年、心神喪失者等医療観察法（竹島，2003）の成立もあり、保健所は精神保健福祉業務を通して刑法に抵触する事例との関わりも求められるようになった。また、医療費の抑制及び人間的尊厳の観点から、精神病院に長期にわたり社会的入院をしている精神障害者の退院促進が課題となっているが、退院促進は速やかな社会適応の可能性拡大の利点がある一方、早すぎた場合は社会的迷惑行動のリスクがある。このような状況の下、保健所は精神障害者が刑法に抵触する行動や社会的迷惑な行為を起こす前に、いかに迅速に危機介入ができるかが重要となってきている。このことは、社会の要請のみならず精神障害者自身にとっても重大な結果に至るまで放置されないことを意味し、精神保健福祉の向上という点からみても意義のあることである。

ここで言う危機介入とは、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つをいう（高岡，2008）。緊急対応（入院支援）としては、時間的な制約下での相談受理から訪問調査、訪問診察、さらに搬送、入院までの一連の過程をいう。また、継続対応（在宅支援）としては、入院が直ちには必要ないと判断されたときの生活面、福祉面、保健衛生面の支援、住民対応、関係機関調整等を支援的介入ととらえ、具体的なプロセスとしては、相談受理から訪問調査、定期的な家庭訪問等をいう。

現在、保健所は早急にこの危機介入の体制を整えるよう求められている。体制構築に際しての人的資源や予算等の配分を行う資料を得るためには、まず各保健所がどの程度危機介入を必要とする可能性がある事例に直面しているか把握する必要がある。例えば、関わった精神障害者について、きっかけ別に事例数を把握することできっかけとなる部門への人的資源の必要人数が予測でき、また、訪問や危機介入に至った数を把握することは訪問や危機介入に割く専門職の必要人数の手がかりとなる。

保健所は、地域保健法により、都道府県型（二次医療圏を参酌し県が設置）、指定都市型（100万人以上の人口、または近い将来人口100万人を超える見込みの80万以上の人口が運用基準とみなされている指定都市が設置）、政令市型（政令で定める市、小樽市、藤沢市等が設置）、中核市型（人口30万人以上を有する中核市が設置）及び東京23特別区に分類される（張、他，2008）。大井らの調査により、市区（指定都市、中核市、政令市及び特別区）の保健所それぞれに精神保健福祉業務において異なる点があったことが示され（大井、他，2005）、中田らは

保健所型間における救急体制の違い（中田、他、2004）を示している。また、精神保健に関する休日・平日夜間における保健所の緊急対応に、保健所型間で担当の有無や実務の担当率等に差が示されている（張、他、2007）。さらに、精神保健医療福祉資源に人口の少ない地方（都道府県型及び政令市型）と都市部（指定都市型及び特別区）の格差があることが示された（辻、他、2008）。このように精神保健福祉に関しては、保健所型間にそれぞれ置かれている状況等を反映し相違があるが、危機介入に関しても、保健所型間で対応する業務量等に相違がある可能性がある。そこで、危機介入においても型別に関わった事例数等の違いを検討し差を把握することは、それぞれの保健所により適当な体制を構築するのに有益な情報となると考えた。

また、危機介入は専門職の人員配置や相談における緊急性の判断、その他複雑な要素を包含するため効率的に進める必要があると考える。そのためには業務要領の整備が重要となってくる。この業務要領の整備状況を把握することにより、保健所に業務要領のガイドラインの整備を進める必要性があるか検討できる。

以上より、本研究は地域保健福祉対象者への訪問及び危機介入状況を把握し、また、それらを保健所型別に検討し、今後の保健所の危機介入の在り方を示す基礎資料とすることを目的に行った。さらに、業務要領の整備の有無及びその必要性についても検討した。

II. 方法

全国640箇所の保健所に精神保健福祉の管内の地域保健活動と危機介入についての質問紙票を郵送し、回収も郵送にて行った。調査対象期間は2004年（平成16年）10月に質問紙票の送付を行い、回収期限を12月末までに設定した。質問紙票調査の回答については、精神保健福祉業務の責任者、または業務を熟知している者が回答するように依頼した。調査結果は研究解析にのみ使用することを伝え、回答者は名自記方式で記入した。

