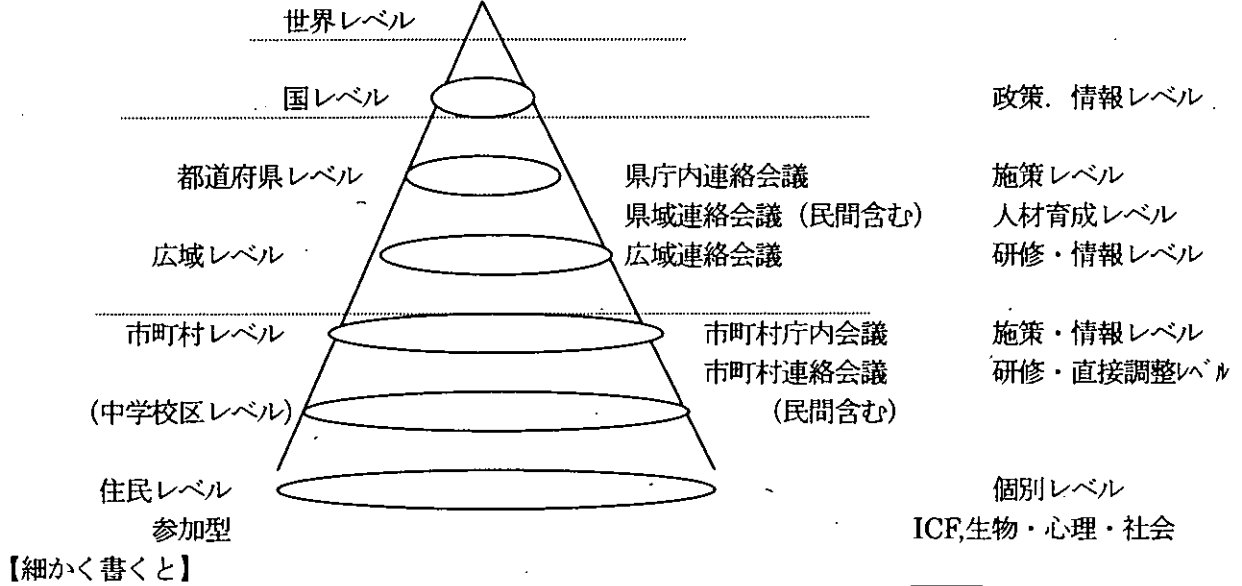


『精神保健福祉センターの構造的役割』

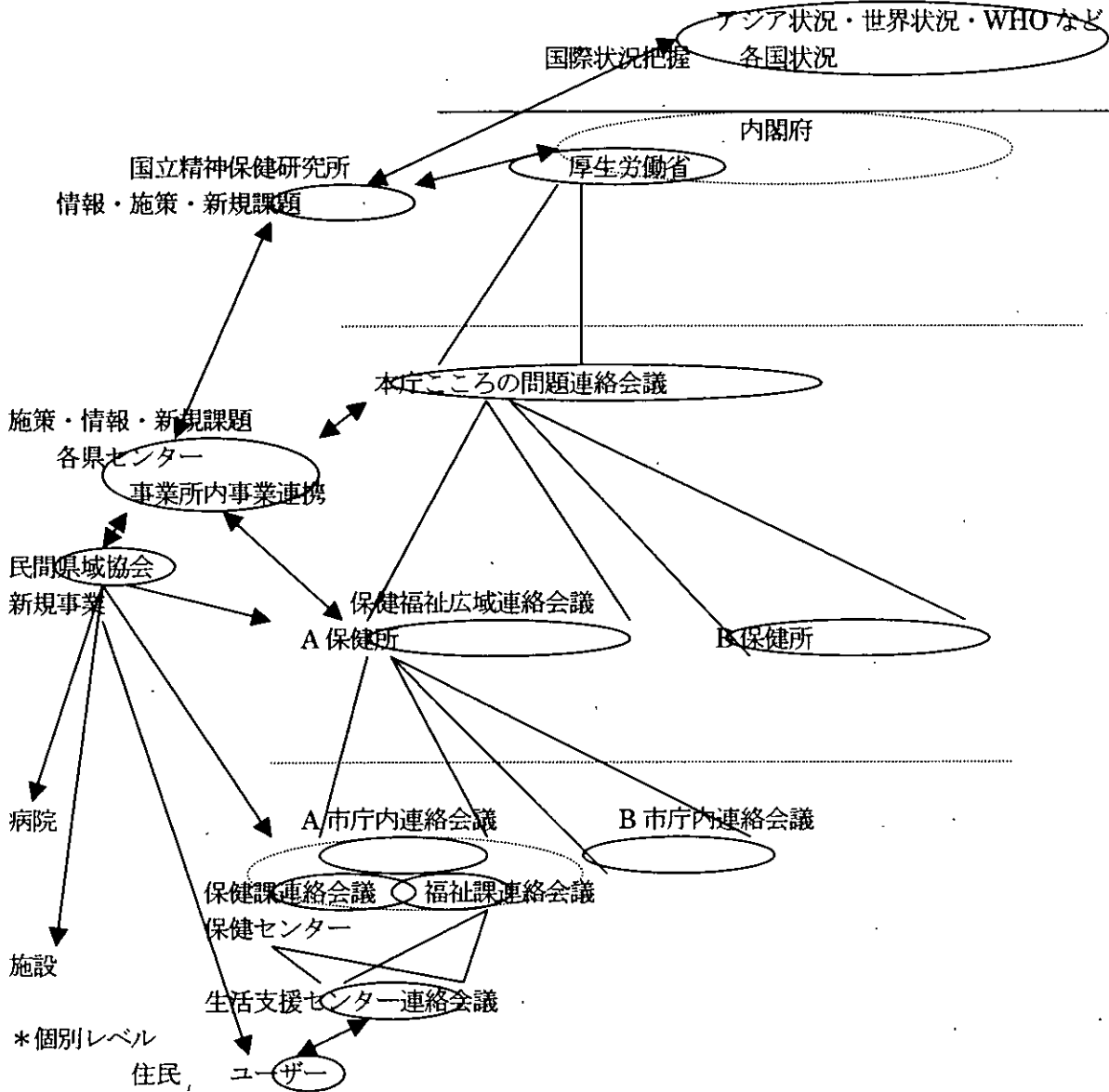
2003.3 高畑

縦から横のつながりづくりへ

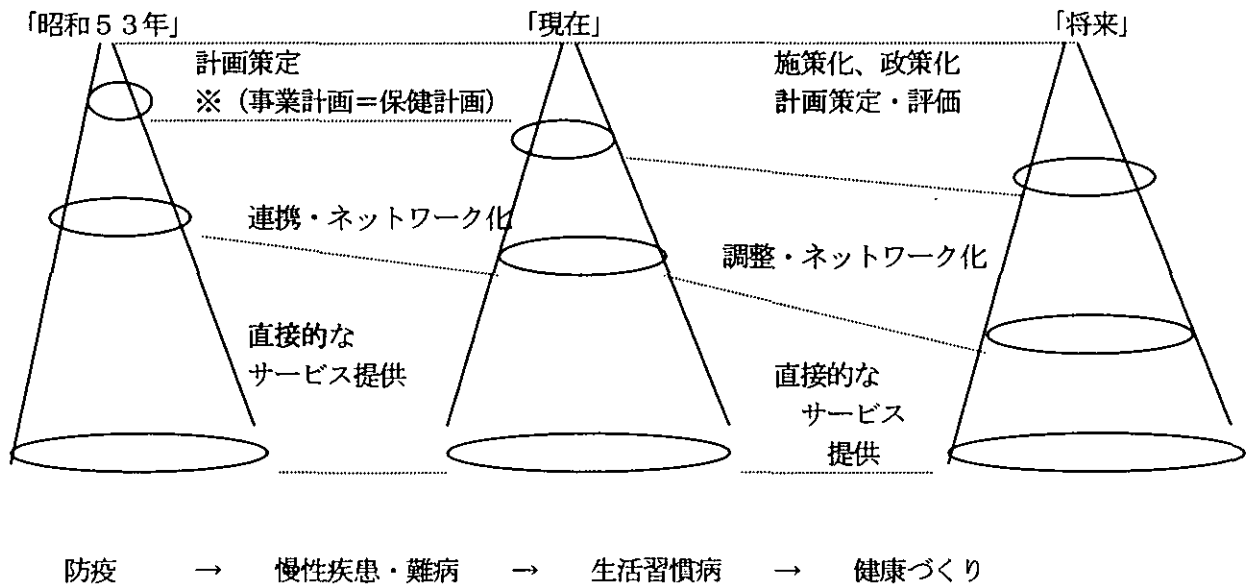
【こころの健康と精神疾患・障害に関する構造的支援システム】



【細かく書くと】



【参考資料：保健活動の時代変化】



<図解：精神保健福祉センターの役割と位置づけ>

高畑 隆 2003. 11. 29

*人間は人と人の中で生活し、社会関係の中で生活を営んでいる。この毎日の生活は人が行動をすることで営まれている。人の行動はその人の精神活動を通して行われている。人の精神活動は脳の中樞神経の活動によって営まれている。

従って、社会で起こる様々な人間関係によるいろいろな問題は、このような精神活動として行われるので、精神医学や精神保健の問題として取り上げられることとなる。

人は生物、心理、社会、環境の影響を受けている。 ICFでは人を幾つかの次元で構造的に理解する

<精神保健福祉センターの経過>

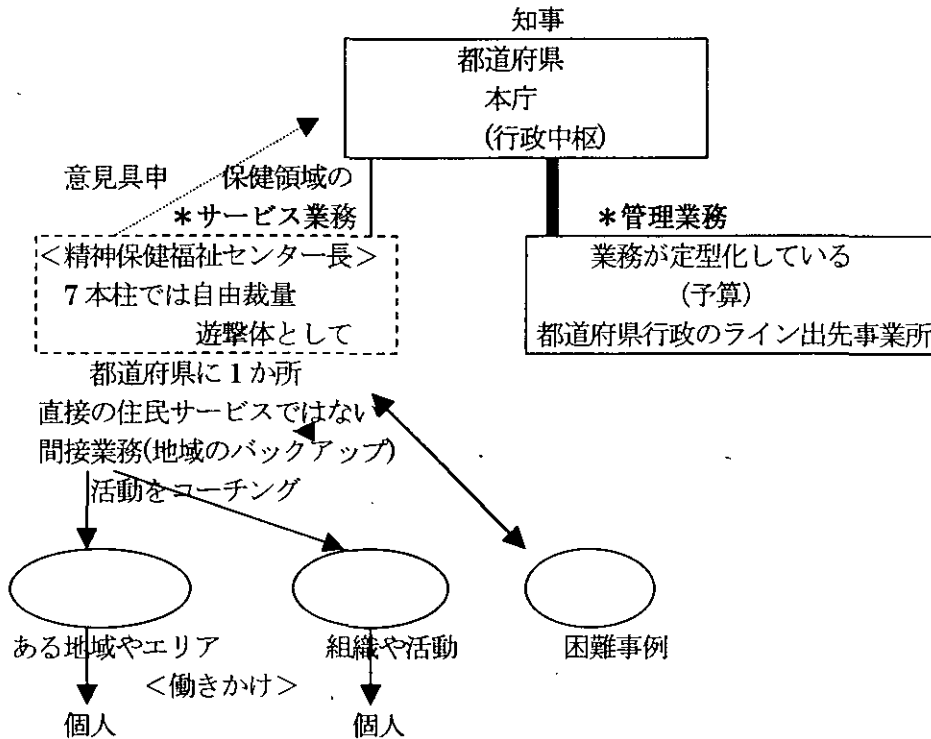
- ・1959〔S34〕年：精神衛生相談所運営要領（公衆衛生局長通知）
1964(S39)年：ライシャワー事件
- ・1965〔S40〕年：精神衛生センターの設置←「精神衛生法改正」・「保健所の業務に精神衛生が加わる」
- 1966〔S41〕年：「保健所における精神衛生業務について」（公衆衛生局長通知）
