

【足立区地域自立支援協議会 精神医療部会】会議概要

会 議 名	令和2年度 足立区地域自立支援協議会 第2回精神医療部会					
事 務 局	衛生部 中央本町地域・保健総合支援課					
開催年月日	令和2年12月23日（水）					
開催時間	午後2時00分 ～ 午後3時23分					
開催場所	足立保健所 会議室					
委 員 出 席 者	部会長	森澤 美穂	部会員	後藤 直弘	部会員	小杉 信之
	部会員	久下 えみ子	部会員	宮岸 侑加	部会員	内田 聖子
	部会員	久保田 淳一	部会員	名久井 昭吉	部会員	平賀 正司
	部会員	寺西 新	部会員	後藤 英樹	部会員	西山 裕之
委 員 欠 席 者	部会員	新垣 多恵				
会 議 次 第	1 開会あいさつ 2 連絡事項 3 説明「措置入院者退院後支援の概要と足立区の取り組みについて」 4 講演「文京区における措置入院者退院後支援の状況について」 5 討議「措置入院者退院後支援の実施について」 6 事務連絡					
資 料	1 次第 2 資料1 「措置入院者退院後支援の概要と足立区の取り組みについて」 3 資料2 「文京区における措置入院者退院後支援の状況について」					
そ の 他	講演者：柳瀬 裕貴（文京区文京保健所予防対策課精神保健係保健師） 説明者：田口 由香（足立区中央本町地域・保健総合支援課精神保健担当係長） 司会者：高橋 公成（足立区中央本町地域・保健総合支援課精神保健係長）					

様式第1号（第3条関係）

（協議経過）

1 開会あいさつ

○高橋精神保健係長

お時間となりましたので、令和2年度足立区地域自立支援協議会第2回精神医療部会を開催したいと思います。

本日は年末のお忙しい中、ご出席いただきまして、ありがとうございます。私は本日の司会を務めます中央本町地域・保健総合支援課精神保健係の高橋です。よろしくお願いいたします。

始めに、開会のあいさつです。あいさつは中央本町地域・保健総合支援課西山課長よりお願いします。

○西山委員

みなさんこんにちは。西山でございます。本日は、年末のお忙しい中、ご参加いただきまして、大変ありがとうございます。今日は2回目の自立支援協議会精神医療部会になります。今日のトピックは措置入院者退院後支援の実施についてというテーマを扱ってまいります。ざっくり申しますと、病院で措置入院になっていた方を退院後も継続して行政が中心となって地域にスムーズに移行して生活できるよう支援する取り組みになります。足立区では今年度からスモールスケール、モデル実施ということで、年度途中から開始をいたしておりますが、来年度から本格実施というところで、今日は先行区である文京区の保健師 柳瀬さんをお呼びしまして、先行区としてどういう課題があるのか、どういった実施を行うのかということ、学びながら、情報共有しながら足立区に来年度以降、しっかり活かせるように話し合っていきたいと考えてございます。

まず初めに足立区の簡単な概略を説明しまして、そのあとに先行区である文京区の方から説明を頂いた後に、意見交換等をお願いしたいと考えております。

本日もコロナで感染対策をしっかりとやりながら、短い時間で効率的にやってまいりたいと思いますので、本日はよろしく願いいたします。

2 連絡事項

○高橋精神保健係長

ありがとうございました。

続きまして事務局より連絡事項です。この会議における内容及び発言者名は議事録として後日、足立区ホームページに公開いたします。その議事録作成のため、本日は会議の様子を録音させていただきます。本日ご発言を頂いた委員の皆様には後日議事録の原稿をお送りして、内容を確認していただきますので、あらかじめご了承ください。なお、この会議は希望があれば一般の方の傍聴を認めております。

次に新型コロナウイルス感染症対策についてお伝えします。本日の会議は感染症対策として、室内の常時換気を実施しております。また、途中5分間の休憩を予定しておりますが、その際に全体の換気を実施いたします。寒い中で申し訳ございませんが、何卒ご了承ください。

また、本日の会議は感染症対策のため、通常より時間を短縮し、1時間20分程度とさせていただきます。

続きまして、本日のオブザーバーを敬称略で紹介いたします。名前を呼ばれた方は、その場で起立をお願いします。

（中略）

続いて次第の3番目に入ります。「措置入院者退院後支援の概要と足立区の取り組みについて」説明は、足立区中央本町地域・保健総合支援課精神保健担当の田口係長です。よろしくお願いいたします。

3 説明

○田口精神保健担当係長

中央本町地域・保健総合支援課田口です。よろしくお願いいたします。着座にて説明させていただきます。資料はホチキス止めになっている「措置入院者退院後支援の概要と足立区の取り組み」という資料になります。

まず、退院後支援のこれまでの経緯をざっとご説明いたします。国の入院医療中心から地域生活中心への改革の流れの下に長期入院精神障がい者への退院後支援が進められてきましたが、精神保健福祉法での措置入院制度で入院した方への退院後支援につきまして、これまで法律には具体的な規定はありませんでした。平成26年、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針、そして平成29年2月のこれからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会の報告書で、ようやく措置入院者退院後支援のあり方等々がまとめられた形です。これらを踏まえまして、措置入院者退院後支援のガイドラインの案が精神保健福祉法の改正案として参議院を通過したのが平成29年だったのですけれど、衆議院の解散に伴い、これが廃案となりました。そこで現在の法律の下に実施できる措置入院者に限らない、地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインというものが平成30年3月に国から発出されました。これは自治体を中心となった退院後支援の具体的な手順を整理し

たものでした。それを踏まえまして、令和2年1月に東京都版のガイドラインが発出されました。

ここで、措置入院について少しご説明させていただきますと思います。措置入院とは精神疾患があり自傷他害の恐れがある場合で知事の診察命令による2人以上の精神保健指定医の診察の結果が一致して、入院が必要と認められた時に知事の決定によって行われる入院というのが、精神保健福祉法第29条に定められています。措置は行政処分にあたるものです。行政が入院させたものであるため、行政として退院後も支援する必要があるという考え方、そして東京都の措置入院者数が全国の約5分の1と多数にのぼるなどの様々な事情を考慮して、東京都版ガイドラインでは、措置入院者を対象としたという経緯があります。また、措置入院者の特徴として、適切な医療を受けられていない、あるいは家族や支援者からの協力関係が薄い方など、支援が必要な方が多いという特徴もあり、措置入院者への退院後支援は、より強く求められています。

足立区にお住いの措置入院者数の件数をここに書いてあります。年によって差がありますが、ここ4年間の平均では約63件。23区内での件数としては毎年上位にあがっている件数です。

このスライドは皆様見たことがあると思いますが、措置入院されている精神障がい者が、退院後に地域で安心して生活するためには、必要な支援が受けられる仕組みを整備する必要があります。

措置入院者への退院後支援を行うことで、顔の見える関係機関との連携がとれ、地域全体の連携につながっていくという、まさに「精神障害にも対応した地域包括ケアシ

システム」の構築が必要となるものです。このシステムについては皆様ご存知だと思いますので、少し資料を載せましたのでご覧いただけたらと思います。

この措置入院者退院後支援は多職種、多機関で連携した支援体制が必要なものです。厚生労働省の精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業というものがありますが、この一つとしてもしっかり明記されているので、国が推し進める一つの退院後支援の事業であります。

