

## 参 考 資 料 ( 1 )

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結果のまとめ

## 参考資料 1

### 精神保健福祉センターの業務のあり方に関する アンケート調査結果のまとめ

全国センター長会理事会の役員で、県内に指定都市のない県型センターの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補完的アンケート調査への協力を依頼し、全ての方からの回答を得た。以下、その内容を質問項目ごとにまとめて提示する。

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

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

- ・全国のセンターが、精神保健に関する今日的な新しい多くの課題に取り組んでいることが分かり、当センターとしても取り組みの必要性を感じている。しかし、現在の当センター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）業務から取捨選択していくしかないのではないかと考えている。
- ・本庁主管課とセンターの認識の差については、本課サイドの現場に対する認識不足があると思われるが、センター側の自己 PR の仕方にも問題があるのではないだろうか。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と思われる。
- ・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が明確でない。平成 14 年以降はますます中途半端な機関になっているのではないだろうか。
- ・概ね予想の範囲内であった。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もあると思う。センター業務のあり方についても、それによって力点や価値観が違ってくると思う。
- ・以前よりいっそう各センターの違いが出てきているように感じた。業務の多様化もあり、精神保健の領域の拡大ということも大きい。その意味でも責任は重くなっているが、マンパワーの補充はない。
- ・センター業務についてセンターと主管課の間での考え方に大きな違いがあるところが印象的である。センターが専門家集団としての業務を重要視し、ゆるやかに関係諸機関とつながりながら、精神保健福祉そのものの充実を目指しているのに比べ、主管課はセンターが都道府県内の保健福祉行政の中の精神保健福祉をそつなくこなしていくことを望んでいることがわかる。センターが専門家集団でありながら、いわゆる「お役人」でもあることの側面が考えの乖離にあらわれていて、興味深い。これからの市町村支援についてはセンターの重要な役割という捉えかたは、センターも主管課も表面的には同じかもしれないが、その中身は相当違っているものと推測される。センターは、市町村で精神保健福祉がより住民に根付いたものにすべきであると

捉えているが、主管課は行政の業務として市町村に位置づけるようセンターが指導・支援すべきものとして捉えているものと思われる。「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これからのセンターの役割のひとつではないかと思われる。

- ・過去三年間の重点業務に関しては特に異存はない。
- ・センター業務実施状況に関しても、主管課と認識の差があるという結果に異存はない。（感想として、主管課にくらべてセンターの方が寛大なのだなと思った。）
- ・重視している業務の上位三位は当然だと思う。ただし、精神保健相談の電話相談が業務を圧迫しており、人員増が見込めないことから何らかの制限が必要になっている。調査研究について実施する余裕がない。これがないと独創的な良い事業は産まれないと思うが、現状ではやむを得ない。技術支援に関しては、確かに今後は減らすことが可能かとも思う。
- ・相互連携については、主管課と保健所のそれは必須で、ついで地域生活支援センターとの連携が重要である。アンケート結果で、低い順位であった身体障害者更生相談所や知的障害者更生相談所との連携については、ひきこもり相談などを行う上で、連携がより確実に行える可能性がある。婦人相談所や中央児相との関係は、セクションが異なることや、諸般の事情などから連携はより困難と思われる。三障害合同の圏域調整会議などについては、身障、知的障害者の入所調整や身体、知的の事例検討などの点では有効であるが、必ずしも精神障害がある事例とは限らない。
- ・保健所・市町村支援に関する結論については同感である。
- ・国および国立精研への要望についての結論については同感である。国からの情報が主管課どまりなりがちなので、今後は時間の許す限り、県庁に情報収集にゆく必要があると思う。
- ・当所が今取り組まないとならないことは、主管課に対して、「精神障害者事業は長い時間をかけて育成しないと無駄に終わること」を認識してもらうことである。そうは言っても、困難なことから、さらに頻回に連絡を取ることが大切と考える。一方、企画調整・立案を主管課から全て任されても、現在の人員では対応が困難である。
- ・精神保健福祉センターが今後取り組むべきものとして、教育研修、技術支援、精神保健福祉相談に加え調査研究があげられているが、行き着く先としては当然の結果かと思われる。保健所等の関係機関との役割分担を見据えて、センター本来の機能とは何かといった方向に収束しつつある印象を受ける。保健所、市町村もそれなりに力をつけてきており、センターも漫然と事業を展開しているのでは生き残れない時代なのかもしれない。新しい精神保健の問題に積極的に取り組むセンターが多くなっているのもその表れといえよう。
- ・精神保健福祉センターの機能・役割について、主管課とセンターとの間に、相変わらず認識の違いがあることが気になる。センターの事業或いは研究の成果、そこから見いだされた課題等を政策立案に結びつけていくノウハウ或いはスキルを、私たちセンターがまだ十分持ち得ていないということなのかも知れない。意外と大きな課題に思える。

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。

- ・埼玉県の業務は、程度の差はあれ全国のセンターでは行われてきていると思う。
- ・大阪府の本庁主管課とセンターの連携の良さに感心させられた。
- ・神奈川県や、大阪府の事業は、従前より社会復帰対策が進んでいる府県のモデル事業として当センターでも大いに参考にしていかなければならないと感じた。しかし、職親会の立ち上げなど一つ一つ解決していかざるをえない課題が山積している。
- ・現在の当センターのマンパワーでは自己完結的に事業展開を進めることは困難であると思われる。センターが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）を旨くまとめていければよいと考える。大きなセンターは、マンパワーと予算もあり、意欲的に新規事業、モデル事業に取り組んでいると思った。
- ・人口の多さ、職員数の多さなどの、資源の質量の差というものを強く感じた。「多々ますます弁

ず」という諺を思い出した。例えば、大阪府で展開しているストレス対策事業などを、当所で実施しようとした場合、縮小コピーとして事業を組み立てられるかということ、別種の難しさや課題が出てくるものと思う。他所のよいものを学びつつ、しかし独自に組み立てを、足元を見つめて細かく考えないと、有意義な事業企画はできないだろうと思う。

- 管内人口が少なく、職員数も少ないセンターでは、かえってさまざまな役割をとることが期待される。というのも、県内で利用できる専門機関や専門家も限定され、精神保健福祉の多くの要望がセンターという特殊な機関に持ち込まれてくるからである。一人一人の職員が専門的に一分野のみに専念できにくいこともでてくる。そのため、ともすれば広く浅くといった業務運営になりかねない。また、法定業務やお役所仕事のみになりかねない。その中で、センターとしての特色ある業務を行うためには、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、組織との有機的につながり、協同していく必要がある。規模の小さいセンターの場合にはコーディネート機能がより重要となってくる。県内の行政機関（保健所や福祉事務所等）、社会福祉協議会、教育機関、労働機関などとのつながりを、一事業をこなすときだけの連携ではなく、全体的・連続的なつながりにしていく必要が出てくる。すなわち、センターの職員のみでセンター業務を行うのではなく、他機関の職員がセンターの思いと有機的につながり、ともに仕事をしていくような形にもっていく必要がある。市町村に出かけていく（出前式？）中で、センターが情報収集と地域診断を適切に行いつつ、保健所等と有機的につながり地域支援をおこなう。市町村にさまざまな機関や団体のサービスや支援を結び付けていく役割、コーディネート機能を大切にしなければいけないと思う。平成14年度の調査対象センターで導き出された課題は、管内人口が少なく、職員数も少ないセンターでも同様であり、規模の大小による違いはさほどないと思われる。差異がでるとすれば、規模の小ささにかこつけて、コーディネート機能をなくし、決まった仕事しかできなくなったときではないかと思われる。
- 職員数の多いセンターにはかなわないというのが率直なところ。大規模センターの経験を分けて貰って当地で可能なところ、重要なところから手をつけてゆくということが一般的です。彼らを指南役として尊敬しているが、同種の組織というよりは、大企業と零細企業のような違った組織と考え、違った組織の報告として読ませてもらった。
- 報告書に示された3つの事業展開との関連で、今後のセンターの業務のあり方を考える上での6つの側面は、大変興味深く、「できれば、取り入れたい」ものと言える。しかしながら、実際の常勤職員スタッフの規模を考えると、十分には成し得ないだろうと感じる。我が身も省みず、意気込みだけで、これらを成し遂げようと突き進んだとしても、関係機関との間に混乱を招き、サービスの質は低下し、無責任な結果になってしまうことが心配される。ただ、今回示されている内容は、センターの機能強化を考える上で示唆に富むものであり、これからの事業展開に参考にさせて頂きたいと思う。

