

いう気持ちでやれています。私は、南ブロックを担当ですが、そこは開催回数がまだ少ないので対応できていますけど、やっぱり開催回数が多い地域では、退院促進事業に動きが出てくると、それに伴ってミニカンファレンスを頻回にしたり、院内説明会や、いろんなそれにまつわるミーティングや、スタッフ会議にもどんどん出ていかないといけないし、一方ではH14年度からホームヘルプ事業が始まったし、上乘せ研修の講師にもいかなければならないし、市町村の支援は保健所のワーカーがまわっていて忙しく、何かとあわただしく時間がとられている感じです。

米田： 本庁関連の部分でも、ケアマネの部分はセンターでやってもらっているし、障害者計画のプランニングは、本庁中心で、鹿野さんや、地域支援課の小原さんに入ってもらってます。その前に、ニーズ調査、在院患者調査・退院患者調査もやっています。鹿野さんにもかなりお世話になっていますので、退院促進事業だけをやっているわけでは決してない。かなりオーバーワークになっていますね、その辺は。私がかつてセンターにいた頃は、大抵、定時に帰れる職場だったんですが、今は定時には帰れない状況ですね。

桑原： 米田さんは、今、本庁にいるわけですが、地域精神保健福祉体制のモニタリングの問題も積極的に取り組んでいると伺いました。それと、大阪では組織改革があつてほんとにぎっくりになりましたね。こころの健康づくり部が、企画と相談関係部に吸収された。

吉原： ストレス対策課が相談診療部の方に移ったのです。

桑原： ところで、企画はすごく大切だということは、総論的にはよく分かってるんですが、現実には、「幻の企画」じゃないかという批判がありますね。保健所も同じです。神奈川も平成9年度に、地域保健法の成立を受けた組織換えがあつて、保健所が保健福祉事務所になり、企画調整室が新たにできました。でも、医療監査とか、社会復帰施設の監査とかどんどん業務が増えて本来の企画調整の仕事がなかなかできないということが大きな問題になっています。ただ、大阪は実際に動いていますね。

鹿野： 前は地域ケア課におつたんですけど、昨年度から企画課に変わりました。私が実際にメインにやっているのは研修のことで、関係機関の職員の研修をやっている、あとは、広報普及とか情報を集めて、冊子を発行したりしています。企画の方から発案する企画というのは少ない。むしろこのメンバーで一緒にやっ

て行く方がいい。保健所なんかやりはった、地域の新しい事業を企画でまとめています。今回の退院促進事業で言うたら、国事業化せなあかん、PRもせなあかんて、病院の事情も考慮して書いたりしています。そういう意味で広報したりとか、調査研究とか言う部分はともかく、企画調整という部分で、主体となって、こういう企画をしましょうというのは、できているかどうか。

桑原： 米田さんがセンターの企画課をうまく使っているということでしょうか、米田さんのオーダーが多いということですか。

鹿野： オーダーは多いですね。

桑原： 本庁とセンターがばらばらでなくて一体になってやれてるってとこなんですかね。

鹿野： 予算が伴う事業企画はほとんど本庁ですね。

籠本： 平成8、9、10年くらいからほとんど本庁ですね。

米田： 籠本先生がセンターにいた人を本庁によんで、センター経由本庁という流れができてから一体化していますね。その前に多分、地域支援課の役割が、地域支援のしはじめは、もうとにかく保健所からお願いされることを何でもお手伝いしよう、ともかく、関わる方がありがたいですということ、しばらくずっとそれでやっていく中で、地域支援の取り上げる課題は何やということを、今動いていることなんかをみながら整理をした時期がありました。新しい事業の立ち上げ支援と、なかなか動いてないところの底上げをするには何がいいんでしょうねという話をしたことがあります。新しい事業ということで、市町村移管の問題に取り組むということになって、地域の方が各地の情報をつかんできます。本庁の立場になると、地域の中でどういう課題があるかということ、を教えてもらってはじめて、何を事業として打つべきかというのがみえてくる。多分、それが、研修ともリンクして市町村の人にこういう研修をやらなきゃいかんということで、研修を組んでいくというようになってるんじゃないかな。地域支援も、以前はブロック分けだけで業務担当制は引いてなかったんですけど、なかなか企画がルーチンワークに追われて、プランニングするというところまでなかなかできなくて、地域でやっていると、課題が見えているから歯がゆいですよね。地域支援の中に、業務担当制を入れた時期が、私がおつた頃の最後くらいで、3年目か4年目くらいだったと思うんですけど。今は、作業所の小規模化っていう課題

については吉原さんが担当とか、市町村移管の時は原さんが担当とか、地域支援の中で窓口になる担当者がいて、業務ごとに担当者がいてやっています。

桑原： 地域支援課の時代に一応テーマ別に業務担当制に変えたんですか。

米田： 両方なんです、地域担当と業務担当との両方を重ねてるという感じかな。市町村支援ということだと原さんと、企画にしている鹿野さんとが連携してセンターの事業を考えること、作業所の小規模化ということでは、吉原さんが鹿野さんと連携して動くというふうな感じでやっています。

桑原： 市町村の支援事業については、地域精神保健福祉体制そのものが大きく変化して、保健所中心だったのが、市町村にシフトしてくるわけですから、いろいろと課題がありますね。市町村で相談業務を行うと、生活者の視点というか、より身近なところで総合的な問題があがってくる。今後は、市町村が核になっていくことは、総論としてはそのとおりにんだけど、市町村に業務が行くということは、実際にはすごい難しいでしょう？ その辺は原さんなんかはどう思いますか。

原： 回り始めている市町村さんはすごいですね。居宅生活支援事業も、こちらが予想した以上に、自分たちの問題として取り組まないといけないということで積極的に進めようとしています。例えばショートステイなんか、実際、始まってみると従来予想できなかったようなことですが、重複障害の人が利用したいと言ってきたり、今まで利用してた層ではないような人が相談に来た時に、その受け皿として、今までの生活訓練施設ではみれないということが起こったりします。夜間の人がない中で、そうしたら他の障害のショートステイとか、特養のショートステイを利用できないか？ それで本当に相談にいったりという動きもされています。周りのことを知ってる市町村が動きはじめたら、市町村の力ってやっぱりすごいなと、力もどんどんつけてはるというか、もともと持っている力を発揮されているというか、府の保健所以上に、他障害の仕事をしてたというような方なんかは、他の障害の制度とうまくリンクさせていってどんどんこちらの方に広げていけるとか。そんな動きができていますので、まだ、始まったばかりなんで、市町村によって違いはありますけれども、回り始めたところはすごい勢いで回っています。

桑原： さっきの退院促進事業もね、温度差があるって、それが現実だと思うんですね、それをまた、情報

を流しながら他のところこういうふうにやってるよ、こういうやり方があるよという風にならしていく。大阪は市町村の数ほどのくらいですか？

米田： 43です。

桑原： 43市町村には、あんまりばらつきはありませんか？ 原さん。

原： ばらつきはあります。

桑原： ばらつきはあるけれども、退院促進事業をやってきた流れで情報をうまく伝達してやっていけば、かなり底上げできるんじゃないかという感じでしょうか？

原： 市町村にとってもよかったんじゃないかなと思うのは、平成12年度から市町村に自立支援促進会議のメンバーになるように声をかけて、市町村が精神をやり始める前からわけのわからないままでも参加して、具体的な事例の話を書きってもらいながら進めてきたという流れがあったということがあります。ホームヘルプサービスが始まった時に、この人退院したらすぐホームヘルプいけるねっていう準備ができた、市町村にしても医療機関と関係がない、あるいは、精神保健の関係機関とつながりがなく、あの会議に参加したことで、自然に平成14年の4月から始まった、即、手を結べたというか。一からやりますということじゃなかったですね。