- ・1969〔S44〕年：精神衛生センター運営要領について（公衆衛生局長通知）
- ・1972〔S47〕年：A級精神衛生センターにおけるデイ・ケア事業運営費予算化
- 1975〔S50〕年「保健所における社会復帰相談指導事業の実施」
- 1978〔S53〕年：センターのデイケア事業予算化？
- ・1979〔S54〕年：精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化
- ・1981〔S56〕年：国際障害者年精神衛生国際セミナー開催
- 1982〔S57〕年：通院患者リハビリテーション事業実施、老人精神衛生相談事業予算化
- 1985〔S60〕年：精神保健福祉センターで「心の健康づくり推進事業」の開始
- 1986〔S61〕年：保健所における精神科通院医療中断者保健サービス事業の実施について〔保健医療局長通知〕
- 1987〔S63〕年：保健所における精神衛生業務中のデイ・ケア事業について（保健医療局長通知）
- 1988〔S63〕年：精神保健法施行→精神保健センターに名称変更
- 1988(S63)年：国庫補助事業として「思春期精神福祉援助に関する相談事業」実施
- 1990〔H2〕年：心の健康づくり推進モデル事業実施要領について（保健医療局長通知）
センターに「心の電話相談」
- 1991〔H3〕年：性に関する心の悩み相談事業の実施について（保健医療局長通知）
- 1994〔H2〕年：青森県に精神保健福祉センター設置で1冊にして売る。
- 1995〔H7〕年：精神保健福祉法への改定