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

- 当センターでは、数年前からデイケア以外の外来診療を中止しており、例え医師が相談を受けても処方せず、継続治療が必要な場合は他の医療機関を紹介する体制となった。そのデイケア事業も、今回、平成14年度の医療審査会・手帳等判定の業務がセンターに移管された関係で中止となった。そのため、精神障害者と接する機会が、月に2回の当事者によるクラブ活動（デイケアに通っていた数名が息抜きに来所する）しかなくなってしまった。そのため、今まで精神保健を担当したことの無い職員やセンター勤務を経験したことの無い職員が異動してきた場合、そうした職員に精神障害者についての知識をどのように身につけて貰うかが課題となっている。
- 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。
- 精神科救急医療の方向付けと、センターの関与の如何。

- ・精神医療分野とのつながりは十分ではない。精神科救急のみならず、通常の措置診察などにおいても指定医の確保や受け入れ病院の確保が困難。また、医療機関の配置に地域偏在があり、中央に集中している。交通の便が不便なため、通院するに経済的、肉体的な負担がかかる。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であり、住民のニーズに対して適切な対応ができない。
- ・当県には、県立精神病院がなく県立病院の一つに併設された精神科病棟があるだけである。そのため、精神科救急情報センターや夜間休日当番病院については、精神病院協会に全面的に依存している状態である。そのため、時に本庁主管課と精神病院協会との意見交換に支障が生ずることがある。センターも関与しながら、両者の県警改善を図る必要があると思っている。
- ・当センターの診療は、主として高校から20歳代の思春期症例がほとんどで、高校の養護教諭からの紹介、電話相談からの事例も少なくはない。思春期症例に対して積極的に取り組む精神科医療機関が少ないという状況が要因のひとつとも考えられるが、逆に、当センターが紹介できる医療機関を捜すのに苦慮するということが課題として挙げられる。
- ・精神病院の実地指導は本庁主管課が行っており、センターは全く関わっていない。それでも、県内の精神病院の状況はある程度把握しているが、細かいところになると一寸自信のないところが課題といえは課題である。そのため、入院患者からの退院請求・処遇改善請求を受け付ける際、その辺のところをもっと十分に承知していれば、より適切な対応ができるのではと思われる。精神医療審査会の事務を行っているセンターとしても、医療現場の状況に精通していることも大切ではないかと考える。
- ・通院医療公費負担の対象範囲の変更に対して、当県では、センターでの承認の判定、及び医療機関からの診療報酬の公費負担分請求について未だ全く対応がなされていない。センターだけで対応できる問題ではないが、これは今後の大きな課題であると認識している。
- ・県立病院との兼務辞令が出ており、県立病院医師の身分で診療を行っている。しかし、センターとしては診療機能は持っていないので、センターが移転などすると、こうしたことが実質的に不可能となる。現在は、前所長から引き継いだわずかなケースを除いて新規ケースの診療は一切行っていない。そもそも精神科医一人なので、ケースを多く抱えれば動きがとれなくなる。自分の臨床感覚を極端に落とさないためには必要だが、センターの機能としては重視していない。

## 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が必要である。
- ・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しているように見受けられる。特に、当県では市町村に駐在していた保健師を県・保健所に引き上げて「精神保健は県の仕事」として位置づけたため、せつかく多くの市町村に育っていた精神保健が地域から遠ざかっていった苦い経験がある。平成14年度から国としても、市町村に精神保健福祉が一部おりてきたが、市町村の一部では、精神保健は県の仕事であり、特別なものという捉え方がある。
- ・電話相談からは、病的賭博に対するサービス、また統計からは自殺の比率が高いという問題があることが判っているが、統合失調症、アルコール依存症以外の予防活動（一次、二次、三次）を殆ど行えていない。当事者活動の活性化が乏しいためか、保健所や保健センターでは、当事者の意向確認というのがしばしば重視されていない支援が行われている事が問題。
- ・高次機能障害についての対策を行うことを身障のリハビリ病院から強く求められている。まずは家族教室運営のノウハウなどについて、研修を組むことなどを考えている。
- ・ひきこもり、自殺防止、PTSD、DV、児童虐待、子育て不安など、これまでの精神病性障害への対応では不十分な領域の精神保健問題が顕在化（増えている？）していると思われる。これらの問題は、センターだけでは対応できない部分も多く、関係機関とのネットワークが必要である。また、その中でセンターの役割も明らかにしていく必要があると思われる。現状は、これらのネットワークはまだ不十分であり、何となく、それぞれの問題に対して各関係機関が

バラバラに対応している印象がある。

- ・H15年8月にスタートしたCRT（クライシスレスポンスチーム）が、10月と12月と1月に出動した。今後はこれが当センターの看板事業になると考えられるため、最重要な連携先は教育委員会となるであろう。
- ・多様な相談支援体制が必要と考えられる。当センターはいわゆる統合失調症に代表される“疾患圏”よりもそうでない領域にシフトしつつある。

## ウ) 精神福祉分野

- ・精神科デイケアは出来れば復活したい事業である。その中で色々なノウハウを身につけていくことも重要ではないかと思う。
- ・社会復帰施設の運営主体が医療法人に偏っている。また、福祉施策等の重要な施策が精神病院協会に全面委託されてしまうと、障害者のニーズにそった対策が進められているとは言えない。センターとしても積極的に本課にアドバイスしていくことが必要である。
- ・地域でのリハビリテーションへのセンターの関与のあり方が課題。直接サービスとしての精神科デイ・ケア事業のあり方についても検討が必要である。
- ・数的には、作業所も社会復帰施設も増えてきたが、地域偏在と活動内容の充実が課題である。ようやく地域偏在が解消しつつあるが、ハコモノを作って終わっていたきらいもある。障害者の地域生活の充実に即した福祉をどう構築していくかが課題である。
- ・入所型知的障害者施設が精神障害者の退院先になっていて、施設によっては5割近くが精神障害者というところもあるのに、知的障害者施設に対する教育研修が行われてこなかった。また、本来、ケア・マネジメントの手法でサービス調整すべき事例があるようだが、十分に調整ができていない状況が散見される。圏域ごとの地域支援が必要であるが、すべての圏域で三障害合同の地域支援を行うとなると大変である。
- ・平成14年度より精神障害者福祉の推進主体が市町村に移されたが、まだ十分にその機能が定着していない印象がある。以前より市町村間のばらつきが大きくなっている感もある。個別の事例を扱うというより、制度上の業務（通院医療公費負担、手帳申請の受付など）の推進が中心の所もあり、内容的に偏ったサービスの提供も見受けられる。地域生活支援センターも開設されており、全てを市町村が担わなければならないとは思わないが、もう少しバランスの良いやり方があるのではないかと思う。いづれにしても市町村のマンパワーの充実が課題である。
- ・当県では近年、当事者団体（当事者クラブ）も増え、病院デイケア、小規模作業所、地域生活支援センター等を拠点として、当事者自身の活動も増えつつある。今後、これらの活動を、どのように地域住民の目に見える「具体的な形」として定着させ発展させていくかが課題である。そのひとつとして、精神障害者スポーツの推進があり、当県ではまだ推進体制が未整備であるため、今後我々センターあたりが中心になり、その推進体制の整備を目指していくことが必要と考える。
- ・社会復帰施設等が設置される時、地域住民からの思わぬ反対に出くわすことも少なくないと思われるが、そのような時、地域住民に理解してもらうためにセンターの支援が求められることがある。事実、そのような相談があり（福祉ホームB型設置への反対があり支援を求められた）、普及啓発活動の一環として地域に出向いたが、強硬な反対意見の前に無力感を感じてしまった。精神障害者福祉の推進には、詰まるところ最終的には、地域住民の精神障害者に対する偏見の除去、理解の促進が大きな課題になると思われる。効果的にこれをどのように進めるか、センターの課題として重く受け止めている。
- ・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だが、地域支援体制の統合モデルづくり（フォーマルなものインフォーマルなもの）が必要と考えている。障害者ケアマネジメント研修と障害者ケアマネジメント実践との間の“双方向性”が必要と思う。

