

危機介入について

地域における重症の精神疾患患者の危機介入と継続支援のための主な制度

1. 強制力を伴わないもの

◆訪問指導

○保健所等の精神保健福祉相談員及び保健師等が、本人又は家族の同意のもとに自宅を訪問し、受診の勧奨又は医療・服薬継続の重要性等について、本人又は家族に相談指導を行う。
(※危機介入的な訪問など保健所長等が必要と認めた場合にも実施できることとされている。)

○地域保健活動の一環として、都道府県等が実施。

2. 強制力を伴うもの

◆措置入院

○医療及び保護のために入院させなければ、その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があると指定医(2名)が認めた場合に、都道府県知事が患者を入院させることができる制度。保健所等を通じて実施される。

○精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

◆34条移送

○指定医の診察により、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある者で、本人が入院の必要性を理解できない場合に、保護者の同意のもと、医療保護入院又は応急入院をさせるために精神科病院(応急入院指定病院)に移送する制度。保健所等を通じて実施される。

○精神保健福祉法に基づき、都道府県等が実施。

3. 基盤整備や調整を行うもの

◆精神科救急医療体制整備事業

○精神科救急情報センターが、精神障害者又は保護者等からの相談窓口となり医療機関の紹介を行うほか、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく移送を適正かつ円滑に実施するために精神保健指定医、応急入院指定病院等と連絡調整を実施。

