

作業無くしては、次の課題が伝わらないのではないかというの、皆さんの話の中で出てきた気がするんですね。広域でやるものと県域の場合は、たぶん広域を一つのモデルなり、あるいは地域の病院をモデルにするなり、市町村をモデルにするなり、そこでやったものと他の県内の地域の比較とか、情報の比較とかをたぶんセンターとしては色々な情報の中で分析したり、比較するのが1点と、センター自体が全国的な情報を把握して、その中でその県全体や政令指定都市の位置付けを明確化しながら、地域に提供していくとか。要するに地域内情報の比較検討分析と、全国的な情報の比較分析を明確にして、その中で重みづけを明確化にして、達成ゴールを、どれを何年くらいで、当面なら当面で、3年なら3年でよいし、タイムスケジュールも含めて明確にしながら提供していく、ということをご皆さんが話をされているのかなと私なりには聞こえたんですね。その中で重みづけがある程度明確になって、方法論が決まって、でも必要なものは関連団体や市町村や保健所にそれぞれ渡していくと。例えば協会に移したり、保健所に移したり、市町村にすると。それが技術援助かもしれないし、研修かもしれないし、ということでその流れを本庁を巻き込んで裏づけを明確にしながら施策化していくという中で機能を持たれているのかなと、というふうに聞こえたんですが…今のようなことを一つの話題にしながら皆さん他の先生方の中で『いや、そうは言っても』というようなことを言うのであれば有り難いんですけども。・・・桑原先生は自分のところあまり話されていないのでどうぞ。

桑原： 一つは、平成14年度のまとめのことで。例えば、連携調整するにしても現場を知らなければ出来ませんから、出向くチームだとか、出かけるチームだとか、あるいは現場に行って相談しなきゃだめだといったことも提言しましたし、広域の情報ネットワーク整備が必要だとか、有機的な事業が必要だとかということについても指摘をしていますが、まとめ方が抽象的な表現になっていますので、何でも総論だけで片付けてしまって、その中でやっているからいいんだということになりはしなかつたということ。まあ、長期的なビジョンとしては、今、高畑先生がまとめて下さったような表現になるにしても、当面、どういう目標をたてて、どういう戦略でやるのかというときに、自分たちの業務をどのように整理していくのかというところで、少し具体的なご意見いただけると有り難いという気がします。私の注文自体が非常に抽象的で答え方も難しいのかなという気はするんですが。

高畑： でも私から見るとその、一つは情報って言ったときに、単なる資料情報ではなくて、アンテナと

して人を出してるといっているのが共通項かなという気がするんですね。あの、例えば出張したり訪問したり、あるいは他の保健所との連携に、どうも人が介在して、その人をアンテナにしたり媒介にして、次に人を繋ぐ連絡会とかそういうものを活性化していったりするの、私としては見えるのですが、単なる情報をデータベース化してデータ処理して、圧縮して提供するならホームページで十分なんですけれども、人と人を繋ぐ、人を育てるといって何回か出ていると思うので、その辺の繋ぎ方を、一つの事業を例えばウチでやったときに、こう繋いでいったというのを出されると、多分それを重ねていくだけでもいいのかなと思います。

川関： 現場に行って掴んでくる情報とかね、それから保健所とか地域担当とか設けて、そこを十分に知って、そこから浮かび上がってくるということですか、そういうことですね。だからいろいろな資料を見ながらまとめていくこととは違うと思うんですけど。

高畑： 今までは単に曖昧に技術援助とか自立支援とか研修といっていたものを、意図的にその活動目標のために出ているんだ、ということをごちらも認識して、相手にも認識してもらいながら共通基盤のところ実践をしていくっていうような、それをまた他に移植していく、っていうように私には聞こえるんですけども。

古塚： 現場の情報を収集するという事は、非常に大切なことだと思うんです。そのフォーマルな形としての仕組み、地域担当でっていう仕組みは、出来る組織もあれば出来ない組織もある。大阪市の場合、地域が狭いんですね、非常に。で、これきっと北海道では出来へんだろうなと思っているんですけど。インフォーマルに、例えばウチに居る相談員が保健師出身ですから、相談員会とかをようあれだけ何回も何回もしよんと思うくらいしてはるんですね。多分ああいう中に入れてくれないし、何やってるかわからない。そういうインフォーマルなところで、たぶん地域の話題がかなり出ている。相談員は24区にいる相談員ですから、地域の情報はそこから入ってきている。ウチに居る相談員から聞いて、ああこんなやなあ。そういうような、まあそれはウチだからできるような、あんな頻度を24区の相談員が夜来てワイワイ言うてる、ウチだからできることですね。たぶんセンター、センター、その地域、地域によって、そういうインフォーマルな部分がどれだけ使えるのかという、そういう所の方が結構、生の情報が入って来やすい。また僕は医者だから、医者同士で入ってくる、病院とか診療所の情報が入ってくる、フォーマルな部分が入っ

てくるようなことは、センターの情報収集の裏の情報ルートというのかな、専門職だけに人と人をつなぐような裏の情報なんかも大切なんだろうなと。もちろん、だから表の情報はナシでも良いよということではないんですけども、それは組織の人員によって、地域担当を人数的にちょっと作れないとか、ゆうこともあって。まあウチはなるべく出て行くという形は、表に出てますけども、たぶんあれ出て行く前に、相談員とかで事前の話あいをだいぶやっているとは思いますがね。

川関： そういうときにアレですかね、政令指定都市センターということでは、日本の色んな精神保健とか、こころの健康の問題というような、都市から先に出てくるっていうか、これは全国に蔓延してくる前に先取的に、『ああ、こんなことが起こってくのか』が分かるのかなあって感じがするんですけども、エリアも範囲がある程度決まっているし、県と保健所とか何段階も渡ってセンターに上がってくるのではなくて、近いところにセンターがあるっていうことでは、そういうことでは、これからの政令指定都市センターのメリットという感じがしているんですけども、どうでしょう。

山下： 確かにそういうことであるのかなって思うんですけどね。この前、公衆衛生学会が京都であった時も、大都市の問題っていうのが出ていました。大都市っていうのはこれまでは、どちらかという、健康は保たれてるという、それを目標にということだったんだけど、そうじゃなくて大都市こそ不健康をいっぱい抱えていると、身体的なものも含めて。ということで例えば精神面で言ったら、救急の情報センターをやって最近特に感じますけど、高齢者の精神症状に対する救急っていうか、これがもう本当にできてないというか、見えてきて、これまではむしろソフトとか何とか思っていたんだけど、もう要するに高齢者で症状が出て、一過性のもので分かれば精神病院で対応できるんだけど、痴呆と絡んでると、あるいは合併症絡んでくると、中々できない。その辺りっていうのは、やってみて初めて見えてきて、そういう問い合わせが結構多くあります。そういうのっていうのは色々な面が出てくるかなと感じています。

桑原： もう一つ、都道府県・市町村等における精神保健福祉施策の充実の研究の分担研究として、山下先生が思春期・青年期の問題についての学校保健との連携というテーマで研究されていますが、都道府県単位での教育庁との連携は難しいんですね。県ですと、教育委員会の関係で高校生が対象のものとはともかく、小学校レベルから連携を図ろうということになるとな

かなか難しくなります。昭和 60 年頃、心の健康の問題が出たときに、神奈川のセンターでもトライしたんですけど、組織の複雑さと人が変わってしまうといった問題もあって結局のところ安定した仕組みづくりまでできなかったんです。その点、政令指定都市では、そうした連携がきっちりできる可能性が高いですよ。それから、南川先生のところは、北九州市として、痴呆対策の方法として、物忘れ外来を地域のシステムとして実際に組織化されていますよね。あの辺って政令指定都市の場合は、都道府県でやるのところが、かなり医療、保健、福祉が一体となった展開がしやすいという有利さがある。上層部がやりましようって言ったら、出来ちゃうということがある。そういうところで、新たな課題に対するノウハウを整理してそして我々、都道府県型センターにもいろいろと教えていただく、あるいはこういう事例がありますよといった直接サービスの経験、情報を提供してもらいながら相互連携をはかる。そうした都道府県型センターと政令指定都市型センターとの違いをうまく使った展開をはかるという点で、情報の共有化は大いに意味があるんじゃないかなと思うんですね。

高畑： 司会が話しちゃ、よろしくないのですが。あの、私自身、あちこち歩いてみて、昔もやったデータ処理で考えると、社会復帰施設とか、資源が増えていったのもやっぱり都市から増えていったし、診療所も都市部の中心から増えていったりとか、精神保健問題自体ちょっと分かんないんですけど、対策はどうも都市から動いてくのかなと個人的には思っているんです。ある量がやすい、ある量を超えると問題が社会問題になるという形で、都市問題に近い部分というものもあるかなってまあ僻地問題もあるんですけど、一つの対策としては都市問題から出る傾向があるのかなと個人的には。昨日たまたま和歌山行って、僻地の話と都市の話をもう 1 回整理させられたような話をちょっと伺って、見直したときに、対策がある量を超えると、やはり行政として動かなくちゃというときに、人口がある程度の規模のところの方が具体的に動くのかなと。というので都市型センターの担う役割っていうのは、これから 1 機関としての問題発見がエリアが決まって、対策に繋ぐっていう計画視点を持つと割にセンターにとっても一つの指針になるのかなと感じるところなんですけれども。都道府県型センター側から見ても、今までのノウハウを提供できながら、新しい活動の中で直接行政として、市の関係の機関は多いですよ、県だとどうしても、靴の上から足隠すって言うか、教育に関係するものせいぜい高校くらい、県組織は高校で、市町村はもう 1 歩先になっちゃうんですよ。組織が近いっていうのも、行政単位としては動きがちょっと違うのかなと。その辺で都道府県の