## 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もの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るか。

- ・保健分野や福祉分野に関しては、「障害者のニーズ調査等」を行い、その結果を施策に反映して貰うために、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」を平成13年度に立ち上げ、提言を行って行くようにした。
- ・保健所の指導のため、連絡会後の回数を増やし、その会議の中では「保健所における対処困難例」を中心に意見交換を行うようにした。
- ・学校保健、産業保健分野にも積極的に関与し、例えば、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回意見交換会を行うようにしている。また、産業保健推進センターにもセンター長が相談員として名を連ねている。
- ・病院協会の研修会などで「これからの精神医療の方向性、あるべき姿などについて、また精神医療審査会や32条、45条の考え方についても伝達する機会を作っている。
- ・民生委員へのアンケートを行ったり、研修会で「精神保健の考え方」などの講演を全県で行って行く予定(福祉サイドとの連携)で、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。
- ・精神科救急医療連絡協議会ワーキンググループ検討会への参画。センターは救急事業そのものには直接タッチしないつもりである。
- ・既存事業の中での重点的、意識的な取り組み。
- ・精神医療に対しては、行政からだけではいかんともしい状況がある。医学教育における、公衆衛生的な理解や人間教育も必要。さまざまなニーズに対応できる専門家を育てていく必要があるが、学生教育や実習を含めた次世代の養育を行っている。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ているのが実状。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で開催し、ホンネで話し合える場をつくり、みんなで地域の精神医療・保健・福祉を考えるネットワークをつくりあげている。
- ・精神保健・福祉に関しては、市町村・地域にセンターから直接的に出向く中で、その地域で必要なものとともに考え、作り上げる作業をしている。センターはコーディネイト機能を発揮し、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。
- ・知識普及に関しては、既存の教育研修のあり方を少しずつ変えてきた。また、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という点は、危機介入に明け暮れる保健所には定着させることが困難である。そのため地域生活支援センターから、この思想を定着させようと(現にその方が容易)している。
- ・ケア・マネジメントの普及は、地域に出て事例を実際に扱わないと上手くいかない。担当者の力量が付いたらまた復活させたいと思っている。
- ・思春期精神保健の相談・外来治療については、現状では、当センターの重要な役割のひとつと考えている。これらを進める中で、地域の医療機関に対してもその必要性をアピールしていきたいと考えている。
- ・精神医療(入院)の現状をより把握するために、センター職員を、精神病院実地指導の事務方スタッフの一人として加えてもらうよう本庁主管課に働きかけている(実現性は高いと思っている)。
- ・適正な通院医療公費負担制度の推進は、今後の大きな課題として考えていくが、やるとなると事務量も多く、本庁主管課の決断次第である。
- ・精神保健分野として、今年度より本庁主管課の協力のもと、共同で自殺予防対策の推進に取り

組み始めた。ひきこもりについては、保健所のひきこもり対策事業への協力支援という形で始めている。ひきこもりは、現に目の前に事例があるので、より現場に近い保健所が中心になる機関として適切と考えている。その他の精神保健問題については、今のところ、その時々での事例の積み重ねを行っているところである。

- ・精神障害者福祉の推進における市町村支援については、市町村への業務移管以前の平成12年度より行っているが、これまでは全般的な研修などが中心であった。今後は、支援の内容もより個別的なものとし、研修などにおいては、目的・テーマをより絞った形で実施していく必要があると考える。
- ・精神障害者スポーツの推進は、まずはセンターが中心となり、推進協議会の設置を目指している。
- ・精神障害者に対する偏見の除去、理解の促進については、センター本来の業務として、日頃からその機会を逃さず粘り強く進めていくことが必要と考える。何れにしても、センター職員が少ない中での身の丈にあった業務の推進を考えている。

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。

- ・当県は面積が広く、山間地も多いため交通の便が悪い。事業展開上不利な点は多く見られても有利な点はない。
- ・不利な点は一歩ある。たとえば、管内が広く、南北600km離島もあり、旅費や日程で苦勞している。有利な点としては、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。数年前に「本県の精神保健元年」という位置づけがなされ、事業拡大がなされた。今のところは、まだ、その追い風の影響下にあると考えられる。
- ・管内人口、特に市町村が小規模であるため、顔をあわせてのつながりが作りやすい。さまざまな活動の中で、同じメンバーで話し合えたりするので、狭い分野に限定されるのではなく、多方面からかわりあえることもあって、精神保健福祉が地域住民に密着した活動として展開しやすい。いわゆる「地域づくり」に結び付けやすい。
- ・恵まれていることに気がつかない。強いて言うと、広い面積、少ない人口密度ということで、直接来所可能なエリアは盛岡近郊に限られるため、相談数が増大しないことぐらい。
- ・大都市を抱えていないため、薬物問題などの都市型の問題が少ない。多数の大学が入り込んでいるわけでもないため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。
- ・面積の割には人口規模も小さく、また予算規模の小さく、他県に比べ、むしろ不利な点の方が多いと思われる。事業展開上恵まれている点、有利な点などは、残念ながら、今のところ思い当たらない。
- ・人口が分散しており、大きな市が無いという特徴がある。そのため、人口の多い市で何かモデル的なことをやるというわけにいかない。一方、小さな都市が多いので、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という側面も持つ。

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るか。また、そうした支障は、どのような業務で顕著ですか。

- ・当センターは県人口に比してマンパワー不足の状態にある。
- ・特に日常業務に負われ企画立案部門・研究部門が疎かになってしまいがちである。人口に比して職員が少ないため、日常業務に追われていることは否めない。調査研究がセンターが中心になって行えていない。(自殺防止対策やWHOのストレス調査などについては、国の予算で保健所で意欲的に取り組んでおり、協力している。)



- ・14年度移管業務が増員を超える分量の事務量であった上に、さらに増加傾向にあること。事務的業務の増加が、相談など援助業務に有形無形の、悪しき影響を及ぼしているように感じられる。
- ・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。
- ・地域に出る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。（以前は地域に出向いて事例研修会を開催しつつ、地域介入も併せて行っていた。）
- ・当センターは常勤職員が少なく、むしろ、支障が生じないような業務運営を行わざるをえない状況にある。ただ、必要な業務、事業（電話相談、法定業務、診療業務、週2回の思春期デイケアなど）については、支障を生じないように嘱託職員、日々雇用職員、医師・心理職・指導員などの非常勤職員がある程度配置されている。それでも、全般的には、その時々において支障が生じることはある。特に、法定業務は継続的に業務量が多く、少なからず時間外勤務が出てきている。
- ・審査・判定業務のセンター移管に伴う、人員対業務量のアンバランスにより、大きな支障が出ている。また、職員の何か新しいことにチャレンジしてみようという意欲を失わせたという意味ではとても大きな損失だと思う。