○各医療機関は常時対応施設・輪番施設等としての役割を担い、精神科救急情報センターからの紹介等を受け、救急患者を受け入れ。

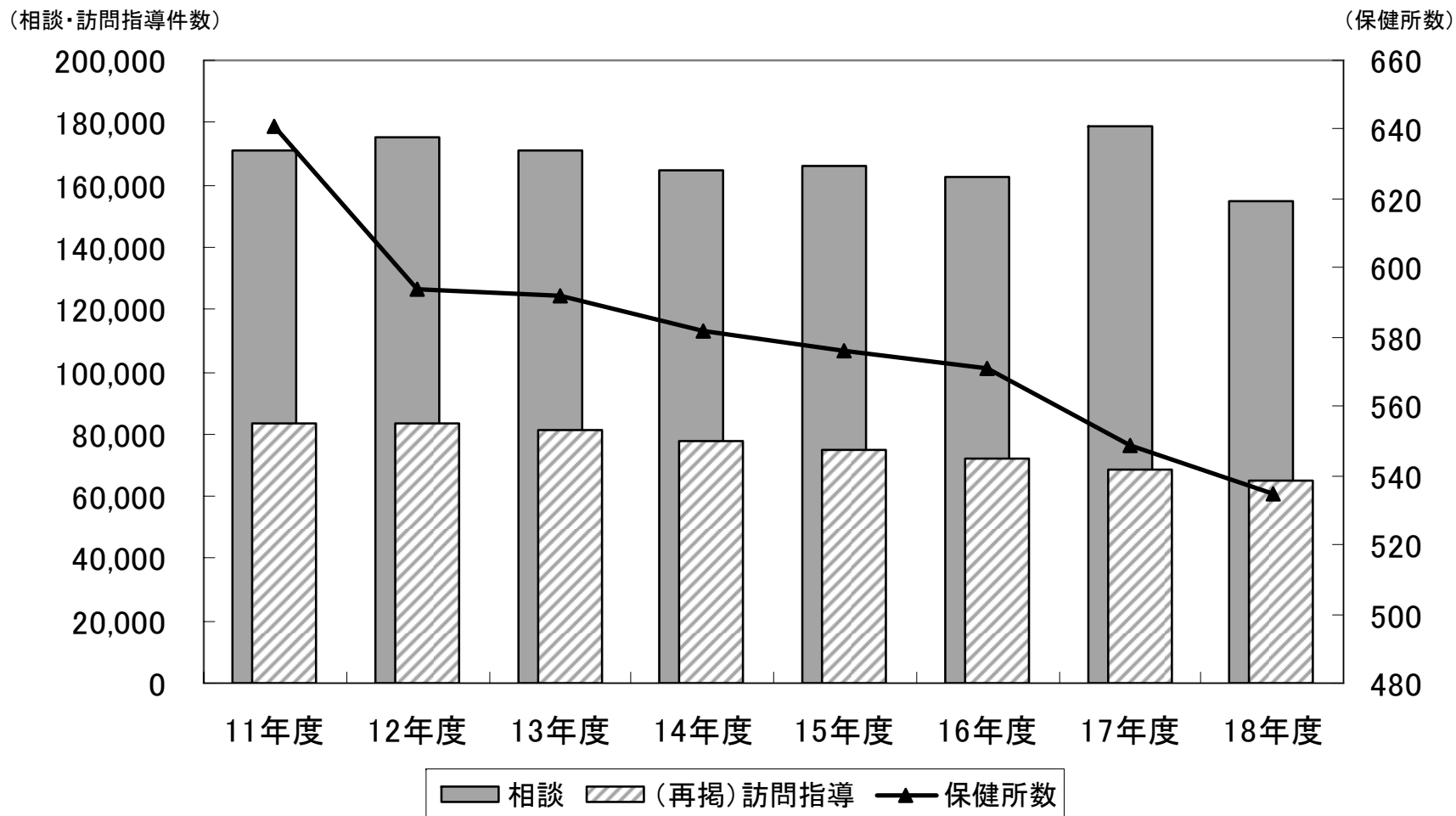
○都道府県等が実施し、国が予算補助を実施。

保健所が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員

	保健所数	相談		(再掲)訪問指導			
		実人員	延人員	実人員	延人員	(再)ひきこもり	(再)自殺関連
11年度	641	170,974	556,048	83,173	210,287	—	—
12年度	594	175,166	546,015	83,238	220,157	—	—
13年度	592	171,181	563,425	81,362	214,520	—	—
14年度	582	164,332	553,531	77,401	206,984	—	—
15年度	576	165,844	517,557	74,703	198,798	—	—
16年度	571	162,307	495,942	71,842	185,299	—	—
17年度	549	178,543	484,121	68,500	177,367	4,747	—
18年度	535	154,754	433,124	64,826	164,767	4,670	1,471

※保健所数は、都道府県、指定都市、中核市、政令市、特別区の合計

保健所が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員



※保健所数は、都道府県、指定都市、中核市、政令市、特別区の合計

保健所が受ける困難事例の内訳

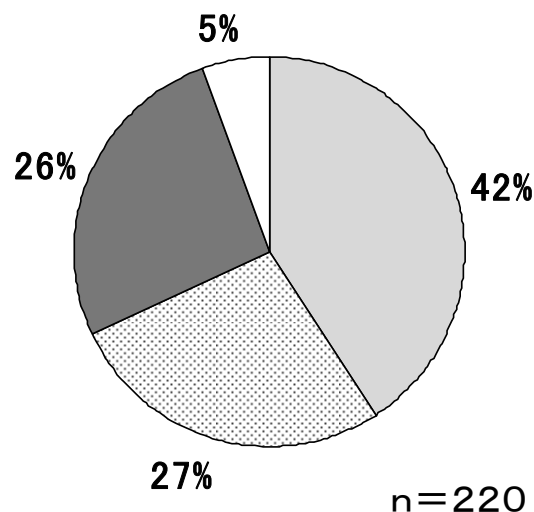
保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応 (89.1%)
- 退院後の対応 (62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応 (76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

保健所全体で受ける 困難事例の内訳



※ 最近3か月で遭遇した困難・多問題事例について、記述を求めたもの。

- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

平成19年度厚生労働科学研究
 障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と
 機能強化についての精神保健福祉施策研究
 障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査
 分担研究者 坪倉繁美

【通知】保健所及び市町村における精神保健福祉業務について(抜粋)

平成12年3月31日各都道府県知事・各指定都市長あて 厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知、最近改正 平成18年12月22日

別紙

保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領

第1部 保健所

第1 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域精神保健福祉業務(精神保健及び精神障害者福祉の業務をいう。以下同じ。)の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、市町村、医療機関、精神障害者社会復帰施設等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとする。

第2 実施体制

2 職員の配置等

精神保健福祉業務を遂行するには、保健所全職員のチームワークが必要である。

この業務を担当するため、医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事業員、事務職等の必要な職員を、管内の人口や面積等を勘案して必要数置くとともに、その職務能力の向上と相互の協力体制の確保に努めること。

第3 業務の実施

6 訪問指導

(1) 訪問指導は、本人の状況、家族環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は、原則として本人、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。

