

令和元年度 静岡市精神保健福祉審議会 会議録

- 1 開催日時：令和2年1月29日（水）18時30分～20時30分
- 2 場 所：保健所保健福祉複合棟3階 第1・2研修室
- 3 出席者：(出席委員 13名)
石野委員、大坪委員、岡庭委員、奥村委員、尾形委員、高林委員、
田島委員、寺田委員、古畑委員、村上委員、望月（信）委員、
望月（融）委員、山城委員

(欠席委員 2名)
原田委員、山末委員

(事務局 16名)
羽根田保健福祉長寿局長、鈴木保健衛生医療部長、加治保健所長
○精神保健福祉課
松田精神保健福祉課長、野仲課長補佐、前林相談支援係長
遠藤主任保健師、上田主任主事、宮本主任主事、山下主事
○こころの健康センター
松本保健衛生医療部理事（こころの健康センター所長）
野ヶ山こころの健康センター事務長、大久保こころの健康センター参事
吉引事務長補佐、板倉地域支援係長、笠井副主幹、石川主査
- 4 傍聴者 1人
- 5 情報提供
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
- 6 意見交換
(1) 具体的な取組状況について
①措置入院患者の退院後支援
②アウトリーチ

7 報告事項

- (1) 依存症対策について
- (2) うつ病対策における認知行動療法の包括的取組について
- (3) 第3期静岡市自殺対策行動計画に基づく取組について

8 委嘱状伝達

9 会議内容

- (1) 保健福祉長寿局長挨拶

- (2) 会議の公開

静岡市が定める「附属機関等の会議の公開に関する要領」に基づき公開

- (3) **情報提供：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について**

(事務局より説明)

国の動向と本市の目指す方向性について説明する。

資料1の1ページが、厚労省が平成29年度に示した精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築イメージである。

国は平成16年に精神保健福祉の改革ビジョンにおいて入院治療中心から地域生活中心へという方策が示され、現在まで様々な政策が行われてきている。そのなかで精神障害者が地域の一員として自分らしい生活を送ることができるよう。住まいが中心となり医療、障害福祉、介護、就労等が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指していくイメージ図である。

続いて2ページ、こちらは1枚目で説明をした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進するために、平成29年から国庫補助事業として実施されているものである。資料の中段の左側には「構築推進事業」、右側には「構築支援事業」が示されている。本市においては構築推進事業の1から11までのメニューから選択し補助事業の申請を検討している。現在取組検討を行っている事業については「1 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置」、「4 精神障害者の住まいの確保支援に係る事業」、この2事業に関しては精神保健福祉課が所管し障害者自立支援協議会の専門部会及びワーキンググループにおいて現在進めている。詳細は資料1の3枚目で説明する。また「6 アウトリーチ支援に係る事業」についてはこころの健康センターが所管している次第の4意見交換にて説明をする。以上の3事業については現在申請に向けた取組と検討を行っている。

3ページは、こちらは本市障害者自立支援協議会の専門部会である地域支援移行部会さらにはワーキンググループを設置することで、保険・医療・福祉関係者による協議の場を位置付けている。当部会、ワーキンググループにおいては各関係者間の顔の見える関係を構築

し、地域の課題を共有化したうえで包括ケアシステムに位置する取組を行っている。具体的な取組内容としては、資料1の5ページ「令和元年度 専門部会の活動について」を参照。部会の開催については年2回、ワーキンググループについては毎月実施している。今年度の主な取組としては、「各病院の病棟職員等を対象とした地域にある社会資源見学会の開催」、「地域移行や地域支援をテーマとした各病院における院内研修会の開催」、「高齢分野との勉強会の開催」、「住まいを確保するための仕組みづくりを宅建協会と連携しながらそのパンフレットの作成」等が挙げられる。

4ページについて、本市における精神障害者の地域生活支援体制整備を推進するための指針について説明をする。本市は精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい生活をする事ができるよう、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、就労・住まい、地域住民の助け合いが包括的に確保されたステップ1「精神版の地域サポートシステムの構築」所謂、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに取り組み、将来的にはステップ2「静岡型地域包括ケアシステムへの融合」を目指していく。体制整備を推進するうえで、本市における協議の場は2つある。1つ目は長期入院者を対象とした平成27年4月から実施している地域移行支援部会、ワーキンググループ。本市における特徴としてはオールドロングステイの地域移行よりもニューロングステイの防止、新たな長期入院者を作らないための取り組みとして、支援者の意欲管理や住まいの確保の仕組みづくり等を進めている。2つ目として、措置入院等の中重度のかたを対象とした平成30年4月から実施をしている精神障害者地域連携協議会。8050問題を始めとする地域における社会問題は多問題化していることから対象ケースも複雑化の傾向にある。本市としてはニューロングステイを防止するサポート体制を築くため中重度のかた、困難事例に関わっていく。そのなかでステップ1、ステップ2のサポート体制を築いていくためには、このあと報告する措置入院者の滞納支援及びアウトリーチが重要なポイントとなる、そのため委員の皆様から意見をいただきたい。

情報提供「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について」は以上である。

(4) 意見交換：(1) 具体定な取組状況について：①措置入院患者の退院後支援

(事務局より説明)

退院後支援対象者数に係る申請通報状況、措置入院の実績から説明する。資料2の1ページ、「静岡市における各種通報状況」は、精神保健福祉法の第22条から第27条までの過去5年の実績である。そのなかで、措置入院に至る通報としては警察からの第23条通報、検察からの第24条通報が主なものとなる。通報から措置入院に至る件数については年によって増減を繰り返しているが、今年度は特に第23条通報からの措置入院率が例年に比べ高くなっている。

2ページ上段、昨年度からの退院後支援の実績について説明する。静岡市措置入院者等の退院後支援実績の「退院後支援の候補者」は緊急措置入院あるいは措置入院となりかつ帰宅

先が静岡市のかたである。退院後支援を実施するかどうかの検討は措置解除時に行った面談で決定する。措置解除をせずに年度を超えた場合は次の年に繰り越しとなる。候補者の欄の括弧の外の数字が繰越者数を含んだ数字となる。また「静岡市が措置したが、帰住先が市外の者」については帰住先自治体に引き継ぐ形となる。