- ・1996〔H8〕年：精神保健福祉センター運営要領について（保健医療局長通知）
 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（保健医療局長通知）
- 1997（H9）年：精神保健福祉士法

<精神保健福祉センターの業務>

①企画立案、②技術指導及び技術援助、③教育研修、④普及啓発、⑤調査研究、資料の収集、分析及び提供、⑥精神保健福祉相談、⑦組織の育成、⑧精神医療審査会の審査（事務）・⑨通院公費負担制度及び精神保健福祉手帳の判定、・・・⑩救急

<7本柱から9本柱になってサービス業務+管理業務>



*公衆衛生領域の事業所として

慢性疾患対策として

受診相談、早期発見・早期治療：広域の第1次予防機関として：時代の変化

- ①統合失調症から →②アルコール・薬物 →③思春期・老人（痴呆）→④うつ・ストレス
- ①児童の発達障害・自閉症なども →

*7本柱ができたが・・・

精神保健福祉センターは、裁量権の広いサービス業務なので所長の裁量権で重点業務が実施される
 当初のセンターは診療所としての機能中心に個別援助、医療受診促進を勧めていた
 児童や思春期の問題も行った、多くは統合失調症を柱にした次にアルコール・思春期などの活動を
 地域に介入しモデル地域への介入援助を行うところも出てくる。組織への技術指導・支援を実施。
 研修に力をいれ保健所の人材を育成した