さて、足立区の措置入院者退院後支援について、説明を進めたいと思います。東京都のガイドラインに沿って実施いたします。

来年度の本格実施に向けて、今年度はモデル事業として、区内医療機関に入院された方を対象に本年度は実施しております。また、今年度は、精神保健係が中心となり実施しておりますが、来年度以降の実施につきましては、各保健センター地区担当保健師が中心となって実施をする予定です。

具体的には、資料2をご覧ください。後ろにつけてあります。スライドの画面が小さいので、書面の方をご覧ください。具体的な流れの方をご説明したいと思います。まず、入院医療機関より対象者の方に保健所支援を紹介いただきます。ご本人が了解した場合に入院医療機関から保健所に初めて連絡が入り、そして保健所職員(保健師)が入院医療機関で本人と会い、退院後の希望などをお聞きします。そして保健所として、ご本人が退院後の支援の希望があった場合に入院医療機関と協議して、計画作成の対象とするか判断します。対象とした場合には、保健師が支援申込の説明をさせて頂き、そしてご本人より支援の申込みがあれば、入院医療機関に意見書等をお願いしまして、計画案を保健所が作ります。支

援計画案をもとに関係機関と支援会議を開催しまして、退院後支援計画を作成、そして決定しまして、ご本人に交付します。これが出来れば入院中にと東京都の方からは示されております。

退院後は、計画に基づいて支援サービスを開始あるいは再開いたします。退院後5～6か月頃には退院後支援会議を開催しまして、支援についての状況を確認し、原則6か月で、この事業による支援は終了いたしますが、保健センターでの通常の支援はこの後も継続してまいります。

以上が、簡単にはなりますが、足立区の措置入院者退院後支援の流れとなります。

今年度モデル実施を始めたところでありますが、1件開始したところですので、これからの事業の進め方など模索しているところでもあります。

私からの報告は以上です。

○高橋精神保健係長

ありがとうございました。

続きまして次第の4番目になります。テーマは「文京区における措置入院者退院後支援の状況について」。講演は、文京区文京保健所予防対策課精神保健係柳瀬裕貴保健師です。よろしくお願いいたします。

4 講演

○柳瀬保健師

よろしくお願いいたします。文京保健所で保健師をしています柳瀬と申します。座って今日は説明させていただきます。

今日はお呼びいただいて、文京区で少し早めに去年の7月頃からモデル的に退院後支援事業を実施しましたので、それなりに件数重ねてきたというところがあって、お声かかったので、情報共有ということで今

日はお話させて頂ければと思います。よろしく願いいたします。

まず、文京区の特徴をとらえていただくために文京区と足立区の比較をさせて頂きたいと思い、スライドを用意させて頂きました。足立区さんと比べて、文京区はだいたい人口が3分の1ぐらいです。面積が5分の1ぐらいで、少しコンパクトな区になっています。

措置入院者数は先ほどお示しいただいたんですけれども、人口割にすると文京区と足立区ではおよそ同じぐらいの割合で出ています。文京区がだいたい2か月に3ケースぐらい措置入院が出るので、足立区さんと2か月に10ケースぐらい出るような計算になります。だいたい年間60ケースというのが当てはまるような感じですね。

医療保護入院数については、文京区の方が人口対2/3ぐらいで少し少な目な感じですよ。

保健師数は、僕の興味で参考に載せているだけで、一人当たり担当する保健師が足立区さんより文京区の方が少し少な目という結果になっています。いろんな部署の保健師を合わせてやっているの、ちょっとした比較にしか出来ないのですけれども。

これも参考程度に載せているだけなんですけれども、23区の措置入院者数人口割、医療保護入院者数の人口割を出しています。措置入院者数が足立区さんと23区の中で真ん中より少し上ぐらいに入るんですかね。医療保護入院者数の方が上から5~6番目ぐらいでちょっと多めなようです。一応参考です。

文京区の退院後支援事業なんですけれども、基本的にはガイドラインに沿ってやっているんですけれども、我々の協議会の方で示したものがあつたので、今日お持ちし

ました。特徴としては退院後支援担当保健師というものが、一応私なんですけど、ついているので、対象者の方に出来るだけ早期に接触して信頼関係の構築を図ることをまずやっています。その上で、本人の同意を得た上で支援ニーズを的確に評価することと、あとは保健所が主体となってその人の会議を開催して、計画等立てる。そのあと、その計画を作成した上で、本人を支援していくことなんですけど、その上で単に支援を多めに出せばいいということではなくて、過不足なく、多すぎず、少なすぎずという支援を提供することを心掛けているというのと、あとは最終的には支援計画が最大で6か月となっているので、6か月終了後には支援会議を実施して、6か月間の地域生活を振り返りを行っていくという流れでやって、その後は通常の支援に戻っていくという流れを取っています。

モデル事業からの累積の数です。令和元年7月から令和2年11月末時点の数になります。

23条通報が1年5か月の間の中で80件ほどあって、うち区民が54件ありまして、その中で措置入院になった方が16件ほどありました。文京区ではなく、他の区で警察官通報から措置入院になられた方は文京区では把握出来ないの、そういった方は病院から直接情報提供を頂いて、そこから支援が始まる流れなんですけど、そういう方が5件ほどいらっしゃいました。文京区では、足立区さんほど人口がいないので、全件措置入院者を対象にするということにしているの、下の方で16件プラス5件の21件が措置入院者、退院後支援の対象者ということになっています。その中で初回の面接を実施出来た人が16件、実際最後まで計画が作れた人が7件です。2

1 件中の 6 件は今も入院継続中ということになっています。面接が出来なかった方が 5 件いらっしゃって、どういう方々かというところで具体例をあげているんですけど、支援を拒否されてなかなか会えなかったり、知的障がいメインとなる方だったので、知的の方に支援をお願いして精神の方は手を引いてという方ですとか、他自治体に退院された方とか、病状が不安定でなかなか会えずという方がまだいらっしゃったり、ということがあります。また計画を作れなかった方と同様に施設入所の方であったり、高齢者施設に入られた方、そういった方で計画が作れなかった方もいらっしゃいました。

ガイドラインに基づいてやっているんですけど、その中で文京区の特徴をまとめてみました。文京区の場合は保健所が把握した措置入院者全員を支援対象にしているということで、やはり計画作成がなじまない対象者も存在するんですけど、基本的には全数対象にして、まずお会いしてみるところです。

2 つ目が退院後支援担当保健師が配置ということで、結局私一人が配置されているだけなんですけれども、他の区だと中野区さんとか新宿区さんは、精神保健福祉士の方が担当で就かれて、中野区さんは去年 6 人ほど精神保健福祉士が採用されて、非常勤で対応されていると思うんですけど、そういった方が担当になっていて、比較的 P S W（精神保健福祉士）の方が担当しているところが多いと思うのですけれども、文京区の場合は保健師が、ということで、課長の考えもあって配置されたので、やっています。地区担当保健師とは別の部署の配属になっているので、地区担当との棲み分けを少しやっているような感じです。