先生方と政令都市の先生方とで感じる違いみたいなものをちょっと言って頂けると有り難いのですが。

南川： 都市の問題というところで、例えば北九州で精神保健上の問題、課題がなんとなく分かってきて、他の自治体の取り組み状況を調べてみると、大体東京はもうやっているんですね。だから大都市というよりも、関東とそれ以外の地域、そういう比べ方の方が当たっているような気がしないでもないのかなと思っています。

高畑： 実際は、どのようなもので？

南川： 例えば薬物対策にしても救急にしてもそうです。東京を調べてみるともうできている。それを北九州に合うように変えて対策をうつということが多いです。

関口： 私どもがセンターの行動を考える場合、先生がおっしゃった様にですね、地域性が無い。全県一つなものですから、直接サービスはやはりむりだろうと。そういうふうを考えていくと、間接援助と先程人つくりと申しましたけれども、そういうことにならざるを得ないだろうというふうに思っています。一方、政令都市のセンターは、まさに地域性があるわけですから、そういうわけで我々と構造的に違うのはある意味当然だろうと。それがまあプラスの場合とマイナスの場合とあるし、こちらにとってもマイナスの場合とプラスの場合とがあると思うんですけど。

高畑： 白澤先生？

白澤： 仙台市は非常にエリアが小さいからやりやすいだろうとは思っています。仙台市は、本庁業務を全部引きずってはいないし、本庁の方に残しておくのは残しています。宮城県がモデルになっていましたが、それでも病院の実地審査、実地指導などはセンターの医師が行っています。あとは宮城県との関係だと思うんですね。

少し話が飛びますが、日本では人口大体どの位に、どういうものが必要なかって視点がありません。全て市町村レベルになっていますから、人口 8000 人と人口 10 万の市と同じ構造を持っています。そこら辺の問題があるのではないかと思います。仙台市のすぐ南に人口 6 万位の名取市があります。人口が急成長している市ですが、ここでは子供の相談を町独自で児童精神科医を雇って行っています。それから一般精神保健福祉相談も保健所から指導医が派遣されて行っています。高齢者に関して言えば、近くに老人ホームもあり、名取病院の医師も協力しています。ほぼこの

市では、保健所に頼らなくても一般的な精神保健相談レベルであるとか、社会復帰レベルの活動は大体間に合っています。それでも保健師さんに言わせれば、やっぱり自分たちの中だけにいると、井の中のカエルになってしまう。保健所がそこら辺あたりをうまくコーディネートして、いろんなやり方や考え方を私たちの方に提供してくれないと取り残されてしまうと言っています。名取市は公設の授産施設を作りましたし、それからグループホームは名取病院や名取市がバックアップしている名取メンタルヘルス協会が運営しています。そういう市でもいろいろと問題を抱えていますが、これまでの全国市町村一律ではなく人口規模に応じて考える必要があると思います。

これからは市町村合併が進みますが、栗原保健所管内には 8 町があります。ところが、この 8 町が全部合併して栗原市になります。そうすると栗原市の精神保健福祉と栗原保健所がどういう役割分担をするかというのがすごく問題になります。その代わり市の規模はものすごく大きくなりますし、これまで町のそれぞれでやってきたことをどう残すか、新たに何を留意すかとかを含めて問題になってきます。そういう事柄を保健所がどの位指導助言できるか、あるいは、センターと一緒にどう支援するのかとか、そういう問題も出てくるのではないかと思います。

桑原： 今の県と市町村職員との関係についてのお話しはとても大切な点ではないかと思うんです。というのは、市町村が、保健医療の問題でも、これは福祉の問題だと思いこんで、自分たちのところだけで抱えていたら何もできないんですね。今、宮城県では、本当に大学の先生なども巻き込んで市町村が力をつけて地域活動を行っていますよね。それでいて、市町村の担当者が県の保健所は必要だって言えますよね。この度、市町村で精神障害者福祉サービスを展開するということは地域のマンパワーが増えたということですが、市町村で増えたから、県はもう要らないだろうというのではないんだと思うんです。地域ニーズの増え方からみたら、市町村が参入したといっても全然足りない状況だと思うんです。ですから、市町村と県とで役割分担して、お互いに声をかけあって、情報を共有して、全体として有機的に事業展開ができるようになったらいいのだけだと思うんです。ですから、先生の話の伺って、宮城県のように『市町村がやることになった以上は、もう保健所なんて当てにしても仕方ないから自分たちだけでやります』というのではなく、『保健所は頼りにしてます、お願いします』とか『センターを頼りにしてます、お願いします』っていえるような関係をこれからどうやって作っていったらいいのかなと思って、今のお話を聞かせていただいたんですけれど。

白澤： ある町で今回地震がありました。地震の救援活動をセンターが中心となってケアチームを派遣して、その町の保健師と一緒に活動してきましたが、そういう中で何がはっきりしたかという、町の保健師からセンターは敷居が高いといわれました。私たちは一生懸命、市町村に対して敷居を低くして一緒にやろうと思っても、やはり精神保健に熱心に取り組んでいない町ではセンターは敷居が高いと見ざるを得ない。私は意外と市町村間格差がこれから一層拡大するだろうと思っています。それとともに地域間格差も拡大するだろうと思います。だからそういう格差を是正する、それを例えば広域調整っていう言葉でいっていますが、それを是正する役割を保健所、それからセンターが持つ必要があるとは考えています。で、発想として住民のメンタルヘルスとの観点から、こういう領域は市町村、こういう領域は保健所、こういう領域はセンターでとの役割分担が必要だと思います。もう一つは、全体的なメンタルヘルスは一体どういう方向に流れようとしているかとの流れもありますから、センターはこれらに取り組まなければならないのではないかと考えています。しかし、私たちは県や県民に立脚しているのですが、例えば外国でどうやっているのかとか、日本全体はどういうふうになっているのかとか、そういう情報を得ていないと宮城県も先頭で走ったつもりでも、いつの間にか最終ランナーになっていた、そういうことだっただけで起りかねないという気がします。

桑原： 私は、午前中のセッションで白澤先生が、センターで勤務される前は「センターって盲腸みたいなものだ」と思っていたと言われたのをとても印象深く聞きました。でも、先生は、今は、実際にはそうじゃないという立場で、本庁でセンターのセールスをして、ちゃんとセンターの実力を認めてもらえるようになってきたとおっしゃいました。で、おそらくその点に関しては、センターの役割は何なのかについての具体的な情報がないと、セールスはうまくできませんし、総論的な話だと皆金太郎飴に見えちゃうんですよね。

それと、チームについての考え方ですが、これも様々だと思うんです。一般的にはチームっていうと、例えば、臨床心理士がいる、精神保健福祉士がいる、医師がいる。で、そこに保健師が入ったときに、それぞれの持っている機能でどう役割分担し連携をしていくのかという考え方だと思います。でもつい最近、国立精研の方が、今は「超チーム」という考え方が必要だということで、バックグラウンドがそれぞれ違っているからやることは同じでもいいんだっていう、むしろ同じ仕事をやることに意義があるんだといった主張されているのをみてオヤと思いました。要するに、

平面的に役割分担を考えて縄張り争いをするんじゃないかと、同じ課題を、縦積み方式で見て相互連携をはかるという考え方です。これでやってみると、効果なり結果が違ってくると思うんです。実際、同じ人でも、現場で見るといっても、精神科外来で見るのと、精神福祉センター、児相、本庁で、見るのとでは、見えてくる問題が全く違ってきます。立場が変わるだけで、でそうすると、同じ仕事やっても、対処方法が違ってくるんですね。その違いがあるんだという所を、少しわかりやすく整理して、アピールすることができれば、人減らしはできないっていいのではないかなと思うんです。誰がやっても同じだっただけのことになったら、それなら何人も人は要らないでしょってことになると思うんです。

ですから、一見したところでは、我々が同じ仕事やてるように見えるけれど、実際には違うことをやっているんだということを、どのようにして本庁に具体的にアピールできるか、県と市町村は違う仕事をしているんだから人減らしすることは出来ませんよということが具体性をもって主張できるかどうか、重要なのではないかと思います。

山下： 直接そうかはわからないんですけど、今、情報をどうするかという事で、比較したり、先程、高畑先生がおっしゃったように重み付けしたり、で、そういうことは大事だということは、分かっているし、いろんなところでされてるんだけど、そういう過程を我々が常時リアルタイムで知れるっていうか、調べていけば分かるんだけど、そういうのお互いうまく交換して、積み重ねていけるような企画立案というか、事業内容をどうするかではなくて、そこにいくまでの分析ですよ、そういうのをもっともっと共有化、別に同じにしなくてもいいんだけど、共有化したり、情報交換したりということがいままではあまりなされてこなかったのかなあと。そういう積み重ねが、今言った違いを、いろんな形で提示したり、市民・県民のニーズをちゃんとこう形にして、事業にして示していくということに繋がる、その過程ですよ。そこがそれぞれのところでやっているままに、止まってしまっているのかなと。もったいないなと、折角センターでこれだけやっているのにと全国レベルで。

