

## 別添資料 1

### 精神保健福祉センターの業務のあり方に関する質問紙調査

へのご協力をお願い

全国精神保健福祉センター長会  
役員 各位

拝啓

日頃より大変お世話になっております。日ましに寒さがつのりつつありますが、先生におかれましては益々御元気でご活躍のこととお慶び申し上げます。

さて、地域精神保健福祉にかかる平成14年度体制が動き出して既に一年半が過ぎましたが、平成15年度は、政令指定都市となったさいたま市精神保健福祉センターも含め全国62のセンターが出そろふことになりました。

私たちは、こうした地域精神保健福祉体制の大変革期を迎え、厚生労働科学研究障害福祉総合研究事業「都道府県・市町村等における精神保健福祉施策の充実に関する研究（主任研究者中島克己）」の分担研究として、3カ年計画で「精神保健福祉センターの業務のあり方についての研究」にとりくんで参りました。

平成13年度は、全国の精神保健福祉センター及び主管課に対し、過去、現在、将来にかかる業務の取組状況に関する質問紙調査を行いました。また、平成14年度は、特徴的な事業展開をしている精神保健福祉センターの、管内民間団体、市町村担当者、保健所等の関係者から、ユーザーの立場からみた今後のセンター業務のあり方についてグループインタビュー形式で聞き取り調査を行い、そのとりまとめ結果については報告書として既にご報告申し上げます。

最終年度である平成15年度は、先般、全国精神保健福祉センター長会総会でご報告申し上げた研究計画案に従い、センター管轄人口、面積や職員数などの要因も考慮しつつ、法定業務と新たなニーズへの対応・精神保健相談業務をも含む従来業務とのバランス、都道府県型センター及び政令指定都市型センターの役割・機能の差異などについて調査を行い、過去2年間の研究成果と併せて、精神保健福祉センターの業務のあり方、担うべき役割について総括を試みる予定であります。

つきましては、先生におかれましては御多忙中のところ、誠に恐縮ですが、下記の質問項目についてどのようにお考えかを、自由記載方式にて12月12日までに御回答賜りたくお願い申し上げます。

皆様から頂いたご意見につきましては、匿名化をして整理し、全国の精神保健福祉センター長にご報告をさせて頂く所存であります。何卒よろしくご理解ご協力のほどお願い申し上げます。

敬 具

平成15年11月12日

神奈川県精神保健福祉センター  
桑原 寛  
東京都立多摩総合精神保健福祉センター  
川関 和俊  
京都市こころの健康総合センター  
山下 俊幸

## 補完的アンケート調査の質問項目一覧

以下の質問項目について自由記載形式でご意見を下さい。

- 1) 平成 13 年度調査結果についてどのような感想をお持ちですか
- 2) 平成 14 年度の調査対象センターは、いずれも管内人口が多く、職員数の多いセンターでした。貴センターの実情を踏まえて本調査結果を見た場合、どのような感想をお持ちですか。
- 3) 貴センターでは以下の諸領域にかかる課題としてどのようなものがありますか。
  - ア) 精神医療分野
  - イ) 精神保健分野
  - ウ) 精神福祉分野
  - エ) その他
- 4) 上記の各分野における課題解決に向けた取り組みとしてどのようなことをされていますか。
- 5) 管内人口、面積、その他、様々な環境要因との関係で、①事業展開上恵まれている点、②有利な点などがあればお教え下さい。
- 6) 現行職員数との関係で、貴センターでの業務運営に何か支障が生じていますか。また、そうした支障は、どのような業務で顕著ですか。
- 7) 上記の課題解決に向けて、今後、必要とされるセンターの役割や必要な組織体制についてはどのようにお考えですか。
- 8) 法定業務と災害精神保健や自殺防止その他の新たな地域ニーズへの対応も含めた従来業務(いわゆる 7 本柱)との取り組みのバランスについてはどのようにお考えですか。
- 9) 公民協働での新たな地域づくりに向けたセンターの役割についてはどのようにお考えですか。また、現在、貴センターが精神保健福祉協会その他の既存の民間団体や新たな民間団体への委託事業、補助事業などと係わりがある場合は、その事業内容についてご教示下さい。
- 10) 貴センター管内には市町村合併に向けた動きがありますか。ある場合、今後のセンター業務運営に及ぼす影響についてはどのようにお考えですか。
- 11) 貴センターでは他部局施設との合築・連携などの動きはありますか。また、こうした動向についてはどのようにお考えですか。
- 12) その他、日頃、お考えのことがあればご記入下さい。

以上で、質問項目はすべて終了です。ご協力有り難うございました。

## 別添資料 2

### 精神保健福祉センターの業務のあり方に関する アンケート調査の結果（概要）

全国センター長会の理事会役員で、県内に指定都市のない県型センター所長という条件を満たす下記の方々に、自由記載方式によるアンケート調査への協力を依頼し、全員から回答があった。その概要を質問項目別に示すと下記の如くである。<sup>2</sup>

回答者：岩手県精神保健福祉センター	北島 顕浩
山形県精神保健福祉センター	有海 清彦
富山県心の健康センター	數川 悟
岐阜県精神保健福祉センター	大重 頼三郎
山口県精神保健福祉センター	河野 通英
高知県立精神保健福祉センター	山崎 正雄
鹿児島県精神保健福祉センター	富永 秀文

以下の質問項目について自由記載形式でご意見を下さい。

#### 1) 平成 13 年度調査結果についてどのような感想をお持ちですか

- ・現在のマンパワーに照らし合わせると業務を限定せざるをえない。重要でかつセンターでなければ出来ない（必要最低限の）業務を取捨選択していくしかない。
- ・本課サイドの現場に対する認識不足があるが、センター側の自己PRの仕方にも問題があるのではないか。これからはセンターもコスト管理・効率性 等を求められると思われるので、いわゆる plan-do-see (check) といった評価を踏まえながらの事業展開が必要であり、外部への積極的なPRも必要になってくる。
- ・現在のセンターは、サービス機関として重きを置くのか、行政機関として重きを置くのかが明確でない。ますます中途半端な機関になっているのではないか。
- ・主管課との認識のズレに関しては、センターを「純粹の行政機関」と考えるか、行政機関であるが、ある程度独立した第3者機関とみるかの違いがある。
- ・いっそう各センターの違いが出てきている。業務の多様化、精神保健の領域の拡大で、責任は重くなっているがマンパワーが少ない。
- ・「お役所仕事」と現場に密着した支援をいかに結び付けていくかがセンターの役割。
- ・センター業務の実施状況に関しても、主管課との軋轢があるという点では同様である。
- ・人員増が見込めないことから電話相談を制限。調査研究は行う余裕がない。技術支援は今後減らすことが可能。
- ・相互連携の必須は主管課と保健所で、ついで地域生活支援センター。
- ・主管課と頻回に連絡を取る。しかし、企画調整・立案を全て任された場合、現在の人員では立ちゆかない。

#### 2) 平成 14 年度の調査対象センターは、いずれも管内人口が多く、職員数の多いセンターでした。貴センターの実情を踏まえて本調査結果を見た場合、どのような感想をお持ちですか。

- ・コーディネーター役となり他の機関（医療機関、社会復帰施設、市町村、学校保健、産業保健など）を旨く纏めていければよいと考えている。

<sup>2</sup> アンケート調査結果の詳細については、平成 15 年度分担研究報告書「精神保健福祉センターの業務のあり方に関する研究」参考資料 1 として所収

- ・人口の多さ、職員数の多さ、資源の質の差。
- ・管内人口が少なく、職員数も少ない当県ではさまざまな役割期待がある。特色ある業務を行なうためには、また県内の精神保健福祉を充実させていくためには、より意識的にセンター以外の諸機関、団体、組織との有機的なつながり、協同が必要。コーディネート機能が規模の小さいセンターの場合にはより重要となってくる。
- ・違った組織の考えと報告。

3) 貴センターでは以下の諸領域にかかる課題としてどのようなものがありますか。

#### ア) 精神医療分野

- ・平成11年度からデイケア以外の外来診療を中止。精神科デイケアも平成14年度中止。
- ・精神病院の万対病床数が多い。平均在院日数が長い。治療の質のバラツキが大きい。
- ・神科救急医療、精神医療分野とのつながりは不十分。  
通常措置診察でも指定医の確保や受け入れ病院の確保が困難。地域医療資源の中央集中化の傾向。交通の便が不便なため、通院するに経済的、肉体的な負担。薬物依存や人格障害、思春期問題に対する専門医療が不十分。
- ・高次機能障害の対策
- ・県立病院併設の精神科病棟。精神科救急情報センターや夜間休日当番病院は精神病院協会に全面的に依存の状態。
- ・センターでは、精神科医としての臨床感覚を極端に落とさないですむ診療の継続が困難。

#### イ) 精神保健分野

- ・郡部では精神障害に対する偏見が根深く存在する。
- ・新しく登場してくるテーマ（ひきこもり、自殺等）への効果的取り組み
- ・保健所の統廃合などを受け、市町村における保健活動が後退。
- ・病的賭博、自殺。統合失調症、アルコール依存症以外の予防活動が不十分。当事者活動の活性化が乏しく、保健所や保健センターでは、当事者の意向確認が重視されていない。
- ・教育委員会を主たる対象としたCRT（クライシスレスポンスチーム）活動。
- ・精神疾患以外の領域での新たな課題への対応を含む、多様な相談支援体制が必要。

