

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と思います。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っています。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。直接診療というと、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だけけれども、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と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ージメントを用いて、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名位お願いすることにしました。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っています。『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の話を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、すぐ落ち着いてしまいますので、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こととをされていますね。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。心配けどもどこへ行っていいかわ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児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、ひきこもりを児相に持ってきたときに、児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、一方にまとめようということ。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おうと、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、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、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思います。

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し、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す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思うんですが…。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ですね。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、おばさんの的と言ってるんですが、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い感じの、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が。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、取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り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課題となり、ちょっと役割分担の話をしたんですが、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、法関係もありますが、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・技術的な仕事が必要になると。センターの広域性と専門性とどういふ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くて。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ってくれると、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が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り行う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ね。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ぬ。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います。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たようで少し焦っています。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

作業無くしては、次の課題が伝わらないのではないかと
いうのは、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聞かされたんですね。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、というふうに聞かされたんですが…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っていたら有り難いんですけども。…桑原先生は自分のとこあまり話されていないでどうぞ。

桑原： 一つは、平成14年度のもとのことです。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はしていますが、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なんです。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ことに、自分たちの業務をどのように整理していくのかということ、少し具体的なご意見いただくと有り難いなという感じがします。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

して人を出してるっていう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、人を育てるっていう話も何回か出てくると思うので、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いざとなると、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とか、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っていったものを、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ことは、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るんですけど。インフォーマルに、例えばウチにいて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。多分あいう中って入れてくれないし、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。ウチにいて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、あんだけの頻度を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

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と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いえば、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ってあるのかなって思うんですけども、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、どちらかというと、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ですけども、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、一過性のもつと分かれば精神病院で対応できるんですけども、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と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シ的な経験、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も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： 都市の問題というです、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、それでも病院の实地審査、实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っすね。

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の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 万の市とが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、新たに何をを用意する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れどと思うんです。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と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ど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み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、そういうことだって起こ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う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見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って、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えるのではないかなと思うんです。誰がやっても同じだということになったら、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、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なと思いました。

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、いろなところでされてるんだけれども、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れども、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てしまう、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、お話いただく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、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るれば、ぶらっと集まれる場だとか、給食サービスをする場だとか、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、引き続く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が出てくるわけです。本当にそれだけ必要なのかどうか。やっぱりそういう点でも連携しっかりしてないと、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、昨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な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、私にとってはと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。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、最近あまりどうこう言ってきましたけどね。

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ども。どうしてそれができたのかということを見ると、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市の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。僕らは、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、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っ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よね。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うまく見つけて、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くといいんじゃないかっていうように考えているんですけれどね。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方がいいと思う、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でも、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ども。いい関係っていうの作るの大事か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、距離をおいていたんです。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っとならんと。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、最初は家族会に行っていて、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つだと思います。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らす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、自分の仕事の状況を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、情報で持って、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、自律できそうだという時に民間の組織だから、私達は入れないんだよって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とり組ま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なら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で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も思っています。

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、怪しいのがありますし、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、結果的に隣のおばさんのだったりとか、いろいろあるわけですけども、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ていく。そういう意味で、善意でや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。現実はいよいよです。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り返してしまうと、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ったですけど、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って決められると、そうでないセンターの存在そのものがだめよっ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ってもいいんだろうなとおもいます。センターによって課題がきっと違うんだろうなと。ただ、目指していく方向性とかキーワードとか課題というか、そういうものがあって、それをセンターが直接やるかやらへんっていうのは、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に、どこか他のところがするということもありだと思います。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、いや違う形にするんだよっていうのがあってもいいんじゃないかなと。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ってものがあっ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いますが、福祉制度が措置から契約に変わってきて、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ね。しかし、まだまだ我々は措置の時代の感覚が残っているのではないかなと思います。当事者の力を引きあげる支援とか、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ってあげるとか、世話してしまう援助の仕方っていうのかな、そういうのを僕はまだしているんじゃないのかなって、話を聞きながら思いました。

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っていうのが大きな課題になっています。センターとして、どういうことができるのかということはまだ見当もついていないんですが、途中で言いましたように、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、情報の収集をしなければいけません、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う。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、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だな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だ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、みなさんいつもより 1 歩踏み込んでお話しして頂いて、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、今日は皆さん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」全体の構成をみてみますと、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、市町村がいかにも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けれど、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」は是非ともみつきたい。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。

参 考 資 料 (3)

精神保健福祉センター研究協議会の研究発表
の動向に関するまとめ (その2)

