

文京区における 措置入院者退院後支援の状況について

令和2年12月23日

令和2年度 自立支援協議会 第2回精神医療部会

文京保健所予防対策課

柳瀬 裕貴

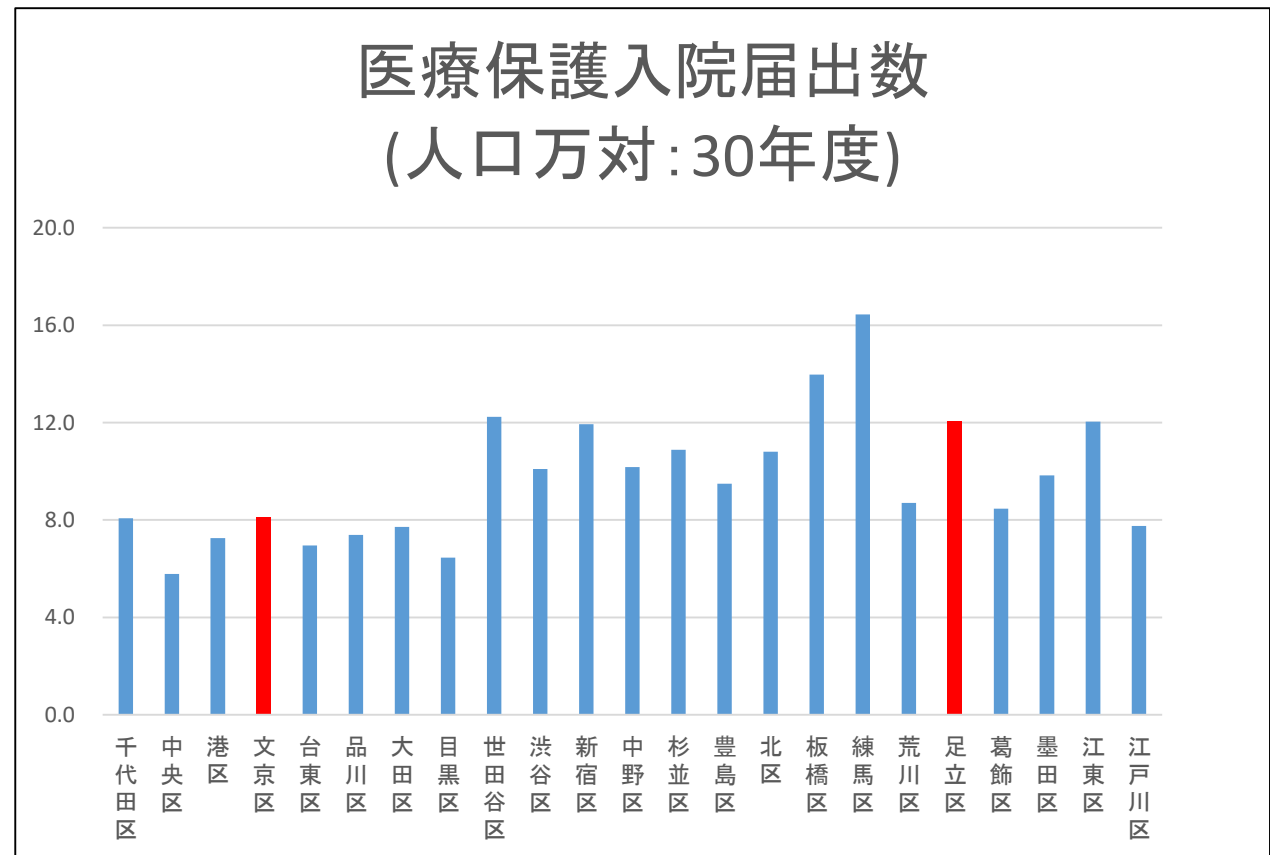
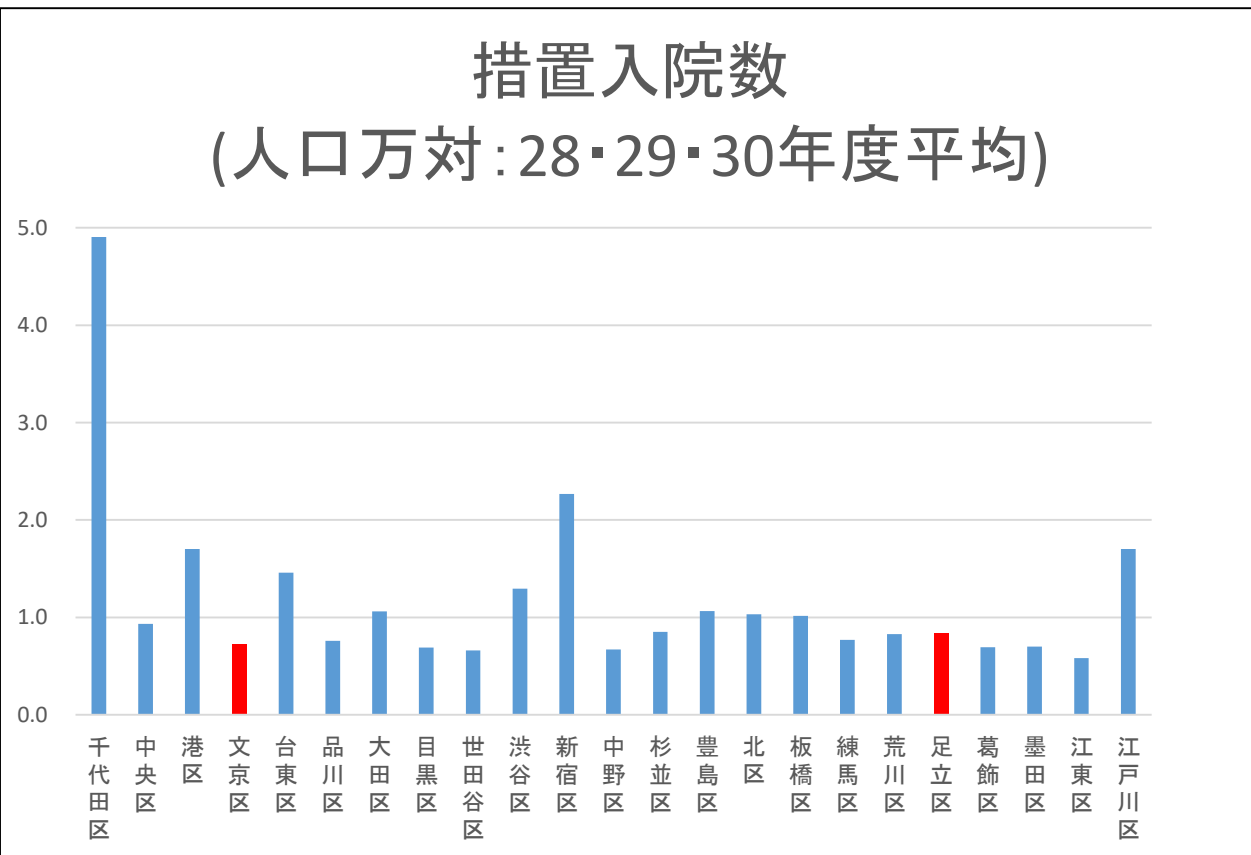
足立区と文京区