#### ウ) 精神福祉分野

- ・精神科デイケアは出来れば復活したい。
- ・重要な福祉施策の実施が精神病院協会に全面的依存。社会復帰施設の運営主体が医療法人に偏っている。障害者のニーズにそった対策が進められるよう、本課に積極的にアドバイス。
- ・リハビリテーションへのセンターの関与のあり方。
- ・地域偏在と活動内容の充実が課題。
- ・入所型知的障害者施設が精神障害者の退院先。  
三障害合同の地域支援となるとなかなか本腰を入れることができない。
- ・地域精神保健・医療・福祉施策の計画推進のモニタリングが必要。
- ・地域支援体制の統合モデルづくり（フォーマル、インフォーマル）が必要。
- ・障害者ケアマネジメントについて、“双方向性”の研修と実践が必要。

#### エ) その他

- ・企画立案の実効的な行政施策への反映。
- ・先見的な研修の提供。

- ・医療・保健・福祉の横のつながりが不十分。医療サイドにおけるヒエラルキーが強く、保健・福祉サイドから対等にものが言えない状況がある。
- ・審査・判定業務が全てセンターに降りてきている。

4) 上記の各分野における課題解決に向けた取り組みとしてどのようなことをされていますか。

- ・ニーズ調査、精神病院協会、大学、社会復帰施設等の職員も入った「精神保健福祉対策会議」の開催。
- ・保健所支援の強化、保健所における対処困難例への支援。
- ・学校保健、産業保健分野にも積極的に関与。学校支援課、子ども相談センター、当センターの3機関合同で年3回意見交換会。産業保健推進センターへの支援。
- ・病院協会の研修会の開催。
- ・民生委員へのアンケート、研修会「精神保健の考え方」の講演(福祉サイドとの連携)。医療機関が患者さんを抱え込まないように指導していく。
- ・検討ワーキンググループへの参画。事業そのものには直接タッチしない。
- ・既存事業の中での重点的、意識的な取り組み。
- ・医学教育における公衆衛生的な理解や人間教育。さまざまなニーズに対応できる専門家を育てる必要。指定医や医療機関に対しては、協議会や連絡会などを通じて、地域精神保健福祉への理解と協力を求めて行政施策に結び付ける。一部地域では、地域の医療機関や保健福祉関係機関、市町村を含めた会議を定期的に行う。
- ・直接的に出向。センターはコーディネート機能を発揮し、地域にある資源をつないだり、他の地域で元気に活動している人や機関をつないだりしている。
- ・教育研修のあり方の工夫。当事者の能力を信じ、当事者の意思を確認しながらの支援。
- ・ケアマネジメントの普及。

5) 管内人口、面積、その他、様々な環境要因との関係で、①事業展開上恵まれている点、②有利な点などがあればお教え下さい。

- ・交通の便が悪い。離島。有利な点として社会復帰施設が多い。
- ・地勢的に小さくまとまっていて、例えば保健所へはいずれも1時間で行くことができる。平成6年に「富山県の精神保健元年」と称し、事業拡大。その追い風の影響下にある。
- ・管内人口、特に市町村が小規模であるために顔をあわせてのつながりが作りやすい。
- ・広い面積、少ない人口密度ということで、相談数が増大しない  
都市型の問題が少ない。病院との関係が比較的円滑。小さなコミュニティがまだ農山村や漁村には残存しているので、住民ぐるみの地域支援が円滑に行える場合もある。
- ・管内の人口が分散して、中核都市がないためモデル的事業の企画が困難。一方、小都市が多く、それぞれの圏域では互いに顔の見える連携がとりやすい。

6) 現行職員数との関係で、貴センターでの業務運営に何か支障が生じていますか。また、そうした支障は、どのような業務で顕著ですか。

- ・知的障害者更生相談所が併設、マンパワー不足を痛感。
- ・企画立案部門と研究部門がおろそか。
- ・14年度移管業務の負担。
- ・法定業務(審査判定)に、時間や手間がかかり、地域精神保健福祉へのかかわりが不十分になりがち。また、思春期、ひきこもり、薬物依存、人格障害等、精神科医療機関があまり積極的にかかわらない分野の相談が増えると、少ないスタッフではまわらなくなってくる。

- ・地域にでの直接活動がやりづらくなった。とくにケアマネジメント推進事業。
- ・審査・判定業務のセンター移管に伴い、人員対業務量のアンバランスによる支障が出ている。また、職員の新しいことにチャレンジする意欲を低下させたことは大きな損失。

7) 上記の課題解決に向けて、今後、必要とされるセンターの役割や必要な組織体制についてはどのようにお考えですか。

- ・医療審査会や手帳等の判定業務の移管にあたっては、マンパワーについて言及されていないため従前の職員数で新しい業務も行わざるをえなくなっている。
- ・職員を増やしてもらい、課制をとり、実務部門と精神保健福祉の施策を考える企画、調査、研究部門に分けるべきである。
- ・マンパワーの増加、技術職員の資質向上、審査会事務の真の第三者機関への移管。
- ・センターの役割は、あくまで地域精神保健福祉の充実のためのコーディネート機能が第一であると思われる。地域の体温を適切に伝え、行政施策につなげるためには、センターにはあまりに多くの業務が課せられている。  
情報分析等の機能を持った研究機関や審査判定機関、すきま的な医療相談・診察をできる機関などを少人数のセンターに凝縮して持たせるのには無理がある。
- ・センターのマンパワーを全ての分野に均等配分するとどれも不十分になるため、いくつか重点化せざるをえない。

8) 法定業務と災害精神保健や自殺防止その他の新たな地域ニーズへの対応も含めた従来業務(いわゆる7本柱)との取り組みのバランスについてはどのようにお考えですか。

- ・精神保健福祉に関する中核的なサービス機関、従来業務を積極的に展開すべきであって、法定業務はあくまで過渡的な業務。精神科医療機関の監査指導等で行政機関として明確な位置づけ。
- ・災害精神保健。
- ・自殺防止、重点の置き方や軸足の位置をずらすような対応。
- ・バランスは、すごく悪くなっている。
- ・主管課との意志疎通の改善。
- ・法定業務の中の審査判定業務は、必須だが“センターらしさ”が生きる業務ではない。

9) 公民協働での新たな地域づくりに向けたセンターの役割についてはどのようにお考えですか。また、現在、貴センターが精神保健福祉協会その他の既存の民間団体や新たな民間団体への委託事業、補助事業などと係わりがある場合は、その事業内容についてご教示下さい。

- ・平成14年度に精神保健福祉ボランティア連合会を組織。
- ・公民のネットワークの要。
- ・精神保健福祉協議会の事務局。
- ・精神保健福祉協会とは研修会の共催、アドバイザー的役割。他の団体とは、必要に応じて情報や助言の提供をし、いわばつかず離れずの関係にある。
- ・精神保健福祉協会、社会福祉協議会などと積極的に業務連携。医療従事者への現任研修やボランティア支援、住民活動支援。行政機関や施策だけではできない住民を中心としたネットワーク作り、地域づくりをおこなっている。
- ・精神保健福祉協会事務局。バレーボール大会。精神障害者地域生活支援センター支援。
- ・精神保健福祉協会に、本庁主管課、大学病院、センターとの連携による専門職の草の根ネットワーク「県アディクション研究会」の創設と、協働での事務局運営。協会主導で、学校での危機状況等に対応するCRT(クライシスレスポンスチーム)を創設。責任者がセンターへと異動

したことを契機に、協会による「民間事業」から県と協会の「官民協働事業」へと位置づけが変わった。

10) 貴センター管内には市町村合併に向けた動きがありますか。ある場合、今後のセンター業務運営に及ぼす影響についてはどのようにお考えですか。

- ・当県は市町村合併が活発。2005年までに合併しないと表明した市・村は各1箇所しかありません。市町村合併により数が少なくなる分同じ市町村を支援する回数が増え、色々な事業に援助できるのではないかと思います。
- ・市町村合併で、障害者にとって市役所や役場が遠くなり、身近なサービスを受けにくくなるというデメリットが生ずる。
- ・具体的な枠組みは確定していない。市町村保健師との連携はやりやすくなる。
- ・進行中。保健所がどう変わるかが問題。しかし、基本的には大きな影響はなく、技術援助、研修の充実を図ることであろうと考えている。
- ・特に市町村合併では動いていない。
- ・まだありません。
- ・H15年度に合併市が誕生し、保健所の統廃合と市町村の役割にかかる課題の顕在化が予想される。

11) 貴センターでは他部局施設との合築・連携などの動きはありますか。また、こうした動向についてはどのようにお考えですか。

- ・知更相が身更相と合併。当県では、単独施設となった方がメリットがある。
- ・児相、婦人相談所などと合築できれば連携もとりやすいと思われれます。
- ・ない。メリットよりはデメリットを多く耳にする。
- ・特に動きはない。単に、合理化を求めてのものでなく、協同して事業展開するためのビジョンがあるものであれば望ましい。
- ・統合によって活動が行政的に制限された感じがある。特に総合センターの所長から三障害合同の課題をよく言われ難儀する。一般事務職の総合相談センター所長の方針と必ずしも一致するとは限らない点が辛い。
- ・施設の建て替え、移転で、施設の使い勝手が悪くなり、センターの機能が低下するものと考えられる。保健所との併設案もあるが、双方のアイデンティティを喪失させてしまうため避けるべき。

12) その他、日頃お考えのことがあればご記入下さい。

- ・精神保健福祉センターで働きたいという医師が少ない。平成14年度以降その傾向が増強。センターが魅力ある機関になるよう努力していかないといけない。
- ・センターは対人保健サービス部門、特に臨床部門を切り離すべきではない。
- ・行政直結の体制が、都道府県センターの業務の進め方に悪影響。14年移管業務とあいまってセンター全体がより「役所」化することが心配。
- ・県庁に足繁く出かけ、認識を共有する努力が必要。