調査内容は、2004年4月から9月の間に保健所が関わった地域精神保健活動対象者について、面接相談、電話相談、申請・通報、それぞれのきっかけ別に、実人数、その内訪問が行われた人数、危機介入（緊急・継続対応別）が必要であった人数、危機介入以外の対応人数であり、精神保健福祉分類別に記入してもらった。精神保健福祉分類の内容は、厚生労働省地域保健・老人保健事業報告作成要領5（1）精神保健福祉の分類により、老人精神保健、社会復帰、アルコール、薬物、思春期、こころの健康、その他とした。また、危機介入に関する業務要領の整備状況の有無、業務要領のガイドラインの必要性の有無についても回答を得た。基礎データとして管内人口についても回答を得た。

質問紙票回収後データを集計し、訪問及び危機介入の分類別については一保健所あたりの人数、関わった実人数に対する割合を算出し、分類間を χ^2 検定で比較した。また、保健所型間（都道府県型、指定都市型、政令市・中核市型、特別区）の訪問と危機介入に至った割合も χ^2 検定で比較した。なお、政令市型と中核市型は一つの型とした。さらに、保健所型間の比較については、人口10万人に対する各対象人数を算出し保健所型間でKruskal-Wallis検定を用いて

比較した。業務要領の整備有無及び必要性については、回答を集計し型間を χ^2 検定で比較した。統計ソフトは、Statview version 5.0 (SAS Institute Inc., Cary, NC) を用いた。

Ⅲ. 結果

全国640箇所の保健所の内、364箇所から回答があった。有効回答数をもとにした回収率は、全体で56.9% (364/640) であり、都道府県型保健所で60.8% (305/502)、指定都市型保健所で19.7% (14/71)、政令市型保健所で63.6% (7/11)、中核市型保健所で74.2% (23/31)、特別区保健所で65.2% (15/23) であった。

面接相談から保健所が関わった精神保健活動

面接相談がきっかけになり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入の結果を精神保健福祉分類別に表1に示した。有効回答のあった336保健所が6ヶ月間で、面接相談がきっかけとなり関わった精神保健活動対象者は21128人で、一保健所あたりの平均人数は62.9人であった。分類別にみると、最も多かった分類は“社会復帰”で5783人、一保健所あたり17.2人であった。また、“その他”が一保健所あたり27.9人と全体の4割以上を占めていた。これら対象者への対応状況は、訪問が一保健所あたり15.2人、危機介入は緊急対応(入院支援)が2.9人、継続対応(在宅支援)が3.7人に実施されていた。訪問や危機介入の行われた割合を算出すると、訪問は24.1%、緊急対応は4.6%、継続対応は5.8%であった。分類間で比較すると、訪問の割合は“老人精神保健”の30.7%が最も高く、“社会復帰”が29.4%で続き、訪問の割合が最も低いのは“思春期”の15.8%であり、分類間で有意性が認められた ($p < 0.0001$)。緊急対応の割合は“薬物”の7.2%、“アルコール”の6.7%が高く、“思春期”の2.4%、“社会復帰”の3.2%が低く、分類間に有意性が認められた ($p < 0.0001$)。継続対応の割合は各分類間に有意性はみられなかった。危機介入以外の対応の割合は“思春期”で最も高く、分類間で有意性が認められた ($p < 0.0001$)。

面接相談がきっかけとなり関わった精神保健活動対象者を保健所型別にみた対応状況の結果を表2に示した。一保健所あたりの実人数を保健所型別にみると、特別区296.3人が最も多かった。また、人口10万人に対する面接相談実人数を算出して保健所型別に比較すると、それぞれの型の中央値は、都道府県型26.6、指定都市型40.3、政令市・中核市型31.5、特別区62.4となり有意性が認められた ($p = 0.005$)。面接相談者に対する訪問の割合は、特別区31.6%が最も高く、次いで指定都市型28.3%であった。危機介入は緊急及び継続対応を合わせると、指定都市型が15.5%と最も高く、次いで都道府県型10.9%、政令市・中核市型9.1%と続き、相談人数の割合が最も多い特別区が7.6%と最も低かった。なお、人口10万人に対するそれぞれの対応実人数を保健所型で比較すると、訪問 ($p = 0.0082$, 中央値: 都道府県型4.84, 指定都市型11.38, 政令市・中核市型5.06, 特別区19.48)、継続対応 ($p = 0.0193$, 中央値: 都道府県型0.62, 指定都市型1.65, 政令市・中核市型0.48, 特別区2.32) で有意性が認められた。