2 ページ下段、退院後支援を検討する中で、把握した傾向及び状況について説明をする。退院後の候補に挙がるかたの2割弱が高齢者で、一番年長では85歳であった。退院後に施設入所されるかたも多く、その場合は計画を策定せず地域に戻った後の相談先として係わりを継続するケースがあった。次にオールシズオカでの取り組みについて、静岡県では県と浜松市、静岡市で合同のマニュアルを作成し支援を実施している。これは全国的に見ても先駆的な取組で、実際に県内であればどこで措置入院となってもスムーズな情報連携ができ、また統一的な係わりができる状況にある。

3 ページ上段、退院後支援計画の作成ができなかった事例について説明をする。対象者の退院後支援計画の作成に対する意向が不同意であれば当然、同意があっても帰住先が定まらない場合は繋ぎ先も明確にならず支援に限界があることを実感した。また同意を得てもその後の経過の中で、対象者から「もうこれ以上関わってほしくない。」と言われてしまうと、そこで計画が中断してしまうため、踏み込んだ支援が難しい現状もある。

3 ページ下段、厚生労働省から発出されたガイドラインにも位置付けられている地域の体制整備のための協議会について説明をする。本協議会は静岡市精神障害者地域連携協議会という名称で実施している。ガイドラインでは入り口の部分「措置入院の運用にかかる協議」となっているが、静岡市は独自に退院後支援も協議内容に加え、対象者が入り口から出口まで途切れることがない支援を受けることができる、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの体制整備を目指している。そのために本市独自の会議である実務者級会議を実施し、日ごろの実務での取り組みの中から、課題の明確化・解決に向けた検討等を行っている。実務者級会議で代表者級会議となる静岡市精神障害者地域連携協議会に挙げ、各機関の代表者で協議する形を取っている。

4 ページ上段、今年度の実務者級会議で検討した内容について説明をする。7月に警察・検察・医療・行政にて措置に関する会議を行い、9月には福祉・医療・行政で退院後支援に関する会議を実施した。その内容を踏まえ、代表者の協議会を11月5日に開催した。

4 ページ下段、精神保健福祉課における退院後支援計画を作成する手順の図である。毎週木曜日に職員それぞれが担当する対象者について進捗、状況に応じてケース検討を行っている。担当者によって対応に差が出ない形で支援できるよう取り組んでいる。

5 ページ上段、退院後支援の統計・進捗管理の元となる表である。対象者によって辿る流れが異なり、退院までの期間も異なることから複雑になっており、現在もより良い形を模索している状況である。太線で囲っている保留の部分は特に係内で大切にしている部分で措置解除だから必ず計画の必要不要を決めるのではなく個々の状況に応じて保留とし、その後の経過を追いながら、時期を見て判断している対象者もいる。退院後支援の効果について

は、ガイドラインが出る前と比べると各機関との連携は格段に強化され、対象者への係わりも密になっている。

5 ページ下段、現在退院後支援を実施する中で、係内で話題としてあがる 2 点を取り上げた。

1 つ目、対象者と面接を重ねる中で、支援を受けることについては前向きでも計画策定となると書面に抵抗がある会議で人に囲まれるのが苦手といった対象者が一定数おり、それでも計画策定を進めていくことはどうなのか迷うことがある。現在はケースバイケースではあるものの対象者の意向を尊重し計画を作成しなくても計画を作成した時と同様の支援を続けている対象者もいる。

2 つ目、現在、本市から県外に引き継ぐケースはそれなりの数があるものの、県外から連絡が来ることが 1 件もない。実際に対象者がいないのであれば問題はないが、対象者がいる中で連絡が来ない状況であるならば、どのようにしていくべきか考える必要がある。

意見交換「(1) ①措置入院患者等退院後支援の取組について」の説明は以上である。

(意見交換)

(事務局) 松本部理事：

先ほどの説明に補足をさせていただく。

国の動向としては精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が、現在の精神保健福祉政策の一番の大きな課題と捉えられている。どのように精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築していくかについて、どのような方々を包括ケアシステムで支えるかが問題となるが、国の方向性としては、従来は精神科病院の長期入院患者（オールドロングステイ）、長く精神障害を抱えて長期入院していたかたの受け皿として包括ケアシステム作ろう、そして退院を促進していこうと地域移行地域定着支援事業を中心に行ってきた。しかし、包括ケアシステムの対象は長期入院の患者だけではなく、地域共生社会の実現していく形で、重い障害を持っていても、地域で自分らしく暮らせるような、それを支えるための包括ケアシステムが必要であるというのが、静岡市の考え方で、その考え方を元に重い障害の人でも支える方向を静岡市として打ち出している。重い障害の人をどのように支えていくのかについて、モデル的に取り組んでいるのが措置入院患者の退院後支援になる。措置入院患者は入退院を繰り返したり、地域でトラブルになったりなど、重い障害を抱えた患者が多くいるため措置入院患者の退院後支援をしっかりと行うことが地域包括ケアシステムのモデル作りになるだろうという考え方を元に、措置入院に対する退院後支援を静岡市としてはこころの健康センターと保健所が協力して進めることで、包括ケアシステムのまずモデルを作るため進めている。

措置入院患者の退院後支援に関しては各自自治体によって申告に差があるが、

静岡県ではいち早く、県、浜松市、静岡市で連携してこの取組のガイドラインを作り対策を進めている。

山城会長： 私自身が保健所に勤めていたときは、入院をさせられればそれで一件落着と
思っていた。しかし今は措置入院のときに退院後も含めて検討していこうという
時代になってきている。包括ケアについては包括自体がどちらかといえば介護
保険法から始まった、そのなかで精神保健福祉も含めて包括で対応していこう
という流れになってきている。そのような国の流れの中で、静岡市ではこのよう
な取組をしているという報告をもらい、そのような進展があるんだと感じた。

村上委員： 事務局で話のあった各地域のサポートのシステムを、病院と協力して一緒に看
護などをしていただけるということで、私も現場を知るべきだと思っているが、
何も見えない状況。自分が足を運ばないのも問題ではあるが、色々な施設があっ
たり、生活の場があったりする。あるいは居住の場がないような措置入院患者が、
退院の後どこへ行くのか、どうやって生活するのかということのイメージがわか
かないため、手ごたえとしてどのくらいあるのか教わる機会がほしい。

(事務局) 前林相談支援係長

事業の見学会については毎年開催しており、今年で3年目になる。各病院の特
に病棟のスタッフの方々が退院した後の患者がどんなところで、どのように生
活するのかがなかなか見えてこないということで、グループホームを実際に見
ていただき、退院に向けたイメージ作り、退院に向けた支援を取り組んでいた
だけいている。そういう意味では非常に効果があると思われるため、今後も引き
続き続けていこうと思っている。