## 別添資料3

# 精神保健福祉センターの業務のあり方に関する座談会

日 時：平成 15 年 11 月 29 日

場 所：東京国際フォーラム

### 午前の部：座談会開催にあたっての予備的報告<sup>3</sup>

- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| (1) 平成 13,14 年度研究の概要           | 桑原 寛  |
| (2) 補完的アンケート調査及び座談会参加センターの位置づけ | 桑原 寛  |
| (3) 精神保健福祉センターの構造的役割           | 高畑 隆  |
| (4) 政令指定都市型センターの類型化の試み         | 山下 俊幸 |
| (5) 公民協働での地域づくりに果たす役割について      | 天野 宗和 |

司 会：東京都立多摩総合精神保健福祉センター 川関 和俊

出席者：宮城県精神保健福祉センター	白澤 英勝
愛知県精神保健福祉センター	関口 純一
京都市こころの健康増進センター	山下 俊幸
大阪市こころの健康センター	古塚 大介
北九州市精神保健福祉センター	南川 喜代晴
埼玉県立精神保健総合センター	天野 宗和
埼玉県立大学保健医療福祉学部	高畑 隆
神奈川県精神保健福祉センター	桑原 寛
国立精神・神経センター精神保健研究所	竹島 正

### 午後の部：精神保健福祉センターの業務のあり方に関する座談会

テーマ：都道府県および政令指定都市センターの役割・機能の相違と相互連携のあり方  
公民協働で行う新たな地域づくりに果たすセンターの役割

司 会：神奈川県精神保健福祉センター 桑原 寛  
埼玉県立大学保健医療福祉学部 高畑 隆

出席者：宮城県精神保健福祉センター	白澤 英勝
愛知県精神保健福祉センター	関口 純一
京都市こころの健康増進センター	山下 俊幸
大阪市こころの健康センター	古塚 大介
北九州市精神保健福祉センター	南川 喜代晴
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	川関 和俊
埼玉県立精神保健総合センター	天野 宗和

<sup>3</sup>座談会午前の部の記録および資料は、平成 15 年度分担研究報告書「精神保健福祉センターの業務のあり方に関する研究」参考資料 2-1 として所収



## 精神保健福祉センターの業務のあり方に関する座談会（午後の部）

テーマ：都道府県および政令指定都市センターの役割・機能の相違と相互連携のあり方  
 公民協働で行う新たな地域づくりに果たすセンターの役割

司 会：神奈川県精神保健福祉センター  
 埼玉県立大学保健医療福祉学部

桑原 寛  
 高畑 隆

出席者：宮城県精神保健福祉センター  
 愛知県精神保健福祉センター  
 京都市こころの健康増進センター  
 大阪市こころの健康センター  
 北九州市精神保健福祉センター  
 東京都立多摩総合精神保健福祉センター  
 埼玉県立精神保健総合センター

白澤 英勝  
 関口 純一  
 山下 俊幸  
 古塚 大介  
 南川 喜代晴  
 川関 和俊  
 天野 宗和

桑原： 午前中は、関連資料のプレゼンテーションを中心に簡単な意見交換を行いました。これから座談会を開始させていただきます。本日は、「都道府県および政令指定都市センターとの役割・機能の相違と相互連携のあり方」と「公民協働で行う新たな地域づくりに果たすセンターの役割」についてご意見を頂きたいと考えております。新たな地域課題や地域ニーズに対応するためにも保健医療と福祉サイドの連携の必要性が指摘されています。南川先生は児相に兼務されていますが、児相はまさに福祉領域の機関です。いずれにしても、福祉サイドとの連携とか全国センターの連携、それから国機関との連携という課題は今後ますます重要になるだろうと考えております。しかし、現状では、私達は、国立精神神経センターの活動について十分に知っているとはいえませんし、市町村との実際的な連携についても今後の課題という状況です。その意味では私達には、まず行政機関同士の連携なり協働の体制をどのようにして整えていくのかという課題があるわけですが、本日は、もう一步進んで「公民協働」についても、皆様からご意見を頂けると有り難いと考えております。

さて、具体的な方法ですが、私と高畑先生とで司会をさせていただきラウンドテーブルディスカッション形式で相互の意見交換ができればと考えております。主な論点をざっとあげてみますと、まず、平成14年度以降センターで取り扱うことになった新しい法定移管業務、現在、全国のセンター長会でも継続的に審議しているテーマがあります。この新たな業務と従来からの業務とのバランスをどうとるかといった問題が一つあるかと思えます。さらに、この従来の業

務についても新たな課題がどんどん出てきています。例えばPTSD対策の問題や、地域におけるうつ病、自殺予防対策、その他の新たな課題が次々に出てきていますが、センターはこれらの課題にどのように関わり、多様化する業務運営上のバランスをどのようにしてとっていくのかという問題がありますし、直接サービスの業務の位置づけをどう考えるかということも大変重要な課題ではないかと思えます。それから、この度、市町村が精神障害者の福祉サービスを行うようになったということで、地域ではものすごく大きな変化が生じてきています。このことについては、指定都市センターの方々は、少し違った感想をお持ちかもしれませんが、都道府県型センターの場合は、管内の関係機関の役割分担の見直しを含めて、改めて新たな地域体制の組み立て直しをしなければならないわけで、この課題も、意見交換の際のポイントではないかと思っています。

それと、地域精神科医療については、さきほどの山下先生の資料でも、広域の課題としてあげられていましたが、精神保健に関する知識の普及啓発が次第に浸透してくるなかで、地域の精神科プライマリケアの提供体制の組織化ということが大きな課題になってきているということもありますが、精神科プライマリケアへのアクセスをどのように改善しうるかということや、精神科24時間救急医療体制の中でのプライマリケアをどのように位置づけ整備していくのかということも行政的には大きな課題ではないかと思えます。すなわち、警察官通報などのハード救急だけではなく、一次、二次的なソフト救急への対応まで考えると、市

町村あるいは二次医療圏単位での精神科医療体制の整備が問題になってきます。今や、超高齢化社会の到来によって、保健と医療と福祉との統合化されたトータルケアを地域住民に提供しうる仕組みづくりが求められています。もはや、狭義の精神保健の問題だけをやっている時代ではない。今回は市町村における地域福祉の課題ということが新たに入ってきましたけれど、おそらく今後は地域医療ニーズがより大きくなってくるとおられます。そして、センターはこのニーズにどう対処していくのかということも大きな課題ではないかと思っています。

その他、テーマ毎にみますと、高齢者対策、それから山下先生が、厚生労働科学研究の分担研究として本研究と併行して、別途、検討されている思春期・青年期の問題では教育庁との兼ね合いの問題ですね。それから就労支援も課題としてあるのかなと思います。以上のようなことを念頭に置きながら、市町村時代における今後の精神保健福祉センターの業務のあり方について、皆様のお考えをお聞かせいただきたいと思えます。

また、都道府県センターを従来型センターだとすると、政令指定都市型センターは新規のセンターといえます。新規の指定都市型センターは非常にフットワークもいいですし、動きがスピーディーで、エネルギーもあって新たな課題にどんどんチャレンジしています。その意味で、従来型の都道府県型センターの我々が教えていただくことがたくさんあります。逆に、従来型センターはそれなりの歴史と伝統があってノウハウも持っています。そのように、お互いの立場から見て、政令指定都市センターのメリット・デメリット、都道府県型センターのメリット・デメリットは何かについてもご意見をいただくと有り難いと思っています。そして、そのことをふまえて、両タイプのセンター相互の連携のあり方とか、あるいは本庁との関係などについても話題にできればと考えております。

それでは、これから、実際の討論に入るわけですが、お一人ずつ順番にご意見を戴きながらまず一周致しましょう。その後で、相互の意見交換をするというやりかたでどうでしょうか。テーマが多岐にわたりますので時間が足りないかもしれませんが、今、私が申し上げたようなことを念頭に置きながらご発言戴ければと思います。メインは都道府県型センターと政令指定都市型センターの機能・役割の違いと連携ということでお話いただきたいと思えます。ということで、トップバッターをどなたにするかということなんですけど、・・・南川先生からお願いしていいですか？

南川： それでは、簡単に北九州のセンターの説明をさせていただきます。北九州のセンターは大都市特例で平成9年に設置されました。他のセンターと違うのは

元デイケアセンターという、臨床の課組織を改組して作ったということです。職員もそのまま引き継ぎました。臨床やっていた職員が行政組織といえますか、センターの仕事をやるということで当初は職員間に臨床もやりたいという思いが非常に強くて、先ほどでました直接サービスのところをやるんだと。しかし、あえて、直接サービスをしないというふうにしました。具体的には、センターへの市民からの相談は、原則として想定しないという形でスタートしました。市民からの相談窓口は、区の、当時は保健福祉センターと言ってましたけれども、そこで受ける。精神保健福祉センターの職員は区に出向いて、そこで窓口の職員と一緒に相談を受ける。できるだけ市民に身近なところで問題を解決するというスタイルを取りました。

それともう一つ違うのは、デイケアをしなかったということです。デイケアセンターを廃止するときに、市内では医療機関7ヶ所でデイケアをやっていました。民間と競合するようなことを役所がやっても仕方ないということで、デイケアをやめました。そのときに職員が不安がったのは、自分たちの力量をどこで担保するのか、それは臨床の場しかないんじゃないかということでした。ただ、もう臨床ではないのだと、行政機関なのだから、行政にいる専門家としてのやり方があるだろうということで押し切ったような形でスタートしました。

次に、センターの特色をどう出すかということです。他の政令都市は違うかもしれませんが、北九州市は、平成8年度からの大都市特例で業務が移管されるまで精神保健についてはほとんど議論をしていなかった。それで、とりあえず目の前にある問題について議論をしなければいけない。それも行政内部だけでやっても仕方ないだろうということで、外部の方たちも含めて委員会を作って、就労支援とか薬物対策、痴呆対策などについて検討して、事業化していくというやり方をしてきています。つまり、精神保健福祉センターで議論をして施策化していくという企画立案の部分の一つの柱にしてきました。