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。

- ・当センターは人員増を要求しているが、本課では「心の健康づくり対策」のため、センターの職員を1名減にして、その分本課の1名増を図りたいという考えているようである。
- ・センターの設置義務のため医療審査会や手帳等の判定業務を担うことになったが、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。是非人口当たりの必要最低限のスタッフ数を厚労省で出して貰いたいと思う。
- ・職員を増やして、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、隙間的な医療相談・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。組織体制を拡大するのは困難だろうが、センターという形にとらわれず、総合的に心の健康を医療・保健・福祉それぞれの立場でおこなえる組織か、行政内の連携を見直した業務の分担が必要。
- ・当然、継続的に正規職員の配置を要望しているが、なかなか難しい面がある。そのため、前述した嘱託職員、日々雇用職員、医師・心理職・指導員などの非常勤職員の配置を必要に応じ要求し、また、十分ではないが配置も叶っている。本来は、きちんとした組織体制の整備が必要なのかも知れないが、それも人員がある程度確保されての話で、当センターは、ご質問の趣旨以前の状況であり、その中で工夫して、業務推進に必要な人員の確保を行っている。
- ・センターのマンパワーを全ての分野に均等配分しては、どれも不十分になるので、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。

- ・センターの本来の目的からいうと精神保健福祉に関する中核的なサービス機関として位置づ

け、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であろうと考える。仮に法定業務に重きを置くのであれば精神科医療機関の監査指導等を行って初めて行政機関として明確に位置づけられるのではないだろうか。今の状態では何もかも中途半端に終わり、無くてよい機関になってしまうのではないかと危惧される。

- ・災害精神保健は以前、自然災害が起こったときに PTSD 対策マニュアルを作成した。今度、大きな事故で多数の犠牲者が出たため、県保健福祉部、センター、市職員、大学などと PTSD 予防の連絡会を行っていく。
- ・自殺防止は国の研究の研究協力者の保健所長になっており、センターも協力している。
- ・従来業務の展開の中で、状況やニーズの動向によって重点の置き方や軸足の位置をずらすような対応でよいと思う。
- ・バランスは、すごく悪くなっている。主管課としては、行政施策に即した調査研究や情報収集を望むのであろうが、それでは地域の体温の感じられない、形だけの施策展開にしかならない。新たなニーズに対しても、十分な対応ができず、ただどこもやらないからやっているだけの形になりがち。一部に専念するか、大きく業務を削らなければ新たなニーズには対応できない。中途半端な形で新たなニーズには対応しないほうがましと考える。しかし、地域精神保健福祉から軸足がはずれてしまうことも避けたい。
- ・主管課が自殺やひきこもり、災害精神保健などを障害保健福祉課の仕事と認識していない（ような）ため、独自に準備している状態であったが、「ひきこもり」に関しては、主管部の主導で主管部の方針に沿った仕事を来年度はすることになった。総合相談センター化により、総合所長の意向で、従来からの7本柱の業務ではなく、法定業務を行うことと、三障害合同の圏域支援をすることに重点が置かれており、現実的な範囲でそうした方針に従っている。
- ・まず精神保健福祉センターが求められる役割として、新たな地域ニーズ（精神保健問題）への対応を目指すことは極めて重要なことと考える。それらの精神保健問題への対応のひとつ一つには、これまでのセンターの従来業務の7本柱の要素は含まれており、従来業務に加えて新たな業務というよりは、従来業務の対象が拡大してきていると考えらる。その重要性を考えれば、法定業務に押されて削るべきものではないと思うが、現実はやや法定業務に押され気味なのも事実である。しかし、法定業務はあくまでも、従来業務に対する「プラスα」であると位置づけている。
- ・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。

- ・精神保健福祉協会に関しては、協会誌を当センターが編集することになっている。（担当者にもよると思いますが熱心な人ほど協会誌が厚くなる傾向にある。）
- ・最近、精神保健福祉ボランティア連合会を組織し、所長が顧問になり県内各地で開催する年2～3回のフォーラムに講師として参加し、また、他の職員も司会等の手伝いをしている。他の民間団体への委託事業は現時点ではない。
- ・センターは公民のネットワークの要になりうる立場に、法律上も実際にあるので自覚して頑張りたい。
- ・精神保健福祉協議会の事務局があり、「こころの健康づくり対策」「こころの電話相談」事業などを行っている。民間団体への委託事業、補助事業はない。（予算の支出ではない）
- ・全県的なコーディネーター役と思われるが、主管課と保健所との間で、どう専門性や先見性を発揮しうるかには、現実的な難しさがある。  
精神保健福祉協会とは研修会の共催などをしながらアドバイザー的役割を持っている。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。
- ・精神保健福祉協会の事業展開や、社会福祉協議会などとは積極的に業務を連携している。医療従事者へのリカレント研修やボランティア支援、住民活動支援を連携してやっている。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。
- ・精神保健福祉協会の事務局を持っている。病院会費のためいくらか金銭的余裕があり、理事会の承認を得た上で、バレーボール大会補助などに重宝している。岩手県内の統合失調症による障害者の社会復帰でもっとも勢いがあるのが、精神障害者地域生活支援センターで、当所としてはその支援にあたるのが最も効率的と考えている。
  - ・精神保健福祉センターの役割として、地域における新たな取り組みのイニシエーターとしてのものがあると思う。きっかけ作りをして、その後どうするか？ やはり、それをセンターの事業から地域の事業へと定着させていく必要があり、そのために、地域の適切な関係機関・団体等に引き継いでいくことが大切だと思われる。これまでも、センターでの職能研修がその関係職能団体に引き継がれて（委託や補助事業というわけではないが）きたし、今後ともその流れは続くと考え。例えば、これからセンターが取り組もうとしている精神障害者スポーツの推進は、しかるべき時期に関係団体等に引き継がれることを前提に進めることになる。
  - ・委託事業或いは補助事業を受けた民間団体への協力については、求めに応じて積極的関わりを持っていく考えである。これまでも、特に精神保健福祉関連研修開催での共催や後援（県社会福祉協議会、県精神保健福祉士協会、県精神障害者家族会、県精神保健職親会等）を行ってきた。
  - ・精神保健福祉協会の事務局は主管課である健康増進課にあり、普及啓発などの行事を開催してきた。また、1996年、大学病院との連携により専門職の草の根ネットワークとして「県アディクション研究会」が立ち上げられ、センターが事務を担当していた。なお、会長は、大学精神科の教授である。2001年に県精神保健福祉協会に「専門会員」を作り、アディクション研究会を合流させた。形式を重んじる行政的な側面と草の根パワーの側面のハイブリッド構造が新しい協会の特徴である。専門会員名簿と専門会員会費徴収をセンターが行い、専門会員機関誌発行などは大学精神科が引き受けることになり、事務が3カ所に別れていることになる。本庁からはセンターに事務局をとという要請があるが、人員の問題が最大の理由で断っている。また、出先に出してしまうと、協会の「格」が下がってしまうのが最大の難点である。同年6月には、大阪池田小事件を受けて、協会主導で創設されたCRT（クライシスレスポンスチーム）の責任者がセンターへと異動したことを契機に、2003年に協会による「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。現在も実際に、数名のチームでの出勤実績を重ねており、今後センターの看板事業になっていくものと思われる。

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であり、今年度に入り既に2市が誕生した。2005年までに、合併しないと表明した市・村は各1箇所しかない。ただセンターとしては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う。
- ・市町村合併によって、障害者にとっては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と思われる。
- ・市町村合併の動きはあるが具体的な枠組みは確定していない。市町村の保健師や担当者との連携はやりやすくなると思う。
- ・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。
- ・まだ市町村合併の話はない。
- ・県内の25万人の市と周辺3市町が合併に向けて具体的に協議しており、その実現性は高いと思われる。その他、いくつかの市町村合併推進協議会（任意、法定）がありますが、行き先は不透明と思われる。いづれにしても、政令指定都市ができる訳でもなく、今のところは、今後のセンター業務運営に及ぼす影響にほとんどないと考えている。
- ・合併市の誕生により、保健所の統廃合と市町村の役割増大が影響してくると考えられるが、現