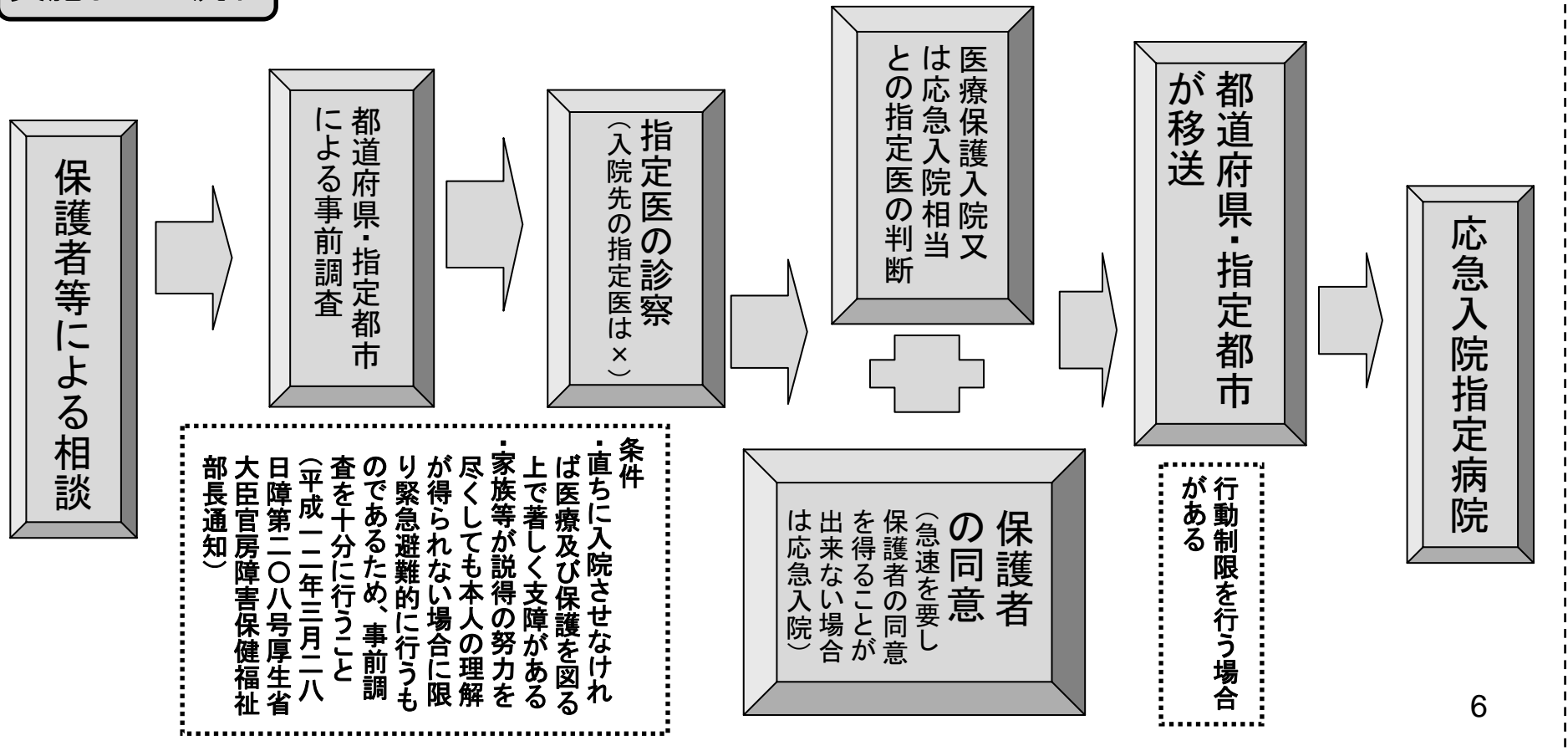
(2) 訪問指導は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援、家庭内暴力やいわゆるひきこもりの相談その他の家族がかかえる問題等についての相談援助を行う。

法第34条に基づく移送について

法34条に基づく移送とは

指定医の診察の結果、直ちに入院させなければその者の医療および保護を図るうえで著しく支障がある精神障害者であって、任意入院が行われる状態ではないと判断された者について、保護者の同意の有無に応じて医療保護入院または応急入院をさせるため、応急入院指定病院に移送することができる制度。