桑原： それは大きいですね。

吉原： 普段あんまりかわりがないところでも会議に出席すると、担当の係によっては、その場では発言はされないんですけど、結局刺激を受けて帰っていかれるという効果があるんですね。市町村もそういう意味で助かっていることはあるんじゃないかなあと思います。どこも財政事情が厳しい時だからもう少しということはあるんですが、数年前の予算の規模だったら、市町村だってもっといろいろ展開できるんですよ。いろんな制度でも他障害並にやりたいと思っていても、今のような経済状況ではやれないし、すごくそういうことを問題にされていますね。私達の想像以上に、市町村は考えているなあ。今まで精神障害者のことにあまりなじみがなくても、方向は持ってられるのが解る。だから会議出席していて、頼もしいなあと思います。頑張っただけでいいんですけど、やっぱりその辺の動きがでるのも、自立支援促進会議のおかげですよ。

桑原： 自立支援促進会議は退院促進事業のためだけじゃなくて、もっと基本的な対策であるということですね。自立支援促進会議のメンバーについては、当初、保健担当部所にするのか、福祉担当部所にするのかについて迷われましたか？ 市町村としては、障害部局を精神障害者対策の担当にするという選択をしたところが多いようですが、大阪の方は、障害の方で担当することにおさまっているんですか？

米田： 全部障害です。一緒にもっている小さなところはありますけど。

桑原： それはうまくつながった例ですね。ただ障害の方は制度がすごく大きいでしょう。支援費の体制を立ち上げるのも相当な労力がいるんですが、その辺と精神の絡みはどうですか？ そんなに、今までの財政状況でやれそうですか？

米田： 他障害と兼務でやっている方は支援費の方に労力をとられているようです。保健所から支援に行っているんですけど、やはり精神の担当者自身が支援費で忙しくしているもので、誰を支援すればいいんだろうということになってることもあるみたいです。

桑原： 市町村が福祉をやるといってもね、そんなにすぐにはできない。いろんな課題があると思うんですね。ショートステイもそうだと思うんですね。例えばホームヘルプサービスですよ。そうした制度は大阪ではけっこう利用されているんでしょうか？

吉原： かなり利用されていますね。

米田： 精神で、320人（*H14.12 末）くらい利用されている。

桑原： もう一つ問題なのは、精神障害者で地域に戻る人が高齢化してきているわけですよ。高齢化してきていて、介護保険との兼ね合いが出てきますよね。どちらの制度を使っていくのかということが問題になります。介護保険制度の方が、先にホームヘルプ事業を動かしていますよね。でも老人の介護をしていると、精神疾患の問題がでてくるんですよ。そうするとホームヘルパーさんは、精神の問題をどう扱っていいかわからないということで大いに困ることになります。その辺の問題は、どういう風に評価されていますか？

原： どの地域でもヘルパーさんを囲んでサービス調整会議というか、事例検討会議というかもたれていると思います。その中に保健所も入って事例検討というか、そのケースの理解を深めるようなそういう会議

がもたれているようです。

米田： 今してないところも、やらなければいけないとは考えている。

桑原： 実際にそうした保健所を核にした調整会議で、介護保険のホームヘルプサービスの精神医療絡みの事例への対応方法についても研修できるということでしょうか。

米田： 保健所を核にするか、市町村を核にするかは、市によって異なってくるかな。

桑原： 介護保険は市町村ですが、医療となると保健所ですよ。

原： そうした会議の主体者は市になると思うんですけど、それに保健所が入るというスタイルですね。保健所が引っ張るといふより市町村が主体になる。

桑原： 後もう一つケアマネジメントの話がさっき鹿野さんからでたんですが。大阪ではケアマネジメント従事者の研修を受けて資格を持ってらっしゃる方はどのくらいいるんでしょうか。

原： 資格というか、修了証を待っている人は400人だから数は多いです。

鹿野： 今年度は1回100人ずつで4回だから、400人。これまでの合計では780名です。

桑原： 市町村レベルで認定証を持っているのはどういう方ですか？

米田： 市町村は全部、受けてもらっています。

桑原： 市町村の担当に、実際に受けてもらっているのですね。

原： はい。他には、医療機関、保健所、作業所、支援センター、生活訓練施設等の職員です。それも自立支援促進会議ではありませんが、本課の方で受講者数を保健所毎に決めて、保健所が窓口になって、申し込みをするという形になっています。

桑原： 保健所が、作業所だとか関係機関に呼びかけてですか。

原： そうです。保健所に関係機関を集めて受講生の名前を挙げていただいて、それをセンターでセッテ

イングする。

桑原： 精神障害者のケアマネジメント事業ですよ
ね。

原： そうです。今年度から3障害合同にしていま
して、後の2障害についての窓口は市町村です。精神
だけはこの4月に市町村で始まったばかりで、取りま
とめは厳しいなどということで、まだ保健所が申し込み
窓口をしています。研修の中身は3障害一緒に、演習
の部分だけ障害別にやっているということです。

桑原： 神奈川は、西課長にケアマネジメント事業
をやってもらっていますが、西さん聞いておきたいこ
とありませんか。

西： 大阪ではツールは厚生省のもでしたよね。

原： ツールは厚生省のものを使っています。神奈
川県は神奈川版を作られているんですよ。

西： はい、どちらを使っても良いということには
なっています。退院促進事業の報告書に、院長から「あ
なたは今日からどこどこへ行け」と言われたとかあり
ますよね。ケアマネジメント手法を使うと、そうい
うことには絶対ならないのではないかと思うのです
が、それは、大阪府の退院促進事業の対象になった66
人の中で、どんな風にして起こったことなのでしょう
か。その方が、すべてだとは思いませんけれど。

鹿野： ものすごくレアケースですが。

西： そのレアケースがあったということですね。

米田： 退院促進事業では、ケアマネジメントその
ものではありませんが、本人さんの希望を聞きながら、
病院のワーカーさんだけで自立支援に向けて社会資
源をコーディネートするのではなくて、会議に来てい
る人にも積極的に受け入れてもらいながら考えられ
るんで、かなり本人の希望に沿った形で、どういった
支援ができるかなということを、会議の中で検討して
協力してもらっています。

原： 誰を対象にするかということは、私たちには
わかりませんので、病院のワーカーさんが中心になっ
てこの人はどうかなと思う、主治医の先生にも相談を
する、そしてご本人さんに確認をしてもらってどうと
聞いてもらうのは病院の方の役割だと思います。

鹿野： やってみたいですよという方からやれるといい

ですね。退院したい気もするけど、そうやってしまっ
たらもう退院しなければいけない気になってしまう
のでという方には、外から働きかけて、「一度外に出
てみようか」と働きかけて、長いことかかってやっと
病院の外に出ることができるといったこともあるん
ですよ。

西： ある作業所では、ケアマネジメントについ
て作業所においてになっている方全員にケアマネー
ジメントについて説明した上で、「やってみる人」と
いったところもあるんですが、退院促進事業の場合は、
任意入院の方だけですすよね。患者さんたちに「こ
んなのあるけどどう」というように声かけするのはど
うなのでしょう。

米田： 当初予算が限られていることもあって、声
をかけたけどできなくなったということもあると辛い
状況になるので、誰を対象にするか、ずいぶん迷いま
した。みんなで話をし、その前には本人の同意を確認
しました。本来の目的は退院意欲がない人なのに本人
の同意をとるということは、少しずれもあるんですが、
多少なりとも関心がある人ということにしました。そ
の辺のことを、病院のワーカーが中心にやってくれる
ところは多少噛み砕いて手続きを踏んでやってきて
くれていると思うのですが、ワーカーがいない病院は、
主治医の先生がということになると、「いってみたら」
ということになったりしてしまいます。そのようなこ
とは、今後対象を広げていくと出てくることかなと思
います。そういうケースにもアプローチしていかない
と意味がないと思います。むしろ退院が間近になっ
てきたときに、きっちりケアマネを入れて、退院プラン
を立てていく、ただ導入時についてはこちらからのイン
テンシブな働きかけ、ACT（米国で行われている
Assertive Community Treatment）に近いような働
きかけを入れていかなければいけない気がします。