1. 人口
2. 面積
3. 措置入院者数
4. 医療保護入院者数
5. 保健師数



文京区と足立区の比較	足立区	文京区
人口(R2.4.1現在)	692,793	226,933
面積 <人口密度>	53.25 <13010人/k㎡>	11.29 <20100人/k㎡>
措置入院数(H28～H30平均) <人口万対>	57.3 <0.83>	16.7 <0.73>
医療保護入院数(人口万対)	12.1	8.1
保健師数 <一人当たり人口比>	97人 (7142 人/PHN)	39人 (5819 人/PHN)

23区の措置入院数及び医療保護入院数(参考)



文京区退院後支援事業

(R1.7～モデル事業、R2～事業実施)

【実施方法】

1. 退院後支援担当保健師を配置し、対象者にできるだけ早期に接触し、信頼関係の構築を図る。
2. 本人の同意を得た上で、本人の支援ニーズを的確に評価する。
3. 保健所が主体となり、本人及び家族その他の支援者並びに支援関係者等の参加による支援会議を開催し、計画の内容等を協議する。
4. 本人の支援ニーズ及び支援会議の結果を踏まえ、退院後支援計画を作成。
※本人及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえながら、支援対象者が円滑に地域生活に移行できるよう、過不足のない支援を提供する。
5. 退院後支援計画期間終了時に支援会議を実施し、計画の進捗状況および本人の支援ニーズを確認。計画終了後は通常の支援体制に移行する。