*精神衛生センター → 精神保健センター → 精神保健福祉センター → こころの健康センターなど

広域：保健所業務 → 保健師研修 → デイケア → 組織育成 → 研修 → 市町村支援

民間： 地域家族会 → 作業所 → 法内施設 → 生活支援センター

市町村： 相談 → 保健センター・福祉課

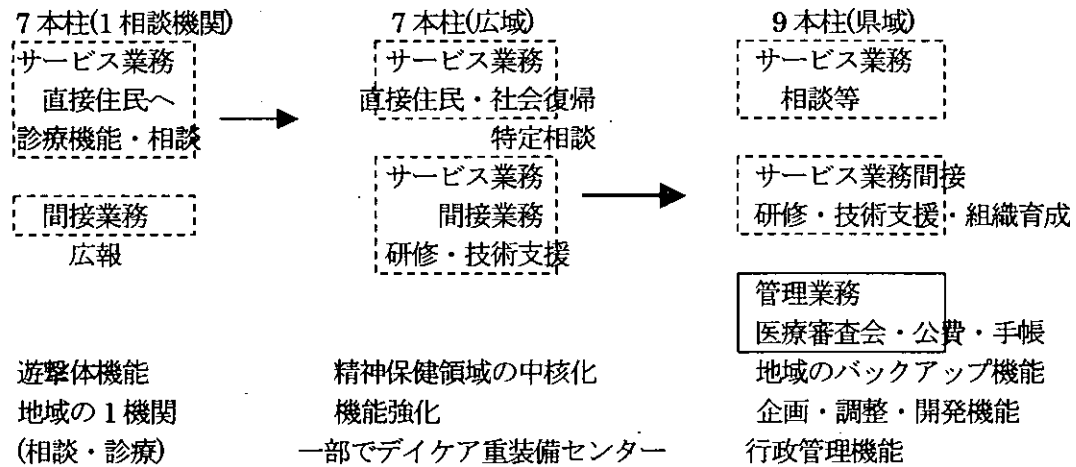
医療・・・保健領域 →

労働領域・産業領域 →

福祉・障害領域、ボラ、npo住民活動、民生委員 →

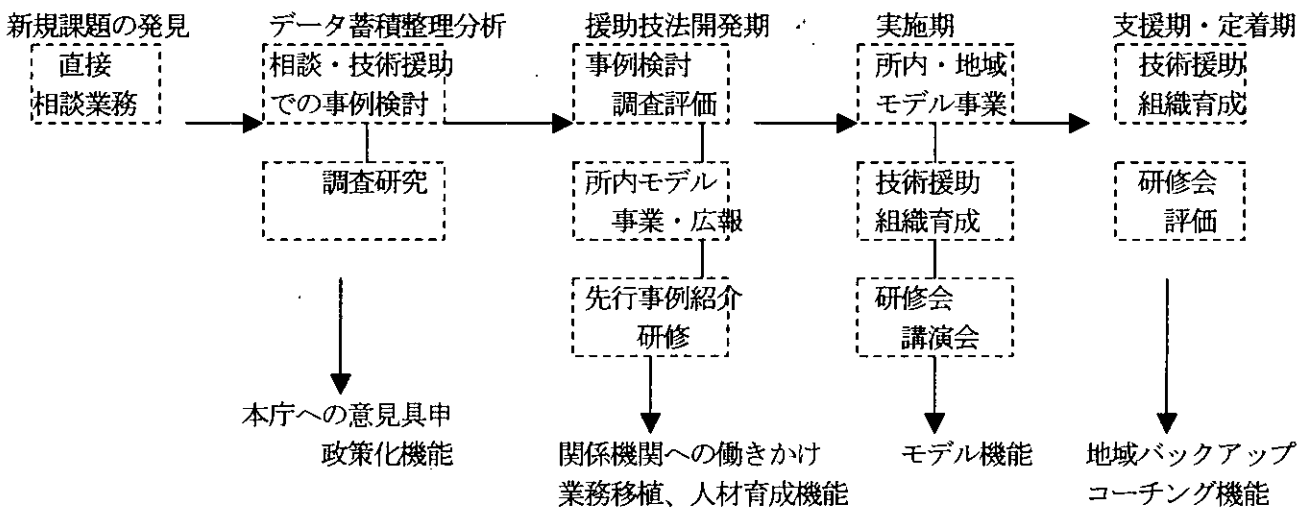
教育領域・一般領域など →

<精神保健福祉センター業務の時代変化>



<業務内容の変化>

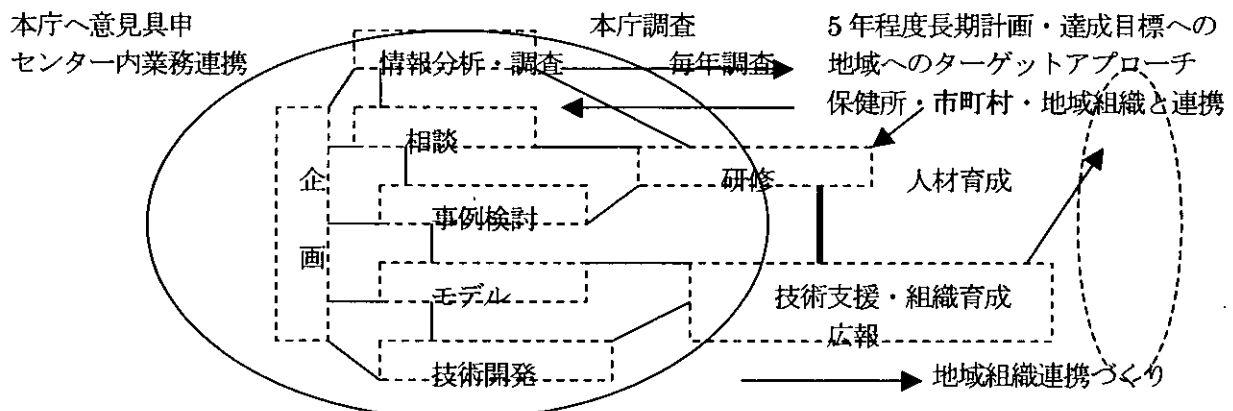
人の生活は社会問題としてセンターに持ち込まれる：
 こころの問題は社会変化を受け5-10年程度でニーズの変化、ニーズ発見力、地域性の影響を受ける
 サービス内容を敏感に察知して地域に定着させる
 センターは社会問題としての人間行動の変化への対処の技術開発と移植
 センターで恒常的に業務を定着することではない



<センター内職員の行政異動の影響>

センターはS60年代から平成に都道府県行政職員としてセンター職員異動、行政組織のスリム化
 精神科デイケア、精神科診療所、作業所や社会復帰施設など地域資源が急増する