また、元々デイケアセンター、臨床から始まったということで、職員に医者が私を含めて4人、いましたので、当初は、区や地域への対外的な技術支援を医者が中心となってやりました。区の保健師たちが求めていたのは、医学的判断のところでしたので、それなりに一定の効果を上げたのかなと思います。ただ技術支援のところ、区が期待するのが精神科医の技術支援だけになってしまうという偏った状況になったものですから、2年程前から、他の専門職にも区を担当させて、技術支援に積極的に出て行くということにしています。まあそれまでもOTとかサイコロジストとか時々区に出かけて技術支援はしていたんですけども。

福岡県にはセンターが3つあります。県のセンターと政令都市に2つ。センター長レベルでの交流はあるんですけども、職員レベルでの交流があまりありません。これは今からのテーマかなと思ってはいます。

事業について簡単に話します。就労支援についてはセンター開設当初から大きな柱の一つとして取り組んできました。北九州では就労関係の社会資源は十分ではないけれども一応は揃っていると思います。しかし、実績としてはなかなか上がっていません。事業が行政主導になりがちで、地域で就労を支援する方々がまだ十分に育っていないという状況です。思春期対策については、薬物や引きこもりの事業のなかでやっています。ただ、思春期関連の研修は来年度から児童相談所に移すことにしています。

それと、医療の部分です。先ほどの資料にあるように北九州は病床数が多いです。まあこれは九州全体的な話ですけど。これをどうするかというのは、センターだけでできる話ではありませんけれども、今、例の630調査のデータを貰ってそこら辺の分析をしています。川崎市とデータを比較してみたんですけども、北九州というか、九州の特徴は、川崎市と比べてですけども、精神科医療が地域にシフトしていないんですね。例えばPSWの1施設あたりの数を見ると、川崎市は北九州の倍いたりとか、あるいはデイケアの通所者の数、精神科の外来の数も随分違うんですね。ということで、退院後のケアのところを北九州の精神科医療も考えていかなきゃいけないんじゃないかと考えているところです。最初ですから何を話して良いかわかりませんでしたけれども、だいたいとりあえずそんなところで。

桑原： ありがとうございます。あの、一通り、ざっとそれぞれのイメージで、あまり縛られずに、今のよう形で、自由にご発言頂ければ、そのなかから共通のテーマがでてくると思います。では、古塚先生お願いできますか？

古塚： えっと…大阪市ですけども、大阪市では平成12年に精神保健福祉センターとして出来上がったんですけども、北九州市のセンターはデイケアセンターから発展したそうですが、大阪市のセンターは全く役所から、当時の市役所にあった精神保健係から発展というか模様替えをして、そこに人が増えて、一応、別の場所で出来上がったという感じです。センター設立当初から本庁機能を持ってきて精神保健福祉センターの形になっているということで、当初は異色なセンターだったと思うんですけど、同じように本庁機能を持つセンターが出来たんで、これもアリなんやなあと思ってるんですけども。そういう形で本庁機能、予算決算や議会対応それから24条等の医療や搬送で振り

回されています。直接的なサービスについては、外来診療やデイケアの機能は持っていません。一応、診療所として登録はしていますが、これは地域に出かけていって医療の必要な人に医療を繋ぐまでの、投薬をするとかそういう限定した医療が出来るような診療で、通常の外来診療は行っていません。また精神保健福祉相談も、うちのセンターでは基本的には直接的な相談はやっておらず、各24区の保健福祉センターで相談に対応しています。ただ、特定相談として思春期と薬物の相談についてはウチのセンターで原則相談をうけてます。これも各保健福祉センターからの予約制という形で、そこを通して来るケースについて特定相談をするような形にしています。また、各区の保健福祉センターの相談員は保健師出身ですので、保健師とは違うアプローチが必要な場合、医療的な判定などには、医師とか臨床心理が、また福祉的なアプローチが必要な場合には、これらの職員がなるべくうちのセンターから出向いていって、各区の保健福祉センターで相談を受けたり、自宅に出向いていって、往診、訪問という形で、なるべく現場で相談に対応するようにしています。あと、地域性がなく継続性の無い電話相談もやっています。というふうな原則直接サービスはしない形で12年のときにスタートしました。

ただ、大阪府のセンター見ていると、やっぱり専門的機関としてじっくり物事を考えて企画してやれているなと思います。ウチはとりあえず目の前に来た火の粉を払うことで精一杯みたいな形になっていて、あまりある程度長いスパンで物事を考えられない。大阪で色々新しい事業起こっていますけども、恥ずかしながらあれ全部大阪府さんが企画したものなんですよ。退院促進事業も大阪府さんが起こした事業だと思います。大阪府が一番身近にいるんで、引きずられる形で『何で大阪市せえへんの？』って言われますから、『えっ、大阪府はそんなんやるのん？』って形で慌てて1年遅れぐらいで何とかやると。ただ、まあそんな様な形なんですけども、いろんなところで大阪、大阪と言ってくれると、半分嬉しいような、半分情けないような気はしているんです。大阪府のような専門的な企画力をつけていかなあかんねやろなと思っています。それから大阪市は、ご存知のとおり精神科病床が無いというか、無いわけではないんですけど、『極めて少ない』と表現していますけれども、総合病院が5つあるだけで、全部で約200床しかないということで、精神科医療が自己完結的にできない。精神科の診療所はそこそこ大阪市内にもあるんですけども、特に入院の必要とする救急医療に関して、大阪市内だけではできない。これはもう大阪府が最大抱えている課題です。精神科救急に関して、急性期医療に関してどうしていくんだということは、調査もしていて、それこそ大阪府が主体で企画していって事業化をしていかなあかん

なあと思っているところですけども。なかなか財力が無いんで、すぐにはできないんですけども。それと正確にそれが正しいのかどうか分かりませんが、病院が無いということは、他の社会資源、医療法人が作られる社会復帰施設などの社会資源が、そこそこ数としてできてくるんだと思うんですけども、そういう事情で大阪市はそういうものがほとんど無いんです。そこで市民団体的な組織を作り上げて、社会復帰施設を作っていくとするとするんですけど、その方たちは非常に障害者支援に対する思いが強いんで、行政に声高に色々な事を言うてくれるんですけど、なかには精神障害者を支援してきた経験が少ない、いわゆる専門家が少ない団体もあって、実際難しいケースを見れる力があるか、その相談に対応できる力があるかということ、ちょっと疑問視する部分があるんです。『そんなに文句いわれながら何で組織育成せないかんの』と思う部分もあるんですが、ここで組織育成というか支援しとかなないと、バラバラになるやろなと思いつつ、まあ痛し痒しでそんなことをやっているというような状況です。

桑原： ありがとうございます。それでは、白澤先生お願いします。

白澤： …私は平成11年に宮城県センターに県立名取病院から移りました。その時の思いは、精神保健福祉センターは盲腸だと思っていました。というのは、実際の医療の現場や市町村で精神保健活動をしている時に、センターは全く見えない。あっても無くてもいいだろう、そう思っていたんですね。仙台市には平成8年から精神保健福祉センターが出来ましたので、平成13年から県は仙台市から30キロ位離れたところに移転する話があり、移転する際にセンター機能の強化が課題となり、ほぼ2年間、11年から12年にかけては新しいセンター作りをするということになりました。勿論、従来からセンターの柱となっている事業、これは基本的には継続するのですが、その他に、診療機能・デイケアなどをセンター機能に加えるということ。また、社会復帰施設の宮城県援護寮を県が設置し、県福祉事業団運営ということになっていますが、同じ敷地内に援護寮があり、その支援などなどについてです。

13年以降センターに移ってから実際的にどういうことをしたかということ、いろいろな事業がありますが、やはりセンターとしての重点をどこに置くのかということを考えなければなりません。そこで2つのことを考えました。一つは本庁に対してセンターはどのような役割を果たすべきなのか。本庁の精神保健スタッフ、これは大方が行政職ですが、大体2年、長くて3年サイクルで変わっていきます。保健福祉部を経験したこと

のある人も中にはいますが、全然関係ない産業経済部とか、そういったところから来るような人たちもいます。従来からの事業の継続はともかく、新規の事業に対して彼らには自分で施策を考えろといってもこれ無理なのではないかと。結果として精神保健福祉がなかなか良くなるということがありまして、一つは情報の集中・集積・その分析、そういった能力をセンターが飛躍的に増やさないといけない、そのためにどうしたら良いかということ、優秀な人材を確保し、本庁に対して実証的なデータに基づいて、施策化の助言なり提案をしていくこと、そういう機能があるだろうと。そこで特に我々がこの間一生懸命やったこと、折から市町村への精神保健福祉業務の移管問題等もあり、県内全市町村の精神保健が現在のどの位の水準にあるのかのアンケート調査を行い、それを総括して今後どうすることが必要かということをもとめて、それを基にして、市町村への事務移管をスムーズにやらないといけないと。それをセンター独自としての中心的な事業として掲げ、その過程で地域精神保健に関して県はどう考えるのかの見解を示すことになりました。結果的には、本庁は何をするのか、センターは何をするのか、保健所は何をするのか、市町村は何をするのかという、それぞれの役割を明確にしないと、実際なかなかうまくいかないということになり、本庁の障害福祉課と討議しながら一定の役割分担と方針づくりを行いました。また、ケアマネジメントについては3年間の事業でしたが、これも厚生労働省が相当力を入れてましたし、市町村の精神保健福祉活動をこれから質的に向上させる上でも、この事業にセンターとして積極的に取り組む必要があるということで障害福祉課と全く一体となってこれを推進しました。特に中心に置いたのが市町村にケアマネジメントの従事者等の養成について、3年間の内に全ての市町村にこの研修を受けてもらうことがです。また、ケースとしても200ケース位しないといけない、実際は200ケースまでいかなかったですが、その位行うことによってどういうニーズがあるのか、そのニーズの調査も併せてやらないといけないだろうと考えました。こうした活動を中心にやってきましたが、こうした活動を通して、少しずつ本庁との疎通性も良くなってきました。私たちの専門性を認識して頂き、十分活用する、私たちがそれに応えるという関係が段々とできてきました。新しい事業をする時はセンターと十分協議し、具体的にどう展開すれば良いのについて共通認識を持つことが必要だとうことが定着化しました。しかし、内容的にみて、例えば作業所に作業療法士を派遣するとか、就労支援員を作業所に派遣するとか、そういう事業については助言程度ですが。