文京区退院後支援事業について

令和元年7月開始

【実績】 R1.7月～R2.11月末時点（1年5か月）

※令和元年度はモデル事業

23条通報（文京区） ※法23条に基づく警察官通報		
80件	区民	
	54件	措置入院
		<u>16件</u>

他区にて警察官通報から措置入院となり、
病院から情報提供された者 5件

退院後支援対象者		
21件	初回面接実施	
	16件	計画作成済み
		7件

【面接未実施者内訳：5件】
支援拒否1件、知的障害2件
他自治体退院者1名
病状不安定1件

【計画未作成者内訳：8件】
支援拒否1件、知的障害2件
他自治体退院2件
施設入所2件、高齢者1件

※6件入院継続中

文京区退院後支援事業の特徴①

1. 保健所が**把握した措置入院者全員を支援対象**
 - 計画作成が馴染まない対象者も存在する
2. 退院後支援担当**保健師が配置**
 - 地区担当保健師とは別の部署に配置
 - 措置入院から退院までの支援を主として実施（支援の流れにのるまで）
 - 保健師が担当することで、地区担当の支援への流れがスムーズ
3. 対象者のアセスメントを**保健所が主体的に実施**
 - 病院側の負担感を軽減
4. 個別ケース検討会議の**参加者への報償費を予算化**
 - 顔の見える連携による地域の支援体制整備を目的とする

文京区退院後支援事業の特徴②

【文京区の事業の特徴】

5. 退院後支援に関する計画に『短期目標』『長期目標』の項目を記載

- 生活安定のために、**本人および支援者が共通認識を持てる**ようにする目的で追記都の回答では...
- 計画の記載内容として、本人についてのみ何らかの目標を設定することとした場合、目標設定の仕方等によっては管理的な色彩が強まることも懸念される
ただ、様式2の記載項目以外にも計画に記載すべき事項が生じることも考えられるため、様式2の末尾に自由記載欄を設ける

6. 地区担当の負担軽減も目的の一つ

- 措置入院者は**今まで把握し得なかった対象者**

事業立ち上げ時の啓発方法

1. 初回病院訪問時、患者との面接前に**病院担当者に退院後支援事業を説明**
 - アセスメントシート等の説明
 - 診療報酬の説明
 - 個別ケース検討会議の説明
2. 地区担当**保健師への説明**
 - 本来、保健師活動の中で実施してきた退院支援を厚くしたもの
 - 地区担当保健師が実施できなくなっている支援を手厚く実施
3. 退院後、**かかりつけ医の初回受診に同行**し、退院後支援事業の説明
 - 退院後支援計画の説明および協力の依頼
 - 診療報酬の説明
 - 個別ケース検討会議の説明

実際の事例

【支援対象者】

統合失調症 発達障害

実家から単身で上京し、共同住宅に独居。

【23条通報】

住民トラブルがあり、管理担当者が対象者に退去を説得したところ、他害行為あり、110番通報に至る。

警察官の問いかけに応じず、暴れ等の興奮状態になることあり。

警察署では、独語を話し、突然大声を出したりしていた。

家族からの情報では、統合失調症で通院、入退院を繰り返していた。

実際の事例

【経過1】

＜23条把握＞ 都に情報照会、地区担当保健師に情報共有

＜措置入院2週間後＞ 入院先PSWへ電話連絡

入院病院に退院後支援事業の説明

病状安定し次第、連絡いただくよう依頼

＜措置入院4週間後＞ 病院訪問①、計画作成申込書のサイン

主治医と情報共有し、本人と面接を実施、本人の意向を確認する

＜措置入院5週間後＞ 病院訪問②

アセスメントシートを用いて面接を実施

実際の事例

【経過2】

＜措置入院6週間後＞ 措置解除

＜入院11週間後＞ 病院訪問③

総合アセスメントおよび退院後支援計画案の作成

＜入院14週間後＞ 電話にて情報共有

本人のアセスメント結果および今後の対応を相談

＜入院21週間後＞ 病院訪問④

本人の意向を改めて確認

→ GHを探していくことに

実際の事例

【経過3】

＜入院27週間後＞ 病院訪問⑤

GHの見学同行

＜入院31週間後＞ 病院訪問⑥

GHの面接同行

＜入院37週間後＞ 個別ケース検討会議

病院Dr・PSW、GH世話人、計画相談員、退院後支援PHN

＜入院38週間後＞ 退院

退院後支援ニーズアセスメント(抜粋)