実施までの流れ

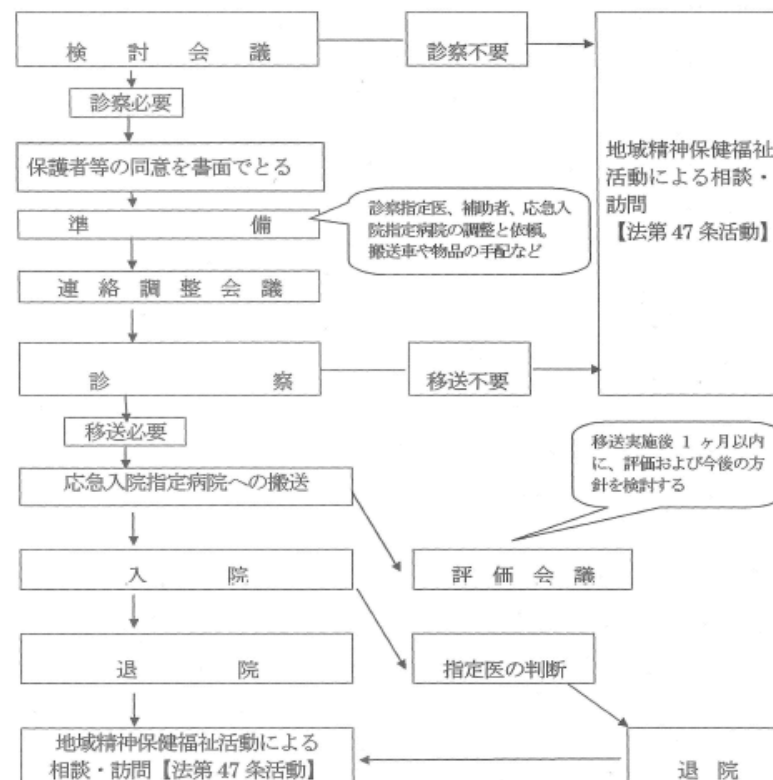
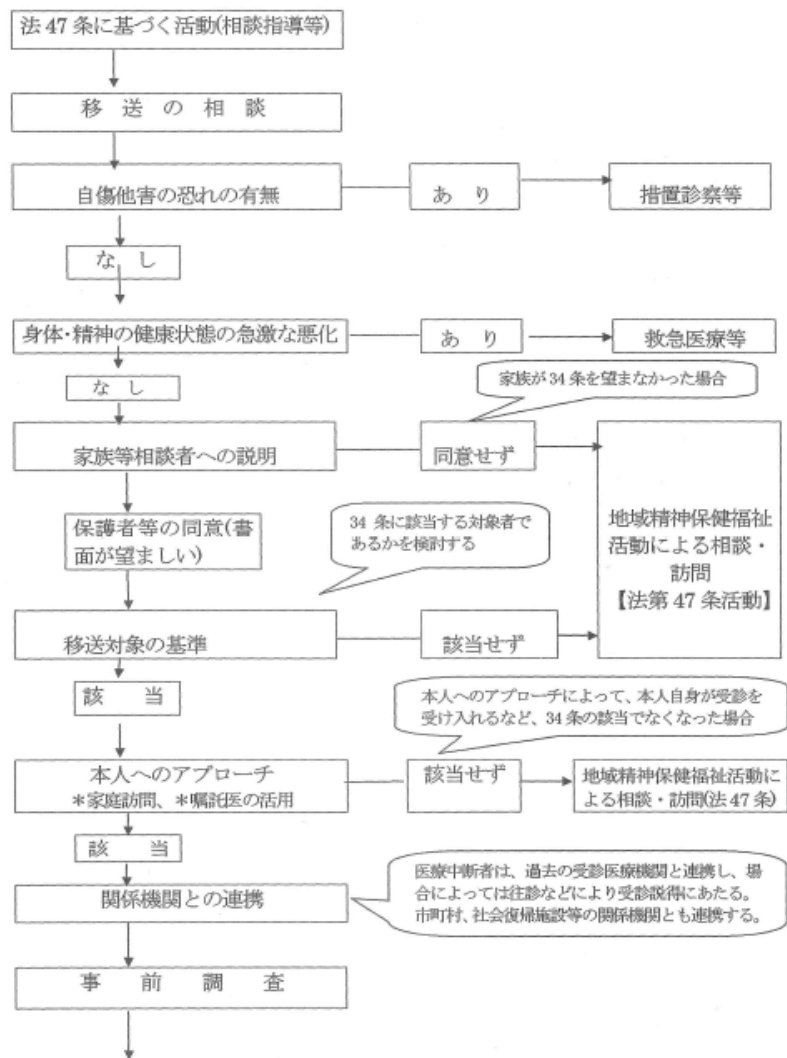