措置入院から退院するまでの支援を主として実施して、支援の流れに乗るまでが主な支援になります。支援が、計画がある程度立って、こういう人達で支援していきましょうという流れになったら、地区担当に流すようなイメージです。そういった形で進めています。

他の区から聞かれたことなんですけど、P S Wの方が担当している時に、どうしても地区担当への引継ぎが上手く出来ないみたいなのがトラブルになっているということと、横浜市さんの方で年間 5 0 数件あって、計画立てていると思うんですけど、横浜市さんの方がどうしても保健所と保健センターが全く別の部署になるので、計画が終了した後に保健センターへの引継ぎが上手く出来ないというのがあるというのを聞いていたので、文京区の場合は同じ保健所内にサービスセンターも予防対策課もあるので、流れはスムーズに行いやすいということと、退院後支援担当保健師が地区担当の動きも一定程度分かっているので流しやすいというところ、流れがスムーズというところが特徴にあるかなと思います。

あと、対象者のアセスメントを保健所が主体的にできると書いてあるのですけど、ガイドラインにもこのように書いてあるのですけど、保健所が主体的に実施することで、病院側の負担感を軽減しようというところがあって、病院さんの方だとどうしても新しくアセスメントシートを作ってくださいと言われると、やはり抵抗があるというか、負担感がどうしても大きくなってしまいうので、作ってもらっただけで、埋められるところだけ埋めてくださいというスタンスでやって頂いていて、基本的にはこちらが主体で立てるので、ということをするとは病院側の方もそんなに負担感なく「じゃ

あやりましたよ」と言ってくれるかなと思ってやっています。

後は個別ケース検討会議というところで、最終的に会議を開きなさいということになっているんですけど、その時に参加者の方々への報償費を予算化しています。具体的には1万1500円、会議に参加した方には付くようにしていて、ドクターがいらした時は少し多めに1万3千円という形で付けさせていただいて、いかにせん遠い病院が多いので、なかなか支援者の方々も積極的に支援はしたいんだけど、遠くて行けないよというのを避けるために、来てくださいねということで報償費を予算化しています。

あとは退院後支援計画というものは、フォーマットが決まっているんですけど、それに加えて文京区の場合だと、短期目標と長期目標という項目を追加しているのが特徴にあります。生活安定のために本人が支援者と同じように目標を立てられるようにという目的で追記しているんですけど、東京都の方からはこういう風にするとう管理的な色彩が強まるのが懸念されるので、ガイドラインには載せませんというようなご意見があったんですけど、そういうこともあるなと思いつつも、ただご本人も含め、目標を付けておいた方が地区担当に移行する時も移行しやすいということがあったので、文京区の方で項目として入れているというところになります。

あと、地区担当の負担軽減も目的の一つにしているんですけど、措置入院者というのは今まで区としても把握していなかった対象者の方々になるので、支援対象者が増えてしまうところで、地区担当の負担を減らす意味でも、地区担当でない保健師が退院後支援をやっているのが特徴になります。

事業を立ち上げるときのPR方法はどういう風にしましたかという質問があったので、こちらに入れましたが、初回の病院、今はだいたい病院さんも慣れてきたかと思うんですけど、初回の病院訪問の時に患者さんに面会する前に病院の担当者、PSWの方とかに退院後支援事業の説明を行っています。アセスメントシートの使い方であったりとか、診療報酬の説明ですね。特に病院として取り組むにあたって、上の人の理解を得るには診療報酬の説明をした方がいいということだったので、診療報酬の説明をやっています。退院後支援計画を立てることで、病院の方には600点診療報酬がつくようになっているので、その点数からやりませんか、ということでやって頂いているところです。あと個別ケース検討会議を退院前までに一度開けたらとやっているんですけど、退院前カンファレンスと兼ねてもいいともいわれているので、そういった個別支援計画を立てる意味合いも込めた会議を開かせてくださいということで、ご説明している感じです。

あとは地区担当保健師の説明ですね。新しいことやっているように見えるんですけど、基本的には今までの保健師活動の中で皆さんが実施されてきたような退院支援というものを手厚くして、かつ支援者の人達もチームを組んでやろうよといったところで、やっているものになるので、そんなに構えなくてもいいよという話を地区担当保健師に説明しています。

3つ目で退院後にかかりつけ医を受診する時があると思うんですけど、初回の受診の時になるべく同行するようにしています。その主治医の先生達で退院後支援をご存じない方もいらっしゃるのので、事業の説明をさせて頂いて、退院後支援計画を立てるこ

とは本来は入院先の病院よりも通院先の病院の方がメリットが大きいというか、退院後支援計画6か月有効期間のものを作るんですが、6か月の中で計画に書かれている診療医療機関を受診した場合は1回あたり660点が毎回付くので、通院先の医療機関にとっては、結構おいしい話なんですね。なので、それは説明させて頂いて、その代わりに、それだけ点数が付くのでその分協力してくださいね、といったところで、僕もこうやって支援するので、この計画に沿ってやっていきましょうと言ったところでご協力をお願いするところと、6か月後に支援が終わった後に計画終了時にはカンファレンスをする事になっているので、その時は主治医の先生もぜひ参加してくださいということで声掛けをさせて頂いているような形です。啓発をしていって、皆さんに覚えていただいているところです。

実際の事例を示してくださいということでしたので、想像しやすいように事例をあげさせて頂いています。

統合失調症と発達障害の診断名がついている方で、実家から単身で上京し、共同住宅に独居されていた方です。23条通報、警察官通報があつて、住民トラブルが多いということで、管理担当者から退去の説得をしたところ、他害行為があつて、過去にも同様のトラブルがあつたということから110番通報に至りました。部屋の中で暴れる等の興奮状態があつて、警察官の問いかけには応じなかったことと、警察署に行った時も独語を話していて、突然大声をあげていたということで、家族に確認を取ると、家族からの情報では統合失調症で通院をしていたと、入退院を繰り返していたというエピソードもあつて、医師の診察を受けた上で、措置入院という形になった方

です。

この方の経過です。まず、23条通報があつた時にどういう風に動くかということ、資料の一番最後に文京区版のフロー図というのを付けています。これを見ながら聞いていただくと良いかと思います。最初、予防対策課の方で23条通報を受理した段階で区民の場合だと、東京都の方に情報照会をします。東京都の方から措置入院かどうか確認を取らせて頂いているというところですかね。その情報照会をするのプラス、同時に地区担当保健師にこれまでの関わりがあるか、サービス担当の方にサービスを使った履歴がないか、調べています。この方の場合、今まで全く関わりがない方だったということです。23条通報、すなわち措置入院になってから2週間後くらいにご本人が何々病院に入院しているということが情報として分かった段階で入院先の病院の方に電話連絡をしています。入院先の病院もあまり取り組みがなかったケースだったので、まず退院後支援事業の説明を軽く電話でさせて頂いて、本人の症状が安定したら一度ご連絡いただくように依頼をしていました。この方の場合、そんなに陽性症状が出ていなかったもので、3週間後くらいにこっちにご連絡頂いて、面接できそうですというご回答を頂いたので、措置入院になってから4週間後に病院訪問をしています。その時に主治医と情報共有した上で、ご本人と面接をして、退院後支援計画を立てる、具体的には本人の希望に沿った支援をさせて頂いてね、ということで、本人の計画作成の申込書にサインして頂いています。そのあと、本人の訴えが結構多くて、1時間半ほど話をしても終わらなかったもので、また来週来るね、と言って、病院訪問2回目ということで、措置入院後5週間後に訪問