寺田委員： 地域包括ケアシステムがこれから構築されて実現化していくわけだが、現場で
は医者やケースワーカーなどの職種の人に退院後支援の比重が置かれすぎない
ように、どちらかといえば看護のような日々患者との接触が長い職種の人が看
護のなかで退院後の話をもう少し具体的にしてもらうことで、退院後支援のき
っかけ作りになるのではないか。ただ、我々医師もそうだが、どうしても病棟の
中にとどまりすぎてしまう懸念がある。そのため、地域に出て行ったり、先ほど
の見学会に参加したり具体的に体験をするべきだと思う。そのため、その様な機
会をもっと作っていただけると退院後支援に直接結びついていくのではないか。

奥村委員： 診療所の立場から言うと、入院した人よりも初めから入院していない患者を診
る機会のほうが遥かに多い。当初は不眠やだるいなど軽い症状で受診し、その後、

10年くらい来なくなり、驚くほど病状が異なる患者がそれなりにいる。そういう人たちを精神病と呼ぶかと言えば呼ぶことはできない。しかし、どんどん生活レベルが落ちていることは確か。診療所の立場では、入院するほどではなく精神病とも呼べないが、家に閉じこもり、生活レベルがどんどん落ちてしまっている、そのような人たちも何とかしていただきたい。そういった人は最初の受診で判別するのは難しく、受診しなくなってから10年後くらいに子供などに連れられて改めて受診に来て発覚し、そしてその間どこにも相談できなかったというケースが最近増えている。今回の趣旨とはずれるかもしれないがどうにかできないだろうか。

(事務局) 松本部理事

国の動向で地域共生社会の実現に力を入れていくことになる。そのなかで断らない相談支援の窓口を各自治体がしっかり作っていくことが国が打ち出した方向になる。先ほどの少し心配だなと思う人を断らない相談支援の窓口に繋がれば各自治体で必要な関係機関に繋いでいくという方向性を地域共生社会の実現という理念の元に今後始まっていくことになる。静岡市でもその在り方を検討していくことになる。

奥村委員： 診療所で困るのは、そういう人達は、良いときはまともな対応が可能であることが多い。しかし、それが続かないという人が多い。その場合は対象になるか。

(事務局) 松本理事部

本人や家族が困っていて相談に繋がっていけば、アウトリーチや自宅訪問など含めて検討していく時代にだんだんとなっていくと思われる。

古畑委員： 今の時点で、例えば静岡市役所ではどこに相談すればいいか具体的にあるのか。法テラスの相談で、母親が娘の相談に来たのだが、警察に相談するような暴力事案ではないが、お金の使い方が激しいなど本人に良識がなく引きこもり状態で、どうすればいいのか家族中がわからなくなっている。相談者も病んでいる状態で家計簿もつけられないような精神状態で、自分でもおかしいと思っているがどうすればいいかわからない。そういう状況について市役所に相談する窓口が具体的にあるのであれば教えていただきたい。

(事務局) 前林相談支援係長

市の中での相談窓口としては、保健所または各区役所の障害者支援課に精神担当の職員がいるためその者に一報を入れていただきたい。根拠としては精神

保健福祉法の第 47 条に行政機関における相談指導等という法律の条文があり、それに基づき、自治体で相談に乗る。精神疾患かどうかわからなくても、きちんとアセスメントして何が問題なのかというところを確認し場合によっては必要な関係部署につなげることができる。

山城会長： 私たちの根拠法令としては、精神保健福祉法ということで精神保健という心の健康。そういう点では古畑委員や奥村委員の話はまさしくボーダーラインかどうかという状況の方々も当然市民として生きているので共生について考えていく必要がある。先ほど事務局が説明されたのは包括ケアという視点において長期入院患者をどう対応していくかという話だが、現実には病院や診療所には精神疾患、精神疾病といえるかわからない、しかし何らかのケアを必要としている人も受診する。そういう人も地域の中で生活をしていく、そういうところをどう考えていくかということ。

望月（信）委員

先ほどの措置の退院後支援の話の中で不同意になるケースがある程度いるという話があったが、理由は色々あると思うが、本来は病院のスタッフが代わって不安や不満をしっかりと寄り添って聞いていくべきだと思う。しかしそれでも及ばないこともあると思うが、静岡市ではあまり制度化されていないがピアスタッフやピアサポーターなどが患者に寄り添ってピアという強みを持った専門的な係わりができればいいと思う。退院後支援の計画作成だけではなくそれ以外のところでもピアの活動支援など制度化も含めて形作っていければいいと思う。

山城会長： 長期入院患者は退院を進められても中々自信が持てなかつたりする。そういう点からするとピアという、自身も治療を受けたり服薬されたりしている方が、当該患者と話をすることで自信をつけていくという流れを活用構築していければということ。

寺田委員： 国の共生社会という話がでたが、本当にそうだろうか。今は認知症もいれば、発達障害の子供もいて、障害者もいる。それが社会の中で放り出されて投げ出されて様々な場所で問題に係わっていて無秩序になっているのが現状。結局そのところがきっちり区分けされているわけではなく、ごっちゃになっているだけではないか。それを共生と言うのであればそれは随分と寂しい話。例えば統合失調症の患者がそれほど目立たない社会になったかもしれないが、それは社会がそういうふうになっているだけで、隣には認知症のお年寄りがいたり、あるいは発達障害の子供など、何らかの障害を持っている人が地域で生活しているだ

けであってそれを共生というのであればそれは間違いだと思う。なんだか誤魔化されている気がする。

ピアの人などが出て、きちっと一つの核となってやっていくのは全く問題ないと思うし、作業所の人たちが皆で努力していくのは大事だと思うが、それを上から共生社会をやれと言われることには、違和感がある。財源が無くなっている状況のなかで、奥村委員の仰っていたような障害と呼んでいいのかわからない方は沢山いるわけで、そういうこともあるのではないかと思う。