原： 院内説明会がありますね。直接患者さん向け
に地域ってこんなところがあるからと働きかけをし
て、ビデオを見てもらって小グループになって話をし
たときに、退院後の生活費はどうするのかとか、家借
りするのに敷金出るとか、働かないとだめなのか、
という声が出ます。ここで丁寧な働きかけ、情報を伝
えていけば、退院したいということになります。院内
説明会では、実は、退院促進事業って言うことは言っ
てなくて、地域はこんなですということを伝えるだけ
で終わっています。それを聞いて、別の地域では院内
説明会をいきなりやっても分からないから、院内茶話
会から始めようかということになりました。茶話会は、
手を上げてもらった人に参加してもらう、地域から来
て茶話会してもらうと病棟では聞けない話が出る。

「実は退院したいと思っていたんだけど、生活どうなるか」とか、「退院後の生活に不安があるんです」とか、普段病院内では聞くことが出来ない生の声を聞く積み重ねによって、最終的に5回目に地域で暮らす当事者の方に体験談を話してもらって、市町村の方が色々なサービス、ホームヘルプサービスもあるよとか説明をしてくれたんですが、それがよかったようです。直接担当者と顔を合わせ、この人が相談に乗ってくれるんだというイメージができてよかった、当事者の体験談が良かったと。このようなことを続けていけば、自分から手を上げる人が出てくるように思います。

西：わかりました。

原：この会議が始まったときはどうなるかと思いましたが、長期入院患者さんについて2年間でこんな結果が出ているということで、病院の中で取り組まなければいけないこともあるねということで取り組むようになったところもあります。病院としても今まで以上に地域と一緒に取り組むようになってきたということです。

桑原：病院との関係は難しいですね。高齢になるということは、病気をするし福祉的な支援も予防も必要になるということですが、在宅介護が主流になってきているという状況の中で、病院も地域へ歩みよってきますけど、病院としても大変じゃないですか。ホームヘルプサービスを例にとれば、病院で介護支援センターを持っているところは介護保険でやるとか、むしろ医療枠としての訪問看護制度の中でやるとか様々ですが、その辺との関連で市町村レベルでの問題は出ていませんか。日精協などでは、今後は、精神科介護事業を地域で積極的に展開していきたいというふうに言っていますよね。

吉原：医療法人でホームヘルプサービスをやってるところもあります。数はまだ多くありません。

原：持っていて、人手も多くないので自分のところの患者さんでいっぱいというところですね。

桑原：それと、精神障害者ホームヘルパーの研修ですが、たとえば、介護保険制度のヘルパーさんがかかわっている人達に新たな精神症状が出てきて対応に困ることがよくありますが、実際に介護保険のヘルパーさんたちから、精神保健関係の研修を利用できないかと聞かれることがあります。でも、例えば、介護保険のヘルパーさんに精神障害者のヘルパー研修を受けてもらって、その資格が取れば、精神障害者向けのサービスの提供者にもなれるということもあると

思います。ただ、介護保険のヘルパーさんたちも、精神障害者のヘルパーになって欲しいと言われてしまうとそこまでの自信はないという意見が出てきたりして、混乱することもあると思いますが、そうした問題については、センターは、何か手当てをしていますか。

米田：大半が高齢等でやっていたところで、社協などで取りまとめてやってもらっています。ホームヘルパーを初年度400人養成して、現在1500人位の上乗せ研修を大阪府でもやっていますが、市町村でも上乗せ研修をやっています。

桑原：その辺の見通しを立てた、こういう戦略で行こうというようなことは企画課と本庁とで一緒にやっているんですか？

鹿野：特にホームヘルプなんかは本庁がメインにやっていました。ケアマネも本庁の研修事業ですね。

米田：解放同盟に市町村移管の説明をしたところ、こんなんでこの事業できると思っているの？ヘルパーは何人いるのと聞かれまして、ヘルパー養成しなければいけない、と気づかせてもらいました。かなりセンターと協働して精神障害者数の推定だとか出してましたのでそれから推定して何人というのは出せたんですよ、それで市町村移管に向けてのマニュアルにも各市町村何人要りますという数を出して、確保してくれるように流しました。そして、今年度から市町村が主体になって、開催しています。

原：市町村の担当者としては、この仕事は、この人数というように数字を出したので、市町村もいるんだ、ということで覚悟を決められたのだと思います。

桑原：その辺の市町村マンパワーの件については、米田さんや埼玉のセンターの天野さん（現 全国精神保健福祉相談員会長）が早い時期から取り組んで来ましたね。私も鎌倉保健所にいたときは、管内市町村担当者から、具体的な数字を出して欲しいと言われてましたが、全般的な数字を提供できるのは、センターだとか、本庁ですね。色々お聞きしましたが、地域住民の方たちと本音でのやりとりがしっかりできていて、それが企画に反映できているということを実感しました。ところで、奥村さんは、むしろセンターのユーザーですよ。奥村さんから見てセンターはこうあってほしいということを教えてください。マーケティングリサーチじゃないけど、我々も同じ苦労をするのだったら役に立つ仕事をしたいと思っているし、今回聞き取り調査というものをユーザーから見たセンターの

あり方についてお聞きしたいので、まず奥村さんをお願いします。

奥村： 自立支援促進会議の中だけではなくて、地域には色々な課題・おもしろいこんなことできたらいいのというような発想とか希望とか持っていることだと思います。けれど、そこだけで形にできず、誰を巻き込んで良いかわからなかったりするため、そこでシッパちやったりすることがあると思うんです。そんなときにセンターに入ってもらって、表の部分からアプローチして一緒に関わってもらったり、裏から少し手伝ってもらったり、新たな協力者を見つけてきてくれるとか、地域にある小さなニーズを形にするために一緒に関わってもらえたらと思います。また、ある地域でできたものを、他の地域に伝えるというのもセンターの役割なのではないでしょうか？

桑原： 高度な役割ですね、でも大阪はできているので、それを是非続けてほしいということですね。

奥村： 例え話ですが、北でうまく育った作物が、南では必ずしもうまく育たないとすれば、土が違うからかも知れません。センターとして全体の状況を見ながらその地域に合った作物と一緒に作ってほしいと思います。

桑原： 原さんは市町村という立場で、出前をして市町村の要望を聞く立場だと思いますが、保健所とは違って、市町村とセンターというと、センターは遠くなってしまうのですが、その辺は、センターのこういう面はありがたい、こういう面は使いにくいという市町村の意見は聞けますか。

原： 基本的には、保健所が市町村支援を行うことになるわけで、たまたま私の担当地域がモデル事業でホームヘルプをしていたり、ケアマネージメントをしている地域が多いので、その辺で私が地域と一緒にするモデル事業の会議だとか調整会議に出て、市町村の人と顔をあわせることがあります。ですから保健所で得られる情報については、保健所もセンターも一緒なんですけど、ケアマネをどういう風に進めていったらいいとか、もう一步専門的な話はセンターで協力支援してほしいとされています。

米田： 障害者計画のこと、鹿野さんのところに聞きに来ていますか。

鹿野： たまにデータとか聞きに来ていますね。これからかなと思っています。

桑原： 先ほどの自立支援促進会議のようなものが一つの共通の場になっていて、センターが何をやっているのか、保健所が何をやっているのかということが見えているということですね。