保健所の精神保健活動における危機介入についての実態調査

表1. 面接相談がきっかけになり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入

分類	面接相談	面接相談の内 訪問件数	危機介入		危機介入以外の 対応
			緊急対応	継続対応	
老人精神保健	1406	431	71	89	1230
	(一保健所あたり 4.2)	(1.3)	(0.2)	(0.3)	(3.7)
		30.7% (431/1406)	5.1% (71/1406)	6.3% (89/1406)	87.5% (1230/1406)
社会復帰	5783	1698	182	308	5227
	(17.2)	(5.1)	(0.5)	(0.9)	(15.6)
		29.4% (1698/5783)	3.2% (182/5783)	5.3% (308/5783)	90.4% (5227/5783)
アルコール	1446	286	97	98	1235
	(4.3)	(0.9)	(0.3)	(0.3)	(3.7)
		19.8% (286/1446)	6.7% (97/1446)	6.8% (98/1446)	85.4% (1235/1446)
薬物	223	53	16	15	190
	(0.7)	(0.2)	(0.05)	(0.04)	(0.6)
		23.8% (53/223)	7.2% (16/223)	6.7% (15/223)	85.2% (190/223)
思春期	791	125	19	42	728
	(2.4)	(0.4)	(0.06)	(0.1)	(2.2)
		15.8% (125/791)	2.4% (19/791)	5.3% (42/791)	92.0% (728/791)
こころの健康	2100	384	103	146	1842
	(6.3)	(1.1)	(0.3)	(0.4)	(5.5)
		18.3% (384/2100)	4.9% (103/2100)	7.0% (146/2100)	87.7% (1842/2100)
その他	9379	2122	481	532	8351
	(27.9)	(6.3)	(1.4)	(1.6)	(24.9)
		22.6% (2122/9379)	5.1% (481/9379)	5.7% (532/9379)	89.0% (8351/9379)
合計	21128	5099	969	1230	18803
	(62.9)	(15.2)	(2.9)	(3.7)	(56.0)
		24.1% (5099/21128)	4.6% (969/21128)	5.8% (1230/21128)	89.0% (18803/21128)

注) 有効回答保健所数：336箇所、期間：2004年4月から9月
 上段：実人数、中段：一保健所あたりの人数、下段：各分野の全体に対する割合
 対応を行わなかった例があるため、緊急対応、継続対応、危機介入以外の対応の総計は100%にならない

表2. 保健所型別にみた面接相談がきっかけとなり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入

型別	面接相談	面接相談の内 訪問件数	危機介入	
			緊急対応	継続対応
都道府県型	41.0	9.8 24.0% (9.8/41.0)	2.3 5.5% (2.3/41.0)	5.5 5.3% (5.5/41.0)
指定都市型	175.4	49.7 28.3% (49.7/175.4)	7.5 4.3% (7.5/175.4)	19.6 11.2% (19.6/175.4)
政令市・中核市型	169.1	30.4 18.0% (30.4/169.1)	5.2 3.1% (5.2/169.1)	10.2 6.0% (10.2/169.1)
特別区	296.3	93.6 31.6% (93.6/296.3)	9.8 3.3% (9.8/296.3)	12.6 4.3% (12.6/296.3)

注) 有効回答保健所数：都道府県型289箇所、指定都市型10箇所、政令市・中核市型27箇所、特別区10箇所、期間：2004年4月から9月
 上段：一保健所あたりの人数、下段：各分野の全体に対する割合

電話相談から保健所が関わった精神保健活動

電話相談がきっかけになり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入の結果を表3に分類別に示した。有効回答のあった331保健所について電話相談がきっかけとなり関わった対象者は34173人であり、一保健所あたり103.2人であった。分類別にみると、最も多かったのは“社会復帰”で、一保健所あたり22.4人であった。また、“その他”が52.8人と全体の約半数を占めていた。これらの対象者への対応状況は、訪問が一保健所あたり19.2人、緊急対応が4.0人、継続対応が5.1人に実施されていた。また、訪問や緊急対応、継続対応の危機介入が行われた割合を算出すると、訪問は18.6%、緊急対応は3.8%、継続対応は4.9%であった。分類別に比較すると、訪問の割合は“老人精神保健”の25.6%が最も高く、“社会復帰”が22.8%と続き、最も低いのは“思春期”9.7%であり、分類間で有意性が認められた ($p < 0.0001$)。緊急対応の割合は“アルコール”が6.0%と高く、“思春期”が0.8%と低く、継続対応の割合も同様に“アルコール”が6.2%と高く、“思春期”が4.0%と低かった。これらも各分類間に有意性が認められた ($p < 0.0001$)。また、危機介入以外の対応の割合でも分類間に有意性がみられた ($p < 0.0001$)。