しています。その時にアセスメントシートを用いて面接を実施しています。

資料が少ないんですけど、ご本人の経過として、こういう方だったということで、ご本人は現実離れした訴えは無いんですけど、苦情とか、過去に病院を出禁になったりとか、人権センターにご本人が訴えをしたり、という方でした。兄弟に対する被害感情も強くて、お母さまを過去に訴えたことがあるという経歴もあったりとか、入院していた病院スタッフを訴えた経緯があったりした方です。ある県のアウトリーチの対象者として、モデル的に支援されていたんだけど、上手く定着できなかったという情報が後から出てきました。同じ県の大学病院の方で困難事例として、あげられていたという経緯がありました。ご自身だと誰にも相談せずに自分一人で上京しているところもありました。措置入院になった3週間前にシェアハウスに入居して、その2週間後には強制退去を言い渡されているというところがあって、なかなか周りの人とのコミュニケーションを取れないんだらうなということが想像されました。シェアハウスに入った後も2～3日に1回は管理会社や住民の方から通報されていたことがあったという事実がありました。ドクターの見解として、ご本人が家族とか病院を訴えるという行動がとれるような、いろんなことが出来る人、病棟内では他の方と関わりがなくて、問題行動が特に生じていない、集団行動が出来なくて、発達の器質で問題が生じているのではないかと考えられています。治療効果も限定的で環境を整えればすぐにでも退院できる状態だと思います。病識は無く、障害に対する偏見も強い方で、医療鑑定もなくて、いままでまともな治療も受けていないだろうと。アパートと

かで単身生活、生活能力はあると思うけれども、またすぐに同じような問題を起こして措置入院になると思いますよと主治医から言われていたケースです。ご本人の話を聞いていくと、ご本人の希望としては早く退院したいと、別に私は障がい者じゃないから、ということも仰ったりしながら、ただ住宅としては困っているから、家の支援を受けたいと、福祉を使って住宅への補助金ですとか、生活サポートを受けていきたい、と仰っていました。なぜ入院に至ったのか、振り返りとかは、民間のシェアハウスに入居していて、ゴミのトラブルで入院になったと。他の入居者が共同場所を私物置き場にしていて、それが許せなかったとか、あとは資源ごみを仕分けしないことに対して我慢が出来ない、他の人がしていないことに対して。ご本人はそんなに仕分けしている訳ではないんですけど、ただ他の人が気になっちゃう、という話ですかね。警察沙汰になると、過去の診断から、どうしても病人扱いされてしまうし、ちゃんとしたところで診断してもらいたい、国立精神神経医療センターとか、そういったところでちゃんとした診断を受けたいと仰っていましたね。病院のこととか、自分でネットで調べて、こういう病院があるな、みたいなことは知っていたみたいですね。ご本人になんで上京してきたのかといった話をしていくと、入院中に家族に勝手に物を捨てられたために慰謝料を家族に請求して、その家族から100万円貰ったので、そのお金を使って単身で何も言わずに上京しましたと。実家では家族が面倒みてくれなかったので、ネグレクトの対象でしたということを仰っていました。別件で、関東に結婚相手がいるんだと。メールで連絡を取っていて、顔も知っているんだけど、会った

ことはない人だと。東京に来れば会えると思って上京したということで、仕事しなければ結婚できないと言われていたので、私は仕事しなければいけないんですということで、地方から上京されていたんですけど、地方にいと自分にあった仕事がない、東京の方が仕事があるから上京したんです、といったことも仰っていました。

そういった情報を得ながら、この人にどういう支援が良いだろうかということを考えていった訳ですね。措置入院6週間後には本人に自傷他害が無いということで、措置解除になっています。その時点で、もうシェアハウスの方から退去勧告が出て、荷物とかも病院に運ばれていて、住居が無くなった状況でした。ご本人の話を知ると、やはりシェアハウスだと生活がしづらいので、家賃が安くて、部屋がきれいで治安の良いところで、都心に近いところで、出来れば家賃5万円以下の所に住みたいと言って、現実的にはそれはないよねという話をしながら、ネットとかで検索して家賃相場を持っていきながら、東京だとその家賃相場は難しいよといった話をしながら本人と擦り合わせをしていったんですけど、代わりにグループホームだと安いからグループホームに入れないかという話が上がったので、どうしようか考えて行ったところがこの時点です。病院なので、期間が空いて入院して1週間後に病院訪問して、また総合アセスメントもしていったところで、また、そこから2か月ほど期間が空くんですけど、この間にご本人に本当にグループホームに入って頂いた方が良いのかどうか、役所内でも検討していたところがあります。というのも、この人はたまたま文京区に上京して、少しだけ住んだけど、もともとは実家がしっかりあってというところで、た

またま文京区にいただけなんです。グループホームを利用したいのもご本人の周りとのコミュニケーションをとれるようにグループホームに入りたいというならわかるけど、安いからただただグループホームに入りたいということだったので。グループホームでまた同じようなトラブルを起こすことが想定できたので、今までのことを考えるとグループホームに入ってもらっても本人のためにならないんじゃないか、といった話もあって、自分で上京する力もあって、もともと住んでいた地方に帰ることも選択肢としてあることを考えると、一旦本人に帰ってもらって、そのあとまた上京してくればいいという話もあったのですが、実家の方の家族の意向では、家族は支援できないと。そこの地方の自治体でできる事は全部やり尽くしたので、うちでは面倒見きれませんと言われ、本人も都内で生活していきたいという意向があったのでグループホームに入る方向で進めていこうか、文京区主体で支援していこうか、という話になりました。具体的にそういう話をしながら本人にもグループホームに住むんだったら、共同生活ができるように生活していかないとダメだからね、そういう訓練をしていかないといけないよ、という話をしながらグループホームを探していくことになったという経緯がありました。そこからはグループホームの見学同行であったりとか、グループホームの面接同行などをさせて頂いて、この人、運よく1発目のグループホームですすっと決まったところがあって、そこのグループホームの支援者の世話人さんや計画相談員をつけて、あとは保健師も含めて退院に向けての個別ケース検討会議を行っています。