(事務局) 松本部理事

国が地域共生社会と言っているのは、昨今の 8050 問題や中高年の引きこもり、従来の支援では十分対応できないような複雑化した問題が色々出てきていて、そこを対応しなければいけないという状況の中で地域共生社会という言葉を理念として出している。その中で医療だけ福祉だけ介護だけなど、それぞれ単独の対応では谷間の部分ができてしまい、谷間に落ちて全然対応されないという人が出てしまうため、医療や福祉、介護、保健がそれぞれ連携して支えていくのが包括ケアシステムとなる。その流れをどのように作っていくのか。まずは医療関係者と福祉顧問が顔を見る関係を作らなくてはいけない。先ほどの福祉施設の見学会などの取組も始めている。お互いの関係者が顔の見える関係を作って包括ケアシステムをどう作っていくかが、今後の課題であり、この審議会の議論の趣旨でもあると感じている。

大坪委員： 最近共生社会と言われるようになったが、私としてはピンと来ていない。8050 問題について、私がちょうど 80 歳、息子が 50 歳とぴったりの状態。今は色々やってくれるようになったが、その先のことがとても心配。共生社会と言われて、精神のほうかぼやけてしまったように感じる。障害者と言えば、知的、身体そのあたりの人たちのことで精神はどこかにいってしまったように感じて、すごく悲しい。今は団体も年をとってしまい団体自体に運営の力がなくなっている。これからどうすればいいか悩んでいる。

山城会長： 当事者が共生の時代になってきたと思われているのかどうなのかというのがこれからの課題だと思われる。しかし、そういう動きをしてきているということ自体は大きいことだと思う。

高林委員： 介護では、地域ケア会議として、地域で何らかの問題を抱えた人が、住み慣れた地域で健やかに生活できるように、行政、介護、福祉の専門職の方や、自治会、民生委員、近所で支援してくださる方も出席して開催している。現状は、専門職

は出席するが、地域の方を巻き込むと個人情報のことや、「ここでは住めなくなる、静かにしておいてほしい」などの意見があり、地域ケアの目標に向かって歩み始めているが難しい状況である。

先ほど奥村委員が仰ったように介護保険で関わる中で、病気だろうか？しっかりしているときもあるが、とても不安になり、電話をかける場所がなく、子供にかけるわけにはいかないとなると、ケアマネジャーの事業所に何度もかかってくることになる。通院にも一人ではいけない、家族は行かない、その場合はケアマネジャーと一緒にいくことになる。そのためケアマネジャーの仕事の部分では、地に足がついた状態での少しずつの歩みをその方と一緒に進んでいくということになる。現状は、地域共生への働きのために周りの理解を得るのも大切だし、福祉や介護、医療の教育や情報の連携をしていかないと顔も見えないし、実践している内容も伝わらずよくわからないということになってしまい、まだ先は大変だと思う。

山城会長： 高齢者の地域包括という点で、介護保険を中心にずっと地域でやってきている、そのなかで中々厳しい部分難しい部分ある点からすると、精神障害者の地域での課題もあると思うが、静岡市では専門病院があるし精神保健福祉センター、地域活動支援センターも3カ所ある。措置入院患者の入院期間が長くならないようにする取組も進めている。ぜひこれを重ねていきながらやっていただきたい。もう一つ、奥村委員の話していた、長期入院ではなく地域にいるそういう方々の生活について、もっと充実した形の支援が具体的にみられてくるといい。

(5) 意見交換 (1) 具体的な取組について：②アウトリーチ支援事業について

(事務局より説明)

資料3-1 ページ下段、こちらは先ほどから示している、国から明示された精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のイメージ図である。国では地域包括ケアシステムのために様々な機関が支援することになっているが、これら各支援機関をサポートし、またコーディネートする機関が必要となる、それが「支援機関支援型アウトリーチ」の役割と考えている。

2 ページ下段、アウトリーチにはACTのように事例を支援する直接支援と、岡山県精神保健福祉センター等で実施されている支援機関を支援する間接支援がある。

3 ページ上段、これは当センターアウトリーチ支援の例になる。8050 問題で咽頭癌、要支援2の父親と水頭症の母親、その娘が引きこもり状態で重度の精神障害を患っていた事例。複数の支援機関が支援を実施する中で、支援の拒否または停滞があった際に、支援の中心となる機関から当センターに依頼が来る。当センターからケースに合わせ精神科医師、精

神保健福祉士、心理士、保健師などの多職種からなるチームを編成し派遣しサポートを実施する。必要に応じてフォローアップを実施するまで、継続的なサポート体制築かれている。また危機的状況が発生した際などは、当センターの多職種チームが直接アウトリーチを実施する可能性があります。

3 ページ下段、前述のとおり、当アウトリーチは間接型の支援機関型支援になる。複雑困難事例に対するアドバイザー機能、コーディネーター機能を活用し組織育成及び包括ケアのネットワーク作りを目的に支援を実施している。

4 ページ上段、事業の概要。目的は事例検討を通して、各支援機関の力量を高めるとともに、支援機関のネットワーク化を促す。また事例を通して地域課題及び支援機関のニーズを明らかにすることも目的としている。

対象は地域支援機関となる。

方法は対応困難ケースについての事例検討と、措置入院者の退院後支援となる。

5 ページ及び6 ページ、支援機関支援型アウトリーチ事業の実績と課題について、先ほど示した方法、各支援機関へのアドバイス及びコーディネーターを中心に報告をする。実績は平成 30 年 4 月から令和元年 12 月までに支援した 48 事例となる。支援機関数に関しては 1 事例に対し複数の支援機関が関わっている場合が多く、支援機関の延べ件数は 108 機関となっている。

支援実施機関としては福祉事務所が 25 件、地域包括支援センターが 24 件で全体の 45% を占めていた。このうち 3 機関以上の複数機関で支援していた事例が 16 件と最も多く、2 機関及び単独で支援していた事例がそれぞれ 14 件ずつであった。

事例に係る問題については 1 事例につき複数の問題を抱えるものもあり、総件数は 82 件となった。カテゴリー分類別の件数で表すと精神障害が最も多く 26 件で全体の 31% を占めていた。次いで 8050 問題が 10 件となっている。1 事例が二つ以上の問題を抱える割合は 61% で半数を超えている。

これらの課題から見えてきた地域課題については、統合失調症に加えてアルコール依存症、高次脳機能障害、発達障害など多様な精神障害が浮き彫りになったことに加え、8050 問題やキーパーソン不在の単身独居の高齢者などの事例の複雑化複合化の課題が見えてきた。