電話相談がきっかけで関わった精神保健活動対象者の人数、訪問数、危機介入数を保健所型にみた結果を表4に示した。これら実人数を保健所型別にみると、特別区が588.1人と最も多かった。なお、人口10万対電話相談実人数を保健所型に比較すると、それぞれの中央値は都道府県型が41.3、指定都市型が48.9、政令市・中核市型53.5、特別区97.1であり、型間で有意性が認められた ($p = 0.0012$)。訪問の割合は、特別区の23.0%が最も高く、次いで指定都市型18.7%であった。ただし、危機介入の割合は、指定都市型が13.9%と最も高く、特別区が6.6%と最も低かった。なお、人口10万人に対する対応実人数を保健所型で比較すると、訪問 ($p = 0.0461$ 、中央値：都道府県型7.4、指定都市型16.8、政令市・中核市型9.7、特別区33.3) で有意性が認められた。

表3. 電話相談がきっかけになり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入

分類	面接相談	電話相談の内 訪問件数	危機介入		危機介入以外の 対応
			緊急対応	継続対応	
老人精神保健	2084 (一保健所あたり 6.3)	534	80	127	1832
		(1.6)	(0.2)	(0.4)	(5.5)
		25.6% (534/2084)	3.8% (80/2084)	6.1% (127/2084)	87.9% (1832/2084)
社会復帰	7408 (22.4)	1686	188	329	6770
		(5.1)	(0.6)	(1.0)	(20.5)
		22.8% (1686/7408)	2.5% (188/7408)	4.4% (329/7408)	91.4% (6770/7408)
アルコール	2295 (6.9)	409	138	143	1998
		(1.2)	(0.4)	(0.4)	(6.0)
		17.8% (409/2295)	6.0% (138/2295)	6.2% (143/2295)	87.1% (1998/2295)
薬物	353 (1.1)	56	17	18	315
		(0.2)	(0.05)	(0.05)	(1.0)
		15.9% (56/353)	4.8% (17/353)	5.1% (18/353)	94.8% (315/353)
思春期	988 (3.0)	96	8	39	937
		(0.3)	(0.02)	(0.1)	(2.8)
		9.7% (96/988)	0.8% (8/988)	4.0% (39/988)	94.8% (937/988)
こころの健康	3579 (10.8)	632	133	217	3211
		(1.9)	(0.4)	(0.7)	(9.7)
		17.7% (632/3579)	3.7% (133/3579)	6.1% (217/3579)	89.7% (3211/3579)
その他	17466 (52.8)	2941	743	816	15890
		(8.9)	(2.2)	(2.5)	(48.0)
		16.8% (2941/17466)	4.3% (743/17466)	4.7% (816/17466)	91.0% (15890/17466)
合計	34173 (103.2)	6354	1307	1689	30953
		(19.2)	(4.0)	(5.1)	(93.5)
		18.6% (6354/34173)	3.8% (1307/34173)	4.9% (1689/34173)	90.6% (30953/34173)

注) 有効回答保健所数：331箇所、期間：2004年4月から9月
 上段：実人数、中段：一保健所あたりの人数、下段：各分野の全体に対する割合
 対応を行わなかった例があるため、緊急対応、継続対応、危機介入以外の対応の総計は100%にならない

表4. 保健所型別にみた電話相談がきっかけとなり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入

型別	電話相談	電話相談の内 訪問件数	危機介入	
			緊急対応	継続対応
都道府県型	65.8	12.2 18.5% (12.2/65.8)	3.0 4.5% (3.0/65.8)	3.4 5.1% (3.4/65.8)
指定都市型	170.8	31.9 18.7% (31.9/170.8)	9.3 5.5% (9.3/170.8)	14.4 8.5% (14.4/170.8)
政令市・中核市型	304.8	47.1 15.5% (47.1/304.8)	8.7 2.8% (8.7/304.8)	13.4 4.4% (13.4/304.8)
特別区	588.1	135.4 23.0% (135.4/588.1)	14.5 2.5% (14.5/588.1)	24.2 4.2% (24.2/588.1)

注) 有効回答保健所数：都道府県型284箇所、指定都市型9箇所、政令市・中核市型26箇所、特別区10箇所、期間：2004年4月から9月
 上段：一保健所あたりの人数、下段：各分野の全体に対する割合