その次に、去年から今年にかけて大阪府が試みた自立支援事業を、県単独事業として行うように働きかけ、

担当者と共に大阪府を視察し、宮城でも独自に取り組むこととなりました。厚生省の事業は地域生活支援センターに県が委託することとなっていますが、県内の地域生活支援センターは1ヶ所しかないので、また、大阪府の経験を踏まえ、かつ、宮城の特性を生かすとすると県単独事業として実施することになりました。今年度から開始していますが、その仕組みとかやり方については、勿論、大阪府を参考にしつつ、多くの事例にセンターが関与しているのが実情です。特に、これまで精神保健福祉協会は殆どこのような事業に関わっていませんでしたが、協会のバックアップを受け、例えば自立生活支援員は協会で雇用することにして、県内3ヶ所で実施することになりました。

それから、やはり市町村や保健所への技術支援が大事だということで、古川に移転して人員も総定員が枠が20と大幅に増えました。保健師は4名、作業療法士が2名、臨床心理士が2名、精神保健福祉士が3名という内訳です。特に保健師は地区担当制を採用しています。これは各保健所毎に担当者を決め、保健所や市町村との連携を強化し、また、センターとしての窓口や責任を明確にするということです。基本的に私はセンター職員は地域に出るべきであり、センターに呼びつけるのは駄目といっています。具体的には市町村の精神保健福祉相談からケアマネージメントのフォローアップ研修とか、そういうことも含めて保健所をかなりてこ入れする役割を果たしたと思っています。また、センターの医師は全て保健所あるいは市町村に出ないといけないと考えています。保健所嘱託医を精神保健指導医と宮城県は名付けていますが、その指導医として、これは県立精神病院の医師もですが、地域に出ることになっています。以前、このことで物議をちょっと醸したこともありましたが、というのは、センターは市町村に公平に支援するべきだ、という意見があり、特定の保健所や市町村にセンターの医師が支援するのは公平さを欠くと、従ってセンターの医師が地域に出ることは好ましくないと本庁は当初言っていました。それに対し、全部そうではない、センターもフィールドを持たないときちんとした対応はできなくなるし、フィールドを持つことはすごく大事なことだということを主張し、センターの医師も全部出ることになりました。センター医師の定員は3ですが、残念ながら今年度からセンターの医師が1人欠け、現在私1人となり、後は全部嘱託医となっていますがもう大変です。

それから、電話相談とか面接相談などは、相談件数が大幅に伸びています。特に電話相談はものすごい勢いで伸びています。相談機関はいろいろとありますが、センターでも行っており、そのため雇い上げで人員を確保しながら電話相談に対応しています。また、面接相談については、できるだけカウンセリング主体とし

た相談をしないといけない。一般的な相談をしているだけでは意味が無いだろう、センターとして心理カウンセリングをきちんとできなければいけないということですね。そうした活動をしていると、例えば、県警察本部や被害者支援センターから被害者がPTSDに陥っているので診て欲しいという要請があったり、思春期の人が大幅に増えたりとか、今やカウンセリングの方は殆ど思春期あるいはPTSD関連で占められています。アルコールそれから薬物関連相談もしていますが、希にしか来ません。また、センターの内で断酒会の例会を行っています。仮にそういう人が相談に来たり、診療に来たりした場合、断酒会とすぐに連携して行っています。

そういう意味で私はセンターは基本的に企画能力、これからのセンターは企画する能力がないと全く対応できない。2つ目に、やはり高度な診療、高度なカウンセリングを行う力をセンターが独自に持っていないと、中々対応できないこと。3つ目に、市町村や保健所と直結しているということが非常に重要だと。そうでないと、地域で何が起きているのか、どうということが課題になっているのかということが良く見えてこない。以上の3つ位を考えています。関係者への研修とか教育もそういう課題に沿った形で、従って選択していかなければならないと思います。今、殆どが思春期の問題が中心になっていますよね。また、保健所等との間では、月1回必ず相談する日を決めています。いわゆる複雑困難事例についてですが、難しいケースの相談があったら是非その場で検討することにしていきますし、この場合は市町村にも開放しています。私たちは、もう出かける余裕がないので、センターに来所する形になっています。

で、今後ですけど、地方分権という枠の中で、とにかく財政難が一層厳しくなる中、従って余程センターが「売り物」を持ったり、或いは市町村・県民・その他含めて強い信頼関係がないと事業予算そのものを取り難くなるのではないかと思います。センターはそういう強さを身に付ける必要があるのではないかと思います。それからもう一つ仙台市との関係から言うと、仙台市は平成8年からセンター出来ました。仙台市との業務打ち合わせ会を行ってきませんでした。しかし、双方がどういう事を考え、何をしているのかがわからないのは困るということで、業務打ち合わせ会を年に1回開いています。その他、通院公費とか精神医療審査会の事務局が来ましたので、そのための連絡協議を仙台市と行っています。スポーツについては、県及び仙台市のセンターと精神保健福祉協会が中心になって精神障害者のスポーツ組織を作りました。県と仙台市とは仲が悪いといわれていますが、精神保健福祉分野は何故か身近になっていると感じています。

桑原： ありがとうございます。それでは関口先生お願いします。

関口： はい。私のところはですね、7本柱、今は9本柱、なるべく伝統的にまんべんなくということで、それはけしからんと先生おっしゃって、まあその通りだと。一応は、やるんですけども基本的にはセンターの役割は地域における、精神保健福祉を担う主体をつくること、まあ人づくりといひましようか、偉そうに言えば、それが目的だと思っております、教育研修とか、研究とか皆そういう視点からやるように、私はしております。ケアマネなんかですね、これ極端な暴言ですけども、ケアマネがうまくいくかはどうでも良いと。ただその担う人が、精神保健福祉への見方が深まってくれることが、僕らの、センターの目的なので、うまくいく、いかないは向こうの勝手ではないかと、暴言を承知で言っているようなわけです。いかにその、直接地域で担うかと、基本的には私たち職員ですけども、昨年度からは市町村の職員も入りまして、その他いろいろな施設の方々の力量を地域で底上げするとか、そのお手伝いというのがセンターの役割だろうと。それは一貫してやってきていると思います。それから臨床についてはですね、これもまた法律で複雑困難なものや書いてあるものですから、病院で中々やってくれないようなものやっております。例えば…、家庭内暴力とか今流行のひきこもりとかですね、ああいうものは中々病院がやってくれませんので、本人が行きませんし。そういうものをきちっと診て、しかもセンターの役割というものは診る専門機関ではあるんだけど、更に、診るだけでなく技術開発をして、それを保健所などに技術移転するというようなことを考えておりまして。具体的には本人は来ませんから、家族への面接とかですね。私が家庭内暴力を始めた頃は統合失調症と間違えられていましたが、当人を診なくても家族とのやり取りの中で暴力の問題が解決していくということはある程度できたものですから、保健所などへ技術移転するという形でやっています。システムというよりも物の考え方とか技術とか、そういう抽象的なものをお伝えする。伝える、繋ぐ、作るとか言ってるんですけど、色んな意味で組織とか人とか、そういうものをやるのがセンターの役割だろうと思ってやってきました。

名古屋市との関係はですね、2、3年前に名古屋市にセンターができました。前身はデイケアセンターでしたので、そのことに対して大分人手がとられているというお話でしたけれども、名古屋市との定期的な連絡会については、持ち回りで情報交換をしております。以上です。

桑原： ありがとうございます。

川関： 市のセンターはデイケアも続けてらっしゃる？

関口： やっております。

川関： あれは大変負担であるといっておられました、決まった職種を張り付けなければならず、厳しい面がありますよね。

関口： そうです、そうです。

桑原： それでは、次に、川関先生お願いできますか。

川関： 東京のセンターの話はあまりしても仕方がないと思いますが、今までの話の中から、私が日頃仕事していることと突き合わせて感じたことを3つくらい話をしたいと思います。

一つはですね、本庁との関係という事です。指定都市のセンターは本当に本庁そのものが大きくなったという感じがあたり、札幌の築島先生なんかは、私は市役所の人間でしてといった言い方をされているので、本庁との関係はすごく密接だと思うんですね。それから宮城の白澤先生も企画能力の向上がセンターには必要なだと思っやって、それも本庁との関係に関連してくるんだらうと思います。東京の場合は、本庁、精神保健福祉課っていうかなり大きな、20名以上の課を持っているものですから、但しその半分くらいは医療係と言っていて措置入院とか夜間救急の方法対策の仕事をしているんですが、それにしても色々な企画は本庁中心にやっやこられたんですね。ですから…センターに言わせれば事業所軽視、色々な情報が例えば保健所長会なんかで聞いて、何でセンターに直接もっと早く言ってくれないんだということがあったり、本課に言わせれば本課依存ということもあったのかもしれませんが、このセンターのあり方研究の初年度の結果にも関係してくるんですが、本庁との関係をよくしていくことと企画能力の向上は密接に結びつくことではないかと思っています。