高畑： 私は司会なんですけど、今の話を聞いて話しくなっちゃって、いいですか？ 去年の研究の続きで、センター研究協議会の発表の資料を15年間分くらい分析させていただいたんですね。それがセンター同士でどうも共有化されていないということが分かったことと、7本柱に分類すると出来ない、っていうことがわかってきたんですね。さきほどの先生方の話でもセンターが県と政令指定都市のあるところの連携

をされるんですけども、全国のセンター長会でも集まるんですけども、実践のところでの情報交換みたいなところがどうなっているのかなど。今後、ブロックごとのセンター長会での実践レベルでの共有化をどうされるのかということが必要だと思うんですね。本庁を取り込むことと、自分たちがやっていた部分を協会へ委託して公民っていうとおかしいんですけども、その辺の連携っていうことが今後の課題として私もちょっと聞きたいなっていうところもあるんで、具体的に何をやったか、プロセスを、分析して本庁を納得させたプロセスと、協会に委託するか電話相談なんかも予算を取って非常勤を雇うとか、具体的なプロセスをもうちょっと教えていただくと次の公民協働も含めて、お話いただこうかなと思うのですが。

白澤： 答えになるかどうかわかりませんが、平成7年の法改正で保健と福祉が一緒になりました。その結果、保健センターが精神保健福祉センターになった訳です。よくよく考えてみると、私は福祉のところは、特に統合失調症を中心とした障害者福祉という領域に関しては、いろいろ問題があるかも知れませんが、かなりの部分をセンターが担わなくてはなりません。しかし、他のところでやれるだけの体制がもう出来てきたのではないかと思います。例えば小規模作業所は結構ありますし、小規模作業所から格上げして小規模授産になったり、援護寮とか福祉ホームもあります。私は中間施設はあまり要らないと考えていますが、こうした施設の中で足りないのがあるとすれば、ぶらっと集まれる場とか、給食サービスをする場とか、訪問看護やホームヘルプとかできてきましたし、地域に密着した機関やサービスがあればもっとよくなるのではないかと思います。しかし、そういう領域は、センターあるいは保健所ではなく、市町村中心に基本的にはあるべきだし、市町村と民間が協力してやるべきだと考えると、逆にセンターはむしろ保健というところに、もう1回光を当てないといけないのではないかなという気がしています。

ですからニーズはものすごくありますし、例えばうつ病について盛んに今問題になっていますが、うつ病の人の社会復帰などの問題があります。それをどう考えるか、実はこれも非常に難しいですね。例えば、学校の先生でうつ病の人がいますが、引き続きうつ病を改善するためのリハビリテーションはどうするか、現状は何も無いとかいろいろあります。うつ病であるとか自殺予防対策とか、従来あまり私たちが対象にしてこなかった領域を、もっと積極的に首を突っ込んでいかなないと、あるいはそういうことの対応の仕方を検討していかないと、どうもうまくないのではないかと。だからもう、かなり出来てる部分は、民間で出来るような部分はもうそっちに移していく方がいいのでは

ないか、いつまでも尻尾につけておかない方が良いような気がします。

そういう時に、精神保健福祉協会は、実は協会の事務局はセンターにありますので、事業計画から予算からの企画はセンター職員がしていますので、これは協会任せようとかしています。広報を取り寄せてみると、3つくらい同じようなのを出しています。例えば、センターでも、協会でも、それから地域生活支援センターでも出します。また、社会福祉協議会でもその類を出したり、もういくつも同じようなのが出てくるわけです。本当にそれだけ必要なかどうか。やっぱりそういう点でも連携しっかりしないと、うまくいかないと思います。ただ広報の必要な新しい知見とかそういうのはセンターでやっていかなければいけませんし、そうでない広報っていうのは、センターでなくてもやれるのではないかと思います。教育研修、広報、技術支援などについても、やはり何をどうするかを絞ることによって、センターのこれからの位置付けができてくるのではないかなという気がします。

高畑： そこで本音を聞きたいのですが、先生が方向性を絞るプロセスみたいなものを。

白澤： プロセスですか？ それはいろいろ勉強するでしょう。

高畑： いやいや、例えばで。

白澤： 例えば、東北・北海道ブロックで言えば、年1回東北・北海道ブロック研究協議会や総会を開催しますし、いろいろ議論する場があります。全国センター長会の総会や研究協議会、懇親会の場もあります。そういうのから始まって、いろんな情報もあります。本に載ってたりとか、大阪でこんなことやってますとかの情報もあるでしょうし、私たちは我々外に対してもっと視野を広げることが必要だと思います。

桑原： それはとても大切なことだと思います。というのは、去年のユーザーからみたセンター業務のあり方についての意見聴取の企画段階で、政令指定都市型センターについては申し訳ないけど、今回は取り上げるのはやめておこうという話になったんです。そもそも抱えている問題が違うし、おそらく一緒にして論ずることはできないだろうということで、とりあえず都道府県型のセンターの中から対象事業を選んだんですね。ただ、最後までそれで通すのはやはり片手落ちだということで、今回、山下先生に研究協力者として加わって戴いたわけです。そして、山下先生が作ってくださった資料をみて、同じ政令指定都市でもその組織形態は大きく違っていることに改めて驚かされた

わけです。

今は、もうどんどん地方分権が進んでいますから、自治体の数だけいろんなパターンがあり得るというわけですが、各自治体が独自に工夫した組織体制、役割分担で実際にやってみてどうだったかということに関する情報を、お互いに共有化できる仕組みをどのように整えていくかがとても大切なことなのではないかと思うんです。山下先生の提案してくれた枠組みで、都道府県型センターの組織形態を改めて見なおしてみると、おそらく都道府県型センターの形態だって様々ですよ。管内に政令指定都市センターを抱えているところもあるし、そうじゃないセンターもある。じゃ、そこでどういう取り組みをしていって、どういうところがよかったのかとかの情報交換をする。もちろん、もう既にセンター協議会などで発表をしたりはしていますが、基本的な組織形態の違いなどもどこまで意識化し、他のセンターでの取り組みを、自分たちの問題として共有して吸収できているかということになると、まだまだ足りないことが多いのではないかという感じがするんです。

実は、私自身、たまたま今回、センター業務のあり方について研究をするという機会に恵まれていろいろ研究協力者の方々と継続的に顔を合わせて、あーでもない、こーでもないと言って議論を重ねる中で、見えてきたものがたくさんあるわけです。そして、そのこと自体が、私にとってもいい勉強でした。ですから、こうした場を、これからも意識的に作っていくということが大切なことなのではないかと思えます。それこそが、まさに連携するということの意義なのではないかという気がするんですけどね。特別こう勉強しましょうじゃなくて、白澤先生がおっしゃったように、顔を合わせて懇親会をやるとかですね、そういう中で得られる情報というのがすごく大切なのではないかなと今思いました。

高畑： それでは残り時間があまりありませんので、本庁との関係で、ちょっとお話しにくいかもしれませんが、関口先生は、本庁といろいろあったと思うんですが、たぶんそれは他の県にも波及する可能性がある。私は、たまたま愛知県に2回ほど呼ばれていますが、もし差し支えない範囲でお話頂けたら…

関口： 僕はもう辞めますからどうってことはないです。僕は非常に内向的な男でしてね、廊下通ってチョコチョコとご機嫌伺いとかできないんです。それから私は…精神保健福祉センターは長いんです。長いんですけども、所長っていうかセンター長になったのはまだ7、8年なんです。それまでは大物がずっと私の上におりましたので、だからあんまよく知らないんですね。だけど長いことは長いんです。で…一つ…僕は決

して彼らに媚を売りませんので、そういう点では非常に評判の悪い医者だと思いますけど、県からは、一つのトラブルはやっぱり名古屋市にセンターが出来るということで、ウチを減らしたんです。今日、山下先生の名古屋市が何%、愛知が…というような資料を、全部ウチも出したんだけど減らされてしまった。

それは私の政治力の無さだと思っているんですけども。当時神奈川では確か1名増えたんですよ。あの当時。だから全然違う、神奈川なんか横浜と川崎が抜けると人口が半分くらいになっちゃうと思うんですけど、昔の記憶ですが。だからそういう点で頭に来ましてね。それから県というのは、ここでも議論になってましたけど、担当者が代わるんです。そうしますとあるときは、もっと臨床やって収入増やせと言うんです。別の奴は臨床ばかりやらずに地域に出よとか言う。一応はセンターの存在理由を説明しますが、まあ無視してこちらの信念に従ってやっていた。地域に依拠しながら、人づくりをするのがセンターだと思っていましたから。こういうのはお役人の目には見えてこない。目に見える仕事をやれというふうにはよく言われました。そんな自己顕示的なことはセンターの仕事ではないと思っています。だから目立たないように、目立たないことをやりました。どういうことをやれば目立つかは分かっていた。たとえばマスコミ好みの病態を積極的に診れば、名前が売れます。マスコミに名を売っちゃうと他の職種がかすんだり、医師あつてのセンターと思われてはまずいと思っています。前の所長の考えでもあるんですが、医師、ワーカー、サイコロジスト、保健師の4職種がメンタルヘルスワーカーという形で平等にやれと。でも理念的にはともかく、実際は中々難しいですね。やはり医師が突出しますから。地域のニーズも医師が多いものですから。保健所にも基本的には非医師が行って、医療的な問題があるときには、まあ医師が行って。ただ、相手にされなくなったのでしょ、最近はあまりどうこう言ってますけどね。