ニーズアセスメントシートというのがある

のですが、原本がなくて申し訳ありません。評価する項目がA B C D E Fと別れていて、評価項目が左上にあるんですけど、環境要因であったり、生活機能とか、社会参加、心身の状態とか色々見ていくんですけど、そこで本人が自分はこういう状態だと評価したのが左側で、右側がスタッフが評価したということで、違いがどうしても出てくる。その違いが出てきたところに対して、本人に声掛けしたり、退院前のケース検討会議の時にご本人に突き付けて、「あなたはこう考えているけど、支援者はこう考えているよ」という話をしながら本人と擦り合わせしていく、支援者の中で本人の理解を深めていくことをやっていました。この人の場合だと、例えば4つ目とかですかね、本人は全然精神状態は（B1）悪くないと思っているけど、スタッフから見ると、物事の捉え方が歪んでいるよ、被害的に考えちゃうよね、みたいところで、スタッフ評価としては支援が必要と判断していたり、一番下のところもそうですね、F5のところも本人は問題ないと思っているけど、不利益と考えたときに訴えるということに固執してしまい、そればかりになるよね、といったこともご本人に対して言ったりとか、こういう本人のアセスメントシートを使って、本人はこう考えているけど、周りにはこう考えているよ、スタッフはこう考えているよ、というところを本人と擦り合わせをしたり、支援者間で共有したりして、本人の理解を深めていくことをやっています。実際、退院後支援ニーズアセスメントというのを本人も含めた退院後支援会議の中で使って、皆さんで共有しながら本人にも見てもらって、こういう風に周りには判断しているよ、というところを共有したりしていました。こういうものを基に退院

後支援計画を立てています。最初にご説明した短期目標、長期目標というのを文京区の場合、上に書いているんですけど、基本的にはどういう担当者があなたのどういうニーズのために関わりますよ、というところを一つのシートにまとめて、誰がグループホームの担当者なのか、というところが右端に書いてあって、こういうことを支援していきますよとざっくりと書いたものをご本人に共有したりしながら支援者間でも共有して作っています。こういった計画を基に退院後支援カンファレンスをして、そのあとに地域に帰っていくんですけど、地域で生活している時には、初回の受診同行をさせて頂いて、初めての主治医なので、主治医との情報共有をしたりとか、こういう計画に基づいてやっていきますといったことを説明しています。それ以降は、基本的には退院後は地域の支援者が主体となってやって頂きながら、こちらは後方支援という形になるのですが、退院後4か月ぐらいの時にこの方の場合は、なかなか地域の支援者と上手くいかないかなということで、突然来所されてご相談に来られたり、といった経過がありました。6か月後ぐらいの時に、モニタリングとして、ご本人とグループホームの世話人と計画相談員、退院後支援担当保健師で退院して半年間の振り返りをやっています。主治医にも参加をお願いしたのですが、なかなか予定がつかず来れないということで、この場合主治医抜きでやっています。

実際の事例のまとめです。本人の希望に沿った支援が出来たというところで、ご本人が最初の初回受診同行の時になかなか自分の希望であったり、自分の特徴を主治医の先生に言えなかったりといったところがあって、一緒に行って後ろから「こういう

ことが言いたいんだよね」と言えたことでご本人から「自分の希望を汲み取って伝えてくれたのがありがたかったです」ということがあとから発言として得られました。

支援内容としては、すごいことをしている訳ではなくて、通常の退院支援を手厚くやっているようなところでは、ただ措置入院の方は支援者がどうしても他にいなかったり、あとはなかなか治療だけでは何ともならない問題があったりとか、遠方の医療機関で地区担当の保健師がなかなか行けなかったりするの、そこらへんが退院後支援の難しいところかなと思って記載しています。

あとは入院中に複数回本人と面接することで信頼関係が構築できたところ、やはり本人としては急に入院させられて、というのがあったから、自分のことを希望として聞いてくれて、わざわざ何回も足を運んでくれる存在はご本人たちにとっても大切な存在というところで、僕らのことを受け入れてくれた。グループホームからすると、この方は問題を起しそうな面倒くさそうなケースで受け取りたくないなというのがあったようなんですけど、退院後支援計画に基づいて支援されていて、ご本人も退院後支援の担当の人と結構関係性が良かったということで、グループホームも何かあればその人に相談すればいいんだ、ということで今回受け入れますとするって受け入れてくれたという経過がありました。

あとは、先ほども示したアセスメントシートを用いることで、ご本人が支援者と認識のずれがあることを本人自身に突き付けることもあるので、ご本人もそういうことが違ったんだ、というところで理解できた。かつ、支援者の方も口頭だけでなく、こういう風に違いがあるというのを示されると

理解しやすかった、ということをご意見として聞いています。

退院して6か月間安定して生活できる方もたまにいらっしゃるんですけど、やはり色々失敗があったり、トラブルが生じたりすると。そういうトラブルの時に一応6か月後は必ずカンファするよというのが担保されているので、6か月後にもう一回仕切り直しのカンファが出来るところでは退院後支援計画は結構使いやすいなと思っています。

最後になります。担当して率直な感想として書かせていただいたんですけど、措置入院となるくらいなので、やはり困難事例の方が多くて、一筋縄では対応できない事例が多かったなと思います。特に複合的な疾患というか精神疾患だけでなく、知的障害も併発していたり、身体障害もあったりとか。あと住まいの確保が課題となる人が多かったなと思っています。

2つ目にコロナ禍でどういった支援を継続していくか、ということなんですけど、今7件くらい退院後支援計画を立てたんですけど、退院後支援計画を立てたのが、全部コロナ前に関わっていたような方なんです。コロナ禍に入ってから実は1件も退院後支援計画を立てられていなくて。というのもどうしてもご本人との信頼関係を作っていくって、そこで計画を立てていくというのが今まで僕らがやっていたやり方だったので、本人に会えなかったり、会っても15分くらいしか話せないとなるとなかなか本人の本音って聞けなくて、基本的に保健所が主体的に進めていくのが難しいと。やはり、保健所が主体的に進めていくためには、本人と一定程度会わなくてはいけなくて、3回程度は会えた方がだいたいご本人のことが汲み取れたかなと今振り返った

ら思います。今後はもしかしたら、ズーム等でご本人と面接していくことも必要になっていくのかなと思っています。あとは病院との連携がすごく不可欠で、措置入院の方は、主体的に保健所が情報収集できるのは23条通報が自分の自治体に上がって来たものだけで、それ以外に全く把握する方法が無いので、病院さんからの情報提供が無ければお会いすることすらできない方がいらっしゃるの、連携は不可欠だなというところと、対象者の方とお会いする時にどうしても本人同意が必要なので、我々が急に行って同意を取るわけにはいかなくて、一回病院の方で保健所から職員が会いに来ることの了承を得てもらわないといけないので、そういう意味で病院からの働きかけに頼らざるを得ないところがあるということで、連携が不可欠ということを書かせていただきました。

長くなりましたが、以上になります。ありがとうございました。

○高橋精神保健係長（司会）

柳瀬保健師、ありがとうございました。これより5分間の休憩に入ります。お知らせしたとおり、これより全体の換気を行いますので、ご了承下さい。後半の討議の開始は2時51分とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

（休憩）

5 討議

○高橋精神保健係長（司会）

それでは、これから後半の討議に移ります。ここからの議事は、森澤部会長、よろしくお願いいたします。

○森澤部会長

それでは後半の討議のほうを始めさせていただきます。部会長の森澤です。よろしくお願いいたします。

前半に田口係長からご説明いただき、また、文京区の柳瀬保健師さんのほうからご講演をいただきました内容を踏まえて、まず、医療機関の関係者の皆様からご意見をいただけたらと思いますのでよろしくお願いいたします。