それから2番目に、センターが持っている直接サービスのことが出てきますが、一つは専門職としての力量の担保がどこかで必要だということが出てくるわけですが、あまりその直接サービスをいつまでも抱えていると、行政的な多様な役割という自覚が欠けてしまうというか、どうしても臨時的な業務の方にしがみ付いてしまう傾向もあると思うんですね。退路を断つという自分たちの役割というのをしっかりふまえるためにも、無くしてはいけなんでしょうけども、重点はかなり絞って目標を明確にしていく必要はあるだらうと思う。これを東京のセンターで考えてみま

すと、よそから見るとかなりの 60 人くらいの技術系の職員がいるのによって言われるんですが、そのうちの半分、3分の2くらいは所内のリハビリの業務の方に中心的に追われてしまうんですね。所内でどうしても縦割りになってしまいます。そういう面ではセンターの機能ってものを考えると、直接サービスは変えていかなければいけないだろうと思います。

あと3番目にですね、東京都で力を入れていることとして、3センターそれぞれ考えてみますと、就労援助に特徴を発揮している所あり、それからまあ最近では学校保健、養護の先生の研修や技術援助に力を入れている所もあり、これからの一つの方向性かなと思っています。下谷のセンターは東京都の中では小さなセンターですが、小回りを利かせて地域に気軽に出て行って特徴を発揮しています。その辺でそれぞれが重点を持って業務を行っていくことが重要なところだと思います。

桑原： ありがとうございます。それでは山下先生お願いします。

山下： 前半で京都市の報告、京都市・京都府の状況について報告させてもらって、あとは全体のお話をさせていただきます。

京都市のセンターは、平成9年にできました。京都市の場合は、最初に京都府との人口のこともちょっと触れましたけど、やっぱりほぼ人口が同じ、同じって言うか、府下領域と。色々なことをするとき、京都府との比較っていうのは絶えず、何をやっても問題になるところでして、たぶんそういう背景もあって、私は、出来る前はほとんど関わってないんですけども、すでにもう構想が出来た段階で、京都府のモデルというか、京都府のセンターモデルをそのまま、ほぼ100%に近いくらい、人とか、あり方・組織ですとかね、そういう形でスタートしたというのが出発です。そういう意味では、まあ従来の都道府県の7本柱のスタイルに、近かったのではないかなと思っています、当初は、そういう形でまずスタートしたと。

ただ、そういうふうなスタートしたものの、その後ですね、法定移管とかいうふうなことあるいは本庁機能の関係とかいう辺りが、絶えず当初から問題になる状況がありまして、やはりその企画立案を含めたですね、例えば障害者計画などね、そういうの作る時には必ず入るとか、本庁と一緒に協議していくとか、まとめるのは本庁の方が多くんですけど、そういうふうなこと。それからニーズ調査するときなんかでもですね、そういうふうな形で絶えずそういうものを求められるということがありました。で結局、法定移管と共に、本庁業務の1部をセンターが抱えるという形で今日までできていると。そういうなかで直接部門について

は、相談とかもしてありますが、やはりひきこもりのこととか思春期とか、就労支援に関することとか、そういう…何が出来るのかではないですけども、求められているような課題を中心に取り組むということで、デイケア課も社会適応訓練事業を所管し、一体的にですね、デイケアも進めていくというふうな形でできてます。そういう形でやはり特徴を出していけないと、厳しいというのは同じかなと思います。

もう一つは、救急システムが立ち上がるという中で、京都市内は病院は無いわけですけども、結局京都府との関係で、実際京都府南部でといえ、ほとんどは入院の対象者が多いのは京都市内だと、京都府としては『京都市の役割は』と。応分の負担というんでしょうか、宮城県なんかでは県がほぼされているということですけども、システムは、応分の負担という事で、そういうなか情報センターという話が出てきて、病院は府立病院、洛南病院ですけども、情報センターは京都市のセンターへと。そういったことをセンターでというのは、私もどうなんだろうと迷いもあったんですけども、現実的に他の場所を確保するのが厳しいということと、そういったことで同時に24条通報関係なんかセンターがしてましたので、そういったことと連動する中で、例えば24条になりそうなケースでも救急に繋げることで、早めに受診に結び付けるとか、そういったことも一体的に考えられるだろうという思いもあって、センターですという形になりました。そういう意味での直接的サービスがあります。

保健所のバックアップについては、そういう面ではちょっとまだ不十分なのかと思うんですけど、それを各区に保健所があって、まずきちっとやるという前提でしていますので、センターがすぐというのではなくて、センターは一步後ろにいて、事例とか、どうしても時は一緒にというのはもちろんありますけども、保健所の機能ですね、相談員それから保健師それから嘱託医を最大限に生かして、その上でのバックアップというふうな形で中心にやっています。

今後についても、そういう流れなので、例えば、退院促進事業ですね、そういう話であるとか、今新しく出ていたうつつ対策ですね、うつつ対策というか自殺予防をどうするのかとか、本庁と協力しながらではありませんけども、考えていくというふうなこともありますし。それからホームヘルプなんかに関しても、枠組みなんかは本庁課で作りましたが、実際のどういうふうな研修を含めてですね、支援上の問題点検討とかいうのはセンターだというような形で、…枠組みを本庁課が作って、その中で相談しながら実質的なものを進めていくみたいな関係で、進むことが多いといったことが現状です。

あと京都府との関係はだいたい同じようなことでできたのですが、段々少しずつスタイルは変わってき

ているんですが、逆に京都府の方が、京都市がそういう移管したのにあわせて、社会復帰・社会適応訓練事業とか、あと通報関係でも24条は保健所ですけども、25条をセンターに移すということで、京都府の方も同じようなスタイルを京都府のセンターもするという流れがあります。一定の協議をしながら進めていかなければいけないということで、そういう話し合いを持ったことも何度かあるんですけども、止めたわけではありませんが、なかなか日程がお互い合わなかったり、っていうこともあって延び延びになっていたり、最近ちょっとできていませんけども、そういうことも実際にはしたこともあります。それから一つだけですけどもアルコール研修に関しては、断酒会が先程の話と一緒に、都道府県単位でありますので、断酒会についての研修っていうのは京都府と交代で、共催というか、という事業もやっています。そういうふうなことで、それと就労支援なんかについては、主に市内中心なんですけれども、やっぱり労働関係なんかも全く京都府抜きで京都市だけでは、やっぱり動きにくいというのもあって、京都府も参加しネットワークとしてセミナーなんかもやっています。そういう意味でいうと、広域的なことに関わることっていうのは、やはり都道府県センターあるいは都府県本庁との連携なんかそういう枠組みが無いと、京都市と労働局とで話してどは、なかなかそういうふうにならないとあって、そういうことは連携が求められるかなと思っています。

それで、これまでのなかで政令市のっていうのは、新しいということで、ある意味では今後の方向性というんでしょうかね、色々議論があるとこだと思いますけれども、ある程度先取りしてやっていかないと、センターそのものの存在が問われるという所が、伝統と歴史のある都道府県に比べると求められていたのかなと。そういう意味で先程の古塚先生にもありましたように、目の前に追われながら、新しいものを何とか取り入れながらやっていかざるを得ないというか、それが求められている状況なのかなと思っています。ただそういう中で、もう少しじっくりとというんですかね、長期的なことですかね、確かに出来ていないなと思いつつ、その辺りが逆に指定都市のほうでは課題となるのかなと。ということであれば、もう少しこの都道府県と協力しながら、得意な分野を生かして、やっていけるというふうなことも今後出来れば良いのかなと思いました。以上です。

桑原： ありがとうございます。これで、一通り、各センター長さんが置かれている状況の中で、今どういう方向性を考えながらやっているのかについてお話を頂いたこととなります。参加者の方々それぞれにとっても、参考になるところがたくさんあったのではないかと思います。1巡したところで、今の話の流れ

の中で付け加えておきたいとことがあるとか、何かお感じの方いらっしゃいますか？

白澤： 救急システムを宮城県で作る時に精神科救急情報センターをセンターにという話が一時ありました。しかし、即座に断りました。何故かという、やはり精神科救急情報センターですから、医療と密接に連携しないと本来の機能を果たせないのではないかと、従って、センターには外来医療しか無い、外来しかないセンターに情報センターだけ持ってくるのは如何なものかということです。それからもう一つ付け加えますが、私たちは基本的に16歳から60歳までを対象にしています。つまり高齢者、特に痴呆高齢者はセンターとしては対象外です。また、16歳以下の子供は児童相談所を利用しなさいとっています。そこら辺はきちんと線引きしておかないと、何でもかんでもセンターに持ってこられるのではとの感じがします。

南川： 言い忘れたことが一つあります。本庁、保健所との役割分担の話をしていませんでした。北九州市の場合は1保健所7保健センターです。保健所はいわゆる管理業務、監視業務が主体で、実際の保健サービスは区の方でやるという仕分けになっています。保健所には精神保健係がありますけれども、職員は3人です。主な業務は措置関係と実地指導、情報の整理です。本庁は担当課が障害福祉課ですが、係が障害別になっていなくて、施設系と地域サービス系というかそういう2つの係になっています。ただ精神については1人担当主査がいます。この担当主査も必ずしも精神ばかりやっているというわけではなくて、他のこともやっています。そうすると、我々から見て、障害福祉課のどこのルートを通じて話すと一番良いのか分からなくなってくるんですね。例えば施設関係の話になると施設係。ただ施設担当部署と、精神のいわゆる保健の部分を担当している部署がうまく相互に連絡し合っているかということ必ずしもそうではないことがあります。

もう一つ、直営事業というか直接サービスの話ですけども、センターは基本的には直接サービスはしないという話を先程しましたが、薬物とひきこもりについては、なかなか区の方で十分に対応できないということで、これについては直営でやっています。

桑原： さて、私の方からの注文も含め、きちんとまとめてお答えいただいたように思います。政令指定都市と道府県の行政組織上との関係は、各々が独自の予算で動いていることもあって、精神保健領域についても実務レベルでは仲良く出来ても、全てのことで連携してというのは中々難しいのではないかと思います。