時点では不詳である。

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。

- ・最近、知的障害者更生相談所と身体障害者更生相談所とが合併し、センターは単独の機関となるとの話があったが、市町村合併が進んだことによって、福祉事務所と保健所の統廃合を先に進める予定が狂ったこともあって、その計画が棚上げ状態になっている。当県では、単独施設となった方がメリットがあるように思われる。
- ・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、そのように希望しているが、県の財政事情から当分は無理と思われる。
- ・他部局施設との合築・連携などの動きはない。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。
- ・センターの行政機関化は、当所が、県庁の事務職の所長のもと、中央児童相談所、婦人相談所、知的障害者更生相談所、身体障害者更生相談所と精神保健センターが統合され、福祉総合相談センターとなった時点で決定的となった。統合により、動きが行政的に制限された感じがある。また、三障害合同の方針では対応できない部分もあって難しさがある。
- ・以前には、そのような可能性もあったようだが、現在はない。当センターは、今後とも、単独の県の一機関として業務を続けていくものと思われる。
- ・施設の建て替えのため、移転が必要となっているが、当面、借り住まいで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と考えている。

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年度以降ますますその傾向が強くなったように感じられる。センターが魅力ある機関になるよう今後努力していかないといけないと思っている。
- ・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と思う。
- ・政令指定都市センターの業務の進め方、すなわち行政直結の体制が、都道府県センターの業務の進め方に悪い影響を及ぼしつつあるのではないかとの懸念がある。14年移管業務とあいまってセンター全体が「役所」化に進むことを心配している。
- ・やはり県庁に恩を売ることがとても大切で、こちらから足繁く出かけ、認識を共有する努力が必要だと思うが、アンケート結果を見てその思いを強くした。

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。

## 参 考 資 料 (2)

### 座 談 会 の 記 録

#### 2-1 : 座談会開催にあたっての予備的報告

資料1 : 平成13、14年度研究の概要

資料2 : 補完的アンケート調査及び座談会への参加センターの位置づけ

資料3 : 精神保健福祉センターの構造的役割

資料4 : 政令指定都市型センターの類型化の試み

資料5 : 公民協働での地域づくりに果たす役割についての検討

#### 2-2 : 精神保健福祉センターの業務のあり方に関する座談会

## 精神保健福祉センターの業務のあり方に関する座談会（午前の部）

日 時：平成 15 年 11 月 29 日

場 所：東京国際フォーラム

### 座談会開催にあたっての予備的報告

平成 13、14 年度研究の概要

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

精神保健福祉センターの構造的役割

政令指定都市型センターの類型化の試み

公民協働での地域づくりに果たす役割について

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

桑原： 本日は、午前、午後と長丁場のセッションにご協力を賜りまして誠にありがとうございます。それでは、早速、午前の部を始めさせていただきます。

まず、資料の確認をさせて戴きます。事前にお手紙で過去 2 年間の私なりのまとめということで資料をお送りさせていただきました（注：座談会資料 1、平成 13、14 年度研究の概要）が、本日はそれに加えて、自治体面積と人口というグラフのある資料

（注：座談会資料 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）と精神保健福祉センターの構造的役割と書いた資料（注：座談会資料 3）があります。それと、後から配った資料で、班会議・山下と書いたのがありますが、これが資料 4

（注：座談会資料 4、政令指定都市型センターの類型化の試み）になります。そして、公民協働での地域づくりに果たす役割についての検討イメージ（天野）が資料 5（注：座談会資料 5）です。これらの資料については、午前中のセッションで説明をさせていただく予定であります。それから追加資料ですが、A4 の紙が 2 枚ありますが、「平成 13 年度、平成

14 年度研究まとめ（注：本文表 3、表 4）」の資料と、「座談会の課題」という本日のスケジュール表です。そこにありますように、午前中のセッションについては、司会を川関先生にお願いをし、本研究の今までの検討結果についてのプレゼンテーションとそれに関しての意見交換を予定しております。そして、午後に座談会をさせて頂く予定であります。それでは、川関先生、よろしくお願い致します。

川関： 11 時半までプレゼンテーションということですが、この厚生労働科学研究は、ご存じのように 3 年間の研究で、今年は最終年度ということになっております。これまでの 2 年間の研究発表の結果で、不十分なところを補足したいということで今回の座談会がもたれておりますので、これまでも理事会で報告されたり、研究結果が郵送されたりはしてはいますけれども、改めて桑原先生から過去 2 年間の研究のあらましについてお話しをいただきたいと思えます。個々の発表時間は特に決めていないんですが、全体 4 人の方の発表時間、40 分ぐらいにして残り 20 分を質疑応答に充てていければと思います。よろし

くお願いします。

桑原： 私からは本当に簡単にご報告をさせていただきます。事前にお手紙で過去 2 年間の私なりのまとめということで資料をお送りさせていただきましたが、今日の討論の中で、ご利用いただくということで、改めて平成 13 年度と 14 年度のまとめというものを作らせていただきました(注：平成 15 年度報告書の図表 3, 4 参照)。これで大体 2 年間の研究結果について要約できると考えています。

ところで、資料 2 を用意しましたのは、全国センター長会理事会の中で、この研究計画のことをお話しさせていただきました。先程、川関先生からご報告のあった、昨年までの 2 年間回の研究経過は、初年度は全国センターそれから主管課はあてのアンケートということでもれなくやったんですが、2 年目は、特徴的な事業展開をしているセンターとして、埼玉、大阪府、神奈川を選びましたが、結果的にそのいずれもが人数の多いセンターでの事業になってしまいました。これでは聞き取り対象にちょっと偏りがありすぎるということで、本年度は標準的なセンターを対象に補完的なアンケート調査を行いながら、座談会という形で最終的なまとめをすることになりました。その計画をお話しさせていただいたときに、「標準的というのは、何ををもって標準的なのか」という質問がでまして、それに答えるのに難儀しました。それで私なりに整理してみたのが資料 1 です。先般、埼玉県のセンターの天野さんがまとめてくれた全国の精神保健福祉センターのマンパワー調査をベースにして、自治体面積とか人口とか常勤職員数などのデータをグラフ化した資料をつくりました。

結果はいちいち説明するまでもないことなので、参考までにご覧頂ければよろしいかと存じますが、グラフの見方だけ、簡単にご説明申しあげますと、●印が政令指定都市です。それから▲が昨年度調査対象の神奈川県、埼玉県、大阪府の 3 センターのデータです。それで、残りの◆が全国のセンターになります。その他にちょっと大きめの□○があります。これが、本年度調査対象に相当するもので、本日の座談会にご出席をお願いしたセンターです。それから 13 年度、14 年度の研究報告の妥当性や補完的な調査項目について、全国センター会理事会の役員の方々を対象にアンケート調査をお願いすることに致しましたが、■が、その調査対象センターになります。ということで、見ていただきますと、今年度の調査対象センターは、結果的に、まずまず標準的なセンターを選定していることがわかり頂けるのではないかと思います。

それと、このグラフを見ると、政令指定都市のセ

ンターが如何に特殊な位置づけにあるかということが一目瞭然とおわかりいただけるのではないかと思います。都道府県型センターについては、1 枚目の図表でひとつだけ上にぼつんととんでいるのが北海道です。北海道とそれから鹿児島とがやはり特殊な位置づけです。2 ページ目は、北海道を除くと、どんな分布になるかといったことを拡大してグラフ化しています。それと、センター常勤職員の分布をグラフ化致しました。また、デイケア施設の有無別で見た常勤職員数についてですが、これは佐賀県の藤林所長が、平成 11 年度に「センターにおける市町村技術支援の実態調査」をされていますが、そのおり、デイケアのあるセンターとないところに分けて常勤職員数を整理されていますので、それに準じてグラフ化したものです。全般的には、今回、精神保健福祉センターが法的に必置化されたこともあって、平均で 15 名と若干増えています。ただし、ここでは非常勤職員数一人を 0.5 人で計算するという方法をとっています。で、その方法で整理すると、平均常勤職員数は平成 14 年現在で 15 人ぐらいになります。これについては、福岡県のセンターの下野先生がなさった「薬物関連問題に対する精神保健福祉センターの取り組みに関する研究」でも平均職員数が 15 人となっていたと思います。そんなところでこうしたことを、全般的な位置づけとして念頭においていただきながら、本日の意見交換に際しての参考にしていただければと思います。私の方からは以上です。