今回、コロナの関係で時間が大変短くなっておりませんが、一言ずつ皆さんにご意見をいただきたいと思います。

では、後藤委員からよろしくお願いいたします。

○後藤（直）委員

よろしくお願いいたします。

私自身が直接、措置入院になった方の退院の支援に関わることは少ないんですけども、こちらからご連絡をしたり、各住所地、居住区の保健所から連絡が来て、支援会議等関係する支援者から話をいただいて支援をするというケースがありまして、どうしても地域とのつながりを持って、ご本人にあった体制を構築して、再入院を防ぐというところで、こういうシステムがあるということはすごくありがたいなと思いました。

当院では現在、措置入院の患者さん、措置を解除しない、措置入院で継続している方が最大10名まで入院することができて、最近はそう多くはないのですが、常時3～4名の方がいらっしゃることで、やはり、特に急性期の病棟で受け入れると、その措置の方を、速やかに退院支援をしていかに早く地域に戻っていただくか、体制を整えて戻っていただくかという

ことが大事になるので、そういった形でまた協力をいただければなと考えております。以上です。

○森澤部会長

ありがとうございます。

それでは小杉委員、お願いいたします。

○小杉委員

成仁病院の小杉と申します。よろしくお願ひします。

措置入院のケースに関しましては、元々かかりつけでない方が入院されてくるのが非常に、措置入院の制度上多いかなあというのが印象としてありまして、病院自体もやはりゼロから関係を作らなくてはいけないということもありますし、そこで難しさを感じたりすることが多かったです。今年度からこのガイドラインのモデル事業がスタートしまして、私たちも手探りの中でスタートしてはいますけれども、なかなか初回の面会につながらないケースも多いかなあというふうに思っておりまして、先ほど文京区さんのデータを見ましたら、割と初回の面接に導入できている事例が多いというのを見まして、何かノウハウがあるのかなあということを感じた次第ですけれども、そのへん、またいろいろと情報交換できればいいなと思うことと、やはり最終的に支援計画に結びつくケースが非常に少なくです。ご本人さんが拒否されたりですとか、やはり重度の方もいらっしゃいますので、なかなか退院まで到達できないという方も非常に多いかなあというのが印象として感じています。ただ、スタートしまして良かった面もいくつか見えてきてまして、やはり、保健所さんとの連携を密に取るようになりましたので、入院中から退

院後を見据えたアセスメントを病院側も意識してできるようになったかなあというのが一つあるということと、やはり地域資源のことを病院側で、病棟の看護師だけで把握しているわけではないので、そのあたりの情報、意見交換というのでできるようになると支援のバリエーションが広がるかなあというところで、この制度が始まって、病棟の看護師たちもメリットを少し感じているようです。あと、退院支援をこれまででもずっと続けてきてはいたんですけども、退院してから退院後の支援者とお会いするんですね、イメージしていたのとちょっと違うとあって、結局支援ができなかったりするケースも多かったです。あと、措置入院でご入院された方というのは元の支援者さんたちと関係性、まずいことをしてしまったなあという意識があって、元の支援者さんと気まずさがあって、なかなか元に戻れなかったりすることがあるんですけども、このガイドラインがスタートしたことでその辺が少し緩和されたかなあというのがやってみた印象としてありましたので、もう少しこう精度を高めていけたらなということが一つと、あと、やはり退院して他の医療機関さんに戻られるケースが多くて、私たちも退院後どうなっているのかなあというのが見えづらいということがありまして、患者さんが退院した後、この支援を受けることによってどのようなメリットがあるのかなあということを説明するときに、苦しいということがありますので、そのあたり保健所さんと連携を密に取って、意見交換できたらありがたいなというふうに私たちは考えています。

以上です。

○森澤部会長

ありがとうございます。
では久下委員、お願いいたします。

○久下委員

大石記念病院の久下です。いつもお世話になっております。

うちは指定病院ではないので、今現在、措置入院はやっていないんですけども、検討はしている状況です。今までですと、当院を切れてしまった患者様がどこかで措置になると、前にうちで治療歴、入院歴があるので、医療保護で大丈夫ですからなんとなく引き取って、そのまま出てしまったというのが、こういう形できちんと地域につながるのはいいなと思っていました。だいぶ前にこの法律があって、いつ頃かななるのかなと思いましたが、今日、良くわかりましたので、今後うちが指定を取ったときにはぜひ協力していきたいし、やはり先ほどお話のありました家族の方がもう無理という時に始めから保健師さんが入っているとすごく心強いかなというのがありましたので、どうぞよろしくお願いいたします。

○森澤部会長

ありがとうございます。
宮岸委員、お願いいたします。

○宮岸委員

綾瀬病院の宮岸といいます。よろしくお願いたします。

当院も大石記念病院さんと同じように指定病院ではないため、私自身が措置入院の方と関わったことはないのですが、ご説明をきいていて、私が関わったケースと似ているなあと思ったのが、やはり病院の職員だけではなく地域の支援者が入ってくれるということに対して、患者さんはす

ごく安心感を持たれるということが多くて、医療者がいくら同じことを言っても、地域の方が言うとなんまり入ってくれたりするので、やはり入院してすぐくらいから地域の方と関わってもらえるというのはありがたいことだなと思いました。当院は、措置入院を今後やっていこうという雰囲気はまだないので、ただ、自分の今やっている支援に対してはすごく参考になる点が多かったので、今日、情報をいただてすごく助かりました、ありがとうございます。

○森澤部会長

ありがとうございます。
内田委員、お願いいたします。

○内田委員

グループホームクララハイツの内田と申します。よろしくお願いたします。

グループホームのほうでは措置入院の方たちの受け入れというのを行っておりました。申込用紙を見たときに、結局、医療保護に切り替わって、最終的には申し込みをされて入ってくるというような形になっています。ただ、およそグループホームに入りたいという方たちの、悪化した時の原因というのが退薬だったり拒薬というところが大きいものですから、そこらへんに関しては医療機関の方たちとご相談させていただいて、地域に出たときに、例えばお薬が飲めないのであればお注射のほうで対応していただけるかというような相談をしたり、あとは地域だけでは到底支えきれない人たちもたくさんいらっしゃるの、保健師さんを始め、行政の方たちのご協力と、あとは軸となる医療機関の人たちのご協力、あとは通所先等に関しても、受け入れをする

前にすべてそこらへんの整理をまずさせていただいて、お薬のこと、お金の管理をどういうふうにするのか、日中活動はどのように使うのかというような枠をある程度決めさせていただいてから受けるようにしております。比較的、行きつ戻りつというところではありますけれども、地域のアパートに出たという方もいらっしゃいます。

以上です。

○森澤部会長

ありがとうございます。
久保田委員、お願いします。

○久保田委員

自立支援センターふれんどりの久保田です。

お話を聞いているとですね、措置入院と医療保護入院が、23条通報か家族からとかいうところの差、入り口は違いがあっても、退院の方向に関しては、どちらも医療保護からの退院という流れに近いような気がしています。お金の流れが、公費ですからね、措置入院に関してはそういうところもあるのかなと思います。それで、もう一つ、措置の人に関しての流れで言うと、措置から医療保護になって退院支援という流れになる、そのあたりが障がい者としてはわかりませんでした。で、もう一点ですね、担当が地区の保健師さんというふうな話をされていたんですけども、以前の自立支援協議会で聞いたのは、足立区の場合、精神障がい者にも対応した包括ケアのシステムでいくと、足立区として一つのサークルというふうな話を聞いていたように思っているんですけども、それは流れがそこと変わってくるのかなとかということは思いました。もう一点、このお話はやはり自立