それはともかく、皆さんのお話の中で共有の課題が



いくつか出てきていますが、まず、保健福祉と医療との関係について意見交換をしてみてもいいかと思えます。先に申し上げたように、これから本格的な超高齢化社会が到来して、施設中心ではなくて地域の中で支えていくということになると、地域医療の問題は必ず出てきます。私自身、医療と保健福祉の溝はものすごく深いなと感じていますが、その辺との関連でそれぞれの立場から地域精神医療に関係する話があったと思います。例えば、白澤先生の場合ですと、地域に移転すると医療、医者としての仕事も出てくるけれど、医療施設との直接の繋がりが無い。そこを今後どういうふうにしていくのか。それから、古塚先生も、実際に今、管轄地域内の病床としては総合病院しかない。逆に、地方では、総合病院が無くて、合併症とかの問題が出てきたときに対処できないとか、医療資源の地域偏在に関する色々な問題があるかと思えます。また、南川先生の所も、同じ政令指定都市でも川崎市などと比べると、病院、病床数が多く形態が随分違うんだとか、この医療と保健福祉の連携の問題がいくつか関連する話として出てきたと思います。直接診療という、やはり、昭和40年当初は、センターの立場からみた診療機能のあり方をさぐるということもあって、診療を大切なセンター業務の柱として地域活動を始めたところも多かったと思いますが、近年は、地域に精神科クリニックが増え、センターに求められる機能・役割が段々変質している気もします。そこで、今後のセンターの役割とか、地域内の関連諸機関やセンター相互の連携に関して、こんなことが出来ないだろうかというお考えがあればちょっとお聞かせ頂ければと思うのですが如何でしょうか。

南川： おそらく医療の問題は医療経済の問題もあるので、自治体が動いたからといって何か大きく変わることはないと思うんです。実は、今の障害者プランが平成17年度で終わるので、次の障害者プランにむけてセンターの中に検討委員会を作って議論をしている最中です。この委員会の議論のために先ほど言いました630調査などのデータを分析したんですけども、データをもとに議論していくなかで分かったことは、医療サイド、まあ実は行政もそうだったんですけども、精神医療や精神保健活動の水準に関して関心が無いんだということでした。よく知らない。日常業務をやっているんだけど、そのやっていることが、例えば全国平均から見ると一体どうなのかとか、客観視する習慣が無かったんじゃないかなということなんです。全国のなかでの北九州市の精神保健・医療・福祉の水準を関係者に地道に伝えていくことで多少とも変わっていく部分があるのではないかと思います。情報提供というのがセンターの仕事なのかなというふうに思います。

桑原： 白澤先生のところでは退院促進事業に取り組み始めていらっしゃるんですね。自立支援促進・退院促進事業についての大阪府の試みで大変面白いことの一つとして、精神病院に地域保健福祉活動の風を運びこんだということがあります。地域のワーカーがどんどん精神病院に入っていつていますが、そのことがすごく大きな出来事だったのではないかなと思うんです。退院促進といっても、そのことがうまくできなくなかなか動かないわけですが、この事業を通じて、医療と福祉の連携という可能性が出てくる。今の情報の問題もそうだと思いますが、地域の情報を提供し、病院の情報を貰うというか。その辺の関係でいきますとどうでしょうか？

白澤： この自立生活支援事業を行う場合、医療機関の協力が無いとできませんので、相当に根回しが必要になりました。具体的には県精神科病院協会や対象地区の全病院に出かけて説明をしました。誰が説明するのが一番効果的か、課長かセンター長かを協議して、結局センター長は精神科医の仲間同士ということもあり、県の姿勢を示す意味でも課長が行くことがベストということで、課長が説明に出かけました。具体的な枠組みについては、保健所がコーディネーター役を担い、ケースに関しては一応ケアマネジメントを用いて、ケア会議を開催する。実はケア会議はすごく大事だと思います。そこで病院と地域との共通認識を形成する、そういうことが必要ではないかと考えています。現在のところ、割とスムーズに進行しています。それから、対象となる患者さんを病院から推薦してもらうことになっていますが、各病院2名位お願いするにしました。中には1人も推薦しない、『社会的入院者はいない』とする病院もありました。ちょっと横にそれるが、医療との関係で言えば、私はセンターはセカンド・オピニオンを求められるというのが一つの特徴かと思えます。『こういう薬を出されたんだけど、多すぎないか』『こういう障害があるんだけどどうなのか』『医者とはこういう病名を話さっぱりしてくれないけど、どうなんだ』とかそういうセカンド・オピニオンを求められることがあります。また、外来診療を行うようになって、自分たちがあまりやりたくない人を周辺の医療機関が送ってきます。例えば思春期の人とかですね、リストカットとか、人格障害っぽい人であるとかです。自然とセンターの外来は、そういう人たちが段々多くなり、周辺の医療機関との棲み分けみたいなのが出来てくるのかなと思っています。援護寮も抱えているもので、援護寮に紹介されてくる人は全部診るようにしていますが、そういうことから医療機関との連携が結構あります。ただ全体的な雰囲気としてはセンターは民間医療機関まで首を突っ込む

など思っている民間の人は多いように感じます。

桑原： 今人格障害への対応という問題が出てきましたが、このことは、神奈川で今取り組んでいる精神科救急事業の中でもとても大きな課題だと感じています。実際、精神病院に入院しても、すぐ落ちてしましますので、まもなく退院になります。しかし、地域にもどると、またすぐ同じ問題を起こすという事を繰り返す。こうした事例を、どこが、どのように引き受けていけば良いのかということが問題になっています。地域には、いろいろな精神保健福祉に関する相談機関が出来てきていると思うんですけど、難しいのはどこも、こうした事例を引き受けきれないんですよね。そういう状況のなかで、今先生がおっしゃったように、地域の医療機関がセンターに困難事例の紹介をしてくる。じゃそれをどうするのか、誰が地域で継続的に支えていくのかということが問題になります。

この課題の重さについては、おそらく、いろいろな相談機関、いのちの電話など民間の相談窓口まで含めて意識化され、共通の悩みになってきていると思います。しかも、実際、市町村がそういった問題事例にかかわったときに、結局、対応しきれないとなると、すぐにそれをどこがやるのかという問題が出てきてしまいます。その辺のさばき、舵取りとでもいうんでしょうか、地域の複雑困難な事例の医療というか、保健福祉がらみのニーズを、どこがどうさばいていくのが大きな課題だと思うんですね。

この保健福祉がらみのニーズについては、思春期、高齢者対策という切り口でもみることができると思いますが、例えば、南川先生のところは、物忘れ外来というテーマで、高齢者の保健福祉的な課題を医療的対応との兼ね合いも含めて行政的に組織化するという事をされていますね。この試みは、保健福祉関連施設だけで請け負うのではなく、医療機関も含めて関係する諸機関を繋いでいくという、極めて行政的な試みであると私は感じていますが、こうした視点で、ひきこもりといった今日的課題への対応策を考えてみるとどうなりますか。

南川： 物忘れ外来については、元々保健医療のシステムの中にある既存のルートを意識的に太くして流す、というやり方です。他人のふんどしで相撲を取っているといった方が良いです。ただ、事業は市民には好評です。心配だけでもどこへ行っていいか分からないっていうのがあるんですけど、物忘れ外来っていう看板が掛かっているれば、ちょっと相談に行こうかと、相談できる場所が分かってよかったということでした。物忘れ外来をやってみて、行政が新たにシステムを作らなくとも、既存のシステムの一部を変えただけで、ちょっと意識的に流れを良くするだけでもニーズ

を満たすことができるんだなということが分かりました。

桑原： あの、私ども神奈川のセンターでも精神科救急情報にかかる事業で大変苦勞しているという話を致しましたが、実は、福祉畑の出身の職員は、人格障害といわれる人たちの扱い方が上手です。先程、南川先生がひきこもり、思春期問題への対応の役割を兎相の方に移していくという話をされていたんですが、今、全国のセンターの中には、他の福祉施設との合築というのでしょうか、そうした話が出てきている所があると承知しています。まあ、保健所と福祉事務所が一体となるという動きもそうですが、その辺で、衛生領域と福祉領域の資源とで、どういうふうに役割分担・棲み分けをするのかということが問題です。これは、もう一つの「公民協働で行う地域づくり」というテーマにも関連する課題でもあると思いますが、先生は、例えば、ひきこもりを兎相に持ってきたときに、兎相に精神科医師がいれば、うまく両者の連携はできるとお考えでしょうか。

南川： 思春期を児童相談所に移すというのは、ある意味で言いすぎだったかもしれないですけど、児童相談所も似たような研修をやっているので、一方にまとめようということですね。私は児童相談所も兼務しておりますので児童相談所のことについて話をさせてもらうと、北九州の児童相談所には医者がいません。全国の児童相談所を見ると先進地域と呼ばれているところは、常勤医がいたりとか、建物の中に別個にクリニックを持っていたりとか、児童・思春期の精神科が整備されています。そういった意味で北九州はまだ遅れています。例えば、精神保健福祉センターでは引きこもりの相談をしていますが、18歳未満の人たちの相談はほとんどありません。児童相談所では、引きこもりは、いわゆる不登校という形であがってきます。そのなかで医療的な関与が必要だという事例がありますが、児童相談所は福祉の機関ですので、医療的な視点での介入がうまくできていないということがあります。児童精神科医がある程度医療的な判断をして、適切などころへ振り分けてくれると児童相談所の対応も随分違うものになると思います。さらに北九州市内に児童精神科医が少ないということもあって苦勞しています。児童・思春期の精神医療関係の社会資源が少ないから精神保健福祉センターが介入するかという、ちょっと思春期精神医学の特殊性の問題とか、精神科医の専門性の問題とかいうところがあって簡単にはいるわけにもいかないとします。