センター内業務の効率的な運営と地域連携づくりへのセンター内業務の再統合や連携づくり



<個別業務形態からセンター業務の全体をリンケージした戦略>

つながりづくりを基本として、同じ課題の情報を共有する：情報発信基地＝センター

多様で様々な情報から有用な情報へと情報のインターフェイス

情報の圧縮・加工・最先端情報化への純化＝実践に使える智恵と工夫の開発

長期的目標の設定・・関連領域の連携

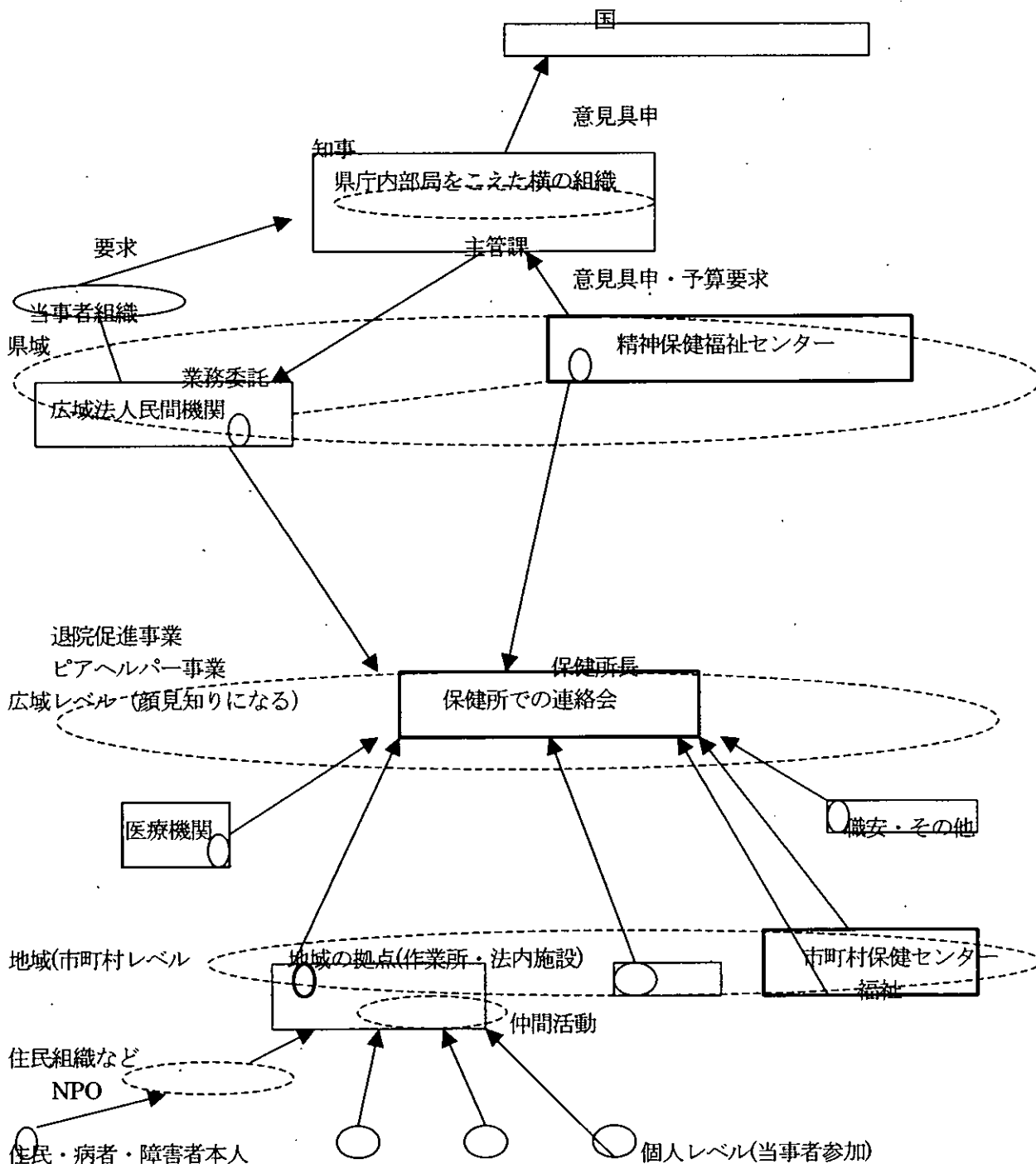
より上位の組織(県域)、広域組織、地域組織＝各レベルでつなげる

新たな業務を各レベルで構造化した組織に重ねていく

民間組織の活用、公的機関と民間組織の両輪

個をつなげる、情報をつなげる、人をつなげる、知識をつなげる、やる気をつなげる

他の地域情報をつなげる



座談会資料 4

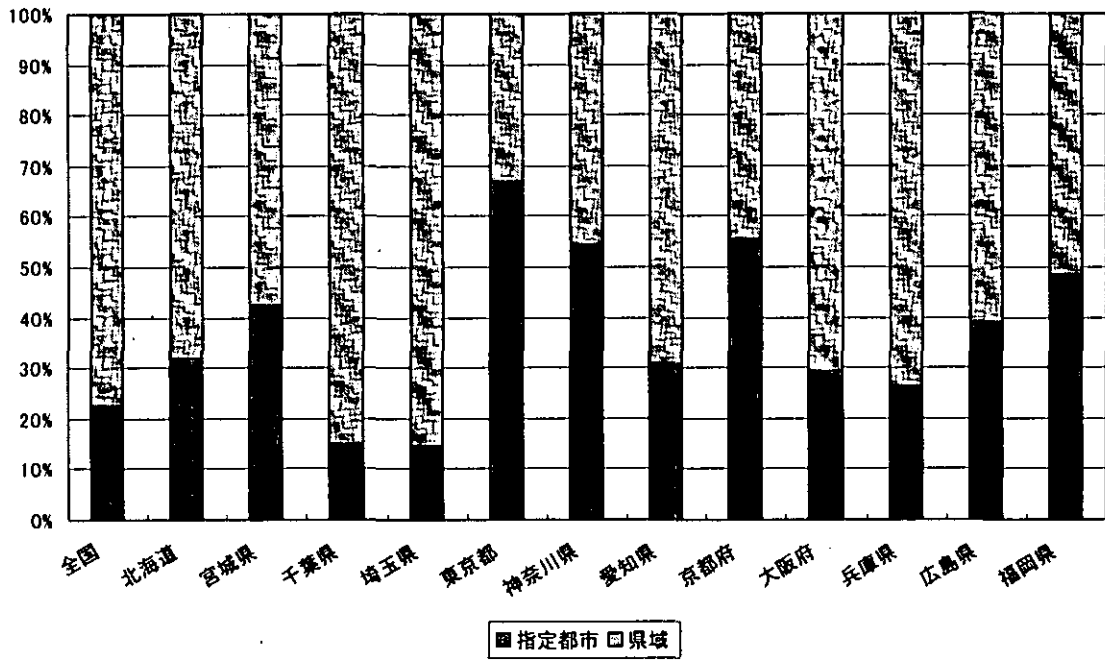
政令指定都市型センターの類型化の試み

都市名	人口（万人）	行政区	保健所		保健センター		24 条通報	精神病床
札幌市	185	10	1		10	○	本庁	7,395
仙台市	102	5	5	○	5		本庁	1,985
さいたま市	105	9	1	○	9	△	保健所	1,222
千葉市	90	6	1	○	6		保健所	1,688
川崎市	128	7	7	○	0		本庁	1,601
横浜市	351	18	18	○	0		センター	5,476
名古屋市	218	16	16	○	0		本庁	4,920
京都市	146	11	11	○	0		センター	3,881
大阪市	262	24	1		24	○	センター	277
神戸市	151	9	1		9	○	センター	3,753
広島市	113	8	1		8	○	本庁	2,990
北九州市	100	7	1	○	7	○	保健所	4,203
福岡市	137	7	7	○	0		本庁	4,095
(東京都)	1,229		36		124			25,192

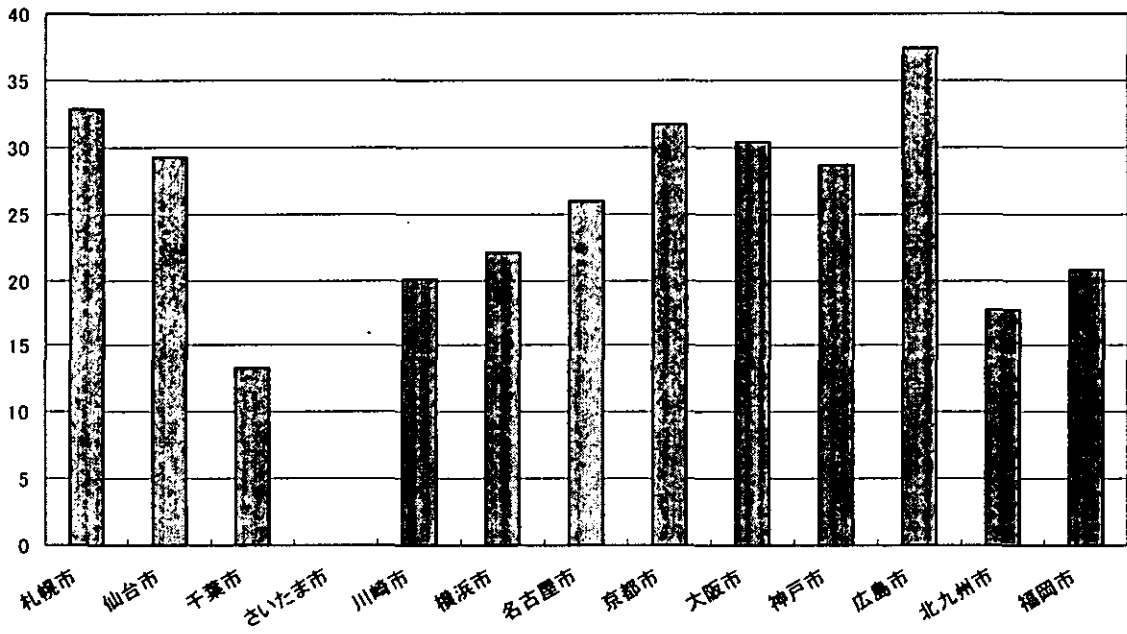
都道府県と指定都市の役割の相違点

	都道府県	指定都市
精神保健福祉法	知事	市長（大都市特例）
精神病院	義務規定	除外されている
審査請求	厚生労働大臣	知事
居宅生活支援事業関係		○
業務関係	○	△
保健医療計画	○	
病院関係	○	
診療所関係	○	○
障害者スポーツ	○	
教育	高校中心	小学校，中学校中心
予算編成	？	○
本会議対応	？	○
厚生委員会対応	？	○
家族会	都道府県単位	
精神病院協会	都道府県単位	
診療所協会	都道府県単位	
医師会	都道府県単位	△
警察	都道府県単位	
消防		○