申請・相談から保健所が関わった精神保健活動

申請・通報がきっかけになり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入の結果を表5に示した。有効回答の保健所320箇所が、申請・通報がきっかけとなり関わった対象者は2697人で、一保健所あたり8.4人であった。分類別にみると、最も多かったのは“社会復帰”であり、一保健所あたり1.5人であった。また、“その他”が4.6人と全体の半数以上を占めていた。これら対象者への対応状況は、訪問が一保健所あたり4.3人、緊急対応が5.0人、継続対応が1.3人であり、継続対応より緊急対応の方が多かった。これを訪問や危機介入が行われた割合でみると、訪問は50.9%、緊急対応は59.2%、継続対応は15.8%となった。分類間で比較すると、訪問の割合は“思春期”の69.0%が最も高く、“老人精神保健”が62.2%とこれに続き、“こころの健康”が40.8%と一番低かった ($p < 0.0004$)。緊急対応の割合は、“老人精神保健”の63.3%が最も高く、次いで“社会復帰”の63.2%であり、“薬物”46.7%、“思春期”17.2%を除いては約半数以上に緊急対応が実施されていた ($p < 0.0001$)。継続対応は“アルコール”が23.8%と高く、低いのは“社会復帰”で13.6%であった ($p = 0.0132$)。分類間で危機介入以外の対応 ($p = 0.0491$) も分類間で有意性が認められた。

申請・通報がきっかけとなり関わった精神保健活動対象者を保健所型にみたものを表6に示した。対象者の一保健所あたりの実人数を型別にみると、指定都市型の14.2人が最も多く、次いで政令市・中核市型の14.0人であった。なお、人口10万人に対する申請・通報の実人数を保健所型別に比較すると、それぞれの中央値が、都道府県型4.1、指定都市型3.1、政令市・中核市型2.7、特別区2.8であり、型間に有意性はみられなかった。訪問の割合は、指定都市型の64.7%が最も高く、特別区の36.4%が最も低かった。また、危機介入（緊急対応+継続対応）の割合も、指定都市型の92.9%が最も高く、特別区の40.9%が最も低かった。なお、人口の10万人に対する対応実人数を保健所型別に比較すると、緊急対応のみで有意性が認められた ($p = 0.0047$ 、中央値：都道府県型2.4、指定都市型3.0、政令市・中核市型1.6、特別区0.8)。

表5. 申請・通報がきっかけになり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入

分類	申請・通報	申請・通報の内 訪問件数	危機介入		危機介入以外の 対応
			緊急対応	継続対応	
老人精神保健	90	56	57	16	17
	(一保健所あたり 03)	(0.2)	(0.2)	(0.6)	(0.5)
		62.2% (56/90)	63.3% (57/90)	17.8% (16/90)	18.9% (17/90)
社会復帰	464	247	293	63	108
	(1.5)	(0.8)	(0.9)	(0.2)	(0.3)
		53.2% (247/464)	63.2% (293/464)	13.6% (63/464)	23.3% (108/464)
アルコール	193	100	97	46	50
	(0.6)	(0.3)	(0.3)	(0.14)	(0.16)
		51.8% (100/193)	50.3% (97/193)	23.8% (46/193)	25.9% (50/193)
薬物	122	57	57	21	44
	(0.4)	(0.2)	(0.2)	(0.07)	(0.14)
		46.7% (57/122)	46.7% (57/122)	17.2% (21/122)	36.1% (44/122)
思春期	29	20	5	5	4
	(0.1)	(0.06)	(0.02)	(0.02)	(0.01)
		69.0% (20/29)	17.2% (5/29)	17.2% (5/29)	13.8% (4/29)
こころの健康	338	138	188	64	86
	(1.1)	(0.4)	(0.6)	(0.2)	(0.3)
		40.8% (138/338)	55.6% (188/338)	18.9% (64/338)	25.4% (86/338)
その他	1461	755	885	211	377
	(4.6)	(2.4)	(2.8)	(0.7)	(1.2)
		51.7% (755/1461)	60.6% (885/1461)	14.4% (211/1461)	25.8% (377/1461)
合計	2697	1373	1597	426	686
	(8.4)	(4.3)	(5.0)	(1.3)	(1.2)
		50.9% (1373/2697)	59.2% (1597/2697)	15.8% (426/2697)	25.4% (686/2697)

注) 有効回答保健所数：320箇所、期間：2004年4月から9月
 上段：実人数、中段：一保健所あたりの人数、下段：各分野の全体に対する割合
 対応を行わなかった例があるため、緊急対応、継続対応、危機介入以外の対応の総計は100%にならない