川関： 何かご質問とか、確認・説明してほしいこととかがありましたらどうぞ。

関口： 常勤職員というのは事務系の方も含めてすべてですか？

桑原： そうです。

川関： 他にいかがでしょうか。今のところよろしいでしょうか。

引き続き高畑先生にお願いしたいと思います。高畑先生は東京都の精神保健福祉センターに長年お勤めになって、東京都退職後に、埼玉県立大学の社会福祉学科で今、仕事をしておられまして、今回の研究の共同研究者になっています。桑原先生の方から、高畑先生の方に、今後のセンターのあり方について文章だけではなくてできれば図とか表とかにできないかという意見がありまして、高畑さんにぜひその案を作ってきてほしいということで作っていただいているのですが、ご説明いただきたいと思っています。

高畑： 研究班で、センター業務をわかりやすくいろんな人に伝えられないだろうかという話している中で、図にしてはどうかという話がありました。昨年の段階で大雑把に1ページ目の形で、いろんなものを、構造的につなげていくという視点で1枚目を作らせていただきました。全体の中でセンターの果たす役割を明確化するとともにそれぞれに働きかける役割機能というものを全体の構造の中で関係づけるという形で整理しました。

座談会資料3の最初の図は、大雑把にそれぞれのレベルを、広域レベル、市町村レベル、中学校レベル、区や住民レベルを全体で位置付ける形で書いて、その下は具体的に進める連絡会とかを位置づけるという形の中でセンターの役割と保健所や市町村の役割を具体的に書かせていただきました。次のページの2枚目は保健行政全体の流れが、保健所をどう位置付けるかという形でだんだん企画調整に、広域ではなく、いくのかなあと。私なりに防疫や慢性疾患、生活習慣病に健康づくりがだんだん足されていったんじゃないかなあと思っています。その辺を年表的に、整理したのが、下の、まあわかりきったことかもしれませんが、センターに関するものだけを年代的に照らしていただいて、そのうえで3ページ目の、業務として7本柱から9本柱になって、どちらかという、県行政から管理業務にだんだんシフトしてゆく中で、センターにもともとサービス業務があったのに、管理業務が加わってきたんじゃないかということラインから外れてたのに、ラインの部分も取り込み出したと考える基本的な単純な図にしてみました。後は業務が増えていくのを単純に横に並べて関連領域が増えてきたというのを3ページ目に表にさせていただきました。

4ページ目ですが、これらをセンター内で位置づけたときにどちらかという年代的にどうするかというのと、各地域のセンターをどう位置づけるかということはさておいて、単純に業務が直接業務中心だった時代から間接業務や社会復帰や特定相談が増えてきた、そして、さらに県域での管理業務的なものが増えてきたという流れをシンプルに書かせていただきました。業務内容の変化が、今度は、どうそれぞれのセンター内の業務に関連するかということ、今度は「課題発見型業務」というふうに位置づけて、業務から考えると直接相談業務などが技術援助や調査研究とリンクしながら、技術の新たな開発を加味した事例検討や、所内モデル、先行事例などを研修で紹介しながら、地域に定着させていくという形での業務へと変わって、地域の現場ということで考え、業務上は7本柱が関連しながらもシフトしていくのではないかとこのように考えました。この最初のモデルはどちらかという、大阪とか神奈川の話を開

きながら作ったんですが、次のモデルは、埼玉のヒアリングの中で、達成目標を明確にしながらセンターを中心にして、それぞれの業務がどうリンクして地域にアプローチしていくかという目標達成との絡みでセンターのヒアリングの中から見たものを、私なりに整理したのが、4ページの1番下です。それと、業務の概念整理については、4ページの真ん中の図で、各業務がリンクしてるんじゃないかというのを表現してあります。そして、私なりに4ページの下では、埼玉の業務についてのヒアリングの中で出てきたものを、センター所内業務のリンクということで所内業務の位置づけにリンクさせて作図をしました。

5ページ目は神奈川と大阪のヒアリングを足したような形で作らせていただきましたが、要するにセンターの次元と、保健所の広域次元と、それから市町村次元と、各拠点となる作業所とか支援センターとか保健センターの構造を整理しました。で、それを実践的につなげていきながらいろんな業務を重ねてゆくことで、神奈川の就労支援と大阪の単位促進、ピアヘルパー事業あたりを意識しながら、県庁内と国の関係も含めて私なりに図式化させていただいたのが最後のページの図ということになります。以上で、わかりやすくというか、シンプルに表現をさせていただきました。

川関： 大変な労力でしたね。

高畑： ローデータからの積み上げだったものから時間がかかって、夏までの宿題だったんですがぎりぎりになってしまいました。以上です。

川関： どうもご苦労さまでした。じっくり読むといろんなものが含まれていて、これに触発されている議論が出てくるような感じがするんですけど。センターが徐々に業務の比重を変えてゆくところ、直接サービスも今もあるんですが、直接サービス提供は2ページ目の後ろ、2ページ目にありますが比重としては徐々に減って管理的な業務、政策化決定とかです。調整的な業務ネットワークが増えてきたのではないかと、特に政令指定都市のセンターなどはこういう変化というものを直に感じておられるのかもしれないね。今のご発表に関してご質問などありましたらお願いします。

白澤： 保健と福祉の合体っていうんでしょうか、それは私非常に大きいと思います。仙台市でも保健福祉センターの中に保健所が入って保健所の名前がなくなり、宮城県も保健福祉事務所という名称になって、多分そこら辺の問題っていうのは精神からき



たわけではないのですが、非常に大きな問題であろうかと思えます。従来からの保健、地域保健という言葉に福祉が加わったわけですが、実態として何をやっているかよくわからなくなっている。それが保健所の実情だという気がしますし、保健所の力量というものが明らかに低下していますよね。特に精神は低下しています。

それともう一つ、今、市町村合併というものがもの凄い勢いで進められています。圏域にある8つの町が一つになって、圏域そのものが一つ市になってしまう状況があります。そういう意味では従来の町村のイメージで精神というものを考えにくいところも出てくる。そういう問題もあるのではないかと思います。そういう意味で保健所の変貌というものをどう考えていくかということだと思います。

もう一つ言わせていただきますと、要するに国が出した保健所の精神に関する業務運営要領がありますが、組織機構としてその通り実施している県というものは殆どないと思います。それは一体何なのか、そここのところの問題というものは実は非常に大きいと思っています。

川関： 午前中はそのくらいでよろしいですか。ほかはよろしいでしょうか、続いて山下先生に発表していただきますが、山下先生には今回の座談会を行うにあたって都道府県型センターと政令指定都市型センターとの連携、それから役割分担、政令指定都市型センターは現在12カ所あるんですが、これからも少しずつは増えていくことも考えられるんですが、非常に特徴的な仕事をしているだろうと、今後のセンターの仕事の先取りというところもあるかもしれないということで座談会をしようということにどういう顔触れの方に集まっていたらいいんだろうかということで、それぞれの政令指定都市の特徴、センターや保健所の特徴をについて分析をしていただきましたので、その発表おねがいしたいと思います。

山下： 今日、政令市のほうでは、大阪市と、北九州市と、京都市ということで参加させていただいております。その前に、政令市の状況がある程度、ここで分析して提示してそれを踏まえたうえで議論や討論を進めていければという思いで資料を作成しました。