原： 見えてるといことだと思います。

鹿野： かなり研修も力入れて…市町村の方も出にくいだろうから、同じ内容で2回やったりだとか、ですから市町村の担当者は2回やってます。だんだん濃くなっています。

米田： 大阪府全体の面積が狭いので2時間30分までいけるのでどこで開催されても行けます。

桑原： 一つの研修に何人くらい集まりますか。

鹿野： 40～50人、昨年準備のための研修に80人の参加がありました。

桑原： 市町村レベルで考えていくと地域ニーズはバラバラではないですね。高齢者問題も特にそうですが、本庁ベースで考えると、どうしても縦割りのようになって、高齢福祉は福祉課、精神保健は予防課とか精神保健福祉課ということになってくるんだけど、地域での生活者にとっては一体の問題ですが、学校保健や職域の問題については、何か会議の中で話題になったり、新たな地域保健福祉の課題としてあがってくることはありますか。

米田： まだ、ないですね

桑原： 精神障害者の問題が核になっている。

米田： 大阪は、市町村も結構大きいので、課とすれば障害福祉課ですが、福祉の担当者という形でおいているところも結構あります。兼務でも何人かで兼務という形なので、高齢まで一緒になると町村になるとあるけど、市レベルではありません。町村も意識して分けて考えてくれているのでずれはないけど、その分縦割りが町村までいってることになるかな。

桑原： 大阪も神奈川と似ていてワーカーが多いんですね。大阪は57人位いるんでしょうか。保健婦さんとワーカーの連携はどうしていますか。

原： もともとの相談員と精神担当の保健師と地域の中で、当初は痴呆の問題は保健師で、母子の問題も保健師となっていたところもあったと思いますが、最近はそういう区別もなく、得意、不得意があるので多

少そういう分担もあるかもしれませんが、基本的には一緒に業務を行っています。

桑原： 市町村はどうでしょう

米田： 市町村は意図的に他の障害との横並びということで、障害別でやってもらいたいと、障害者福祉でやってもらいたいという本庁の意図があつて、障害の方に意図的にもっていったので、従来、保健が動いていたところも動かなくなったところがあると思います。保健所のグループワークのようなものを市町村でもやってもらえるようにしていかなければいけない、これは積み残しにしているのですが。

桑原： 戦略的な問題もありますよね。どれもこれもだどこをどう手をつけてよいかわからなくなってしまう。

米田： ただ保健所の新たな保健的な課題は、これから課題になってくるんでしょうけれど。まずは、社会的入院と市町村への定着と、施設コンフリクトへの対応をメインに考えています。この辺が、ポスト市町村支援の問題です。

桑原： 保健所レベルで考えると、今は、健康日本21の問題ですね。大阪は、こころの健康づくりで、PTSDとかも積極的にやっていたようですが、こうした課題も実は大きな課題ですよ。睡眠障害、自殺の問題、その辺と、鹿野さんの企画課との連携はどうですか。

鹿野： 企画課で私は、結構、退院促進事業とかニーズ調査に埋没していて、ストレス課が、こころの健康づくりの関連でストレスマネジメントの研修を保健所の精神担当でない「企画調整」の部門へ行ったりして、同じセンターの中でも役割分担があります。

桑原： 保健所でもずっと精神障害者対策の問題をやってきましたが、最近、地域住民の「こころの健康づくり」という新たな課題が切実になってきています。ただ、センターとしても、この問題に保健所と協働で取り組もうというところまではまだ行っていないように思います。ところで、保健所長が、自立支援促進会議に関して病院に挨拶に行くとか、これは全国的に見ても珍しいと思います。そこまで保健所長が精神障害者対策に絡むということは、精神科医がいる保健所はそうではないと思いますが、所長が精神科医ではないところでは、精神障害者の問題よりも健康づくりの方が意識されていると思います。健康日本21では、メンタルヘルスの目標も明確にされたし、地域保健と

学校保健や職域保健との連携が大きな課題になっていますね。私は、地域保健の枠の中で精神保健福祉の体制の整備を推進することが課題で、地域保健として市町村を巻き込んだ形での事業展開ができなければ、精神障害者にとって本当のノーマライゼーションはありえないのではないかと考えています。その意味では、どこまで保健所長が、精神障害者対策に関する意識を高められるかが課題だと思いますが、もう楔はいくつか、打たれてあります。こころの問題は、精神障害者対策の問題としても大切です。介護保険のホームヘルプ事業にも精神症状の出た障害者の支援というものが入っているわけで、どこまでその面を広げていくことができるのかということがポイントなのではないかと考えています。

ところで、話が大きくなりますが、センターとしてのビジョン、仕事がどんどん入ってきますよね、特に企画の部分で、大阪府の精神保健福祉の企画を受け持つ担当者としてどう思っていますか。

鹿野： 担当者としての意見ですが、色々な最近の当事者運動の動きだとか、官民の動きの中で、当事者の方が頑張ってきていて、私のポジションでできることは、その辺の流れを受けて、こころの健康づくりということも絡むんですが、当事者の方が前に出て行くような仕組みを考えて行きたいと思います。例えば、池田事件が起こったときに、メディアの反響が大きかったので、うちのホームページに当事者の方でOKが出た方に顔を出して、話してもらったりだとか、研修の中で退院促進事業の人に来てもらって、自分の体験を話してもらったり、できるだけ当事者の方で話ができる人を支援したり、民生委員の研修を府社協が開催しますが、研修企画の依頼があつたときに中身をどうするかということや相談されたときに、当事者の方に毎回出席してもらうだとか、施設コンフリクト解消事業が起こったときに、当事者と住民の側とを一堂に集めて、当事者に体験を語ってもらう、そのような研修もやっています。研修の中で、当事者や住民の声を反映させる仕組みを作っていないとだめだと思っています。それと、医療人権部会の意見具申の中に病院職員の研修が必要だとありますが、それを受けて、精神科病院の看護職の方を対象（今までは福祉職への研修だった）に、センターが今年度はじめて人権研修を行いました。病院の中に風を送るようなことをやっていけないとだめだと思っています。医療人権部会ですから、医療に突っ込んだものが書かれてあつて、その中に職員研修が必要だということがありまして、それを受けて行いました。

吉原： やっぱり14年度から精神保健福祉の一部移管で市町村になってできるだけ市町村に頑張っても

らいたいと思います。一緒に仕事をやっていてやっと市役所とか役場の窓口で、精神障害者も一緒に相談できるようになったんだと思います。地域が精神障害者は地域のがんばり、特に作業所だとか生活支援センターだとかに支えられている部分の声を自立支援促進会議にできるだけ届けたい。精神の分野は、市町村としては、よく研修を受けているし、情報もよく入ってくる。地域をカバーしている人数から言うと、できるだけ市町村とのつなぎをする役割になったらいいのかと思っています。外部から見たとき、地域支援課って何しているのと言われてそうですが。

米田： 最近は言われていない。

原： 今の吉原さんの話を含めて、現場に直接はいないので、私たちは担当している地域に出かけて行って、地域のニーズを施策にしていかなければいけないのではないかと思います。それを私たちの役割としてつかんで、地域とのつながりを持ちながら、施策化することができるようなら、センターの役割としてその方策をしっかり考えて本課に持っていくような役割を果たしたい。また今回の事業のように本課がこの事業はいる事業だと言って、私たちもこの事業は大切だということになったら、保健所の担当者から反対されても、嫌がられても、大事だということを知ってもらった上で、伝えたい。それともう一つは、センター内部の課題ですが、話に出ていましたように、うまくストレス部門と地域部門とが連携しきれなくて、ストレスはストレス、地域は地域というところがあるんですが、この辺をうまくとりまとめて、センターとして、地域に返していくような仕組みができればいいと思います。