7 ページ、支援した複合化複雑化した事例について、先ほど説明をした癌で介護が必要な父親と水頭症の母親、40 代の娘が引きこもり状態で重度の精神障害の支援事例となる。地域包括支援センターが両親の支援をしていたところ摂食障害の娘の存在が明らかとなり、保健福祉センター、相談支援事業所、ひきこもり支援センターが繋がり介入するものの、母親の抵抗にあい娘の治療が停滞していたところで当センターにアウトリーチチームの介入の依頼があり、結果的に娘を精神医療に繋ぎことができた。7 ページ下段は経過となる。平成 31 年 5 月 21 日にアウトリーチを実施し問題点を当センターで整理し、助言及び支援プランについてコンサルテーションを実施した。その 10 日後受診援助についてコーディネーターを実施し総合病院に繋げている。7 月 24 日専門治療のために総合病院から浜松医科大学

付属病院に転院し、BMI の回復とともにこころの医療センターに転院し現在も入院治療が続いている。

8 ページ、これまでの精神保健福祉療育においては主に長期入院患者を対象とした地域移行・地域定着支援が実施されてきた。しかし今回の支援から精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの対象は長期入院が主体というよりは地域で孤立しているアルコール依存症者や 8050 問題世帯、引きこもりなど多様化していることが明らかとなった。

そして精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に当たっては、地域共生社会の実現を念頭に幅広い対象への介入が必要となってくる。これらの多様化複合化複雑化したケースに介入していくためには、各支援機関をサポート、コーディネートするための本アウトリーチ事業のような支援機関支援がカギとなると考えている。

今後については、現在の事業を基軸に令和 3 年度を目途にアウトリーチのさらなる強化に向けた事業化を検討している。

9 ページ、最後に当センターにおけるアウトリーチ支援以外の取組について説明をする。多様な精神障害については相談支援事業に加え、依存症拠点として依存症対策の事業の充実を図り対応をしている。また、事例の複雑化・複合化に対しては、8050 問題研修会を実施したことに加えて、関係機関との密接な関係作りからサポートを実施している。

今後、当センターにおいては地域共生社会の実現を念頭に置いた、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指し、アウトリーチによる支援機関支援をさらに充実させていきたいと考えている。

意見交換「(1) 具体的な取組について②アウトリーチ支援事業について」は以上である。

(意見交換)

(事務局) 松本部長

静岡市こころの健康センターでは、先ほどご報告したとおり、多職種支援として精神科医、PSW、心理士、保健師などで各支援機関の支援を進めていくわけだが、そのなかで感じているのは、先に高林委員からもあったケアマネージャーが地域の難しいケースに係わっているという話があったが、地域の複雑複合化したケース、8050 問題や一人世帯で色々と問題をもっている世帯などにも、まずは地域包括支援センターのケアマネージャーが関わっていくことが非常に多いと感じている。そうした中で、ほかの支援機関とどうネットワークを作っていくかということが課題となる。それについてアウトリーチチームとしてアドバイスをするなど経験を積み重ねているところである。

高林委員： 以前松本先生から話があり研修会に参加した。もっとたくさんの人たちが出席したかったとの意見があった。引き続き 8050 問題やうつ病などの精神のことでケアマネージャーとしては情報をもっと欲しい。通院等で同行してついで

ていって先生に個別的で聞くことだけではなく、幅広く得たい情報もあるため、研修会のような機会を持っていただけたことは大変助かったので、引き続き研修会の開催をお願いしたい。

(事務局) 松本部長

8050 研修は参加希望者が大勢あったため、来年度は拡張した会場でより多くの方が参加できるように計画をしている。地域包括支援センターがまず地域の複雑困難事例に出会うことが多いので、地域包括支援センターからの相談枠を毎月対処チームがおけるような体制を作っていて、各包括支援センターから相談を受けて、ほかの支援機関に繋げて一緒に活動できるような体制を作っているところ。

田島委員： 広い包括的な事例というのは、こちらから手を差し伸べてほしいというところまではいかないケースというのがある。例えば引きこもりで病気なのかどうかかわからないというケースなど。本来であればアウトリーチの中にそういうケースを持っていきたいという思いはあるが、まず病気なのかどうかかわからない、訪問を続けてはいるものの本人と会える機会がないなどで、こころの健康センターに繋げるまでいっていないようなケースがある。そういうケースをどのようにしていけばいいか現場サイドで議論をしている。

山城会長： 地域活動支援センターの場合は色々な方々が出入りされる。必ずしも薬をもらっているような人ばかりとは限らない。しかし地域活動支援センターだけで決着できているというのも中々難しいところがある。そういう人たちにも連携して支援できればいいと個人的には感じる。

岡庭委員： アウトリーチ事業はこころの健康センターが所管、地域移行に関しては保健所が所管しているが、行政は一つなので関連はしていると思うが、先ほどの講座の話や、困難事例などの精神と地域包括の話は昨年度から地域移行の部会でも区ごとに始めていたりする。しかし、県レベルの研修会でも結局困ったときに誰に相談すればいいのかが何をしてくれるのかわからない。障害福祉と介護保険のテントの違いみたいなところもあるなかで、セットと言うかバンドルしながらの精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの繋がりをみたいなものを工夫していったほうがいい段階なのではないか。

山城会長： いろいろな問題について、誰に相談すればいいか、何処の機関がそれについてウエイトを置いたらいいか。そういう意味からすると、私たちがそういう状

況だと市民の皆さんはもっとわからない。もっと情報をどう発信していくか考える必要がある。

石野委員： 看護協会では病院の中の看護に重点がいて、退院後の生活をどうしようかというところまで現実あまり直接かかわることがない。ただ、見学色々なところの見学会などが去年あたりから始まっているので、病棟スタッフも見学会に行って、ああいう施設がある。当院は清水駿府病院だが、ケアハウスここみがあり私たちも長期入院の患者をなるべく退院に向けていこう気持ちにはなっていて、他施設を見ることができたのはすごく嬉しいことではあるが、実際に日々の看護の中でそこまで入り込んでいない。現在は、精神保健福祉士が主に動いてくれていて、看護が何もかかわっていないのが現状、もっと入り込まなければいけないと強く感じている。

(事務局) 松本部理事

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、訪問看護はこれからどれだけ充実してほかの機関と連携を取れるかということが包括ケア構築の大事なポイントになると思われるがその点はどうか。