南川： 本庁との関係ですけれども、本庁の職員は3年くらいで異動します。担当課の障害福祉課の職員はみなさん事務職で精神を専門にやっている人がいるわけではありません。その中で平成9年度にできてから、今まで本庁にずっと精神保健福祉センターの強化を求めてきて、一定の結果を得ています。具体的には予算の増額ですけれども。どうしてそれができたのかということ考えると、最初にセンターのやり方で紹介しましたように、人を集めて議論をして、それを報告書にまとめてきちんと出す、ということを経年繰り返しています。このことで、精神保健福祉センターは北九州市の精神保健福祉についてきちんと考えているんだということを上層部にある程度理解して

もらったからではないかと思えます。

話は少しずれますが、市民から直接相談を想定していないということで、市民には精神保健福祉センターがあることすら知らない人がいます。僕は、市民がセンターがあることを知らなくても構わない。あくまでも、市民をサポートする人のサポートをやるんだと。ただ、他のセンターもそうでしょうけども、いわゆる自助グループをやっている人たちにはアピールしています。

高畑： まあ公民協働にもなるんですが、神奈川も宮城もセンターの中に関連団体の事務局を置かれて…いるんですよね。

白澤： 私のところは精神保健福祉協会と、職親会の2つがあります。

高畑： どういうかたちで…机とか。電話とか。

白澤： 協会は専任の事務局員がおり、机を置いていますし、協会専用のパソコンがあります。電話はセンターのを使っています。職親会の事務局員は、センターのケースワーカーがやっています。前は宮家連の事務局もありましたが、古川に移る過程で事務局は仙台に残りました。

高畑： 神奈川のセンターは？

桑原： 神奈川のセンターには民間団体専用の事務室がありますから、結構顔を合わせます。以前、センターが横浜の繁華街の中にあつたときは、とてもそんなスペースはなかったんですが、平成6年に、芹香病院という県立の精神病院の広大な敷地の一角を借り受けて大きなセンターを作りましたが、そのおりの一つ目の目玉として3階にそういう民間団体が入れるスペースもつくりました。そして、民間団体で希望する者は、そこを利用できるようになっているんです。具体的には、県の断酒会連合の「県断連」ですとか、家族会連合の「神家連」ですとか、「地域の精神障害者地域生活支援連合会」といった地域作業所の連絡会とか、「やまゆり」という当事者団体とかですね。それと神奈川県精神保健福祉協会については、センターが事務局をやっています。

ただ、センターには他の業務がたくさんあるので、それこそ公民協働が大切だなんて言うておきながらですね、センターってどこまでやれるのかというと、やはりとても難しいのかなというふうにも思っています。そうはいっても、私なりに先ほどから感じているのは、潜在的なものも含めると、地域には本当に沢山の問題があるということと、それを、地域の精神保

健医療福祉関連の様々な組織が、それぞれ孤立して抱え込んでやっているというのが実情ではないか、そして、どうすれば、こうした関連団体間の相互の連携を作り上げて、もう少し効率のいい対処ができるような地域の仕組みづくりができるかということです。

やはり、人が圧倒的に足りないですね。その意味では、これから、新たな人づくり、地域づくりといったことを、センターがどういうふうにやっていくかということがすごく大きな課題だと思うのですが、そのときに、やはり行政機関同士の連携だけではどうしようもないと感じています。行政機関としてやらなければならないことが沢山あることは確かですが、それだけでは、ちょっと納まらない。やはり、公民協働での取り組みまで行かないと無理かなと感じているということが一つあります。

それから、たまたま神奈川県では、今回新しい知事になって、マニフェストとか戦略プロジェクトといった計画が練り直されているんですが、その計画の基本的な方針の一つは、「スリムな行政を目指す」ということですね。それと、「地域主権」。もう、「地方分権化」を目指す時代は終わった。そうではなく「地域主権」という新たなコンセプトでやろうと。たぶん、宮城県はもっと進んでいると思いますが。それからもう一つがですね、「県民主体・地域住民主体」という方針で、やはり公民協働ということをかなり意識しているんですね。ですから、まあ、やはりお上が全部準備して、何かしてあげるというのではなくて、どのようにして、地域住民の中でそれをやりたいって言うて人をつまきつけて、上手な協働作業が出来るか。協働作業で新たな仕組みのあり方をさぐり、その中で、よりよい民間活力の引き出し方、効率の良い連携の仕方をどう工夫できるかが問われているんだと思うんですね。私個人としては、そのようなことを考えていますが、現実としてはまだまだ、そこまで行かないっていうのが現状です。

川関： 一ついいですか。公民協働の話で。私がいる多摩地域では、都心から大学がだいぶ多摩地域に移転してですね、都立大とか私立の大学とか、結構あるんですよ。それと高畑さんみたいな福祉系の大学の社会福祉学科も増えてきてますし、心理系の大学院で相談室とかカウンセリングルームを持つようなところも増えてきてるんですね。でもそういう人たちのフィールドっていうものは十分ではなくて、一方で精神保健福祉センターの中で日常の業務をうまくまとめていくような、調査研究がどうしてもちょっとおろそかになってしまうと。だからそういう大学と一緒にですねお互いに交流しながら、調査研究なんかを行なっていければいいんじゃないかっていうように考えているんですけどね。まあなかなかそこまで進まなくて、



パソコンの入力なんかをちょっとやってもらったりしたりしてます。相談室のカウンセリングルームも大学院という、必ずしもそんなに人は集まりにくいみたいなんですよね。ですから、そのカウンセリングルームでカウンセリングするだけではなくて、例えば市町村の生活支援センターとか窓口の非常勤の職員とか、色んな役割を持っていただいたほうが、その人たちにとっても良いし、地域にも貢献できるんじゃないかっていうことで、聞かれればそんな話をしたりしてるんですけどね。まあそういう教育畑も大事な公民協働の一つなんじゃないかと。

高畑： ありがとうございます。

山下： 公民協働は重要やと思ってるんですけど、公と民の協働については、京都市ではパートナーシップというんですけれども、どの程度その距離というか、距離がいいのかなと、いつも悩むところがあって、例えば先程のセンター内にあるっていう、それも京都府の場合は協会は府のセンター内にあるんですけれども。私も協会の方やってますけれども、やっぱり外にいるべきなんじゃないのかということもあって、その、何ていうかな、これまでは公の方に頼ってできるだけ公の力を得て、やるみたいなね公民っていうのも結構あったと思うし、割とそういう家族会なんかはそういうスタンスで色々要望も上がってくるんですけれども、もっとこう、うまく距離をとりながらも、協力関係を作っていくような公民協働っていうんですかね、今家族会との関係って言ったら、『お願いします』『出来る範囲でします』みたいなね、何かちょっとどうなんかなっていう思いがあって、じゃあそうじゃない家族会にどう支援していくかっていうのは、もちろんセンターの課題であるんで、無関係ではないんですけどね。何かその辺いつも…。で京都もやっとダルクまでこぎつけたとこなんですけれども、最初NAを支援して、NAのグループがいっぱい出来て行ってダルクを作ることになってと。そのへん非常にこう、行ってお互いのそれぞれの役割を分担しながら、進んだなっていう思いが。一緒に講座やったり、行ったんですけどね。そういう関係ばかりではなかなか無いところもあって。さっきの圧力団体的意味なのかな、ちょっといつもその辺で、どこまで協力するのがどうなのかってことで、何か迷ってて答えが出ないんですけれども。いい関係っていうの作るのは大事なあと常々思っています。

高畑： いかがですか、他の先生。

一同： 難しいですよ。

南川： 北九州でいうと、家族会のことですね。以前は、何をしてくれということだけで自らの活動は停滞しているじゃないかということで、距離をおいてたんです。そしたら、自分たちでやらなきゃいけないと、いつの間にか新しい人材が育ってきました。家族会はもともと母親が中心だったんですが、そこに男性も入ってきました。そして、自分たちでできることは自分たちでやる、足りないところをサポートしてくれというふうに変ったんですよ。行政ができることが分かってきたんです。自分たちが出来ることは自分たちでするけど、ここはできないから、ちょっと一緒にやってくれ、というようにいかにもっていくかですよ。

関口： その辺ですよ。やらないと、県からするとセンター何もやとらんと。やる気が無いのか、というふうに繋がるんですよ。私は下手だから、向こうにそういうマイナスの印象を持たれているんだと思いますけども、まあ、上手にやらなきゃいけないんでしょうけども、その辺難しいところだと思うんですよ。

白澤： 即時的な地域からの要求に応じるべきかどうかということですよ。確かに、いつまでも何でも引き受けていても、家族会もうまくいかないこともあります。

関口： 先程のにしても、運営委員会なんかつくって組織を変えていかないと、どうにも広がりようが無いんですよ、正直なところ。

高畑： 公民協働と言うときも、最初は家族会に行つて、それから関連する当事者団体、精神保健福祉協会という順序になるんですかね。

白澤： 私は、宮家連には、家族会は家族のための会ですから家族が主体となってやっていかなければだめですよと一貫して言ってきました。役員会がある度に私が出て、意見を求められれば話しましたが、それは事務局がセンター内にあったことによってそういう形ができました。今は一応顧問だけ引き受けているので、家族会で大変な状況になったときには顧問に相談しないとイケない、っていうときにだけ呼び出されるという関係です。私は公民協働っていうのは、センターが直接様々関係する民間機関と課題をどう共有していくかの問題と、地域ネットワークの中でどう協働をしていくのかという問題と、この2つだと思えます。ですから、センターが本当に協力してやるとすれば、これは非常に限られているのではないかと思います。公民協働はそんなに無いのではないかと思います。