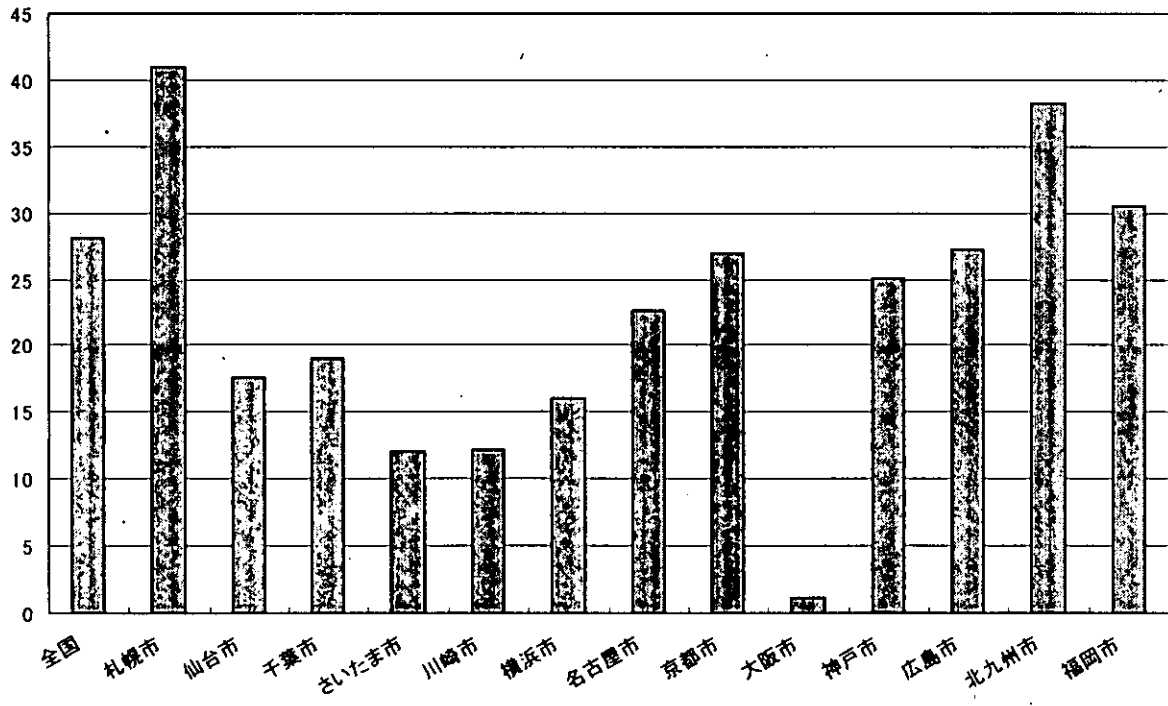
指定都市人口の比率



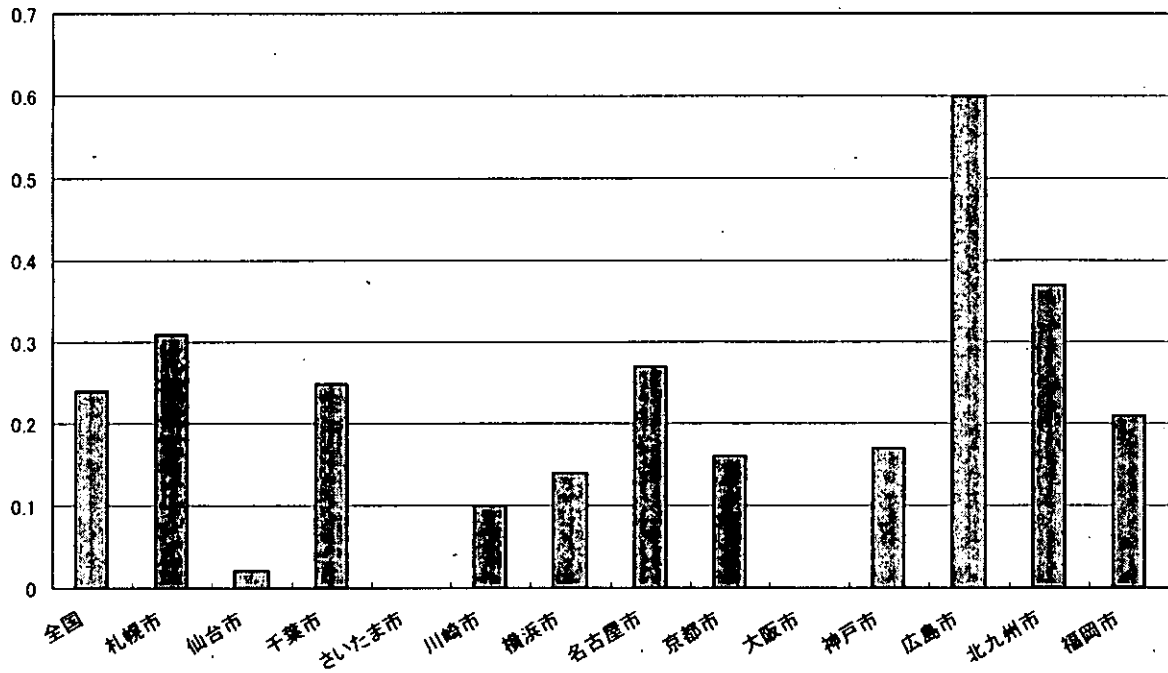
手帳交付数(人口万対)