法第34条に基づく移送の実績

- 平成19年4月末～20年4月末までの1年間で34条に基づく移送を実施したのは64都道府県・指定都市中28自治体(移送件数は200件)。
- 平成12年の施行時から8年間で移送件数は1,445件となっているが、13自治体で体制の整備がなされておらず、7自治体においては体制は整備されているが、制度創設以来実績がない。
- 実績が少ない理由としては、適用の判断の難しさ、指定医の確保等の実施体制の確保の難しさ等が考えられる。
- 精神科救急医療体制整備事業において移送経費を補助対象としている。(補助率1/2)

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」 (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)

別添1 移送実施フローチャート



注: 法29条の2の2の措置入院のための移送、及び、いわゆる「措置流れ」(措置診察により該当せずのケース)の医療保護入院のための移送は除外している。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和二十五年法律第二百二十三号)(抄)

(医療保護入院等のための移送)

第三十四条 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第二十二条の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたものにつき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三条第一項の規定による入院をさせるため第三十三条の四第一項に規定する精神科病院に移送することができる。

2 都道府県知事は、前項に規定する者の保護者について第二十条第二項第四号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がされていない場合において、その者の扶養義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三条第二項の規定による入院をさせるため第三十三条の四第一項に規定する精神科病院に移送することができる。

3 都道府県知事は、急速を要し、保護者(前項に規定する場合にあつては、その者の扶養義務者)の同意を得ることができない場合において、その指定する指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第二十二条の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、本人の同意がなくてもその者を第三十三条の四第一項の規定による入院をさせるため同項に規定する精神科病院に移送することができる。

4 第二十九条の二の二第二項及び第三項の規定は、前三項の規定による移送を行う場合について準用する。

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の施行について
(平成一二年三月二八日障第二〇八号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)(抄)

第五 緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項

一 医療保護入院のための移送について

都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある精神障害者であってその精神障害のため本人の同意に基づく入院が行われる状態にないと判断されたものにつき、保護者の同意のあるときは、本人の同意がなくても、医療保護入院をさせるため、都道府県知事が応急入院を行うために指定した病院(以下「応急入院指定病院」という。)に移送することができるものとしたこと。

五 移送に関する留意事項について

(一) 移送の実施に当たっては、予算措置を講じて必要な体制整備を図られたいこと。特に、夜間、休日においても迅速に対応するために必要な人員及び車両の確保に万全を期されたいこと。