例えば協会は民間ですが、実態を見ればセンターが主体となっていますし、協会の中に地域精神保健福祉検討委員会を9月からやっていますが、市町村、社会復帰施設、センター、今度は病院のレポートをすることになっていますが、これを大体まとめて協会の意見書を出します。協会の意見書ですから、言いにくいことも書き込むことができます。ですから協働というよりはむしろつかず離れず、拒みもしないと、しかしまるっきりそれに乗るということではありません。民間に対するスタンスとしては基本的にそのように考えています。地域ネットワークの中で、いろいろな諸団体と連携することではないかと思っています。

天野： たぶん精神保健福祉協会は、宮城県と同じで埼玉もうまく使う相手なんですね。センターが役所として出にくい事業を名前を使わせてもらう、ということですが、センターの中での通常業務との兼ね合いでは、相当負担になっているのも事実です。他の団体は、自律の意味で線を引いて良いのかなと思います。いわゆる公民協働っていったときに、保健所やセンターの職員には、何か抱え込むことになり関わると大変だからとか公平性の原則があるから行政は関わるべきではないといった論議がよくされます。地域づくりの時にその論議で動いてしまうと地域と敵対すると思っています。地域から呼ばれた時は、自分の位置をしっかりと持って、相手は、保健所だとかセンターだとかといった名前の方がその場にいることが重要ということもよくあり、座っていて、意見を求められたら、自分の仕事の状況話してその事を共有してもらいながら座っているだけでも運動体としてははずみがつき有り難いことなのだと、私はよく保健所に言っています。7万2千人が退院してくることで地域づくりは今後の大きな課題ですが、情報を持って、人と人をつなぎ、運営委員会を立ち上げる所まで、積極的にかかわり、自律できそうだとする時に民間の組織だから、私達は入れないんだよってという綺麗なはしご外しが地域づくりの秘訣だと言えるし、対等の組織支援の関係を創り上げていくことが公民協働だと思っています。この所のはしご外しは、市町村を巻き込んでから、保健所と市町村を残してセンターは引いていくということを特に意識的にしています。先程、関口先生がおっしゃった黒子的な地固めをしているというのが私も同感です。昔、長野県のセンターの宮尾先生が、あちこち地域作りをなさりましたが、センターは全面に出なくて地域の人自分たちが創りあげたと思わせてしまうのが見事だと感心しましたが、宮尾先生がなさってきた影の仕事がセンターの今後の役割だと思っています。ただ、行政で顔が見える仕事をしていないと存在自体が危うくなる御時世との兼ね合いがむづかしいことだと思います。行政の担当者や地域の人

を、前面に出なくて、相手をエンパワーする、地域をエンパワーする、人をつくっていくという、つかず離れず、セルフヘルプグループの育成にも繋がる大きな課題だと思っています。それと、さきほどから、センターのいろいろな課題をお聞きしていて、各々の地域性がありますが、絶対、外してはけない、どこのセンターにも共通している課題ではないかと思うのが、山下先生でしたか、南川先生でしたか、市町村障害者計画にきちっと保健所が入っていくことだと思います。センターが援助するかもしれませんが、大きな流れの中で市町村の障害者計画に参画する、あるいは本当に、保健所は地域の人を入れていくことを市町村に助言できているかは重要だと思っています。

どこのセンターでも、必ず必要なことというのは、地域性によって色々取り組みなければならない課題がある気がします。センターの業務のあり方をまとめる際には、今の時代にはセンターが絶対やっておかなければならないことと、一つずつ地域の住民と一緒に進めていることが、第三者に戦術、戦略があってやっているのだと見える形で進めなくてはいけないと思っています。例えば、埼玉では救急情報センターをセンターがしないとこれから先、埼玉は10年遅れてしまうという思いで取り組んできましたが、それも地域性の違いだろうと思います。また、センターの役割と存在観を示すために、県庁の本課と毎年年度途中で腰砕けにはなっていますが、県の精神保健福祉行政をいかにするか、戦術会議を本課のほうに積極的に呼びかけてきて行っています。センターの年度の計画を建てる時も、どんな調査研究をするべきか、センターに何をしてほしいかをざっくばらんに聴いています。議会や予算の答弁で急に数字や理屈を求められて困ることをセンターの仕事としてすることが役割や存在観を示すことに繋がるとしています。

高畑： ありがとうございます。進行上もう時間なので、研究協力者でない先生方からお先にお話を伺って、それから研究協力者の方から一言ずつ言っていたらと思います。色々話した中で感じられたこととか、テーマでもうちょっといいたいという所を関口先生のほうからお願い致します。

関口： 午前中に竹島先生が「怖い」と、まあ私の場合は「人民の敵」と。それから白澤先生でしたっけ、今戦国時代だとおっしゃって、そういうことと私の頭と繋がっているんですけども、要するにサービスの質の担保というようなことが問題になるかと思うんですね。色んなことが行われて、確かに出来たんですけども、怪しいものもありますし、最初から怪しいことを狙ってるところもあるかもしれないし、善意で怪しくなっちゃってるところもあって、私どもの人づくり

ということを申しましたけど、コンサルテーションという形になる。コンサルテーションは個人対象ということもありますけど、業務全体に対しても考えておりますので。色んなものが出来て、結果的に隣のおぼさんのだったりとか、いろいろあるわけですが、そういうことの質の担保はセンターで、コンサルテーション業務という中でやるのではないかと。するともちろん我々は精神科医ですから、ノーとは言わないんですが、コンサルテーションの中では、しかしあなたのやってることはおかしくありませんかと、洞察をつけてもらう形でやっっていく。そういう意味で、善意でやっっていることに対してノーと言うのだから、多分「人民の敵」になるだろうと。そういう意味で言ったんですけども。質の担保っていうのが、センターでやるかどうかは分からないんですけども、民間でもありますよね、オンブズマンとか色んなところ。そういうところと競合するのかもしれないのかよく分からないんですけど、ただ一応やっぱり今日、公的な機関としてですね、コンサルテーションかどうかはまた別なんですけど、質の担保ということはやっぱり考えていくし、技術的に、多分行政効率も考えると思うんですけど、やっぱり技術的な中枢である我々がかなり関与するところではないかと感じております。以上です。

高畑： ありがとうございます。白澤先生お願いします。

白澤： 私は今日あまり喋らなかつたことの中に、精神医療審査会、通・公関連事務があります。基本的にはセンターは人権を守る機関ということを明確にした方がいいと思っています。人権を守るとの視点から、通・公にしても、精神医療審査会にしても、やはり議論の質を高める方向でそれぞれの機関に動いていただかないと、やはり困ると思います。現実にはひどいですよ。そこら辺りがこれからの一つの大きな柱だと。もう一つは、技術支援という言葉でひっくるめてしまうと、何にも言ったことにならない。やっぱり課題を明確にして、その課題にどういう支援が必要なのか。保健所に対して保健所がどういう課題を抱えて、どういう支援が必要なのか。市町村がどういう課題を抱えて、どういう支援が必要なのかということを迅速にやれるだけの質を持ってないといけないと思います。なかなかこれが実際は難しく、センターのスタッフも転勤しますし、変わらないの私だけです。それから調査研究については、やはり私たちは実際的な調査研究をすることを、絶えず心がけていかないといけないと思っています。市町村の調査やボランティアの調査など、いろいろな調査をしましたが、それを行政や保健所、病院に返したりすることが必要だろうと思います。また、私たちは県庁の精神保健福祉班の

シンクタンクの役割を果たしますといつも言います。やはりそうしたお互いの信頼関係がないと、うまくないと思います。何か言われたときに、すぐきちっと理論的にデータを含めて出せないといけない。今まで知事が来たこと無かつたんですけど、この3年間で2回も直接知事がセンターに来て、そしていろいろなこと聞いていきます。浅野知事という強烈な個性私たちには追い風になっているのは事実です。以上です。

古塚： 大阪市はちょっと、かなり異色なセンターでスタートした経過があるからだと思うんですが、あんまりセンターはこうあるべきだつて決められると、そうでないセンターの存在そのものがだめよつて言われるみたいでしんどいんで、やっぱり地域地域によって、その資源資源によって、かなりのバリエーションのあるのがセンターがあつてもいいんだろうとおもいます。センターによって課題がきつと違うんだろうなど。ただ、目指していく方向性とかキーワードとか課題とか、そういうものがあつて、それをセンターが直接やるかやらへんつていうのは、センターの地域によって違うんでしょうけど、これをどう解決するかをセンターとしては考えていくべきで、センターが直接せず、どこか他のところがするということもありだと思つています。その延長上で、今の7本柱、9本柱をどうセンターが直接するのか、いや違う形でするんだよつていうのがあつてもいいんじゃないかな。決められた法定業務というのものも、あるバリエーションの中でセンターが直接しない法定業務つてものがあつてもいいんじゃないかと。要するに自治体の中でちゃんとできたら良いわけですから、センター以外のどこかがしてくれてもいいわけ。まとまりのない話ですけど。