奥村： 私がセンターに希望することは、原さんが言ってくれたことです。その視点として、今の自立支援促進会議のメンバーではない方が、病院の中の人、教育の現場の人、その他の人たちへの接触をやっているのかわからないですが、そういう人たちとつながることによって、退院促進の社会的入院のことについてももっと追い風になる部分もあるでしょうし、その辺を対象とするフィールドをもう少し、色々なところに看護・医療・教育あたりまで広げていったら。

原： 実は今、各地域で、障害者理解促進事業が公民館等、地域の人を巻き込んだ形で啓発事業として始まっているので、そういう意味でこれから色々なところを巻き込んでやっていければと思っています。本当に精神の担当者だけでは手一杯で、それが公民館活動に定着するとぜんぜん違う反応が返ってきて、地域の人を巻き込んで広がっているということで、保健所中

心に伸びていくということはあると思います。

桑原： とてもよくわかりました。保健所でもすごくたくさん仕事があってやらなければいけないことが沢山ありすぎてやりきれないんですね。精神という切り口で地域で出前をして、何が問題で、何が求められているのか、それが必要だったら、ちょっと皆さんの手を借りて、全体で地域精神保健福祉の底上げができるようにする、それがセンターの役割ということでしょうか。

原： 本課がこれを保健所にやるように言う悪者役で、センターはそれを推進する上でいい者役になって、そういう役割分担ができるとういと思う。もちろん、そのことは良くわかっていて、双方が了解した上で、本課は嫌われ役で、センターはおいしいところを取るということも。

米田： 市町村移管も、初めは保健所を守らなければということで、なかなか、市町村を育てるのは大切だと相談員が思えなかった時期もあって、かなりその辺はセンターから伝達してもらったと思います。いざ動くときには、保健所サイドは、これは保健所の課題だということについては、意見が一致できていて、実質的には保健所にも大変な思いをさせてはいるんだけど、そのことを保健所もあまり怒っていない。

桑原： 本庁にいる立場で、センターに期待すること、今やってくれるとありがたいこと、もっとやってほしいと思うことを話してください。

米田： 自立支援促進会議のテーマを社会的入院に特化したという意味はあったのですが、その良さを残しながらもう少し、地域全体のことを考えられるものにしていこうと、退院支援事業の一部を支援センターに移していこうということもあるので、自立支援促進会議をそういうものにしていくように考えています。そのため、保健所のあり方検討の中で、地域の課題にあわせたプランニングを保健所がして、必要な資源を整備していく地域作りに、保健所業務を移そうと、そのためには資料がいる。この地域を診断するための資料がいる。その基礎資料は、本庁が提供しないとだめなんですけど、センターを使って、センターで料理をしようという話になっています。

原： 個人的には、来年度の自立支援促進会議は、ケアマネージメントのことをとを考えています。ケアマネのモデル事業が終わりますよね。その中でケアマネの実践を実際にやってもらって、本当に連携できてくるようで、できていないこともあるので、これはよ

いきっかけになるんじゃないかと思っているんです。

米田： 在院患者調査の分析、この地域ごとにしてほしい。

籠本： 保健所の人材を市町村支援で送り込んでいます。ただ、まあ、年限を決めて、米田さんが調整してくれたんですが、市町村の支援が終了したときに精神は何をするのということが問題になる。何をするのか、整理しておかないと、このご時世なので人を取られてしまう。そうなる困るのでしっかり考えておいてほしい。（注；府保健所精神保健福祉業務あり方検討会で検討中）

桑原： 今私たちは、保健所の役割についても検討しているんですが、市町村が福祉をやっていくとしたら、保健所は医療ではないかという意見もあります。適正な医療の確保、移送、医療観察保護<この時点で法は成立していない>の対象者を地域でどうフォローするのかという新たな課題ができています。その辺はどういう見通しですか？

籠本： 私は34条でやるようなことは、本来は病院がやればよいと思っています。何か、全部、法律でやろうとするから大変です。病院の精神保健指定医と看護が家庭訪問に行ったらいいと思う。余計なことにどんどん人手を取られてしまうことはできるだけ避けなければなりません。給料単価の高い人がやる拘子定規な会議を止め、もっと役に立つ会議に時間を使って、民間のNPOをもっと有効に活用すればいい。時給1000円でどれだけ働いてくれるか考えないと。お金のないときに、無駄を削って、いかに有効に予算を使って地域支援をしていくのが重要です。

もう一つは、通院医療費の公費負担の問題をきちっとしないと。大阪府の精神関係の予算の大部分が32条の経費で、50~60億規模で、しかも毎年2~5億ずつ上がっている。この5億を地域支援に使ったらどれだけのことができるか。それをやっていかないとだめです。公費で医療受けている人は、怒るかもしれませんが、きちんと整理して予算の優先順位を検討することが必要だと思います。

それともう一つ、医療観察保護法案。これも、厚生労働省は莫大な予算を要求しているけど、それだけのものはいらぬと思う。そこまで広くして、1施設30床で、医者を多く配置して、看護は1対1といった案ですが、そこまでは要らないと思います。先進国が既にいろいろやって決まってるうまいってはいえないようです。日本があとからやって専門治療施設がどれだけ有効なものになるのかよくわからない。そこに莫大な金を使うよりも、もっと小ぶりにして、そ

の人たちを地域でどう支えるのかということに人と金を使ったらいいと思う。看護は2対1で見れます。医者も1人で7~8人見れます。専門治療施設の中のことでも大事ですが、施設からどのように出していってフォローしていくのかという点にもう少し人や金を割いてもらいたい。

桑原： センターの医者は、今、何人ですか。

籠本： 医者は8人です。枠が8人、診療重視で、他はその合間にやっているの、そこを半々にできたらいいと思っています

桑原： 今日、ご一緒させてもらった山田先生は、以前、埼玉のセンターの診療部にいたことがあるんです。ただ埼玉では、医師は、保健所に支援に行くんです。今、先生は神奈川のセンターでは保健所への定期的な出前のコンサルテーション活動をやってもらっていますが、そのときの実感をしっかりと踏まえて、診療とは違った意味での活動をして、保健所から喜ばれています。そういう医療的ニーズ等についても、退院促進事業とは違った意味で地域との連携を取るとなると、また違った効果が出てくるのかなと感じます。

籠本： あまりやりすぎると医者がやめるかもしれませんね。医者としてもおもしろいと思うんですけどね。色々なところに顔出してやるのは、でも、本業は本業でやっついて、おもしろいことをやればいい。

原： そうしてもらいたいけど難しい。うちの課に1人、医者がいてくれたらと思うんですが。診療にいたら、診療に張り付いていて、一緒に考えることができなところがあるんです。

桑原： 今、大阪でやっている救急医療のうち、こころの相談の部分は復帰協が担当ですよね。情報センターとしては大阪はどうなっているんですか。あ、24時間対応の場所は、センターからは離れているんですね。離れているから、センターは直接の関係ないわけですね。さて、本当に長時間にわたり有り難うございました。今日は、資料だけではわからなかったことをいろいろと教えていただき、随分すっきりしました。今回、皆さんとお知り合いになれたことは大変な宝物だと思います。神奈川のセンターとしては大阪に嫌がられても「是非ちょっと教えてください」といって、押しかけるかもわかりませんが、よろしくお願ひします。実際、神奈川のセンターでは、今日も話題に出てきたケアマネージメントをこれからどう展開していくのかということや、今年度開始されたた24時間体制の精神科救急相談事業のことなどが大きな課題と

なっています。

籠本： 精神科救急関連事業は、神奈川のセンターでやっていて大変なことは知っていました。

桑原： ケアマネージメントとか地域生活支援体制を整え、本当のノーマライゼーションを実現するのはむしろこれからです。精神障害者福祉は市町村に移ったし、保健所やセンターには、新しい精神保健の課題が出てきているから、もう精神障害者対策への取り組みはどうでもよいんだというわけではない。自立支援促進会議も、これからはケースマネージメントをテーマに、地域作りを進めるということでしたが、これも大きな課題だと思います。いろいろと課題はたくさんあるわけですけど、今日は、地域の関係者が「退院促進事業」という課題を共有し、それを展開して行くうえで「自立支援促進会議」という枠を作り、本庁とセンターとが協働で企画調整をしながら動かししているということがわかりました。このことは全国のセンターにとっても非常に参考になることだと思います。