石野委員： 私も勉強不足のところはあるが、当院の訪問看護もスタッフがまだ3名ほどでしかやっていないで、なるべく退院前の訪問看護から今始めていこうというような段階。情報はずっと受けてはいるが、まだまだ看護師のほうから「こういう風にしたらどうかなどの」意見はでていない。ほかの病院は分からないが少なくとも当院ではまだ足りていないと感じている。一応当院でも今年4月から看護の在り方を見直していこう方向に変わってきて訪問看護を重要視していこうというような話にはなっている。訪問看護をしっかり取り組んでいけば患者へのサポートももっとできるのではと思っているが、まだそこまでいっていないのが現状である。

山城会長： 私も静岡県の訪問看護ステーションの研修会によく伺って、精神福祉領域ということで話を1時間ほどすることがある。もっと精神障害者の問題がポピュラーに身近なものになっていくのが大事かなと思う。

奥村委員： ケースに挙がっている27kgになった人はよく治療に導入できたと思う。私の近所に2階から降りることができない150kgくらいの女性が暮らしているはずなのだが、ここ10年くらい姿を見たことがない。まだ40、50代くらいのはずだが、どうなっているのだろうかという話を家族としたことがある。その

人は何処にも受診していないし仕事にも行っていない、どこか表に出てきていない、家族もいるが SOS を出していない、近所にいることはわかるのだが、それをどのように掬い上げればいいのか。本来はここで話をするよりももっと世の中の人々が皆で何とかしてあげようとするのが本来の姿だとは思っているのだが、そういう人はどうにかならないだろうか。

(事務局) 吉引事務長補佐

SOS を出せないケースが非常に多い中で、我々の係わったケースでは民生委員がカギになる。セルフネグレクトのように自身では SOS を出さない、ほかにも助けを求めない中で民生委員が当センターに繋いでくれる、もしくは各関係機関に繋がって表面化してきた事例のアウトリーチ支援というのは実際事例としてある。ただ、それすら見つからないという人も確かにいると思うので、そのあたりに関しては、地域共生社会と銘打った中では、どう拾い上げていくのかというのは今後の大きな課題にはなってくると思う。

山城会長： 行政機関にいると申請主義みたいところで、向こうから言ってくれば係わっていく、クリニックなども患者が診察してほしいとすれば係わっていくけれども、そうではなく、行きたいと思っても行けない、申請することが恥ずかしいと思っている人もいます。遠慮なく SOS を出せること、SOS を出すのは当たり前のことである考えを進めていかなければいけない。

(事務局) 松本部理事

事例で提起したケースも親が 70 代。父親が癌で母親が水頭症で 40 代の娘の方は全く表に出てこなかった。この 7040 問題というのか地域包括支援センターが 70 代の両親に係わることで、娘の状態が発見された。やはりこういうケースを発見するのは地域包括支援センター、ケアマネージャーの方が多いのでそこから関係機関に繋げるのかということ。今回はアウトリーチチームが総合病院への橋渡し等でも関与した。大事になるのはこの後、総合病院、大学病院、こころの医療センターに入院しているが、地域に戻ったときに各支援機関がどういう関与をしていくか、退院後もどこどこが役割分担をしていくかということ打ち合わせしていくことと感じている。

山城会長： 先ほどの事例にもあったが、一つの家の中に色々な課題がある。高齢者の問題で係わったけれども、実際はまだまだたくさんの課題があった。包括支援センターの包括の活動で、入り口は高齢者だけでも色々な点で新たに発見する。そうするとそれをほかの機関に紹介したりできる。そういう点ではハ

ローワークもそういうことがありえるのではないか。

尾形委員： ハローワーク係わっている相談者についてはすこし状況が違うと思うところはあある。ハローワークもハローワークに相談に見える方を対象としている。ハローワークに来られる方は、本人に働こうという意欲が少しなりともあるので、今の話とは少し状況が違うと思う。同じレベルの話はできないかもしれないが情報提供をすると、ハローワークの紹介で就職する障害者の方は年々増えている。その中で身体や知的は人数的には変わらないが精神障害者の就職件数はどんどん増えている。平成 30 年 4 月から民間の平均雇用率が 2%から 2.2%に上がっている。精神障害者の雇用について考えようということと同じ土俵の中に入ってきたために上がった。来年の 4 月までには 2.3%に上がっていく。そういう形で、規模の小さい事業所の中でも雇用してほしいということを進めている。最初からフルタイムで働くのは難しいので、短時間で雇用できないか、雇用保険の被保険者でいうと 20 時間以内の短時間被保険者、通常障害者を雇う場合、0.5 人のカウントをするものを精神障害に限って新しく雇った方であるとか、精神手帳 3 年以内に取得したばかりの方については短時間であっても 1 人とカウントしようなどの形で事業所を通じて社会参加を進めているところ。

山城会長： 私の経験では、ハローワークの窓口で居座ってしまって、周りへの迷惑行為というほどではないが、本人は仕事がしたいがおそらく精神障害を患っており、ハローワークの職員も困ってしまい連絡がきたこともあった。ハローワークにしる就労支援の事業所にしる色々な課題を持っているのかなと思った。

岡庭委員： アウトリーチの話について、今は精神障害の話をしているが、介護保険のほうだと初期集中治療システムというものがある。認知症があるけれども治療やサービスに繋がっていない人たちをどうやって積極的に介入していくかというシステムになる。その一つにアウトリーチの話だと思うが、その最前線に立っているのが地域の民生委員である。精神も認知症もアプローチとしては被るところがあると思っている。初期集中の話の中で地域に住み認知症の患者がどうしても医療スタッフや行政に過敏に反応する方が多く、地域に住む民生委員と関係を馴染ませてから、少しずつ介入が始まるケースがあるため、民生委員の地道な活動はなにかの形に繋げていかなければいけないと思う。奥村委員が仰った埋もれてしまっているケースがあることは認識をしないといけない。システムがあるというだけでそれでいいとしないで埋もれてしまう方がいることに目を向けないといけない。

山城会長： 私が保健所にいたときは、覚せい剤や薬物関係で警察から通報があると出かけるわけだが、そこで対応して県立の病院の世話になったり、刑務所に行ったりの繰り返しで、そのときにその患者から「自分にもいいときがある。自分がこうなったときにしか来ないじゃないか、もっといい状態のときにも来てくれよ」と言われたことがある。いいときに行っていれば問題を起こさなかったかもしれないと思いながら通報があるときにしか行っていなかったことを反省している。

(6) 報告事項 (1) 依存症対策について

(事務局より説明)