南川： これは最後のほうでお話が出てきたと思つますけど、福祉制度が措置から契約に変わつてきて、施設とその個人との契約によって動くようになったということですよ。しかし、まだまだ我々は措置の時代の感覚が残つていないかなと思つています。当事者の力を引き上げる支援とか、いろいろ言われますけど、習性として何かしてあげるとか、危なそうだからちょっと手伝つてあげるとか、世話してしまう援助の仕方つていうのかな、そういうのを僕らはまだしてつるんじゃないかなつて、話を聞きながら思つました。

北九州はベッド数が多いものですから、医療にどういふふうに関与していくのかつていうのが大きな課題になっています。センターとして、どういふことができるのかということはまだ見当もつていないんですが、途中で言つましたように、北九州市の精神医療なり精神保健の現状を分析して、こういう特徴があ

るんだよということを医療の方に提供することから始めなきゃいけないのかなと思っています。そのためには、情報の収集をしなればいけません、精神病院月報とか、分析に必要なデータが、実は精神保健福祉センターには直接こないんです。本庁、保健所から貰わないといけないんです。意識的に情報を集める努力をしていないと、いつの間にか情報が来なくなってしまいます。それと研修の話はあんまり出てきませんでしたけれども、人材育成のやり方として研修というのは大事だといいます。

高畑： じゃあ政令市のつながりで、山下さん。

山下： えーっと、そうですね。いやあ今日みたいに、限られた時間とはいえ、こういう機会がもてたということで、私としては非常に嬉しかったというか、なかなかそういうのをきちっと議論するというか、議論する機会そのものが無かったんやなあと思いつつながら、聞かせて頂きました。センターとしては、福祉との関係というものもありましたけれども、精神障害者というところで考えると、やっぱり保健医療の部分ですね。これ、もちろん福祉の部分はあるんですけども、保健医療との関係っていうのはやっぱり重要だし、今後も続いていく、そういった視点で取り組んでいきたいなというふうに感じています。3 障害っていう流れがある中なので、余計にその辺りを意識しながらしていかないと、何かこう福祉だけで事が済むような、誤解を生むことであって、そういう辺りもあって、今後も強調していかなければいけないなというふうに考えています。それと情報収集分析、そのあたり大変やという事で、でもこのあたりやっぱりすごく大事なだと改めて認識しました。それで分析してあの一、企画立案、予算化してですね、企画立案していくという流れっていうのを、もっともっと共有化していきたいと。それがやはり役割として大事ななというふうに思います。大阪府の、退院促進事業っていうのは、国の事業になったんですけども、そういうのもセンターかあるいはセンター長会レベルで、何かこう作って、ちゃんと事業化するような、それくらいの気持ちで出来たらいいなと。

川関： そうですね。普段のセンター長会とか大都市のセンター長会とかですね、少しずつ色んな話は出ていましたけど、今日みたいに時間かけて話し合ったことはありませんで、みなさんいつもより1歩踏み込んでお話して頂いて、私もとても参考になったと思います。

一つ、白澤先生もおっしゃった精神福祉審査会とか、新しい法定業務のことなんですけど、これからのセンターの仕事であって一定の比重を占めていくと思う

んですよね。で今の仕事の仕方だと、とても労力はとられるんですけども、それにしても効果は上がらないというか。東京などでも、審査会の部会を3部会から4部会にして、本当の数からいけば8部会くらい作らないといけない。しかも7割くらいは任意入院ですよ、任意入院でない方の3割くらいの審査をして、大変な労力の割には実効性が問われるという問題なんかもありますし。32条にしても、返戻でこれは改めてくださいって返したり、結構返す。10枚から15枚に一つくらい返戻していくんですけど、これで本当に変わってくるのかって…いろんなことがありますんで。やり方自体がやはりこう変わって行って、人権を守るといった基本が出来ているかをきちんとしていかなければいけないんじゃないかと思っています。

桑原： 本日は長時間にわたりご協力を戴き、誠にありがとうございました。私も、成り行き上この仕事引き受けてしまったものの、役不足で苦しみながら取り組んできましたが、今日は皆様のご意見を伺うなかで、少しこの研究の落としどころが見えてきているかなという感じがしています。それは明確にするにはもう少しお時間を頂かなければなりません、そういう意味で非常に刺激的なご意見をお聞かせ頂いたことに深く感謝申し上げます。

あえて、今、私の感想を言わせてもらおうとすれば、一つは、こんなに各センターによって個別性があるのかということがよく分かって、やはり2年目の時点での結論は、あまりにも総論的過ぎたのではないかなということが見えてきたことが大きな収穫だったと思います。それと、南川先生も言われた今日的な地域福祉の理念を踏まえた福祉との連携に係わることですが、ここで改めて「都道府県・市町村等の施策の充実に関する研究」全体の構成をみますと、その中に、障害者サービス評価システムの開発に関する研究という異色の1テーマが入っています。それは、社会福祉法改正に伴う支援費制度の導入にかかる市町村の対応状況とモニタリング体制整備という研究ですが、その報告をみると、今、市町村がいかに大変な思いをしながら地域における3障害者を対象にした福祉サービスの提供体制を整える作業に取り組んでいることがよく分かります。まず、様々な福祉サービスに対するニーズをどう評価するのかといった問題があります。例えば、家族がこのサービスを受けたいと申し出てきたとき、まず、その要請のままに、実際の福祉サービスの提供することが適切なのかどうか分からない。一方では、福祉サービスを当然受けるべき対象者が申請すらせずにひたすら耐えているのに、ただ申し出があったというだけで、それに対応するといった状況もあるようです。しかし、市町村では、母子保健、介護保険事業、地域福祉サービスと次々に下りてくる

業務への対応に追われて、忙しすぎてニーズの適正な評価をする余力がない。市町村としての施策の方向性も見極めることが難しいといった実情があるわけですね。ですから、やはり地域の新たな人づくりに向けて研修体制を整えて市町村を中心にした地域づくりに取り組む必要がある。地域住民にとって、市町村がやはり一番身近な自治体なわけですから。市町村職員を孤立させないで、新たな地域精神保健福祉サービスの担い手、仲間として組み入れて、関口先生が言われた新たな人づくり、地域づくりという意味での二次医療圏あるいは県レベルでの体制整備にどう繋げていくのかというのが大きな課題ではないかと感じました。

その具体的な方法論の一つとして公民協働なんてことも考えたり、発言させてもらったりしましたが、それだって白澤先生がおっしゃいますように、単純にただ協働すればいいということではなく、協働の仕方についてもいろいろなレベルがあって、センターとしては、どういう戦略で、どういう協働の仕方をしていくのかをきちんと見極めなければならないとい

ったことを感じました。

古塚先生のおっしゃった「キーワード」は是非ともみつけたい。今日、これだけの話だけでキーワードが見つかるわけでもないのに、センターにとってのキーワードとは何なのかを継続的に検討する必要がある。それと、センターだけで、あれもこれも出来ないとしたら、戦略的にどういう目標を立て、また、センターとしてできないところは、どこにお願いするかを考える必要があるというふうに感じました。法定移管業務についても、センターが担当する部分と他の行政組織にお願いする部分、あるいはセンターが支援する部分などを見極めて、優先順位を考えながら長期戦略を持って、どのようにして地域作りをしていくのかということがすごく大切なのではないかと思います。

あの、午前中からずっと休み無しのセッションで、大変申し訳なかったなと思っています。皆様も、もうクタクタで頭の中も真っ白になっているのではないかと思います。改めまして、本日の話し合いは本当に有意義であったということで深く感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

平成 15 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・市町村等における精神保健福祉施策の充実に関する研究  
分担研究報告書

市町村等における精神保健福祉施策の推進に関する研究

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

宮田 裕章（東京大学大学院医学系研究科）

長沼 洋一（国立精神・神経センター精神保健研究所）

小山 智典（東京大学大学院医学系研究科）

浅野 弘毅（仙台市立病院）

五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）

桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）

助川 征雄（田園調布学園大学）

淵野 勝弘（緑ヶ丘保養園）

三宅 由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム；以下、特養）および痴呆対応型共同生活介護（痴呆性老人グループホーム；以下、グループホーム）における、精神症状や問題行動のある高齢者の介護の現状、精神科医療の必要な対象への精神科医療提供のあり方、痴呆性高齢者の意思決定等について検討を行った。調査対象施設は厚生労働省が管理する平成 15 年 12 月 5 日現在の名簿を用いて、全国の特養とグループホームからそれぞれ 300 施設を無作為に抽出した。これら対象施設に対して、施設の設備や実態について尋ねる施設票、すべての入居者について尋ねる個別票、痴呆性高齢者の意思決定についての意思決定票の 3 種類からなる調査票を郵送し、調査票の記入を依頼した。特養では 162 施設（有効回答率：54.0%）、グループホームでは 164 施設（同：54.7%）から回答が得られた。精神症状や問題行動のために介護が著しく困難となる事例がしばしばまたはかなり多く発生した施設が一定の割合で存在した。その割合は利用者が高齢であることから考えて最も大きな問題となると思われる身体疾患を理由とするものと比較しても少ない割合ではないことが明らかとなった。また対象施設において少なくとも 1 割強の入居者が精神科の処方を受けていることから考えて、必要時に精神科医が対応できる体制が必要であろう。また、精神障害により施設外の機関を利用した者も特養では約 5%、グループホーム