研究協力者 高畑 隆 埼玉県立大学保健医療福祉学部

精神保健福祉センター研究協議会の研究発表の動向に関するまとめ（2）

研究協力者 高畑 隆（埼玉県立大学保健医療福祉学部）

1. はじめに

社会生活は精神活動として営まれるので、様々な社会問題が心の健康問題として取り扱われる。心の問題は社会状況とも関係する。精神保健福祉の中核的専門機関である精神保健福祉センターは様々な問題が持ち込まれる。精神保健福祉センター研究協議会（以下、研究協議会）15年分の研究発表について分析し、精神保健福祉センター研究の推移を検討する。各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センター及び精神保健福祉センターの本庁（主管課）の精神保健福祉センター（以下、センター）の重点業務も分析した（平成13年11月16日～12月28日）。

2. 結果

センターの研究発表数は、16件～30件に徐々に増加し、15年間で2倍に増えてきている（図1）。15年間で351件、平均23.4件である。研究発表を15年間全くおこなっていない県は13（22%）県である。最も県が多いのは1～5件の26県（38%）である。

問題別全体傾向は、7つに分類を行った。全体的な発表件数は、相談、地域活動、普及啓発、社会復帰、技術援助、調査、研修の順に多かった。5年度ごとにみるとH1～5年では、相談、普及啓発、地域活動、社会復帰が多かった。H6～10年では、地域活動、相談、社会復帰、普及啓発、技術支援の順である。H11～15年では、相談が非常に多く、地域活動、そして技術支援が顕著に多く、普及啓発、社会復帰の順である。相談はどの時代でも良いが、地域活動が増え、技術支援も増えてきている。時代によって、発表の傾向が変化しているといえる（図2）。

内容の問題疾患傾向は、平成1～5年が20項目、平成6～10年が23項目、平成11～15年が28項目で、年を追うごとに項目が増えている。平成11年から15年には新たな内容に外国人、ホームヘルプの研究発表が行われている。平成1～5年は、全体的に発表がある程度あるが地域精神保健、精神保健、アルコール、痴呆が多かった（図3）。平成6～10年は、デイケア、アルコール、ボランティア、市町村、心の健康（メンタルヘルス）、当事者、入院が多かった（図4）。平成11～15年は、市町村、ひきこもり、薬物依存、心の健康が突出している。（図5）15年間で最も多かったのは、薬物・アルコール、心の健康（学校保健含む）、市町村、不登校やひきこもりである。

市町村の生活に関する福祉、発表傾向が大きく異なっている。精神保健福祉センターの課題が時代で変化し、社会状況の影響を大きく受けているといえる。

項目別に発表件数で多い順に見ると、一番はセンター内事業や活動、二番はセンターでの事業の取り組みやあり方、三番は調査研究、四番が広報と市町村福祉に関することである（図6）。5年ごとの全体傾向では、調査、広域活動、センター事業の試み、センター内活動、市町村の生活に関する福祉が全体として発表傾向が多い。5年ごとに詳しく見てみると、H1～5年はセンター内事業や活動報告と市町村の生活に関する福祉や地域活動が多いといえる。H6～10年はセンター内事業や活動、調査が多い。H11～15年はセンター事業の試み、調査、広域活動、センター内事業が多く見られる。時代によって項目が変化するものと、変化しないものがある。どの時代でも多いのは、センター内事業や活動に関する報告である。時代で変化しているのは、市町村の生活福祉に関する項目から、次には調査や事業の試み多くなり、最近ではセンター事業の試み、調査、広域活動が多くなっている（図7、8）。この傾向を各年度別に見ると図が右から左に移行しているのが分かる（図9、10、11）。これは、統合失調症の社会復帰支援から相談を中心に、多様な課題把握と新たな活動の試みに活動が移り、時代変化の中でセンターへの期待、ニーズが多様性と新規性を求められている。

そこで最近の重点業務は、本庁が第1に直接支援（相談）と関係者支援（技術援助）、第2に直接支援（相談）、第3に地域支援（地域活動、研修）である。センターは、第1に関係者支援（研修、技術支援）、第2に直接援助（相談、研修、啓発）、第3に地域支援（相談、地域活動）の順である（図12、13）。

3. 考察

センターは時代変化を受け、相談業務の中から新たな課題を見極め、時代変化を先取りした相談や支援体制づくりを行ってきたと言える。センターのこの機能と役割を明確に意識し、センターと関係機関、人と情報を総合的・長期的・計画的な視点で行うことが必要である。センターは県域1か所の多職種専門機関として本庁と連携し、情報を最大限活用する地域支援の広域機関役割が求められる。