資料4-1 ページ、国の流れについて、平成26年のアルコール健康障害対策基本法以降アルコール、薬物、ギャンブル関係など、法の整備が進んできているところである。

ページ2、平成29年6月カジノ法案成立後、依存症、ギャンブル依存についての支援をしっかりとしなければいけないという話になり、そこから依存症全体の総合支援事業実施要綱が出来上がった。この要綱の中に各都道府県に依存症治療拠点と相談拠点の設置を進めていくという文言がある。それに基づき、静岡県が治療拠点として聖明病院と服部病院。静岡市も含めた3つの県内にある精神保健福祉センターがそれぞれ依存症相談拠点となっている。

依存症相談拠点に求められるものとしては、機関連携、支援者の育成、普及啓発、当事者家族の支援を進めていくべきとされている。

3ページ、静岡市こころの健康センターは平成31年3月より依存症相談拠点となっている。依存症それぞれの個別相談を軸に、ギャンブルに関しては「ギャンブル依存の集団回復プログラム」「啓発の講演会」。アルコールに関しては「家族教室」「サポートミーティング(断酒会との連携事業)」「依存症支援者向けの研修会」。薬物依存に関しては保護観察所で実施している刑の執行猶予を受けている方々を対象とした回復プログラムへの技術援助として毎月訪問をしている。

我々の事業は包括的ということができる。個別の相談と各事業がリンクしていて、個別の相談から各事業に参加する方もいれば、各事業の参加者の中から個別の相談に繋がる方もいる。各事業の中で出会った当事者と支援者繋がったり、支援者同士が繋がるということも起こっている。

4ページ、我々の依存症関連の事業の特徴的な部分としてはホームページの工夫が挙げられる。チラシや関連機関への訪問というのも多いが、それに加えホームページも工夫している。4ページ上段の電話番号が記載されている部分をどこでも触れば、スマートフォンであれば電話を掛けられるようになる。こうすることでメモが取れないから後にするなど相談しなくなるような状況を防いでいると考えている。

あとは、文章の量を増やす、キーワードを盛り込み、様々なワード検索で1ページ目に表示されるようにしている。「静岡市 依存症」「静岡市 ギャンブル依存」などの検索ワードは広告を除けば一番上に出てくるようになっている。このような形で検索された方にとっては目に付くところにある状況が出来上がっている。ギャンブルのプログラムに関しては参加者の7割がホームページを見て申し込みをしている状況なので、ホームページを工夫したところは特徴的なところだと考えている。

5ページ、各事業の実績に関して全体的な話をすると、平成29年の10月から、ギャンブル依存のプログラムを開始ことによって、ギャンブル依存の件数が100件を超えるような形で年々推移している。平成31年3月に依存症相談拠点になったことにより今年度はそれぞれが全般的に増えている状況にある。この状況は電話相談においても同じで全般的に増えている、ギャンブルについては圧倒的に多い状況になっている。

6ページ、来年度については、春先に支援者向けの研修会の日にちが決定している。子の研修会を開催することによって地域の支援者をたくさん招き、そこで我々の事業を広く知っていただき、関係がある訪問されている先にいる方にも紹介をしていただくよう企画している。

それぞれの事業も手厚くしていく方向に検討を重ねている。例えばアルコールの家族教室については、対象をアルコール依存症の家族に限らず、依存症全般の方を対象としたものにバージョンアップする予定である。

また、サポートミーティング、断酒会との関係もまだ確定したものはないものの、より断酒会と支援者が繋がるようなやり方を検討中である。

普及啓発のひとつとして、依存症啓発のリーフレットを今年度中に作成し関係機関に発行できればと考えている。

報告事項（1）依存症対策についての説明は以上である。

（質疑応答）

尾形委員： ギャンブル依存の相談が多いとの説明で、これだけの人が集まって継続していくというのは非常に成績も上がっていると思うが、ギャンブル依存の中で入院施設があればよかったというような人はどれくらいあるのか。アルコールや薬物依存などの患者と同じ依存症だからといって、同じ施設の中で見ていいものなのか、中には酷い症状の人もいるとは思いますが、これだけの人たちの中で入院をする人がどれくらいいるのか。

（事務局） 石川主査

データや数字を取っているわけではないため、あくまで印象の話となるが、ギャンブルのプログラムに通われている人で、その後入院をした、またはプログラム中に入院となりプログラムを卒業した人というのは、インターネットでギャ

ンブルをしている方しか今のところはいないと思う。アルコール依存や薬物依存の方が病院という絶対にできないところに行くところからスタートするのと同じように、パチンコはパチンコ屋に行かなければできないので、今のところパチンコで入院された方は我々が知る限りはない。しかしインターネットに関しては、大人からスマートフォンを取り上げるというのは非常に難しいことなので、インターネットでギャンブルをやって損をしている、そのことで家族と言い争いが激しくなるなどで、入院が必要だと判断されたケースはある。

また、ここでしかできない特殊な心理療法や治療したいのでその病院に入院されるという方もいる。

(7) 報告事項(2) うつ病対策における認知行動療法の包括的取組について

(事務局より説明)

資料5-1ページ、当センターは現在、認知行動療法に関連して、四つの事業を展開している。

その一つが、当センター開設当初から続けている「うつ病集団回復プログラム」である。

二つ目として平成29年度から「認知行動療法外来」を新たに設置している。

三つ目は市民向けの啓発として「認知行動療法講演会」を始めている。

四つ目として人材育成を目的に「支援者向け研修会の強化」を図っている。

こうした四つの事業の包括的な取組について報告する。

2ページ、うつ病集団回復プログラムについて、本プログラムの対象者はうつ病で概ね6か月以上通院中の方で、主治医が参加を認めた者。

平成17年度から平成24年度までは1クールあたり週1回90分のセッションを合計8回認知行動療法のみを行ってきた。

平成25年度からはデイケア方式に変更し、1クールあたり週3日を約3か月実施している。認知行動療法のほかに心理教育等の様々なプログラムを行う形式になっている。

3ページ、平成28年度からうつ病集団回復プログラムの機能強化を図っている。浜松医科大学精神科に協力してもらい認知行動療法を専門とする心理士にプログラムの講師派遣を依頼している。プログラム内容を参加者にとってより取り組みやすいものに変更し、当センターの職員のスキルアップにもつながっている。