なお、「精神科救急医療システム整備事業」について、積極的に取り組まれたいこと。

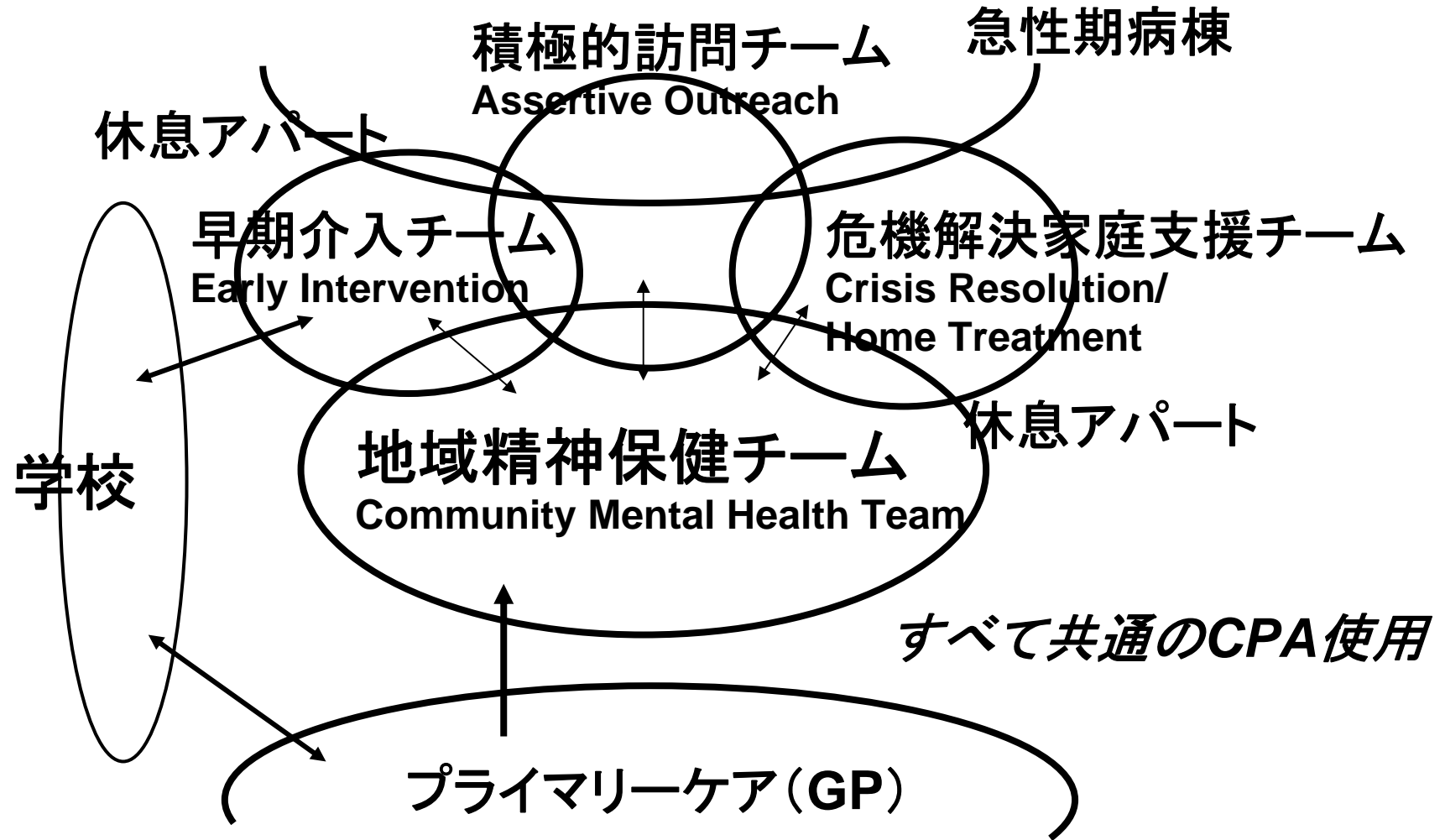
(二) 移送の実施については、別途、本職通知「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」を通知することとしているので参照されたいこと。

(三) 医療保護入院及び応急入院のための移送は、家族等が説得の努力を尽くしても本人の理解が得られない場合に限り緊急避難的に行うものであるため、都道府県知事は、地域保健活動や事前の調査を十分行ったうえで、精神障害者の人権に配慮し、制度の適用について適切に判断することが必要であること。

「英国の訪問型保健・診療チーム」

- 成人精神保健
 - 地域精神保健チーム (CMHT)
 - 早期介入チーム (EIT)
 - 積極的アウトリーチ (地域) チーム (AOT/ ACT)
 - 危機解決・家庭支援チーム
 - 急性期入院治療
- 児童・思春期精神保健サービス (CASMHs)
- その他の専門チーム
 - 物質乱用チーム (アルコール & 薬物チーム)
 - 精神療法サービス
 - 摂食障害サービス
 - 自傷サービス
 - 家族介入チーム
 - 支援グループや窓口相談を提供するボランティアや独立したグループ
 - 雇用事業と訓練機構

イギリス精神保健システム



積極的アウトリーチ(地域)チーム

- ・ 地域の重度精神疾患患者の集中的治療とリハビリテーション
- ・ 危機における速やかな援助と長期支援
- ・ 代理人となり他機関(かかりつけ医や社会サービス)と連携する
- ・ 複合的ニーズを有するが精神保健サービスに関わろうとしない人々に特化されたチーム

危機解決・家庭支援チーム

- ・ 急性入院治療の代替の役割をする
- ・ 毎日、24時間、多職種チーム(MDT)による評価と治療、家族などケアする人の支援を行う。レスパイトアパートなどを活用する。
- ・ 地域精神保健チームも関わりを継続する
- ・ 初回精神病エピソード患者に最初に関わることが多い
- ・ 英国には様々なサービスモデルがある

ACTおかやまー危機介入の状況

〈全登録者の状況〉

	新規受理数	継続	終結	累計
平成17年度	16	13	3	16
平成18年度	17	23	7	33
平成19年度	22	40	5	55

(単位:人)

※紹介元は、市町村・保健所の対応困難事例や
民間診療所・精神科病院など

〈支援体制の特徴〉

○実地主体

岡山県精神保健福祉センター(包括支援科)

○対象者の受理決定及び承認評価機関

(県)精神障害者包括的地域支援検討会議

○特徴(意義)