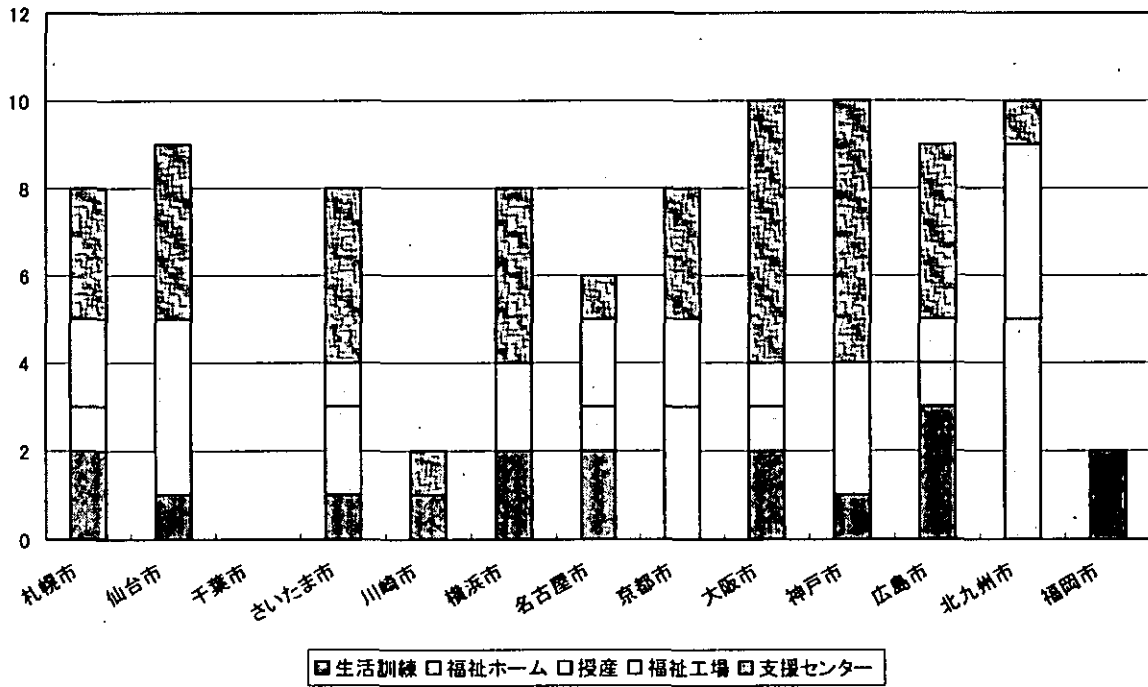
人口万对病床数



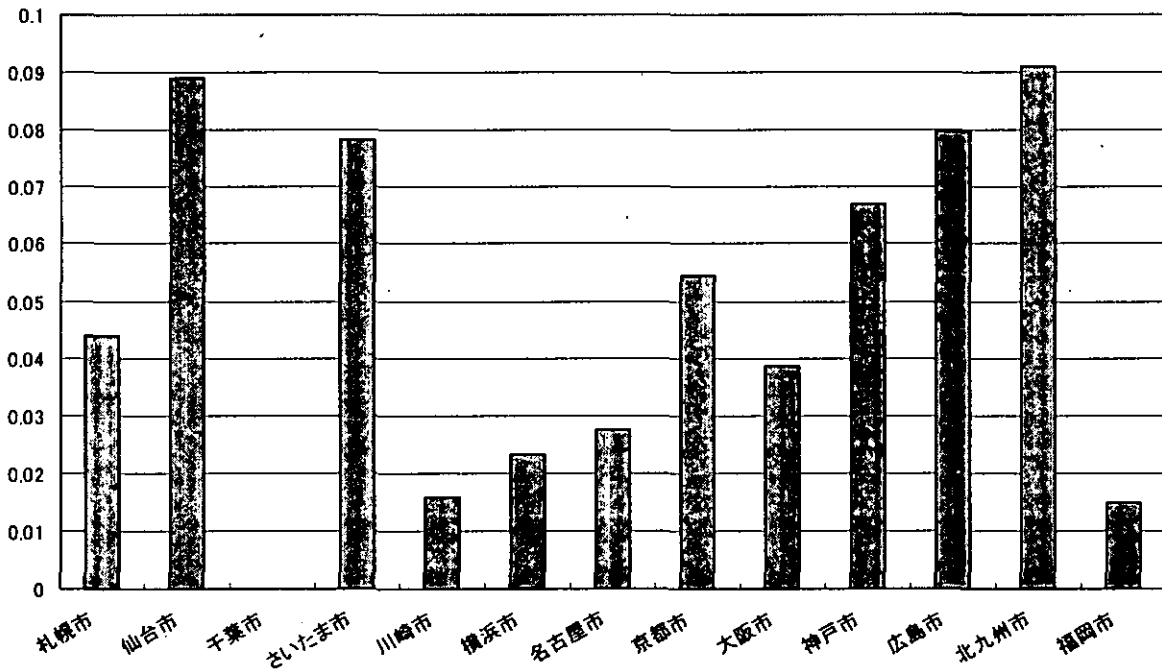
人口万对措置入院者数



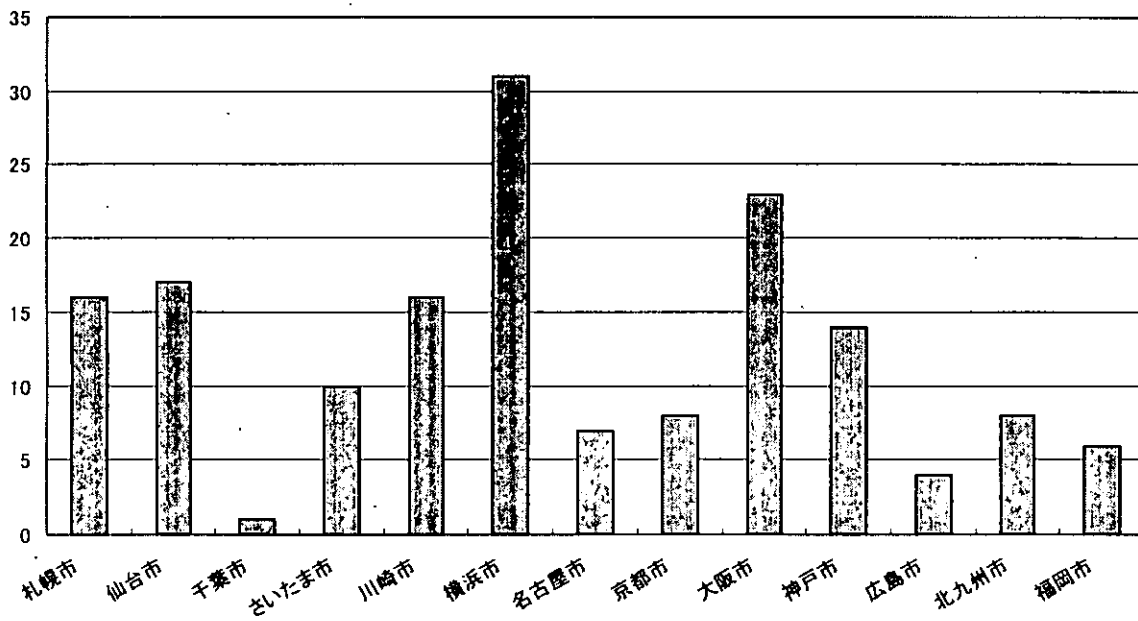
社会復帰施設の設置数



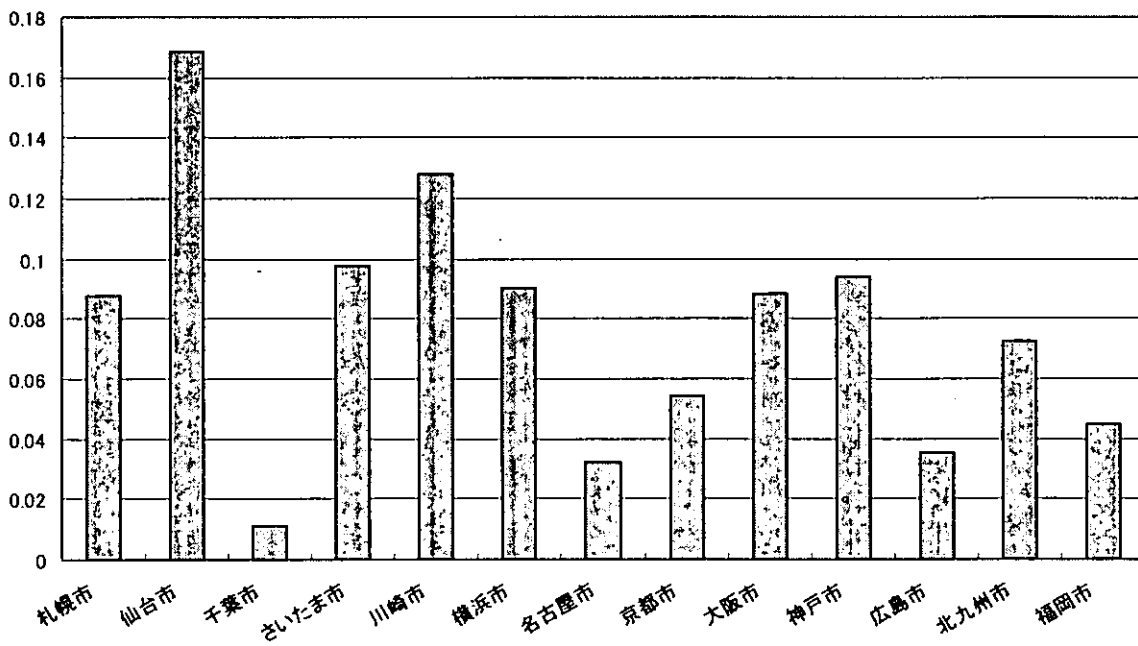
社会復帰施設の設置数(人口万対)



グループホームの設置数



グループホームの設置数(人口万対)



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

<イメージ>

公的機関（保健所、精神保健福祉センター）が果たしてきた役割が財源的縛り、人事交流（専門性の希薄）などでの限界で顕著になり、従来、自分達しか出来ない、自分達がしなければと総花的に行ってきた事業を、公的機関しかできない事と住民に密着した「地域」に期待することを整理することを意識的に組み立てなければならない時代となった。

<イメージの背景>

- ・ 小規模法人の活動、NPOの活動、精神保健福祉士などの専門家が地域づくりの参画（現場の経験者が大学人となり活動が始まったことも大きい）

<例示>

- * 茨城県のNPOがホームヘルプのガイドブックを作成、研修事業も行っている。
- * 栃木県のNPOの生活支援センターの活動
- * 静岡県の300人規模の市民運動、久留米市の市民活動などなど、全国で専門家が入った活動が随所で広がっている。

<今後センターが行わなければならない事>

企画立案・・・主管課との連携で施策提言機能の強化、民間の活動の把握と活性化するための支援に何が必要かを特に提言。

技術指導及び技術援助・・・保健所が市町村、民間の活動とリンクできる仕組みづくり、市町村、民間が困らない間接支援や直接支援。

教育研修・・・技術論はきめ細かく地域での保健所を核としたCCを主体とし、調査研究で得た知見を加工、発信するような研修主体に移行。（専門書・マニュアル本が多い・・・）。

普及啓発・・・民間活動の仕組みの創出を支援

精神保健福祉相談・・・従来のあいまいな概念である複雑困難な事例だけを行う仕組みを再度、民間の相談も視野に入れて構築。

などなど、今後のセンターの柱は情報センターの機能と民間組織育成を民間協働の視点を持って行う機能を持つことであり、また、保健所と協働して市町村のシステムづくりの援助も重要である。センターしかできないこととして精神医療審査会の内容の充実も今後柱となる。

- * 公民協働の考え方が精神保健福祉協会だけでなく、センター業務全てに関連させて考えていかなければならないのではないかと、という考え方をいかに思われるか、各県の実状も先生方にお聞きしたい。

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、もう一歩進んで「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課題がありますし、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には、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ぬわけで、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感じています。精神科の診療所も増え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するかということや、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考えます。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た時代ではない。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いくと思われまふ。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ひます。

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ネ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つ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ひます。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ひます。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いますか、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つてましたけれども、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つ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を一つの柱にしてきました。

また、元々デイケアセンター、臨床から始まつたということで、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つてやりました。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つた状況になつたものですから、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、今の様な形で、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ね。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。大阪市が一番身近にいて、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。これはもう大阪市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いうところなんですけど、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ういう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。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とかです。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的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、私たちもそれに応えるという関係が段々できてきました。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、多くの事柄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

た相談をしないとイケない。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が、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、どうい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が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が、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、まあ人づくりといいたいでしょうか、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。ケアマネなんかもですね、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を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をおこなっております。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程度で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が、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ったり、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っておっしゃって、それも本庁との関係に関連してくるんだろうと思います。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、それにしても色んな企画は本庁中心にやってこられたんですね。ですから…センターに言わせれば事業所軽視、色ん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のですが、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ついてしまう傾向もあると思うんですね。退路を断つというか自分たちの役割というのをしっかりふまえるためにも、無くしてはいけないんでしょうけども、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ろうと思う。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、そういうふうには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かないと、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対策ですね、うつ対策と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けど、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、最近はや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るって、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とは、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になります。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事業を進めているかという点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