籠本： 自立支援促進会議ですが、これは退院促進事業をいかに展開するかということやってきたんですが、いろいろな機関が集まっているいろいろなことを言う場になっていています。これまでも保健所がそういう場を作っていたんですが、自立支援促進会議と銘打って退院促進事業と抱き合わせたことで、具体のケースがあってどんなことできるのかという話しができる。地域で何か起こすときに核になるものがないとまとまらないし、力が出ない。

桑原： そう思います。神奈川も昭和40年くらいから技術支援をやってきました。それでどんどん保健所が力をつけてきました。そうすると、保健所のほうが良く知っていてセンターは何もやるのがなくなる。それで、技術支援として、一体何をやるのかということになって、技術支援がかすんでしまいました。それは決していいことではないわけで、新しい課題はたくさんありますから、それをセンターとしては見据えて保健所に仕掛けていかないといけない。原さんの言っていることが正しいんだと思います。ただ、いい子いい子の仲良しクラブでやるのではなくて、何が 필요한のか、保健所が行かないのだったら、センターが直接御用聞きをして、本当に必要なもの見極めて上からでもよいからやっていく、保健所や市町村や民間のNPOと課題を共有して、一緒に考えてもらう、それくらいやっていかないと、今のような複雑な地域の課題は対応していけないと思います。必要な情報をどう共有していくのか、情報というのはすごく大切な課題ですが、あまりにも強大なパワーをもっているだけに難

しい課題ですね。

鹿野： 他府県の情報を、どれだけ相互に行き来できるかということで、地域支援ができるかな。

桑原： 一方的な押し付けだとダメだけど、他はこうしていますよということで。

鹿野： 会議に出ているから、会議の中で情報交換できるということですね。センターの職員がでていることでよその地域がどうしているか「来月調べてきます」ということではなく、話題にあがったその場ですぐに返せるのに意味があるんですね。

桑原： そうですね。それがやっぱり皆さんのパワーアップにつながっているんだと思います。センターって昔から調査研究をやっていますが、正確なものでも、時間がかかる。適時適切に結果を出せない。本庁で欲しいんだけどと言っても、すぐにそれが出でこない。それでは困ってしまう。その点、大阪では、普段から一緒になって考えて、それをこなしている、本当に行政施策を考える上で役立つよい資料たくさん作っているように思います。

原： もう一つ、パワーアップの源は当事者の方の変化なんですよね。それがあってから大変だけどやるんです。

米田： 現場と離れてしまうと、それがありませんね。

桑原： そうですね。私も本庁にいるときは元気がなくなりましたが、地域に出てとても元気になりました。本日は本当にありがとうございました。今日テープを取らせて頂きましたが、埼玉、神奈川でやったものも含めてテープ起こしをして、研究協力者の方たちに共有してもらい、それで意見交換をしていこうと思っています。また、できれば、全国のセンターの仲間にも、結果を共有してもらえればよいと思っています。今日は率直な意見を頂き、ありがとうございました。

2. 精神保健福祉センター研究協議会の研究発表の動向に関するまとめ

研究協力者 高畑 隆（埼玉県立大学保健医療福祉学部）

1. 目的

精神保健福祉センター研究協議会における研究発表についてその内容を分析し、精神保健福祉センターの研究事業のあり方について検討する。

2. 方法

過去14年間の精神保健福祉センター研究協議会の報告書から、発表された個別研究を収集し、そのタイトルについて分類を行った。

分類方法は、以下の「領域別」に実施した。

1. 行政計画：行政施策・対策・評価・センター評価・県域調査
2. 制度
3. 疾病：『医療』
4. 精神保健福祉センター『県域』：試み・新規活動・現状と課題
 - ①調査等
 - ②広域活動のありかた
 - ③センター事業の試み・取り組み・ありかた
 - ④連絡会、連携、広域事業
 - ⑤センター内事業・活動
 - ⑥その他、事例、困難事例
5. 県『保健所』「広域」：①心の健康・②慢性疾患・受診援助・③地域診断
6. 市町村・保健：市町村保健センター、保健師活動
7. 市町村・福祉「居宅生活」「施設」：①生活支援・②社会復帰施設
8. 労働：企業・就労
9. 教育：学校
10. 災害

3. 結果

1) 年度別の発表状況

過去14年間の全国精神保健福祉センター研究協議会の研究報告年度別件数結果について以下に示す。

(1) 年度別件数

各年度別発表件数を以下に示す

- 【平成 元年度（第25回）】＝16件
- 【平成 2年度（第26回）】＝19件
- 【平成 3年度（第27回）】＝19件
- 【平成 4年度（第28回）】＝17件
- 【平成 5年度（第29回）】＝20件
- 【平成 6年度（第30回）】＝20件
- 【平成 7年度（第31回）】＝20件
- 【平成 8年度（第32回）】＝22件
- 【平成 9年度（第33回）】＝23件
- 【平成10年度（第34回）】＝25件
- 【平成11年度（第35回）】＝30件
- 【平成12年度（第36回）】＝28件
- 【平成13年度（第37回）】＝34件
- 【平成14年度（第38回）】＝27件

(2) 過去14年間で3区分してその発表数については以下に示す。

3期に分けて件数を以下に示す。

平成元年 から平成 4年 (4年分) : 合計 16+19+19+17=71 (÷ 4 =17.75 平均)

平成5年 から平成 9年 (5年分) : 合計 20+20+20+22+23=105 (÷ 5 =21 平均)

平成10年から平成14年 (5年分) : 合計 25+30+28+34+27=144 (÷ 5 =28.8 平均)

合計 320 (÷ 14 =22.86 平均)

2) 分野別傾向結果

(1) 過去14年間の年度別分野分類傾向

各年度別の分野別傾向を以下に示す。

	1	2	3	4						5	6	7	8	9	10
				①	②	③	④	⑤	⑥						
H1	0	0	0	1	0	3	1	1	2	3	0	5	0	0	0
H2	0	0	0	0	0	2	0	3	3	5	2	4	0	0	0
H3	0	2	0	0	1	2	0	7	1	2	2	2	2	0	0
H4	0	0	0	0	0	2	1	5	0	0	0	8	1	0	0
H5	0	1	1	2	1	0	0	6	2	1	0	3	0	2	1
H6	1	1	4	2	1	2	0	4	0	4	0	0	1	0	0
H7	0	0	2	4	0	3	0	4	2	0	1	1	0	0	3
H8	1	0	2	3	0	0	2	5	0	5	0	2	2	0	0
H9	1	0	1	6	0	6	0	5	0	0	0	1	2	0	1
H10	0	2	0	3	2	4	6	2	1	0	0	3	2	0	0
H11	0	0	0	7	7	6	0	5	2	0	0	0	1	2	0
H12	0	1	0	6	6	4	0	4	1	0	1	0	3	1	1
H13	0	0	1	7	7	7	1	2	2	0	0	0	4	0	1
H14	1	2	0	4	0	8	3	3	2	1	0	0	2	1	0
計	4	9	11	45	25	49	14	57	18	21	6	29	20	6	7

(2) 分野別についての件数を以下に示す

分野別件数を以下に示す。

1. 行政計画：評価・県域調査=4

2. 制度=9

3. 疾病：『医療』=11

4. 精神保健福祉センター『県域』：試み・新規活動・現状と課題：計=(193)