見ていただけたら大体お分かりいただけるかと思うんですが、座談会資料4の1枚目の表ですが、人口があって、政令市の場合、行政区という区単位のものがありまして、その次に保健所という形で整理されています。今、保健所の役割というお話しが出ていましたけれども、政令市においても同じような点や、違った面での保健所の役割の変化というもの

があります。いわゆる1市1保健所のところと1区1保健所のところがほぼ半々に分かっているような状況があります。細かいところについては、本日参加された方々からご発表いただけたらと思うんですけども、保健所の横に○をつけてありますけれども、これは保健所で精神保健福祉業務をになっているという点での○でございます。それが極めて少ないというところは空欄になっています。それから、1市1保健所のところは保健センターが各区にあるというのが大体のパターンになっていまして、見ていただいたら、1保健所の時は、保健センターが行政区と同じ数だけあるというのが大体のあり方ということになっています。その中で、○と△というのがありますが、多少比重の違いをつけたんですけども、○のところは保健センターで行っているというふうなところということが、調査したところわかりました。それから、ひとつの都道府県との違いということで、保健所業務、精神保健福祉業務、24条通報の関係についてみてみました。都道府県の場合はいわゆる保健所で行うということがほとんどすべてということになりますが、指定都市の場合には、本庁課の場合、保健所の場合、それから精神保健福祉センターの場合とに分かれています。こうした役割分担が決まるまでには、それぞれの自治体で議論をした結果だと思いますけれども、その結果こうなっているということで示してあります。精神病床については病床数ですけども、表を持ってきましたので参考にしてください。

それでこのデータをもとに、政令指定都市型センターを大まかに3グループに分けました。まず、札幌、大阪、神戸、広島を1保健所の政令指定都市で、なおかつ保健センターを中心に精神保健福祉業務が行われているということで1グループにして、その中で、古い方でということで大阪市にご参加いただきました。また、大阪市は、本庁課機能とも合わせているということもありますのでご参加いただいています。それから、さいたま市、千葉市、北九州市は△といいますか、次の2番目のタイプになります。すなわち、1保健所の政令指定都市なんですけれども、保健所でも一定の精神保健福祉業務が行われているということで、北九州市のほうからご参加いただいています。それから、仙台、川崎、横浜、名古屋、京都、福岡市は、各区に保健所があるというタイプで、保健所で精神保健福祉業務を行っているということで京都の方から出席しているということで。

1枚めくっていただいて、3枚目の方にいきます。グラフを見てください。これは竹島先生の方からも、資料をいただきましてそれを参考にさせていただきまして、私なりにアレンジして提出させていただきました。4つのグラフの左上からみていただきますと、

まず、人口比率というものが最初に書いてあります。都道府県との関係を考える場合、やはり人口比という要素が、都道府県との話し合いというようなことをする場合にも、あるいは共同の事業をする場合にも、京都の場合だと救急システムなんかを立ち上げる場合でもできます。やはり、半分なんだけれども、全体としてはかなりニーズが高い、そういうこともよく出てきて、政令指定都市が占める人口の割合についても県域の中でかなりばらつきがみられる。東京都の場合は区部ということで書いています。そういう意味です。ということで、千葉市とかさいたま市などは2割を切っていますけれども、神奈川県、京都府あたりは半数を超えています。こうした違いによって、都道府県と政令指定都市の役割、あるいは関係というものが変化するかなあと示してあります。後は、下に行きまして、都市間の比較ということで、手帳の交付数ですね。じゃあこの違いが出てくる背景は一体何なのかということはいわれないんですけれども、参加された方々から、何かご意見があればコメントいただきたいと思うんですが。さいたま市については、ちょっとデータが見つかりませんで載せていませんけれども、こういうふうな結果になっています。万単位病床数なんかも違いがあって、全国よりもやや少なめの傾向ですけれども、札幌市、北九州市なんかは大変に多い。それからその下は、措置入院、万単位ですが、これなんかは、広島市が全国の中でもかなり高い。しかし、指定都市間でもかなりのばらつきがあって、広島市に比べて仙台市は極めて低いという結果が出ています。もう1枚、社会復帰施設の数です。下は単純に足したもので、どの程度意味があるのかというのがありますが、生活訓練施設とかの数を足したのが上の図で、下は人口万単位ということで見えています。これは今年の4月ということで、仙台、さいたま、広島、北九州市あたりが人口比でいくと多いという結果になっています。右がグループホームということになりますけれども、人口万単位でいくと仙台、川崎ですね、という結果が出ています。というのが社会資源の比較ということで示してあります。

それから2枚目ですが、これはまだ考えながらというところです。ですから、本日の討論の中で、役割ということで議論していただきたいんですけども、一応、精神保健福祉法の中では大都市特例ということで都道府県指定都市同じような役割なんだということにはなっていますが、精神保健福祉に関するいろいろなことを考えていく場合には、やはりいろいろな面で役割の違いというものがあるなということを感じることがありまして、そのあたりをざっと、もっとあるかもしれませんけれども、書

いています。

まず病院ですね。病院に関してが、義務規定が除外されているというのが指定都市ということで、このあたりがやはり病床が必要というのが、いろいろ言われますけれども、除外されているということで、病床を持っているところもありますけれども、病床作るのはなかなか難しい財政難の状況があります。それから精神保健福祉関係のいろいろな処分・決定をしたときの不服審査なんかの場合、指定都市の場合は、知事に不服を申請するということになりますし、都道府県の場合は、厚生労働大臣ということになります。居宅生活支援事業なんかの時には、政令指定都市中心になりますけれども、薬務関係なんかの場合、都道府県の薬務課中心になります、薬物関係ですね、指定都市も1部行ったり、センターでの研修などはありますけれども全体的なこと、情報なんかはやはり都道府県のほうに集中しているということがあります。保健医療計画あたりもそうですし、病院関係に関しても、まあ実地指導なんかは精神保健福祉法によって政令指定都市もしますけれども、病院の改築とか病床変更などは都道府県になっています。診療所については、指定都市にも大都市特例の対象ということになってはいますが、それから、障害者スポーツの、これはまだ精神の方にもほとんどないんですけれども、一般的には都道府県中心に行われていますし、教育・教育委員会との関係についても都道府県の場合は高校と、指定都市の場合は小学校中学校というふうになっています。それから、本庁課等々との関係なんですけれども、予算の編成とか本会議といった議会との関係につきましても、私は都道府県のことはよくわからないんですが、指定都市の場合、指定都市によっても違いますが、求められることが高いということで。質問が出れば答えの案を作れとか、資料を作れとか議会中は多々発生します。それから、いろいろな団体というのはやはり都道府県単位になされていることが多いので、やはりそういったことで話し合いをするという場合は、都道府県と一体になって話し合いをしないと話が進まないということはいっぱいあります。警察署なんかもそうですね。そういったような材料を提供させていただいて、それをもとに今後の連携あるいは進め方ということについて話を深めていければと思います。以上です。

川関： 山下先生の方から、午後の座談会のテーマの1番目、都道府県型センターと政令指定都市型センターということ、非常にかかわりの深い発表をいただきました。午後からの討議でこの資料を参考にしながら進めていかれば良いと思います。何かご確認とかご質問とかありましたらどうぞ。

白澤： 2枚目の表の中に精神保健福祉協会が入っていませんね。

山下： 協会も都道府県単位ですね。後細かく言えば社会復帰施設の集まりなんかも大体都道府県単位になりますね。

川関： 本会議対応や厚生委員対応なんかについては、質問によっては直接答弁に立ったりというようなことも？

山下： それはないですね。私のところはないです。答えの案を作る。ただ厚生委員会なんかは、答弁者は本庁の人ですけれども、後ろに待機というのは、あります。他障害者の当事者団体というのは、やはり都道府県単位で、大阪市は多分そうだと思うんですけども、なっているんですかね？組織は？