では1割強存在し、施設外の精神医療・保健サービス機関との連携がスムーズにできるようになる事が必要と思われた。精神症状・問題行動の状態と、歩行・移動・介助の状態を組み合わせ、それぞれの状態における適切な対応のあり方を施設長に尋ねた結果から、どのような形で精神科の支援を必要とするかは、歩行・移動・介助の状態に関係なく、主に精神症状・問題行動の状態に基づいて判断されるようである。また、問題行動の程度が施設で精神科の支援を受けながら対応するか、入院治療を含めて精神科病院の診療を必要とするかの判断を行う際の重要な点であると考えられる。さらに、入居者の医療に関する方針についての意向確認の実施については、ほとんどの施設が確認を行っていたが、確認の対象としては家族・知人等と、本人を含めない施設が半数以上に上っていた。この要因としては、特養やグループホームでは入居時から痴呆を有している高齢者が一定数に上ること、および本人が意思決定できなくなった場合に、医療については家族の同意が得られれば本人の意向の確認は必ずしも必要でないことの2点が考えられる。しかし、入居時に意思決定を行うことが可能な状態である入居者も多く存在すると思われ、医療について意向を示したいかどうかについての最低限の確認は必要であると思われる。各種医療処置の提供状況については心肺蘇生や人工栄養、水分補給を行うことができる施設はそれぞれ半数を超えていたが、心肺蘇生についてはほぼ全ての施設が治療選択の際に問題が「全くない」または「ほとんどない」と回答していたのに対し、人工栄養については3割弱、水分補給については2割強の施設が治療選択の際に問題が「しばしばある」または「かなり多い」と回答していた。人工栄養および水分補給については、治療の選択に関して事前の話合いはより一層必要であると考えられる。

#### A. 研究目的

社会全体の高齢人口の増加に伴って65歳以上の痴呆性老人数が増加している。昭和60年の痴呆出現率と平成4年9月の厚生省人口問題研究所の人口将来推計に基づく推計よれば、65歳以上の痴呆性老人数の将来推計値は平成17年には155.8万人（65歳以上人口比7.63%）、平成22年には225.6万人（同8.13%）となっている。また、社会全体の高齢化の進展とともに、在宅および在院の精神障害者の高齢化が進み、特に精神病院在院患者の3

人に1人は65歳以上となっている。社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」には、「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰があげられたが、この精神病床から退院する患者には中高年者が多数含まれると予想される。また同報告書には精神障害者の地域生活の支援の中に「精神障害者のうち介護保険サービスの利用を希望する者に対しては、精神障害者の社会復帰支援に当たる者や介

護保険のサービス事業者等において、相談支援、情報提供等、適切な援助を実施する」ことが求められている。このように精神障害者の高齢化とともに、高齢者介護・福祉の領域においても精神障害者への対応が一層必要となることが予想される。

本年度は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム；以下、特養）および痴呆対応型共同生活介護（痴呆性老人グループホーム；以下、グループホーム）における、精神症状や問題行動のある高齢者の介護の現状、精神科医療の必要な対象への精神科医療提供のあり方、痴呆性高齢者の意思決定等について検討を行った。

## B. 研究方法

調査対象施設は厚生労働省が管理する平成15年12月5日現在の名簿を用いて、全国の特養から300施設（抽出率5.8%）を無作為に抽出した。グループホームにおいても同様に300施設（抽出率7.3%）を抽出した。これら対象施設に対して自記式質問紙を郵送し、3種類の調査票の記入を依頼した。期日までに回答がなかった施設には、郵送による再依頼を行った。特養では162施設（有効回答率：54.0%）、グループホームでは164施設（有効回答率：54.7%）から回答が得られた。ただし、3種類の調査票全てに回答しなかった施設も存在したため、調査票の種類によりその合計は若干異なる。

調査票は、施設の設備や実態につい

て尋ねる施設票（付録2）、すべての入居者について尋ねる個別票（付録3）、痴呆性高齢者の意思決定についての意思決定票（付録4）の3種類からなる。

施設票では、設置主体、運営主体、個室の割合、定員、在所者数、精神科医療へのアクセス、精神科嘱託医の勤務状況などの施設の属性について質問した。また痴呆性疾患による精神症状や問題行動のため介護が著しく困難になった頻度を質問し、痴呆性疾患以外の精神症状、身体疾患についても同様に質問した。

また回答者を施設長に限定して、4段階の精神症状・問題行動と、4段階の歩行・移動・介助の状態の組み合わせごとに適切な対応について、施設長本人の考え方を質問した。この適切な対応については、平成13年度研究でも、同様の形式で老人性痴呆疾患センター長に質問しているのので、本報告書では併せてその分布を記述した。

個別票では、施設に在籍する全ての入居者について、年齢、性別、精神科医による向精神薬での治療の有無、精神障害者保健福祉手帳の取得の有無、療育手帳の有無、1年間の痴呆を含む精神障害による施設外の機関の利用の有無、1年間で施設外の機関の紹介を受けた経験の有無について質問した。

施設票と個別票については、特養とグループホームそれぞれについて集計を行った。

意思決定票では、回答者に常勤の介



護従業者を指定し、この回答者について年齢、性別、経験年数、資格、職位を質問した。また入居者が事前計画を有していた場合の施設の対応、医療に関する方針、代理人の選任についての確認の手順、各種医療処置（心肺蘇生法、人工呼吸器、人工透析、人口栄養、水分補給）について施設で対応可能かどうかを質問した。

また入居者が高度痴呆（あるいは中程度痴呆）であるというシナリオの想定下で、各治療・医療処置と、2つの転帰の組み合わせごとに、回答者自身の考え方を質問した。2種類（高度痴呆、中程度痴呆）のシナリオは対象施設に無作為に割り付けた。

中等度の痴呆とは、読み書きが困難になるような知的機能の低下、聞いたこと・したことをすっかり忘れる、自分のいる場所が分からなくなるなどの記憶・見当識障害を有するであり、日常生活でしばしば部分的な介助を必要とし、意思決定ができない状況にある場合と設定した。また高度痴呆とは、何もできなくなり、生年月日・自分の名前を忘れる、道に迷い家に帰れなくなるなどの高度の記憶・見当識障害を有するであり、日常生活で全面的な介助を必要とし、意思決定ができない状況にある場合と設定した。

回答の特徴を示すにあたり、原則として頻度、平均値と標準偏差を用いた。回答のばらつきが大きい項目については平均値と標準偏差ではなく、中央値と四分位範囲を用いた。

なお、意思決定票については、特養

とグループホームの回答をまとめて集計した。

#### （倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、国立精神・神経センター倫理委員会国府台地区部会に倫理審査を申請し、実施に問題がないとの意見を得た。

### C. 研究結果

#### 1. 特別養護老人ホーム

##### 1) 施設票集計結果

ユニットケアを採用している施設は39施設（24.1%）であった（表1-1）。

居室が全室個室である施設は10施設（6.2%）、一部個室である施設は116施設（71.6%）、個室がない施設は36施設（22.2%）であった（表1-2）。

施設の設置主体が医療法人である施設は1施設（0.6%）、社会福祉法人である施設は144施設（88.9%）、公益法人である施設は2施設（1.2%）、その他である施設は15施設（9.3%）であった（表1-3）。

施設の運営主体が社会福祉法人である施設は150施設（92.6%）、公益法人である施設は1施設（0.6%）、その他である施設は11施設（6.8%）であった（表1-4）。

施設の定員、平成15年の1年間の入退所の状況について述べる。ここでは、平成15年以前に開設した施設のみを対象とした。137施設から有効なデータが得られた。その定員は10人から260人であり、平均定員（標準偏差）は71.0（35.1）、合計定員は9,721人であった。このうち平成15年1月

1日における在所者数は9,551人であり、利用率は98.3%となっていた。平成15年1月1日から12月31日までの退所者数は、1,978人で、このうち痴呆性疾患が主な原因で退所した人数は39人(2.0%)、痴呆性疾患以外の精神障害が主な原因で退所した人数は55人(2.8%)であった。一方、平成15年1月1日から12月31日までの新規入所者数は2,077人であり、このうち精神科病院から直接入所した人数は48人(2.3%)であった。

平成15年の1年間で、精神科嘱託医を配置していた施設が58施設(35.8%)、精神科医による定期的往診を行っていた施設が65施設(40.1%)、必要時に精神科医による往診を行った施設が24施設(14.8%)、必要時に精神科医療機関の受診を行った施設が109施設(67.3%)、精神保健福祉センター・保健所への相談を行った施設が1施設(0.6%)、老人性痴呆疾患センターへの相談を行った施設は0施設(0.0%)、市町村への相談を行った施設は10施設(6.2%)であった(表1-5)。

精神科嘱託医を配置していた58施設のうち、精神科嘱託医が週1日以上定期勤務を行っていた施設は9施設(15.5%)、週1日未満の定期勤務を行っていた施設は43施設(74.1%)、定期以外の勤務を行っていた施設は2施設(3.4%)、その他の勤務状況であった施設は4施設(6.9%)であった(表1-6)。

平成15年の1年間で、痴呆性疾患

による精神症状や問題行動のため介護が著しく困難になった事例がまったくなかった施設は33施設(20.4%)ほとんどなかった施設は80施設(49.4%)、しばしばあった施設は34施設(21.0%)、かなり多かった施設は15施設(9.3%)であった(表1-7)。