それと、18歳を境にした、児童相談所と他の精神保健関係機関とのつなぎも必ずしもうまくいっているわけではありません。

桑原： 最近、精神保健福祉センター長が児相に異動されるといった話もきくようになりまして、今後も、ひきこもりの事例など思春期・青年期の事例を多数取り扱っていると、センターでやるよりも、むしろ児相の方で対応しうる態勢を作っていた方がいいということで、福祉領域に移られる方が何人か出てくるのではないかと考えたりもします。センターという組織として、何をどこまでやるのかということは難しいことですが、1人の人がいろいろなバックグラウンド持っている、人事交流の形で、衛生部以外の領域にどんどん出て行かれる。そのことによって様々な部局間のネットワークができてくるという可能性もあるとは思いますが・・・名古屋は児童思春期問題については歴史と伝統がありますが、関口先生のお考えはその辺どうですか。

関口： そうですね。名古屋は児相精神科医が多いんですよ。先程申し上げたように、多いということと、それからもう一つ、県と名古屋市の精神保健福祉相談員は専門職が充てられています。多くは大学で社会福祉を専攻した者で、心理学を専攻した者もいます。しかも保健所によっては複数いるという、そういう条件があると思うんですけども、基本的には先程申したように人づくりだと思っていますからね、センターの役割は、ケースを多く引き受けない、そういう意味では、いかに不親切にするかというのをモットーにしているわけです。地域に対して、逆説的な表現ですけど、それで、なるべくコンサルテーションでやっていこうと。ですから保健所ですとセンターのコンサルテーションを分かってくれてるんですけど、児童相談所なんかだと・・・児童相談所には1年いましたけど、差し障りがあるかもしれませんが技術水準はあまり高くない。隣のおじさん、おばさん的と言ってるんですけど、一所懸命やるんですけどね、専門職というより親戚や隣のおじさん、おばさんがいろいろお世話をするといった感じの、少なくとも愛知はそうなんですけど。ですから、そういう人に対してもコンサルテーションが必要と思ってるんですけど。医師や専門医は児童相談所では特に限られていますから、コンサルテーションシステムでやっていくことで実質的にうまくいくし、そのことが地域精神保健福祉の充実、底上げに繋がるだろうと。だからなるべく直接サービスはしないというように言っています。診察等の直接サービスのニーズは高いのに、敢えてしないという意味で「意地悪」路線と称していますが。そういう形で地域の方々の力量を上げてゆくという視点でやっています。ただこれらは、先程から申していますように、相談員が専門職、一部複数配置である、大都市部なので児童専門医に限らず医療資源が豊富であるといった諸条件があつて

のお話しです。他の診療機関と同じことをやる必要が余らないという地域的な特性を前提にしております。

桑原： ありがとうございます。午前中の議論の中で、最近、保健所の存在意義がかすんでしまっているのではないかという話がありました。まあ、市町村がやれる所という、福祉的な支援は上手にやれるんですね。隣のおじさんおばさんのように非常によく面倒を見ることは出来るでしょうけど。ただ、私も、福祉領域の方々が医療なしで支えようとして大変な苦勞をしている状況に出くわして、ああ、これは医療的なサービスを利用したら随分お世話をしていく上で助かるのにと感ずる事例に出会うことが少なくありませんでした。老人の夜間せん妄などでも、福祉サイドの人は、ボケだからもうしょうがないと一生懸命世話だけをしていたりですね。福祉は火事の焼け跡対策が基本ですから。実際に自分が担当するということになると、もう抱えるしかないわけで、見てくれる人がいなければ自分でやる。しかし、本当にそれでいいのかという問題があります。で、そういった状況で、市町村が福祉をやる。医療は、民間病院でやると。それでは、保健所は、これから何をやってくれるのか、その保健所に対する精神保健福祉センターの技術支援では、これから何が必要になってくるのかが大きな課題になってきますが、それについてはいかがでしょうか。

白澤： …これまで3年間、思春期事業をセンター直轄で実施していました。県内の3ヶ所の保健所にセンターから人を派遣して、保健所と協力して思春期相談をしています。そのため周辺の市町村や学校も含めてネットワークを作っています。丁度、今年がその終了年になって来年からどうするかが課題となり、ちょっと役割分担の話をしましたが、これからの保健所は基本的に広域の調整であるとか、県で作る障害者プランの進行管理とか、専門的な相談とか、市町村への技術支援とかを中心に据えて、勿論、法関係もあります。こうした点を踏まえると思春期事業は来年度から、ひきこもりを含めて保健所で実施するという計画です。予算が付けば全保健所で一斉に、もし付かなければ3つ4つの保健所で思春期専門相談を行う形になるようにしています。

関口： そうなりますとね、センターと保健所と同じ事業を行う。今の広域調整とか専門的相談とか市町村技術支援という、私の頭の中ではセンターと保健所の役割分担とが重なるものですからね、その辺は愛知県でも議論されているんですけども。

白澤： センターはどちらかというと全県が対象です

よね。保健所の対象は障害福祉圏域に限られますし、私たちの場合は全県対象ということになります。ですから県で予算との関係からいろいろな事業、例えば自立支援事業を全県一斉に行うことは、今は困難になっています。そのため、いくつかのモデル地区で実施するという形になってきていますので、センターは県の事業を側面から支援して、その受け皿となるのは保健福祉事務所になりますので、そういう形での技術支援が一つあります。

もう一つは先生が言うように、私も人づくりがすごく大事だと思いますので、全県的な規模の、特に専門家集団の研修をセンターは実施しなければなりません。従来、いろいろと実施しましたが、その中で、例えばグループホームの世話人研修などは協会の事業に移したりとか、作業所の指導員研修もセンターで行っていましたが、協会の事業にしましょうとかしています。むしろもうちょっと専門的に、例えば学校の先生や養護の先生、町の保健師に対してこういうことやろうとか、そういうのをセンターでやるべきなのではないかと思います。

川関： 今の問題は、県のセンターと県の保健所という関係と、指定都市のセンターと保健所との関係とちょっと違うかもしれませんね。担当するエリアが全く重なるのとそうじゃないのがありますからね。東京都の多摩地域のほうでも今は保健所の組織再編の真っ最中でしてね、やはり先生おっしゃったみたいに、これから保健所はいよいよ広域的・専門的・技術的な仕事が重要になると。センターの広域性と専門性とどうい違いがあるんだろうということが話題になってくるんですね。お互いにうまく相談しながら役割分担していかないと、一方はそれを材料にして保健所が削られ、一方ではそれを材料にしてセンターが削られるっていう、両方とも細るっていう感じで、保健所からセンターへの期待っていうのがですね、まあ身軽に、といっても人に限りはありますけども、フットワークをよくして危機対応的なときには出てきて欲しいというのがありますね。それから保健所もある程度専門性はあるんだけど、まあ精神科医がいないと。医療的な判断が必要なときには、それをしてもらって非常に助かると。難しいものを『これ誰がやっても難しいよ』って言うてもらえるとほっとするっていうのもあるし、診断とか見立てをしっかりとしてくれると、対応・これからの方針が出せるのもあって、そういう点では相談や電話対応なんかでもセンターに居る医者の役割っていうのは見直していいんじゃないかなとは考えています。ただコメディカルは医者あまり大きくなって欲しくないという気持ちもあるようで、ちょっと内部的な問題はまだあるような気がしていますけども。

桑原： 今は地域の精神保健福祉に関する課題がどんどん増えてきていて、実際にセンター業務も平成 13 年度のアンケートの結果をみても、ものすごく多様化していますよね。それで、新しくセンターを作らなければならなくなって、政令指定都市センターができた。でも、目の前に沢山ある問題を解決しようとするだけでもう手一杯の状態になってしまう。まあ、そういう状況の中で、時間とともに、自然に新たな役割分担が見えてくるという可能性もありますが、そこに落ちてく前に、どこの機関もやっていることが金太郎飴だという判断をされてしまうと、人が削られてしまう。この度、市町村が精神障害者の福祉サービス事業を執行するようになったということは、仲間が一挙に増えたということなのだと私は思っているんです。でも、市町村が、もう全部自前でやりますよとか、あるいは、市町村が、センターとの直接的な関係が出来たので、センターに相談すれば済むから、もう保健所は要りませんということになってしまうおそれがあります。その結果、保健所は具体的に何をやるのかといった時に、直接サービス業務は次第に少なくなっていくなかで、広域調整をするといっても、実際は、その範囲がちょっと量が増えるだけであって、やっていることは同じでしょうということになったら、人も事業予算も削られる可能性があるわけですよ。その一方で、県としては、先程のひきこもりの問題といった医療だけでは片付かない問題について、福祉領域との連携をどうするのかといったことを意識的にしなければならない。そこで、それぞれの行政機関の違いをどのようにして明確にし、その上で相互連携をしていくのかということが問われてくると思うんですね。で、こうした状況を踏まえて、今後のセンター業務のあり方に関するビジョンがどのように描けるのかということが大きな課題となりますが、このビジョンについてのご意見は如何でしょうか。

.....

あの、それでは、この点については課題提起をさせて頂くということだけにしまして、ここで、司会を高畑先生にバトンタッチさせていただきたいと思えます。この後は、高畑先生に今の議論をふまえて、先生の方で視点を変えてですね、こういう切り口から整理したらどうかとかといったやりかたでちょっと舵取りをお願いしたいと思います。

高畑： どこで、司会をすることになるのかと思っていましたが、司会というよりも、まとめの方向をだせと言われて少しく焦っています。たぶん先程もいろいろ出ているんですが、情報提供するなり、先を見通すなり、やはり比較とか順位付けとか目標とかを、今まで曖昧なものを、より明確化と意識化するという