支援協議会の場だけでなくネットワーク連絡会の議題というか、討議内容だなあと思いました。以上です。

○森澤部会長

ありがとうございます。この講演なり、内容なりをネットワーク連絡会でも議題にあげていただけたらなあという意見をいただきまして、ありがとうございます。

次に後藤委員、お願いします。

○後藤（英）委員

足立福祉事務所中部第一福祉課長の後藤です。いつも大変お世話になっております。

福祉事務所としましては、退院される方につきましては医療機関や関係機関、保健センター等々連携していくわけですが、実際にはかなり頼っていかなくてはいけないかなというところで、文京区さんの取り組みが非常に心強いなという風に思いました。また、文京区さんのように区のほうから関わっていく、区のほうから寄り添っていくというような姿勢とか取り組みというのは、今回のテーマに限らず、他の事業についても大変参考になる興味深い内容だったと思います、聞かせていただきました。ありがとうございました。

○森澤部会長

ありがとうございます。
西山委員、お願いします。

○西山課長

西山です。

お話を伺いまして、具体的などころですね。我々が想定した以上の、考えている以上の必要な準備とか、どういったことをすると円滑に地域移行の方向に進めるかとい

ったところが聞いて本当に良かったと思います。また、連携をやることで、本人だけでなく、保健所や医療機関の皆様についても、ネットワークができるのではないかなと思うところです。大変ありがとうございます。

○森澤部会長

ありがとうございました。
寺西委員、お願いいたします。

○寺西委員

寺西です。

足立区は恵まれている部分もあるんですよ。程よく、それぞれに参加していただいたり、福祉とかと連携できていますし、この事業を始めるにあたって、保健所だけでやろうとするとすごく無理があるし、いろいろな目を見ていただいて、始められるなという安心感があるなと今日は見えていました。今後ともぜひ、いろいろなご指導をお願いいたします。

○森澤部会長

ありがとうございます。
平賀委員、お願いいたします。

○平賀委員

精神保健福祉センターの平賀です。

柳瀬保健師の説明は非常に分かりやすく、足立区の現状に関する説明と文京区具体的なケースを挙げての説明で、実際の現場でこのように関わるんだということがわかりました。私自身には、これまで直接的には見えないところがあったので、今回の説明で結構頻りに病院に、訪問に行きながら計画を策定していることなど理解できました。先ほど、平均的に3回くらいはとおっ

しゃっていましたが、こうした具体的取り組みの説明が、わかりやすく良かったです。ガイドライン策定の時に、センターに関しては、特に専門的な支援が必要なケース等に関しては、センターのほうも協力していくというのが都からのガイドラインに記載されておりますので、何かございましたらご連絡いただければと思います。また当センターは今年度、居住先が不明の方に関して、こうした事例は東京都が計画策定するということになっているのですが、そういう方が何ケースか当センターに相談があり、一緒に精神保健課の方と取り組んだということがありました。また、いろいろと協力ができるところがあると思います。よろしくお願いいたします。

○森澤部会長

ありがとうございます。
名久井委員、お願いいたします。

○名久井委員

精神障がい者家族会連合会の名久井と申します。

私たち家族会の中で、よく聞く話なんですけど、そんな件数があるわけではありせんけれども、警察が入った、措置入院なのか強制入院なのかわかりませんが、決まって墨東病院に運ばれるということがあるんでしょうか。墨田区の錦糸町にありますね。あの墨東病院に運ばれる。そして、一週間、十日様子を見て、本人の意思に関わらず、その病院から搬送されて、川崎に行く者がいたり世田谷に行く者がいたり。遠くに行かれて困ってしまったというのが2、3人いました。墨東病院というのは指定されているんでしょうか。

○森澤部会長

平賀委員、お願いしてよろしいでしょうか。

○平賀委員

措置入院の制度というのは、先ほど警察官が通報してというケースについて説明がありました。他にも検察官の通報など、診察に至るのに、いくつかのルートがあります。入院先には、国や都道府県立等の公的な病院が入院機関としてありますが、都道府県が指定した病院には措置入院することが可能です。日中に診察したときは、診察が終わった後に措置入院となると、その日に当番になっている、病院に入院になります。このため日中は墨東病院に限らないです。一方、東京都の夜間の救急の仕組みでは、夜の場合「緊急」というのが付くんですけれども、足立区の場合は、緊急措置入院するという場合は墨東病院に入院するというふうに、仕組みがあります。東京は4つのエリアに分かれていて、それぞれのエリアによって夜間対応する病院が決まっているんですけれども、この地区は、夜は墨東病院になります。一旦、墨東病院に緊急措置入院という仮の措置入院みたいな形で入院したあとに、翌日もう一回、改めて措置入院の診察が行われて、措置入院であると決定されると、そこからまた別の病院に移って治療する。これが東京都の夜間の救急のルールとなっております。このため、一旦、墨東病院に入ったんですけども、また別の病院に行ってしまったというのは、そういう仕組みになっているということでご理解いただければと思います。

○森澤部会長

ありがとうございます。

私、足立区精神障がい者自立支援センターの森澤と申します。

今日、皆さんのお話を伺いながら、皆さんにまた情報交換をしていただきたながら、やはり、改めて地域で包括的に全体でメンバーさんを見ていく、利用者を見ていくということがとても大切なんだなというのを改めて感じました。医療だけでなく、福祉も、もちろん行政も入りながら、全体で見ていくことが、皆さんが地域で安心して暮らしていくことにつながるんじゃないかなと思いました。ありがとうございます。

それでは、最後に質疑応答の時間を多少とれたらと思いますが、何か質問、意見等がございますでしょうか。

先ほど、よろしければ、小杉委員から初回面接の割合がとても高いというところで、何かノウハウがあるんでしょうかという質問がありましたが、何かノウハウがありましたら。支援計画までに結びつくケースがとても少ない中で、数を上げられているということがありますので、そちらのほうのノウハウもあつたら、教えていただけたらと思います。

○柳瀬保健師

ありがとうございます。

初回面接に結びつくまでは、本当に病院さんをお願いしているところなんですけれども、まず、保健所の職員と会ってもいいという確約を取ってもらうというところまで。その会う理由というのは別に退院後支援計画を立てる立てないというのではなくて、地域であなたのことを一緒に考えてくれる方がいるから、相談してみる。みたいな感じで、何とかオッケーを出してもらって、では、それ以降はこちらが引き継ぎますという形で、会うまでの、会ってくれる