平成15年の1年間で、痴呆性疾患以外による精神症状や問題行動のため介護が著しく困難になった事例がまったくなかった施設は52施設(32.1%)ほとんどなかった施設は80施設(49.4%)、しばしばあった施設は26施設(16.0%)、かなり多かった施設は4施設(2.5%)であった(表1-8)。

平成15年の1年間で、身体疾患のため介護が著しく困難になった事例がまったくなかった施設は35施設(21.6%)ほとんどなかった施設は60施設(37.0%)、しばしばあった施設は52施設(32.1%)、かなり多かった施設は15施設(9.3%)であった(表1-9)。

表1-10に、4段階の精神症状・問題行動の状態と、4段階の歩行・移動・介助の状態を組み合わせ、それぞれの状態における適切な対応のあり方を施設長に尋ねた結果を示した。精神症状に加えて問題行動がある場合は、歩行・移動・介助の状態に関係なく、精神科病院での対応が必要とする回答が多かった。

2) 個別票集計結果(表1-11、数字はいずれも有効%)

個別票は159施設から有効回収さ

れ、全入居者は9,485名であった。平均年齢（標準偏差）は84.4歳（8.1）、性別は男性が2014名（21.2%）、女性が7463名（78.7%）であった。

精神科医による向精神薬での治療を行っている者は1,122名（12.1%）、精神障害者保健福祉手帳を有する者は56名（0.6%）、療育手帳を有する者は105名（1.2%）、平成15年の1年間に痴呆性疾患を含む精神障害により施設外の機関を利用した者が394名（4.3%）、平成15年の1年間に精神科医療について配置医師から施設外の機関の紹介を受けた者が69名（0.7%）であった。

## 2. グループホーム

### 1) 施設票集計結果

居室が全室個室である施設は157施設（96.9%）、一部個室である施設は5施設（3.1%）であった（表2-1）。

施設の設置主体が医療法人である施設は36施設（22.2%）、社会福祉法人である施設は45施設（27.8%）、NPO法人である施設は7施設（4.3%）、公益法人である施設は1施設（0.6%）、株式会社または有限会社である施設は68施設（42.0%）、その他である施設は5施設（3.1%）であった（表2-2）。

施設の運営主体が医療法人である施設は36施設（22.2%）、社会福祉法人である施設は44施設（27.2%）、NPO法人である施設は7施設（4.3%）、公益法人である施設は2施設（1.2%）、株式会社または有限会社である施設は70施設（43.2%）、その他である施設

は3施設（1.9%）であった（表2-4）。

施設の設置・運営主体が医療法人である36施設のうち、主体となる医療法人に精神科、精神病床共にある施設は7施設（19.4%）、精神科はあるが、精神病床はない施設は1施設（2.8%）、精神科がない施設は28施設（77.8%）であった（表2-3、2-5）。

施設の定員、平成15年の1年間の入退所の状況について述べる。ここでは、平成15年以前に開設した施設のみを対象とした。85施設から有効なデータが得られた。その定員は6人から27人であり、平均定員（標準偏差）は11.5（5.2）、合計定員は981人であった。このうち平成15年1月1日における在所者数は881人であり、利用率は89.8%となっていた。平成15年1月1日から12月31日までの退所者数は、246人で、このうち痴呆性疾患が主な原因で退所した人数は34人（13.8%）、痴呆性疾患以外の精神障害が主な原因で退所した人数は24人（9.8%）であった。一方、平成15年1月1日から12月31日までの新規入所者数は297人であり、このうち精神科病院から直接入所した人数は26人（8.8%）であった。

平成15年の1年間で、精神科嘱託医を配置していた施設が6施設（3.7%）、精神科医による定期的往診を行っていた施設が20施設（12.3%）、必要時に精神科医による往診を行った施設が16施設（9.9%）、必要時に精神科医療機関の受診を行った施設が113施設（69.8%）、精神保健福祉

センター・保健所への相談を行った施設が2施設(1.2%)、老人性痴呆疾患センターへの相談を行った施設は7施設(4.3%)、市町村への相談を行った施設は18施設(11.1%)であった(表2-6)。

精神科嘱託医を配置していた6施設のうち、精神科嘱託医が週1日以上、の定期勤務を行っていた施設は1施設(16.7%)、週1日未満の定期勤務を行っていた施設は3施設(50.0%)、その他の勤務状況であった施設は2施設(33.3%)であった(表2-7)。

平成15年の1年間で、痴呆性疾患による精神症状や問題行動のため介護が著しく困難になった事例がまったくなかった施設は40施設(24.7%)ほとんどなかった施設は82施設(50.6%)、しばしばあった施設は28施設(17.3%)、かなり多かった施設は12施設(7.4%)であった(表2-8)。

平成15年の1年間で、痴呆性疾患以外による精神症状や問題行動のため介護が著しく困難になった事例がまったくなかった施設は58施設(35.8%)ほとんどなかった施設は78施設(48.1%)、しばしばあった施設は21施設(13.0%)、かなり多かった施設は5施設(3.1%)であった(表2-9)。

平成15年の1年間で、身体疾患のため介護が著しく困難になった事例がまったくなかった施設は37施設(22.8%)ほとんどなかった施設は96施設(59.3%)、しばしばあった施設は25施設(15.4%)、かなり多かった

施設は2施設(1.2%)であった(表2-10)。

表2-11に、4段階の精神症状・問題行動の状態と、4段階の歩行・移動・介助の状態を組み合わせ、それぞれの状態における適切な対応のあり方を施設長に尋ねた結果を示した。精神症状に加えて問題行動がある場合は、歩行・移動・介助の状態に関係なく、精神科病院での対応が必要とする回答が多かった。

2) 個別票集計結果(表2-12、数字はいずれも有効%)

個別票は141施設から有効回収され、全入居者は1,888名であった。平均年齢(標準偏差)は82.7歳(7.5)、性別は男性が412名(21.8%)、女性が1473名(78.0%)であった。

精神科医による向精神薬での治療を行っている者は281名(15.4%)、精神障害者保健福祉手帳を有する者は23名(1.3%)、療育手帳を有する者は4名(0.2%)、平成15年の1年間に痴呆性疾患を含む精神障害により施設外の機関を利用した者が241名(13.3%)、平成15年の1年間に精神科医療について協力医療機関の医師等から施設外の機関の紹介を受けた者が27名(1.5%)であった。

### 3. 意思決定票

意思決定票の回答者の平均年齢(標準偏差)は42.5(10.9)歳で、211名(64.7%)が女性であった。痴呆性高齢者福祉の領域での経験年数について、平均年数(標準偏差)は、8.4(6.2)

年であった。基礎資格については、71名(21.8%)が「看護師」の資格を、148名(45.4%)が「介護福祉士」の資格を、26名(8.0%)が「社会福祉士」の資格を、105名(32.2%)が「その他」の資格を有していた。また、職位については、72名(22.1%)が「施設長」であった。

文書を入居者が事前に作成していた場合の対応(表3-1)としては、「出来る限り意向を尊重してもらえるように努める」が91施設(27.9%)、「意思決定の代諾者に提示するが、それ以上の関与はしない」が14施設(4.3%)、「保管は意思決定の代諾者に依頼する」が44施設(13.5%)、「特に取り決めはない」が155施設(47.5%)、「その他」が7施設(2.1%)であった。

入居者の医療に関する方針について入居者や親族・知人への意向確認の実施については、確認を行っている施設が313施設(96.0%)であった。それら施設のうち、原則として確認の対象を「本人」としているのは15施設(4.6%)、「家族・知人等」としているのは178施設(54.6%)、「本人と親族の両方」としているのは119施設(36.5%)であった(表3-2)。医療の方針の確認の形式としては、「口頭のみ」が140施設(44.7%)、「文書に記録する」が167施設(53.4%)であった(表3-3)。医療方針の確認時期としては、「入所時に確認し、その後定期的に確認する」が188施設(60.0%)、「入所時に確認するのみである」が53施設(16.9%)、「入所後に機会をみ

て確認を行っている」が52施設(16.6%)、「入所後に本人や親族から申し出があれば行っている」が18施設(5.8%)であった(表3-4)。

医療に関する意思決定の代諾者の選任について入居者の意向確認の実施については、行っている施設は193施設(59.2%)であった。代諾者選任の確認の形式としては、「口頭のみ」が91施設(47.2%)、「文書に記録する」が98施設(50.8%)であった(表3-5)。代諾者選任の確認時期としては、「入所時に確認するのみである」が145施設(75.5%)、「入所後に機会をみて確認を行っている」が38施設(11.7%)、「入所後に本人から申し出があれば行っている」が9施設(2.8%)であった(表3-6)。

各種医療処置の提供状況について表3-7に示した。心肺蘇生法を行うことができる施設は213施設(65.3%)、人工呼吸器を行うことができる施設は41施設(12.6%)、人工透析を行うことができる施設は19施設(5.8%)、人工栄養を行うことができる施設は170施設(52.1%)、水分補給を行うことができる施設は187施設(57.4%)であった。心肺蘇生法で問題が発生した頻度は、「全く無い」が66.7%、「ほとんどない」が29.1%、「しばしばある」が3.3%、「かなり多い」が0%であった。人工呼吸器で問題が発生した頻度は、「全く無い」が70.7%、「ほとんどない」が24.4%、「しばしばある」が4.9%、「かなり多い」が0%であった。人工透析で問題が発生した頻度は、