表6. 保健所型別にみた申請・通報がきっかけとなり保健所が関わった精神保健活動対象者の対応実人数及び訪問、危機介入

型別	申請・通報	申請・通報の内 訪問件数	危機介入	
			緊急対応	継続対応
都道府県型	7.6	3.9 50.8% (3.9/7.6)	4.5 59.7% (4.5/7.6)	1.2 15.4% (1.2/7.6)
指定都市型	14.2	9.2 64.7% (9.2/14.2)	11.8 82.9% (11.8/14.2)	1.4 10.0% (1.4/14.2)
政令市・中核市型	14.0	6.8 48.5% (6.8/14.0)	7.2 51.5% (7.2/14.0)	3.3 23.2% (3.3/14.0)
特別区	12.6	4.6 36.4% (4.6/12.6)	4.0 31.8% (4.0/12.6)	1.1 9.1% (1.1/12.6)

注) 有効回答保健所数：都道府県型277箇所、指定都市型12箇所、政令市・中核市型24箇所、特別区7箇所、期間：2004年4月から9月
上段：一保健所あたりの人数、下段：各分野の全体に対する割合

危機介入に関する業務要領

危機介入に関する業務要領の整備状況に関して表7に示した。全体で11.1%の保健所が業務要領を整備していた。型別にみると、都道府県型12.1%、指定都市型18.2%だが、政令市・中核市型は一箇所のみでの整備(3.6%)、特別区は整備されていなかった。

業務要領等のガイドラインの必要性について表8に示した。業務要領が整備されていない保健所311のうち299箇所から有効回答を得た。業務要領等のガイドラインが必要であると回答した保健所は全体で83.6%であった。一方、必要でないと回答した保健所が4.3%あり、不明は12.3%であった。

表7. 危機介入に関する業務要領の整備状況

	都道府県(297)	指定都市型(11)	政令市・中核市型(28)	特別区(14)	全体(350)
整備あり	36 12.1% (36/297)	2 18.2% (2/11)	1 3.6% (1/28)	0 0.0%	39 11.1% (39/350)

注) 期間：2004年4月から9月、()内：有効回答保健所数
上段：実人数、下段：各型の全体に対する割合

表8. 業務要領等のガイドラインの必要性

	都道府県型	指定都市型	政令市・中核市型	特別区	全体
必要である	210 84.3% (210/249)	7 70.0% (7/10)	24 88.9% (24/27)	9 69.2% (9/13)	250 83.6% (250/299)
必要でない	11 4.4% (11/249)	1 10.0% (1/10)	3 11.1% (3/27)	1 7.7% (1/13)	13 4.3% (13/299)
不明	28 11.3% (28/249)	2 20.0% (2/10)	3 11.1% (3/27)	3 23.0% (3/13)	36 12.3% (36/299)

注) 有効回答保健所数：都道府県型249箇所、指定都市型10箇所、政令市・中核市型27箇所、特別区13箇所、期間：2004年4月から9月
上段：実人数、下段：各型の全体に対する割合

IV. 考察

地域精神保健における危機介入とは、緊急対応（入院支援）と継続対応（在宅支援）を含むが、保健所が適切な危機介入を行うことで精神障害者が危機的状況から脱し、かつ社会的要請に応えることともなる。現在、その体制の一層の整備が急務であり、現状を把握したうえで、効果的かつ効率的な体制構築が求められる。そこで、今回は充分な一定期間（6ヶ月）を対象に設定し、保健所の危機介入に関わる業務について、きっかけ別に量的な面を調査した。また、各保健所がどの程度危機介入を必要とする可能性があるかを把握することで、保健所が人的資源や予算等をどのように配分すればよいかの資料となり得る。精神保健福祉関連で緊急事態への対処と通ずる、例えば、休日・夜間の対応（張、他、2007）、精神保健福祉法に基づく措置入院、医療保護入院のための移送制度（高岡、2004）等に保健所型間に様々な相違があるため、危機介入においても保健所型間で事例数等に差がないかを検討した。さらに、調査時点では危機介入のマニュアル化が進んでいなかったため、その状況と必要性を調査した。

本研究は全国の保健所に管内の精神保健医療資源及び社会復帰施設等の調査を依頼したものであり、精神保健福祉業務の責任者、または業務を熟知している者に回答を依頼し、複雑かつ分量の多い調査にもかかわらず、56.9%と過半数の回答を得たため一定の価値があると考えた。