平成29年度には認知行動療法を専門とする心理士を常勤採用し、非常勤医師増員を図り、手厚い体制によってプログラムの質の向上に取り組んでいる。

4ページ上段、この表は集団回復プログラムの参加者の状況を年度別に比較したものである。プログラムの前後でとっているBDIとHAMDの変化量にみると、これらの評価尺度からはプログラムの質の向上に取り組んだことによって、抑うつ症状がより改善したことがわかる。

5ページ、認知行動カウンセリング外来の設置の経過としては、うつ病集団回復プログラ

ム修了後、認知行動療法のフォローを希望される方の受け皿が必要ということがあった。うつ病集団回復プログラムは週3日デイケア方式であるため、休職者しか参加できない状況があり、就労を継続しながら認知行動療法を受けたい方のニーズを満たす必要があった。

5 ページ下段、外来の参加者数の表である。初診再診ともに平成29年度、平成30年度、令和元年度と徐々に利用される方が増えている。

6 ページ、市民向けの講演会について、平成28年度まではうつ・ストレス対策事業のなかで作家や芸能人を招いて講演会を行ってきた。平成29年度からは、自殺予防週間に合わせて、日本の認知行動療法の第一人者である大野裕先生を招いている。市内各3区を年度ごとに分けて開催しており、来年度の大野先生の予定も押さえている。

平成29年度の講演会については、参加者数が700名を超えている。

こうした市民向け講演会の際には、必ず当センターの集団回復プログラムやカウンセリング外来の紹介を行っており、参加者を増やす機会としている。

8 ページ上段、支援者向け研修の強化について、平成17年度から支援者向け研修を行ってきたが、平成28年度にはそれまでの研修体制を見直して毎年単発で行うのではなく、徐々にステップアップする研修内容に変えて、講師も国立精研の堀越勝先生に3年連続でお願いしている。

8 ページ下段、令和元年12月に作成した当センターのリーフレットである。この中でも認知行動療法について取り上げ、当センターのプログラムの紹介を行っている。

9 ページ、四つの認知行動療法に関連した事業を包括的に強化してきた結果として、認知行動療法について市民が触れる機会が増え、認知行動療法を必要としている市民が、アクセスしやすくなる環境が整いつつある。このことがうつ病対策の推進に繋がっていると考えている。

今後の課題としては、うつ病の背景に発達障害特性を持っている方が増えてきており、プログラムの内容にも、対応にも工夫が迫られるようになってきている。

市内で認知行動療法を実施する機関がまだ少なく、人材育成については今後も検討していく必要があると考えている。

(8) 報告事項(3) 第3期静岡市自殺対策行動計画に基づく取組について

(事務局より説明)

平成31年3月に策定された第3期の取組のなかで今年度重点的に取り組んでいるゲートキーパー養成研修とSOSの出し方研修について報告をする。

資料6-2ページ、ゲートキーパー研修と、SOSの出し方研修については自殺対策行動計画に載っており、それぞれ自殺対策行動計画に基づいて、今年度より精神保健福祉課とこころの健康センターが共同で取り組んでいる。ゲートキーパーの認知度については評価指標として、2017年にはゲートキーパーという言葉を知っている人の割合が、9.9%約10人に一人だったものを、2022年には21%約5人に一人の方がゲートキーパーという言葉

理解している、というところまで持っていきたいと考えている。

1 ページ、今年度の研修実績を纏めたものになる。ゲートキーパーの研修については、今年度はゲートキーパーの裾野を広げていくことを目的に、新任の生活保護のケースワーカー、社会保険労務士等の主に対人支援に係わっている方や、教育委員会と連携して新任の教頭先生や養護教諭の方を対象に研修を行った。

研修の内容としては、単体での研修ではなく、何らかの研修の一コマを利用してそこに組み込ませている。約1時間の研修の中で、精神保健福祉課で自殺対策について説明をした後で、こころの健康センターでゲートキーパーの研修を50分ほど行う。研修の中には1時間半ほどの研修もあり、そこではこころの健康センターでメンタルヘルスの基礎知識などの研修を行っている。

SOS の出し方研修の授業の推進として、教育委員会の協力を得て、今年度はモデル的に令和元年12月から令和2年1月にかけて、清水区の興津中学校にて、全生徒約230人を対象に授業の一コマを使って研修を行った。

令和2年1月29日にはスクールカウンセリング事業連絡協議会を開催。そこには市内の小中学校の教頭先生、スクールカウンセラーなど約200人が集まったため、そこでも30ほど説明を行った。その中では興津中学校の事例を説明するとともに、こころの健康センターから実際に行ったSOSの出し方研修の内容を報告し、教育委員会のほうからは今はモデル事業的に行っているが、将来的にはスクールカウンセラーがその役を担って学校独自で展開していくものであるとの説明を行った。

ゲートキーパー研修、SOS の出し方研修ともに今後も継続して実施していく予定である。
第3期静岡市自殺対策行動計画に基づく取組についての報告は以上である。

(質疑応答)

山城会長： うつ病やギャンブル依存などの講演会などは静岡市民でないと受けることはできないのか。

(事務局) 松本部理事

うつ病、依存症の講演会とも、オープンであり市外からの受け入れは行っている。

(事務局) 松田精神保健福祉課長

最後に今後の動きだけ説明させていただき、冒頭でもあったが、地域包括ケアシステムについては、令和3年度を目途に国の示す構築推進事業に手を挙げる方向で考えている。ご覧いただいたとおり国のほうからは大枠でイメージ図のみ示されており、具体的なシステムについては地域の実情を踏まえ地域で考えるようにというスタンスである。その中で考えるポイントが三つほどある。

一つ目が、静岡市では対象として長期入院患者だけでなくニューロングステイ、措置入院などの中重度の方。

二つ目として、市の社会資源を如何に活用していくか、どのような機関が市にあって、どのような役割を担っていくのか。自立支援協議会の岡庭委員が中心になって頑張っているところ。

三つ目として、予算の確保。財政当局と交渉する中で成果が求められる。退院すればいいだけではなく、退院した後も再入院しないで地域に密着するという観点で、成果も地域で生活をする日数などを入れる方向で考えている。

来年度次回の審議会では本日の意見も踏まえて、より詰めた形で静岡市の計画を示せればと考えている。

山城会長： 静岡市は非常に広い。井川のような山間地など色々な場所のメンタルヘルス問題、高齢者などのメンタルヘルス問題なども、こういう場で取り上げられればいいと思う。

以上