- ①紹介・支援の公平性
- ②行政機関とのスムーズな連携
- ③無報酬支援が可能
- ④精神保健福祉施策への関与

〈危機介入支援の状況〉

H17～20年度の危機介入全件数の状況(介入時のGAF平均値42)

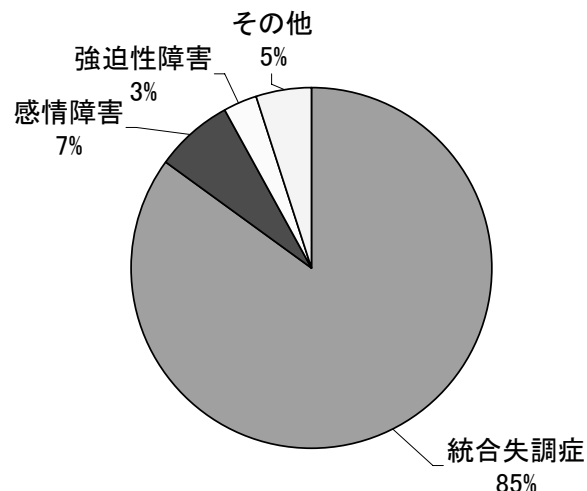
	入院回避	入院判断	計(%)
診療報酬請求不可能	34	11	45(67)
診療報酬請求可能	19	3	22(33)
計(%)	53(79)	14(21)	67

(単位:件)

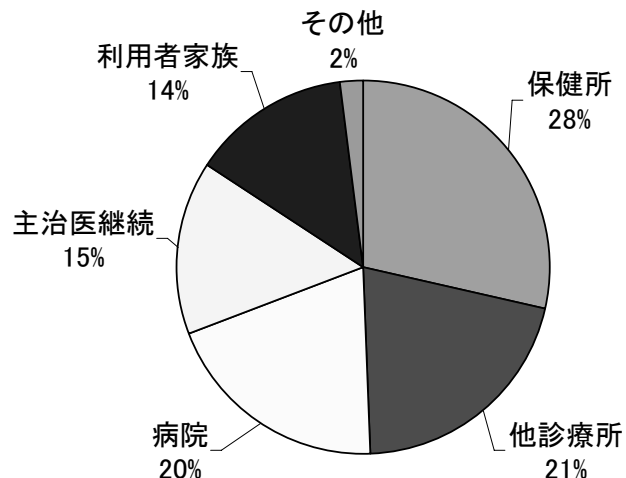
※ACTおかやまでは、週3日以上訪問(医療提供、生活支援)の必要な状況を危機介入と定義

ACT-K ー危機介入の状況

〈診断別〉



〈紹介経路〉



〈保健所紹介患者の状況〉

※事例数は平成21年2月現在

医療中断(13例)

- 幻覚妄想、治療拒否以外の主な問題
例: 弄便・失禁の状態が5年、昏迷状態、とじこもり、迷惑行為、拒絶、家族への攻撃等
- GAF: 1~10(2例)、11~20(4例)、21~30(7例)

未治療(10例)

- 幻覚妄想、治療拒否以外の主な問題
例: とじこもり、失禁、暴言・大声、迷惑行為、ゴミ屋敷状態、寝たきり状態、危険行為、拒絶等
- GAF: 1~10(2例)、11~20(6例)、21~30(2例)