古塚： そうですね。都道府県単位ですね。

山下： そういうことですね。

白澤： 障害者スポーツは、仙台市の場合は、身体的、精神障害の3障害を独自で仙台市が関わってやっています。仙台市は仙台市、それ以外は宮城県と分けてやっています。

川関： 他にいかがでしょうか？ よろしいでしょうか？

では、天野さんに発表おねがいします。埼玉の総合センターの課長さんでいらっしゃいます。つい先日、センター長会のメーリングリストでも精神保健福祉協会の事務局がどこにありますかと、センターにあるのがいいのかあるいはセンターから少し距離を置いて、おいた方がいいのかという意見交換がありました。そういうのも関係して、公民協働での地域づくりの果たす役割というものについて、イメージ書いていただきましたのでお願いします。

天野： この研究会では、公民協働に関してもう1本きちっとしたレポートをすることを考えて、その役割をとって下さいと言われていましたが、結局、何も提案できないまま今日を迎えてしまいました。何も出せないで役割が果たせませんのでメモを準備しました。初めは、精神保健福祉協会を調査して、少し検討しようかということもありましたが、あまりにも時間がなさすぎるということで、結論としては、今日、集まっていた先生方に、語っていただくものをまとめることで、公民協働についての考え方が整理出来ないかという趣旨で、話題提供の

メモとして座談会資料5を作成したものでございます。

公民協働について焦点をあてるときに、国は今後も、次々と新たな施策を提示してきますが、そうされても、多分、精神保健福祉センターや保健所はほとんど現実には動けないという考え方が根底にあります。しかし、そのときに実際に動けるとしたら、大阪府がやってきたようなやり方、いわゆる民間活力を使って事業展開を図るという方式ではないかと思えます。具体的には、大阪府では「復帰協」を使っての様々な事業展開を図るという動きをしていますが、それが本来の流れなのかもしれない。だとすると、結論的には、今後の地域に向けたセンターの事業展開は、NPOとかの民間組織を育てていくという活動を念頭におく、あるいは、常に民間組織を意識しながら、やっていかなければならないのではないかと、ということが、研究班会議の議論の中に出てきたように思っています。そういう考え方について、ここにお集まりの先生方は、どのように思われるかということをお聞きすることで、この課題について、少しまとめられることが出てくるかもしれないし、各センターや地域の実状などについても情報を拾い集めていけば、センターの事業を今後、公民協働という形でどのようにやっていくのか、いかなければいけないのかも浮き彫りになるのではないかと、思っています。論理的な高畑先生のまとめとか、実証的な山下先生と違って、この資料はただイメージを書いただけのメモで、先生方のお話を期待したいと思います。

川関： いかがですか

白澤： NPOで精神は非常に少ないですね。宮城県でもNPO法人全体を見ると、環境であるとか老人であるとかそういうNPO法人は非常に多いですけども、精神はまだ一つか二つくらいしかないですね。もう一つ、基本的なこの間の流れが行財政改革との言葉で示されるように小さな政府小さな県庁を目指す方向になっていますが、その中でNPOの活動が民間活力の活用と言われていますが、一方では精神の領域では非常に無政府的な状況というのが出現しているのではないかと思います。確かに民間部門として地域生活支援センターであるとかさまざまな社会復帰施設が出てきていますが、それぞれ勝手にバラバラに活動しているのが実情です。ですからそこら辺も含めて公民協働という軸をどうするかということ提起しないとなかなかうまくいかないのではないかと思います。既存の例えば家族会であるとか精神保健福祉協会だとか既存のものに関しては良いのですが、そうでないものについてどう協同す

るのかということですね。それはセンターとしてのレベル或いは保健所としてのレベルであることも含めて考えないと。はっぱをかけただけでは動かないし号令ただけでは無視されるということもあるわけですから。

川関：精神のNPOの数、まだ非常に少ないということですが、他の県はどうですか？

古塚：小規模作業所を小規模通所授産施設へ移すときにNPO法人にしてということで数的にはだいぶ上がってたんですけど、ただ基本的には小規模作業所の時と同じ人たちが運営しているので、力が強いNPOというか広がりのあるNPOというのはまだ数が少ない。なかにはいくつかの施設を持っているNPO法人もあるんですけども、ほとんどのものは作業所を運営するNPOみたいな形になっています。

川関：愛知県なんかはいかがですか？

関口：結構あります。ただ「福祉」とはっきりしていないものや、精神以外の疾患も。だから精神疾患主体となるとちょっと微妙なところはあるんですけども、でもやりますとおっしゃっているところは結構あります。

川関：北九州の方はいかがですか？

南川：ないですねえ。基本的にやっぱりお上主導型です。

川関：作業所は法人化でNPOを取るというそういうものもないですか？

南川：北九州市の家族会が授産所運営のために社会福祉法人を立ち上げる予定です。少しずつ家族会が変わってきている。

山下：そういえば職親会がNPOになりました。そういうところもあるかもしれない。それと、精神保健福祉協会のことが話題になっていますけど、社会福祉協議会との関係というのはどんな風になっているのかっていうのも知りたいなと思います。そういう意味では、社協がある程度NPOとの関係をもって動いていますね。やってはいますが、精神はまだよわいですよね。精神保健福祉協会は非常に関係が深いということですけど。もうちょっと社協っていうのも、点ではなく面という意味で広がるといい。精神との関係というのは、どうしたらいいかっていう

のは私もわからないですけど。課題かなというふうに私も感じますねえ。

天野：公民協働の軸をどこにおくのかということは、まだよくわかりませんが、茨城県の事例を挙げた内容は、茨城県で病院地域精神医学会の司会をしたとき、発表者の意見にびっくりしました。本来ならばセンターか保健所がやるべきと思われるホームヘルプ研修のノウハウの冊子をNPOとして作成し、相談等も行っているというものでした。県から委託されてやっているわけですが、素晴らしいというか、凄いな活動報告を聴いて「どうしてこれをNPOがするの？ 行政がやるべき仕事じゃないの？」と驚いてしまいました。この活動にかかわっている人の中には、過去、保健所の相談業務をしていたが、異動で精神保健福祉から離れたので、自分の想いを活動に続けたいとNPOでこのような活動をなさっているといったことを聞いたものですから、精神保健福祉センターや保健所では動きの鈍いことが、NPOや民間組織ではフットワークよく出来るのかと考えさせられるとともに、行政機関の役割も見直し、支援や協働の考え方をもっと明確にしていかなければならないと思いました。言い換えれば、センターとしてやらなければいけない、保健所としてやらなければいけない役割や機能が、非常に鈍い時に、それに我慢できない地域の熱心な人たちが一生懸命、それを肩代わりする形で動く時代でもある典型例なのかなとも感じました。最近、地域のベテランが大学人として増えていて、地域を作らなければと、遅れているところで活動が全国で始まりだしたとも思います。白澤先生が言われる無政府状態については行政として困ることも出てくるかもしれませんが、今のところは、すごく力がある団体も出てきているということで例示しました。

栃木県については、最近ほんの3、4日前にその活動について知りました。国際医療福祉大学のOTの助教授の先生が「栃木のこころへんが遅れている」ということで、生活支援センターを開設されて、その活動は相談から今後の展開のビジョンにすばらしいものを感じました。特に、私どもPSWとしては、OT主体の職員配置で動いていることもショックでした。OTが地域に活動の場を広げているモデルを、この先生はなさっているなあという感じがしました。このような、きちっとした専門家が、遅れている地域をなんとかしなきゃという思いで、動き出しているところがあるという状況を、精神保健福祉センターや保健所は活動を期待するとともにどのような連携が可能なのかどうかを考えなければならぬと思っています。こういう動きが全国的にはたくさん出てきているような気もしています。行政