評価項目 A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題		本人評価				スタッフ評価				特記事項
		0	1	2	9	0	1	2	9	
A2経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性		☐	☒	☐	☐	☐	☐	☒	☐	生活保護に頼りたくないという気持ちが強い
B2生活環境の管理： 自室や生活環境を整えること		☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	物を捨てずにため込んでしまう可能性がある
B6金銭管理：金銭の管理と計画的な使用		☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	節約しすぎる可能性があり、必要なものに使えるよう助言が必要
C1日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方		☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	仕事を検索することに時間を費やしていた
D1 精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等		☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	物事の捉え方の歪みから、被害的な考えに陥ることがある
F5 その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等		☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	不利益を受けたと考えた際に、訴えるということに固執しやすい
支援に関する意見		自分には障害があったとしても軽度だと考えており、生活保護や福祉サービスを受けることに対する抵抗がある。今後、お金が不足した際など、本人の意にそぐわないサービスを受ける必要が出た時に、焦らず必要な段階を踏めるよう、その都度本人の理解に合わせて話をしていく必要がある。								

0=支援の必要なし, 1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない, 9=不明

短期目標（退院6か月後程度）

作業所に通所し、連続して一定時間作業を続けられるようになる。
グループホームで過ごす上でのルールを守りながら生活ができるようにする。

長期目標（退院1年後程度）

週3回程度、定期的に通所し、継続して業務に取り組む体力をつける。
適切な支援者に相談しながら、就労に向けた活動に取り組める。

支援内容

	支援担当機関	本人の支援ニーズ・課題	支援内容	連絡先 (担当者)
1	グループホーム	他者との関わりを良好に保つ	本人の捉え方に歪みが生じないよう、適宜相談にのる 他者とトラブルなく生活できるように、関わり方を助言する	
2	計画相談	就労して、自分で生計を立てていきたい	就労に向けて、一つずつ取り組んでいけるよう、定期的に相談に乗り、その時々で取り組むべき内容を一緒に考えて決めていく	
3	B型作業所	就労に向けた体力づくり	就労に向けた経験を積むことができるよう支援する	
4	通院先医療機関	診断のために検査をしてほしい	治療・服薬に関する相談	
5	予防対策課	被害的に物事を捉えてしまうことがある	退院後支援計画に関する相談にのる 客観的な意見を本人に伝え、優先順位を決めて取り組めるよう相談にのる	

実際の事例

【経過4】

＜退院1週間後＞ 初回受診同行

退院後支援計画の説明、協力の依頼
診療報酬について説明

＜退院4か月後＞ 本人来所相談

＜退院6か月後＞ 個別ケース検討会議（モニタリング）

本人、GH世話人、計画相談員、退院後支援PHN
退院して半年間の生活の振り返り

実際の事例

【まとめ1】

□本人の希望に沿った支援

「自分の希望を汲み取って伝えてくれた」

□支援内容は、通常の退院支援と同じ

支援者の不在、治療の困難性、遠方の医療機関、、、

□入院中に複数回本人と面接を実施することで、信頼関係を構築できた

本人にとって入院は不本意な出来事であることが多い

グループホームは受け入れがしやすくなった

実際の事例

【まとめ2】

- アセスメントシートを用いることで、本人の認識と支援者の認識の違いがある事項が明らかになり、**本人の理解が深まった**

地域の支援者にも本人の特性を的確に伝えられる

- 退院後の生活を退院後支援計画に沿って振り返る

本人も支援者もできていることに着目でき、自信につながる

支援方針を再検討するきっかけ

地区担当と異なる距離感で関わることができる

文京区退院後支援事業について

【担当してからの率直な感想】

① 困難事例が多く、一筋縄では対応できない事例が多い

- 複合的な疾患（知的障害、身体障害などの併発）
- 住まいの確保も課題

② コロナ禍でどのように支援を継続していくか

- コロナ禍以降、計画作成数が急速に失速...保健所からの定期的な連絡は必要
- 本人との信頼関係を作っていくには、一定程度会うことも必要
- 保健所が主体的にアセスメントを行うには、3回程度は会えた方が良さそう
- 今後はZoom等の活用も想定される？

③ 病院との連携が不可欠

- 病院からの情報提供が無ければ、把握できないケース
- 対象者と一度会うまでは病院からの働きかけに頼らざるを得ない