面接相談がきっかけで保健所が関わった精神保健活動対象者は一保健所あたり平均62.9人であった。電話相談がきっかけである者は103.2人で、申請・通報がきっかけである者は8.4人であった。手軽な電話が一番多いが、面接も一保健所あたり一月にすると10人を超えており、面接は重要な役割を担っていた。訪問または危機介入に至った割合を面接相談、電話相談、申請・通報のきっかけ間で比較すると、申請・通報の訪問、危機介入、特に緊急対応の割合が面接相談、電話相談の事例と比較して著しく高い。緊急対応は自傷他害の恐れのある人に行われ、短期間対応が必須であり、一方、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。必要な人的資源を適切に配置することにおいて、緊急対応について特に短期間で緊急に判断できる専門職の配置が必要である。

訪問について分類別にみると、“社会復帰”がどのきっかけについても高い値を示しており、現在、医療費の抑制を図るため精神障害者の退院促進が課題となっているが、この結果は早期退院に問題のあるケースがあることを示唆している。精神保健福祉士は社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活に必要な訓練等を行うと規定されており（知名、2008）、その活用が社会復帰に有用であるかもしれない。また、危機介入において、きっかけ全てで“アルコール”が高い値を示した。近年、アルコール消費量が生活様式の変化等により急激な増加を示し、それに伴いアルコール精神病及びアルコール依存症の患者が増加（岡本、他、2008）しており、社会問題として保健所はアルコール対策を重視する必要がある。面接相談、電話相談がきっかけの分類別割合は“思春期”で低い値を示したのに対して、申請・通報がきっかけは“思春期”で高い割合を示した。この結果は、思春期については家庭内よりも地域において

問題が起きていることを示唆している。精神保健福祉に関して思春期のニーズは大きく、教育センターや児童相談所等、地域の機関が独立して子どもの心の問題に対応しているが、これらを統合する機関がないという問題点を知名は指摘している（知名，2008）。必要に応じ、保健所が中心となり統合の役割を果たすべきであろう。

また、面接相談、電話相談、申請・通報、いずれのきっかけにおいても“その他”の割合が多いのは、疾患と生活障害が併せてみられるという精神障害の特徴ゆえ、保健所に寄せられる相談が医療や福祉、生活まで多岐に渡るため分類が難しく、危機介入の多様性と複雑性を裏付けるものと考えられる。この多様性と複雑性がこれまでマニュアル化が進んでいなかった一因ともいえる。

面接相談及び電話相談がきっかけに関わった精神保健活動対象者を保健所型別でみると、特別区が最大で296.3人及び588.1人であった。同様に、申請・通報がきっかけという対象者の最多は指定都市型で14.2人であった。保健所管内の対象人数の違いもあるが、地方より都市部での相談が多いことが示唆される。次に訪問や危機介入に至った事例について、訪問の場合は面接相談及び電話相談がきっかけに関わった精神保健活動対象者を保健所型別でみると、特別区で31.6%及び23.0%と最も高く、人口10万対対応実人数においても、特別区が顕著に高い値を示した。危機介入は指定都市型で15.5%及び13.9%と最も高く、特別区で7.6%及び6.6%と最も低かった。相談及び訪問活動は、東京、神奈川、大阪等、都市部に多く、青森、岐阜、徳島等、地方に少ない（守田、他，2001）と2000年の地域保健事業報告をまとめた調査結果があり、今回の面接相談及び電話相談の訪問の結果と一致した。また、特別区では相談を受け訪問するが、危機介入にまで至らなかった事例が多い可能性が示唆された。事例それぞれ重症度の違い等があるため一概には言えないが、訪問が特別区では機能している可能性がある。

申請・通報について、数については型間で有意性はなかった。申請・通報がきっかけで訪問に至った割合は、指定都市型64.7%が最も高く、特別区が36.4%と最も低かった。人口10万対対応実人数においても、指定都市が高く、特別区が低い値を示した。危機介入に至った割合は、面接相談と電話相談と同じく指定都市型で92.9%と最も高く、特別区で40.9%と最も低かった。保健所間でなんらかシステム上の違いがあるのかもしれない。少なくとも申請・通報は訪問及び危機介入に繋がる可能性が高く、特に指定都市型では型の中で最もこの割合が高いため注意深く取り組まなければならない。また、特別区で訪問の割合が低い理由は、訪問まで至らない事例の申請・通報が多く含まれるためではないかと考える。

危機介入以外の対応は、面接相談で89.0%、電話相談で90.6%と約9割を占めており、危機介入を行わなくてよい事例のものも多くあるため、効率的に判断しなければならない。

危機介入に関する業務要領は11.1%の保健所でしか整備がされていないが、業務要領等のガイドラインが必要であると回答した保健所は83.6%であった。保健所による緊急事態への対処については、その専門性を活かし緊急を要する事態への対応が求められる。緊急を要する時点の対応、また事後の対応を考えるにあたって、地域精神保健福祉の業務、対応に対するマニユ