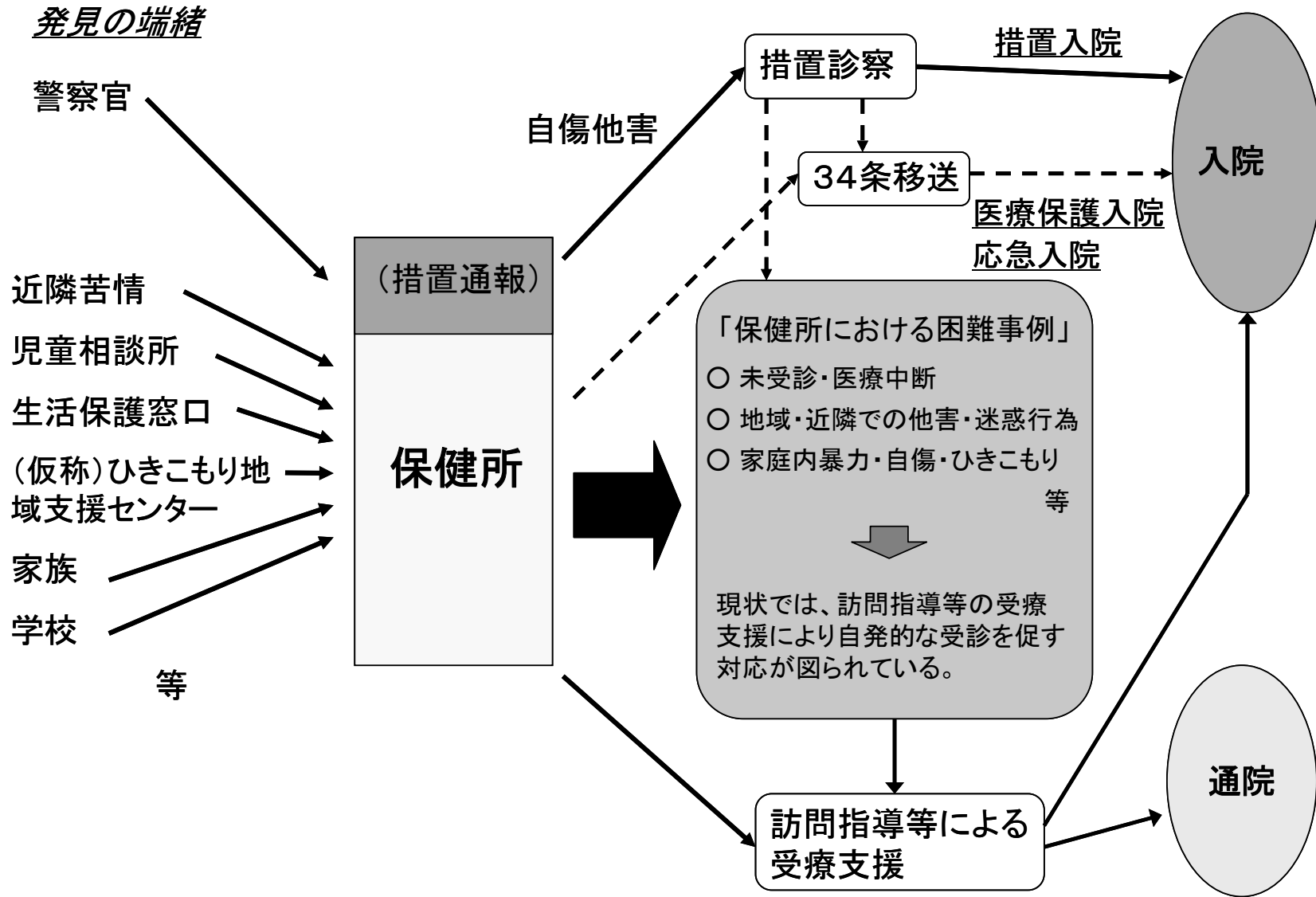
転院希望(4例)

- 幻覚妄想、治療拒否以外の主な問題
例: 重症破瓜型、家族の疲弊、放火、とじこもり等
- GAF: 11~20(3例)、21~30(1例)

訪問看護希望(2例)

- 幻覚妄想、治療拒否以外の主な問題
例: 家族の病気、頻回の救急車要請等
- GAF: 21~30(2例)

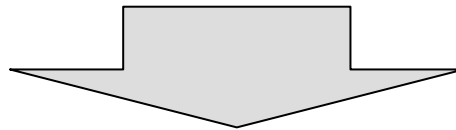
地域精神保健における危機介入体制の現状



現状及び課題と検討の方向

現状及び課題

- 自発的に受療しない重症精神障害者を強制的に受療させる仕組みとしては、その症状に応じ、措置入院や、34条移送等が規定されている。また、これらに該当しない患者に対しては、地域保健活動の中で受療を促す支援等が行われている。
- しかし、措置入院には該当しないものの受療支援に難渋する困難事例や、受診中断により入院退院を繰り返す事例等の対応を図るためには、現在行われている地域保健活動よりも積極的な支援・介入方を要するのではないか。



検討の方向

- 未受診者や受診中断者が強制入院を要する状態に至らないよう、在宅の患者への訪問診療を含む支援体制を強化すべきではないか。
- このため、保健所、精神保健福祉センター等、行政機関が機能を一層発揮するほか、重点的・包括的な訪問診療・支援を行う医療機関・訪問看護ステーションとの連携を図り、多職種チームによる危機介入等の支援体制の整備を進めるべきではないか。