①調査など=45

②広域活動のありかた=26

③センター事業の試み・取り組み・ありかた=49

④連絡会、連携、広域事業=14

⑤センター内事業・活動=57

⑥その他、事例、困難事例=18

5. 県『保健所』「広域」：①心の健康・②慢性疾患・受診援助・③地域診断=21

6. 市町村・保健：市町村保健センター、保健師活動=6

7. 市町村・福祉「居宅生活」「施設」：①生活支援・②社会復帰施設=29

8. 労働：企業・就労=20

9. 教育：学校=6

10. 災害=7

(3) 数の多い領域の順番

件数の多い順番に以下に示す。

- 4-⑤. センター内事業・活動=57
- 4-③. センター事業の試み・取り組み・ありかた=49
- 4-①. センター：調査等=45
- 7. 市町村・福祉「居宅生活」「施設」：①生活支援・②社会復帰施設=29
- 4-②. センター：広域活動のありかた=26
- 5. 県『保健所』『広域』①心の健康・②慢性疾患・受診援助・③地域診断=21
- 4-⑥. センター：その他、事例、困難事例=18
- 8. 労働：企業・就労=16
- 4-④. センター：連絡会、連携、広域事業=14
- 3. 疾病：『医療』=11
- 2. 制度=9
- 10. 災害=7
- 6. 市町村・保健；市町村保健センター、保健師活動=6
- 9. 教育：学校=6
- 1. 評価・県域調査：行政計画=4

(4) 過去14年をおおむね5年で3区分し年代別変化をしてみる

	1	2	3	4						5	6	7	8	9	10
				①	②	③	④	⑤	⑥						
H1	0	0	0	1	0	3	1	1	2	3	0	5	0	0	0
H2	0	0	0	0	0	2	0	3	3	5	2	4	0	0	0
H3	0	2	0	0	1	2	0	7	1	2	2	2	2	0	0
H4	0	0	0	0	0	2	1	5	0	0	0	8	1	0	0
計	0	2	0	1	1	9	2	16	6	10	4	19	3	0	0
H5	0	1	1	2	1	0	0	6	2	1	0	3	0	2	1
H6	1	1	4	2	1	2	0	4	0	4	0	0	1	0	0
H7	0	0	2	4	0	3	0	4	2	0	1	1	0	0	3
H8	1	0	2	3	0	0	2	5	0	5	0	2	2	0	0
H9	1	0	1	6	0	6	0	5	0	0	0	1	2	0	1
計	3	2	10	17	2	11	2	24	4	10	1	7	5	2	5
H10	0	2	0	3	2	4	6	2	1	0	0	3	2	0	0
H11	0	0	0	7	7	6	0	5	2	0	0	0	1	2	0
H12	0	1	0	6	6	4	0	4	1	0	1	0	3	1	1
H13	0	0	1	7	7	7	1	2	2	0	0	0	4	0	1
H14	1	2	0	4	0	8	3	3	2	1	0	0	2	1	0
計	1	5	1	27	22	29	10	16	8	1	1	3	12	4	2

「3期傾向」

	1	2	3	4						5	6	7	8	9	10
				①	②	③	④	⑤	⑥						
前期	0	2	0	1	1	9	2	16	6	10	4	19	3	0	0
中期	3	2	10	17	2	11	2	24	4	10	1	7	5	2	5
後期	1	5	1	27	22	29	10	16	8	1	1	3	12	4	2

4. 考察

精神保健福祉センターの機能は、本庁、医療、センター内の業務の連鎖、及び保健所、市町村の保健・福祉、労働、教育、災害など幅広い領域で精神保健福祉活動を展開している。こころの問題は、全ての人、全ての領域で関連すると言える。そして、行政機関としては、都道府県の本庁（精神保健福祉主管課）、県域 1 機関としてセンター、広域の保健所、市町村、住民という構造を明確に意識化した活動であり、県行政としての重層的で広範囲な役割が求められる。また、個別、集団、地域全体の 3 次元での構造的対処とそのバックアップ機能がある。また、領域別の切り口としては、保健、医療、福祉だけでなく労働や教育、警察等も関係する。そして、行政だけでなく企業、民間活動、NPO活動など住民活動との連携とさまざまな機関との役割分担を明確化していくことが求められる。そこでは、センターは、さまざまな人との「つながり」をつくり、よりよい生活作りへの活動を展開する心の健康に関する事業を消費者に売るセールスマンであり、心の問題に関する新たな開発の視点で人々や地域、関係機関とかかわる多様で柔軟な長期目標を持つ機能が求められている。

そこで、精神保健福祉センター研究協議会での発表について、年代別にその変化を以下にまとめる。

前期の H1-4 年は、10 件以上が 3 項目であった。発表が多い項目は、市町村の福祉が 19 件、センター内事業や活動が 16 件、県の保健所・広域活動などであった。0 の項目は、行政施策、医療、教育、災害である。

中期の H5-9 年は、10 件以上が 5 項目となっている。発表が多い項目は、センター内事業・活動 24 件、センターの調査等が 17 件と急増し、センター事業の試み・取り組み・ありかたが 11 件と増えている。疾病・医療は 10 件と急に伸びている。また、県の保健所・広域活動が 10 件ある。特徴的なことは、新たに災害が 5 件あった。項目では、発表がない 0 はなくなって、広範囲の活動をセンターが行っていることがわかる。

後期の H10-H14 年は、最大発表 20 件以上が 3 項目、10 件以上が 3 項目と報告数が急増している。多い項目では、センターの試みが 29 件、センターの調査が 27 件、センターの広域活動のあり方が 22 件、センター内事業活動が 16 件、就労・企業が 12 件となっている。多い項目はセンターに関連する発表が特に多くなっていて、ニーズに対するセンター機能の拡大が考えられる。

精神保健福祉センター研究協議会の発表傾向からは、精神保健福祉センターのスタンスが 5 年ごとに大きく変化していると考えられる。精神保健福祉センターは、政策、医療、保健、福祉などの多様化する住民ニーズの変化にあわせた事業展開がしていると言える。そこでは、精神保健福祉センターがその地域の社会状況を踏まえた心の問題をいち早く見極め、その対策を具現化する役割があると考えられる。社会状況は、人々の心に大きな影響を与える。そこで、センターは、業務の中から人々の課題を見極め、地域状況や時代の変化を先取りし、施策化、支援体制作りなどを計画的に実施する、情報活用とマンパワーが必要である。センターは柔軟な機能を生かし、社会の変化を先取りする県域 1ヶ所の行政機関として、先駆的活動が求められる。

心の健康づくりについては、地域の行政機関であるセンターが第 1 次予防、第 2 次予防、第 3 次予防を明確に位置づけ、検診システム、早期発見・早期治療、リハビリテーション、健康づくり、次世代予防など、新たな問題を敏感に察知した実践的で柔軟な開発力が望まれる。一方で、精神保健福祉センターは、相談機関としての第 3 者的な柔軟で広い視点から構造的に地域を捉え、公的役割と民間活動、市民活動を橋渡し、多様な人々の間をつなぐインタープリターとして、時代に合わせた活動が求められる。また、そこでは、生物・心理・社会の 3 次元や ICF などの構造的整理をしながら、心の健康を柱にした人づくり、地域づくり、街づくりの拠点として、多様で幅広い情報を発信基地としての機能が求められる。そして、柔軟な活動、社会貢献を目的的に行う活動が求められる。今後、精神保健福祉に関するニーズはますます増大すると思われる。そこで、精神保健福祉センター職員 1 人の研究発表を精神保健福祉センター機能として活用する、また 1 つの精神保健福祉センターの研究活動を全精神保健福祉センターが共同利用し、各地の精神保健福祉センターでの研究や実践を羅針盤として活用し、わが国全体の精神保健福祉の質の向上、社会貢献が求められる。例えば、今までの精神保健福祉センター協議会の研究発表は、内輪の発表会で終始していた。今後は、研究発表をデータベース化し、広く情報を公開し、研究結果を各地で活用できる事が望まれる。また、国立精神保健研究所は、全国の精神保健福祉センターの情報活用をサポートする機能、世界規模の精神保健福祉情報を各精神保健福祉センターが活用できる支援が望まれる。そして、各地の精神保健福祉センターでは、多様な情報をリアルタイムに活用できるインターネット・センター機能、各種情報を全国規模で積極的に活用できるシステムの構築も求められるのではないだろうか。