時間を少し取ってねというところをお願いしております。実際に計画に結びつくというのは、計画ありきであまり動いていなくて、最終的に退院するときに、やはり計画を書くことで、周りの人に自分のことを、自分の希望とかを伝えられるから使ってみたらどう、という形で、それで本人との関係性が築けてくるとオッケーしてくれるので、そういったところで計画を立てているということがあります。本当に会って、あなたに何ができるかな、一緒に考えさせてねというスタンスで構えているだけなので、最終的に計画に結びつけばいいけど計画作成にはこだわらないという形でやっております。

○森澤部会長

ありがとうございます。
ほかに何か質問等がありますでしょうか。
はい、久下委員、お願いいたします。

○久下委員

大石の久下です。
措置が6週間で解除されていますよね。
2か月経たないで解除で、そのあとのこと方は約9か月そこにて、そちらの病院からは、措置をやっているから多分ベッド数がある大きな病院だと思うんですけども、地元のほうに移るとか、件数は今までそんなにはないですけども、移ってやるということもあるんですか。

○柳瀬保健師

ケースによってはありますね。やはり、措置入院を受け入れてくださっている病院はスーパー救急というところが多いので、長期になると受け入れられないからと後方病院に転送ということはあり得ます。そう

すると僕らも場所がより遠くなるので支援しにくくなるんですけども。医療保護入院でも元々の入り口が措置だった人に対しては、支援の必要性が高い人として関わりを続けています。大石記念病院さんにもたまに文京区から入院される方もいるので、措置から大石記念病院に行かれた方が対象者になるということもあると思います。その際はぜひよろしく申し上げます。

○久下委員

でも、措置で入っても早くから方向が決まるという意味では、今までと違うということですよ。というふうに考えてよろしいのでしょうか。

○柳瀬保健師

そうですね。措置入院中に一定程度方向性を決めるという方が多いかなと思います。それこそ、住まいの問題であったりとか、後方転送される方というのはだいたい症状が落ち着かなくて、長期的な入院になるだろうという方が多いんですよ。なので、そうなった方というのはやはり、多少、会う機会が少なくなってしまうんですけども、それでも何かしらの方法は模索していること関わりは続けていたりはするんですけども。それこそ、本当に長期になるという方については地域移行支援のサービスに移行したりすることがあります。基本的には、一つのツールであって、それに、ほかの地域資源が使えるのであればそういうものを導入していくという考え方なので。

○久下委員

ありがとうございます。多分、このへんの話というのが当事者には少し難しいので、

何回か段階を置かないとわからないのかと思います。

○森澤部会長

ありがとうございます。

ほかに何かご質問、ご意見はありますでしょうか。久保田委員、お願いします。

○久保田委員

当事者の立場で言うと、まだ、措置入院と医療保護入院の区別のついていない人がかなりの数います。自分はどちらかもわからない方もいます。それで、医療保護入院になった時点で自分はもう出られないと考える入院患者さんもいっぱいいますので。だからと言って、任意入院になったからと言ってすぐ出られるかというところでもないところではありますので、入院している患者にとってはかなり、この制度というのが今、どんな形でやっているのかなというのは気になるころだと思います。けれども、では誰に訊いたらいいのかとか、看護師さんに訊いたらいいのかとか。そういう相談を受けて、誰に訊いたらいいよというふうにならないので、ちょっと困っているところもあります。

○森澤部会長

ありがとうございます。例えば病院ですとかそういった相談があった時、どこに訊けばいいよとかいうアドバイスがあったりしますか。

小杉委員、いかがでしょうか。

○小杉委員

成仁病院の小杉なんですけれども、いろいろな医療情報ですとか制度ですとか、確かにすごくわかりづらいと思うんですね。

それで、何かしらサービスを使われている、例えばデイケアですとか、ふれんどりいさんは通所のサービスをやってらっしゃると思うんですけども、そういったときに支援者さんにご相談されるのが一番近道だと思うんですが、やはり外来だけに通院されている方がやはり情報提供する場面というのが非常に少ないなと私としてもすごく問題だと思っております。ケースワーカーさんを配置しているような病院さんだったらいいと思うんですけども、なかなか配置していない、診療報酬条項なりで評価されるものがなかったりするとかでなかなか配置していなかったりするんですけども、主治医の先生だけだとなかなか時間が取れない、説明できないというところが、病院としてもこれからどうやって解決していったらいいのかなというところではあります。

○森澤部会長

ありがとうございます。

支援センターとしても皆さんからいろいろとお問い合わせをいただくんですけども、こちらもすべて医療のことを把握しているわけではないんですが、皆さんと一緒に調べていくというスタンスがふれんどりいのほうでも取っていきたいと思いますので、何かありましたらふれんどりいさんに訊いてと言っていただいても。勉強しながら調べていきたいと思います。ありがとうございます

ほかに何かご質問、ご意見等ありますでしょうか。はい、小杉委員、よろしく願いいたします。

○小杉委員

すみません、成仁病院の小杉なんです、

私どもの病院も急性期の専門の病院になっておまして、退院支援のスピード感というのもすごく求められるんですね。それで、いろいろと事情がありまして、難しいのも重々承知なんですけど、やはり、こういうガイドラインに載せるために、載せることが目的ではないと思うんですけども、なかなか調整がうまくいかない、会議自体の開催が遅れて、退院が遅れるなんてことがあるんですね。やはり、退院支援するときには障害福祉サービスを使うことが多いんですけど、足立区の受給者証の発行スピードがなかなか他区と比べますと遅いということがありまして、そのへんもぜひ意見として申したいと思っております。もう少しスピード感、なるべく早く支援介入をしていただきたくような方策を一緒に考えていただけたらありがたいと思っておりますので、ぜひともよろしくお願いいたします。

○森澤部会長

ありがとうございます。

それではお時間になりましたので、ご質問、ご意見はこのあたりまでとさせていただきます。

本日も多くの有意義な意見を頂いてありがとうございます。

議事はこれにて終了いたします。また、最後に、本日の部会の検討内容については全体会へと報告することになっておりますが、報告書の取りまとめについて、私と事務局のほうで進めさせていただくことについてご了承ください。

それでは事務局へマイクをお返しいたします。よろしくお願いいたします。

○高橋精神保健係長

森澤部会長、ありがとうございました。

足立区では4月から、予算計上したうえで、措置入院者退院後支援について本格実施していく予定でございます。特に病院関係の皆様は最初の入り口のところになりますけれども、ぜひとも来年度、連携強化しまして、一緒に支援をしていければと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、事務局より事務連絡です。

今年度の部会は今回で終了となります。次年度も引き続き当部会へのご出席をお願いいたします。

本日の議事録について、案が出来上がりましたら、皆様にお送りいたしますので、内容のご確認をお願いいたします。

本日の部会終了後、2週間のうちに万が一具合が悪くなったという方がいらっしゃいましたら、事務局のほうへ必ずご連絡をいただくようお願いいたします。

お車でお越しの方で区役所の駐車場に停められている方は、お帰りの際に事務局にお声がけください。

私からは以上となります。皆様からほかに連絡事項等ございますでしょうか。

それでは、以上を持ちまして、足立区地域自立支援協議会第2回精神医療部会を終了いたします。本日はご出席いただきありがとうございます。お忘れ物などないようお気を付けてお帰りください。

また、どうぞよいお年をお迎えください。

(了)