アルを作る必要がある。保健師における訪問指導においてもマニュアル化を図ることが地域精神保健福祉活動のサポート体制を充実させる（上田、他、2008）としている。現在では2008年に「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」の策定がなされており（高岡、2008）、今後この手引を活かし効率的に地域精神保健福祉業務における危機介入を行うことが期待される。

社会の精神障害に対する知識、理解の乏しさと精神障害への根強い偏見は未だ指摘されているところであり、精神保健福祉法の改正等の影響で、保健所の役割が変わりつつある（高岡、他、2003、角田、他、2004）現在、精神保健福祉はどのようにあるべきか保健所自身の役割を含めて常に検討しなければならない。地域精神保健福祉において、保健所の果たすべき重要な役割のひとつに精神保健福祉業務における緊急を要する事態への対処があり、危機介入も含まれる。今後は危機介入マニュアルを活かして体制を構築し、効率的かつ効果的な危機介入を行わなければならない。

【参考文献】

- 知名孝（2008）児童・思春期の精神保健福祉実践 ―児童・思春期クリニックにおけるソーシャルワーク実践から―，精神保健福祉，39，324-331.
- 厚生統計協会（2008）第2章 保健対策，第3編 保健と医療の動向，4 精神保健，in 国民衛生の動向，東京，pp.112-116.
- 守田孝恵，山崎秀夫（2001）地域の精神保健福祉活動の構造化に関する研究 ―全国の保健所と市町村の活動を中心に―，病院・地域精神医学，44，2，237-243.
- 中田榮治，高岡道雄，石下恭子，佐々木昭子，大井照，竹島正，角田正史，上野文彌（2004）精神科救急医療等に関する実地調査，福島県保健衛生情報，13，42-45.
- 大井照，佐々木昭子，竹島正，南龍一，高岡道雄，石下恭子，角田正史，上野文彌（2005）精神保健福祉法改正施工直前の市区保健所における精神保健福祉活動の実施状況，日本公衆衛生雑誌，52，1，46-54.
- 岡本悦治，小橋元，坂田清美，佐藤敏彦，西浦博，横山英世（2008）第8章 精神保健福祉，in subnote MEDICAL CARE & PUBLIC HEALTH，31，東京，pp.270-279.
- 高岡道雄（2004）地域における危機介入 ―法34条移送制度の実態と課題―，精神医学，46，579-584.
- 高岡道雄（2008）第1章 相談支援と危機介入，in 保健所精神保健福祉業務における危機介入手引，日本公衆衛生協会，東京.
- 高岡道雄，南龍一，上野文彌，石下恭子，佐々木昭子，大井照，角田正史，竹島正（2003）精神保健福祉法に伴う保健所の対応，日本公衆衛生雑誌，50，7，650-656.
- 竹島正（2003）心神喪失者等医療観察法について，こころの健康，18，77-81.
- 辻雅善，張瑩，角田正史，相澤好治，石本寛子，竹島正，佐々木昭子，山口靖明，中田榮治，能登隆元，大井照，酒井ルミ，高岡道雄（2008）保健所管内における精神保健医療福祉資源についての全国調査 ―管内人口別、保健所型別―，目白大学短期大学部研究紀要，45，55-66.
- 角田正史，上野文彌，竹島正，南龍一，高岡道雄，石下恭子，大井照，佐々木昭子（2004）精神保健福祉法改正に伴う市町村における精神保健福祉業務の移譲の状況，日本公衆衛生雑誌，51，1，20-29.
- 上田泉，佐伯和子，河原田まり子，平野美千代，高波澄子（2008）地域精神保健福祉活動における慢性期の統合失調症者に対する訪問回数の判断基準：保健師の訪問回数判断の実態調査から，看護総合科

学研究会誌, 11, 15-24.

張瑩, 角田正史, 高岡道雄, 佐々木昭子, 大井照, 中田榮治, 竹島正, 石下恭子, 上野文彌 (2008) 精神保健福祉法改正に伴う保健所の精神保健業務の変化についての全国調査, 北里医学, 38, 1-9.

張瑩, 角田正史, 上野文彌, 竹島正, 南龍一, 高岡道雄, 石下恭子, 大井照, 佐々木昭子, 中田榮治 (2007) 精神保健福祉に関する保健所の休日・平日夜間における緊急対応の現状についての全国調査, 北里医学, 37, 2, 109-117.