平成14年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
「都道府県・市町村における精神保健福祉施策の充実に関する研究」
分担研究
「精神保健福祉センターの業務のあり方に関する研究」
分担研究報告書

発行 平成15年3月
発行者 精神保健福祉センターの業務のあり方に関する研究
桑原 寛(分担研究者)
連絡先 神奈川県精神保健福祉センター
〒233-0006 神奈川県横浜市港南区芹が谷2-5-2
TEL : 045-821-8822
FAX : 045-821-1711

教職員のための手引き

学校における精神保健に関する健康相談

—児童・生徒のこころの健康支援のために—

はじめに

今日、学校保健の領域においては様々な課題がありますが、その中でも児童・生徒のこころの健康問題は、きわめて重要な課題であり、その対応の必要性が言われるようになりました。しかし、それに対して十分な取り組みがなされているとは言えず、こころの健康教育やスクールカウンセラーの配置などを通してようやくその緒についたところに過ぎません。そして学校医のほとんどは精神科医ではないため、学校では精神保健、精神疾患、精神科医療などに関する情報が十分にあるとは言えない状況にあります。また、こころの健康への不安や精神疾患への対応については、学校における関わりに加えて相談機関や医療機関との連携が求められています。

平成13年度の厚生科学研究において、京都市および仙台市において中学校・高等学校における精神保健ニーズを調査したところ「不登校」「対人関係の問題」「いじめ」「摂食障害」「家庭内暴力」「被虐待生徒」など様々なニーズが明らかとなりました。また、対応に困難を感じた事例として、「不登校事例」や「行動化が激しい事例」だけでなく、「相談・医療機関を紹介しても本人・家族の理解が得にくい場合」が多くあげられました。さらに、今後の取り組みに関する意見として、精神保健について教職員への研修、学校と関係機関との連携とネットワークづくり、相談機関・医療機関に関する情報の提供、こころの健康や精神科医療に関する保護者への啓発活動などがあげられました。一方、プライバシー保護については、学校と関係機関との間に認識の違いがあり、連携を進める上で、この点を考慮しておく必要があると考えられました。

そこで、平成14年度はこのような現状を踏まえて、研究班として子どものこころの健康と発達、ストレスと精神疾患、精神疾患の概要、健康相談の実際、関係機関への連絡調整と紹介、精神科医療や社会資源に関する情報提供、プライバシー保護について、教職員のメンタルヘルスなどを盛り込んだ健康相談の手引きを作成することとしました。執筆者はすべて現在精神保健福祉の現場で相談や診療に携わっている者ばかりです。本手引きは、学校で健康相談を行う教職員の方々に少しでも参考になることを考えて作成したものであり、児童・生徒のこころの健康づくりに寄与することができれば幸いに思います。

**巻末にアンケート用紙があります。ご感想やご意見があれば是非お寄せください。今後の改訂の際、参考にさせていただきます。

平成15年4月

編者として

山下 俊 幸

目 次

はじめに

基礎編

第1章 子どものこころの健康と発達	1
第2章 ストレスとこころの健康	4
1 ストレス社会の子ども	
2 ストレスを受けやすい子ども	
3 ストレスと精神疾患との関係	
第3章 児童期・思春期の子どもの示す情動のおよび行動的の意味	8
第4章 児童期・思春期にみられる精神障害の例	10
1 発達障害ーアスペルガー症候群	
2 注意欠陥多動性障害	
3 不安性障害	
4 摂食障害	
5 被虐待症候群	
6 機能性精神障害ーうつ病, 統合失調症ー	
7 薬物濫用	

実際編

第5章 健康相談の実際	14
1 相談にあたって	
2 生徒からの相談	
3 保護者からの相談	
4 保護者や子どもの理解が得にくいときのかかわり	
第6章 相談機関・医療機関の紹介と調整	26
1 学校内における連携	
2 関係機関との連携	
3 関係機関との連絡調整にあたって	
4 関係機関（精神保健福祉センター, 保健所, 診療所・精神病院など）の役割	
5 地域ネットワークの役割	
ー学校精神保健と地域精神保健・医療・福祉のネットワークー	

第7章 精神科医療の概要	4 1
1 通院医療	
2 入院医療	
3 精神保健福祉法における入院	
4 リハビリテーション	
第8章 精神保健福祉に関する社会資源の紹介	4 3
1 社会復帰施設など	
2 居宅生活支援事業	
第9章 児童・生徒の個人情報の扱いについて	4 5
1 プライバシー保護の重要性	
2 学校と関係機関との考え方の違い	
第10章 教職員のメンタルヘルス	4 7
参考資料	
参考文献	5 0
都道府県・指定都市精神保健福祉センター連絡先	5 1
ICD-10 第5章 精神および行動の障害 (F00-F99)	5 3
アンケート用紙	5 6

基礎編

第1章 子どものこころの健康と発達

学校における精神保健を考える上で、子どものこころの一応の発達の目安を知っておくことは重要です。

今、目の前にいる子どもたちが、どのような発達段階にあり、また、どのような課題を有しているのかを理解しておくことは、日常の学級運営においても大変有用ですし、もし、困難を呈している子どもがいるとしたら、その子どもの状態は正常発達の枠の中にあるのか否かを考える上でも参考になります。

子どもは身体的にも精神的にも発達しつつある存在であるということが成人とは大きく異なっています。

発達の順序は原則として一定であると言われていますが、発達の速度や緩急には個人差があり、一時的に成長が止まったり幼児返り(退行)したかのように思えることもあります。また、何らかの事情でその年齢に応じた発達課題を達成できないまま経過した場合、後になって困難を呈することもあります。

こころの健康と発達には、「認知機能」、「知能」、「言語」、「自我発達」、「社会適応」等、種々の要素が関係しています。

通常、各要素は平行して発達することが多いのですが、ある局面の遅れがあったから単純に異常と考えることは出来ません。

以上のように、全体的な発達の度合いは、横断的な観察からでは捕らえにくく、ある一定期間観察して初めて捕らえられるものです。

下記に、年齢に従って発達の一応の基準を示します。

- (1) 新生児期(0~1ヶ月)
- (2) 乳児期(1ヶ月~1才)
- (3) 幼児期
 - 1) 幼児期前期(1才~3才)
 - 2) 幼児期後期(3才~6才)
- (4) 学童期(6才~12才)
- (5) 思春期・青年期
 - 1) 前思春期(概ね10才~12才、小学生高学年)
 - 2) 思春期前期(概ね12~15才、中学生)
 - 3) 思春期中期(概ね15才~18才、高校生)
 - 4) 思春期後期(概ね18才~22才、大学生)
 - 5) 後期思春期(概ね22才~30才、ヤングアダルト)

(1) 新生児期(0~1ヶ月)

出産は、胎児にとって、子宮という快適な環境を出て肺呼吸を始める苦痛に満ちた体験とされています。人間の新生児は、受け身的な存在で養育者の世話を受けずに生命を維持することは出来ません。しかし、母親の臭いを識別したり、光を迫視するなど、新生児は既にかかなりの能力を有していることがわかっています。

(2) 乳児期(1ヶ月~1才)—母子関係の成立—

乳児は、泣き声、表情や仕草で快不快を表現し、これに対し母親は、あやす、授乳をする、おしめを替えるといった世話をします。母子間のコミュニ