図1 センター協議会発表件数

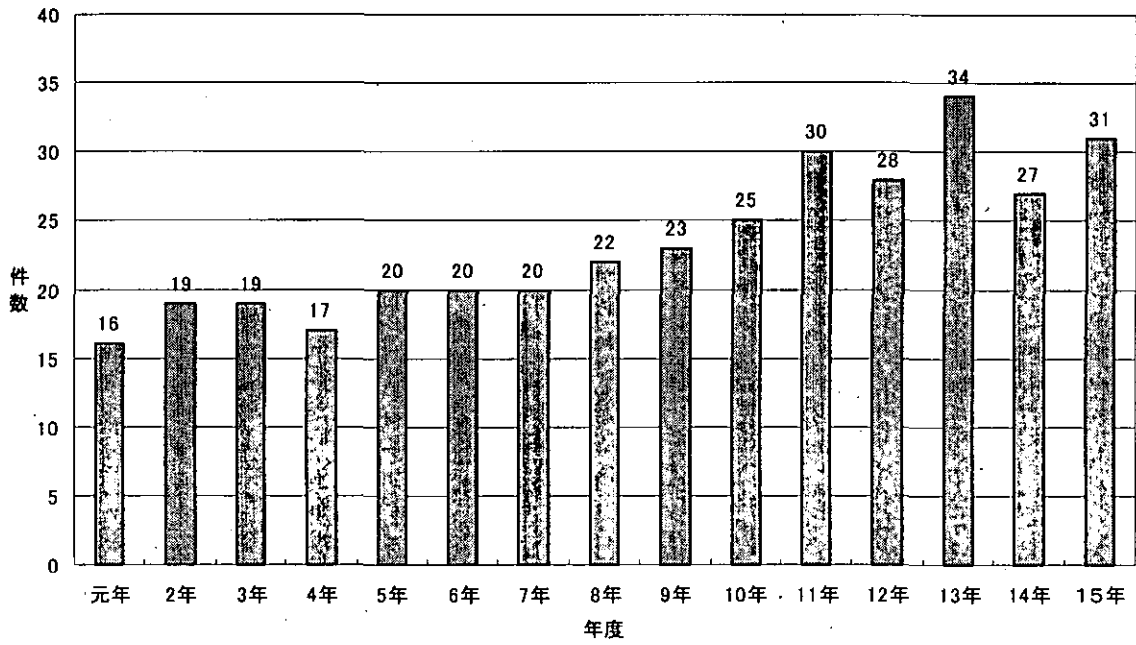


図2 問題疾患別傾向(5年ごと)

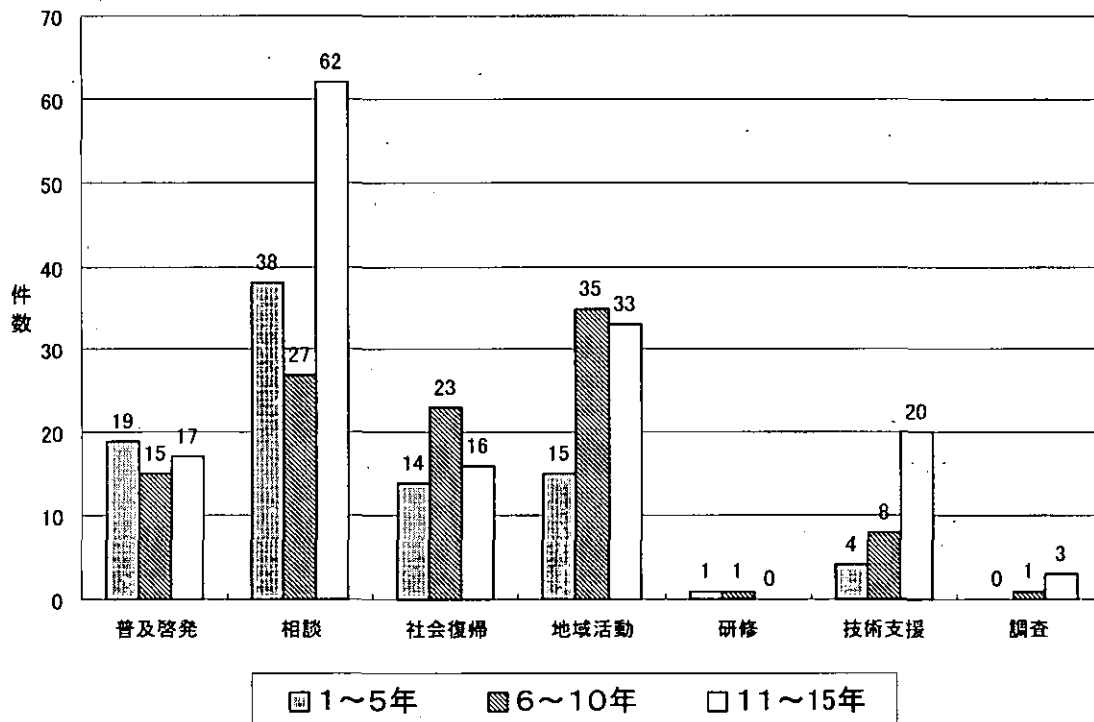


図3 問題疾患別傾向(H1-5年)

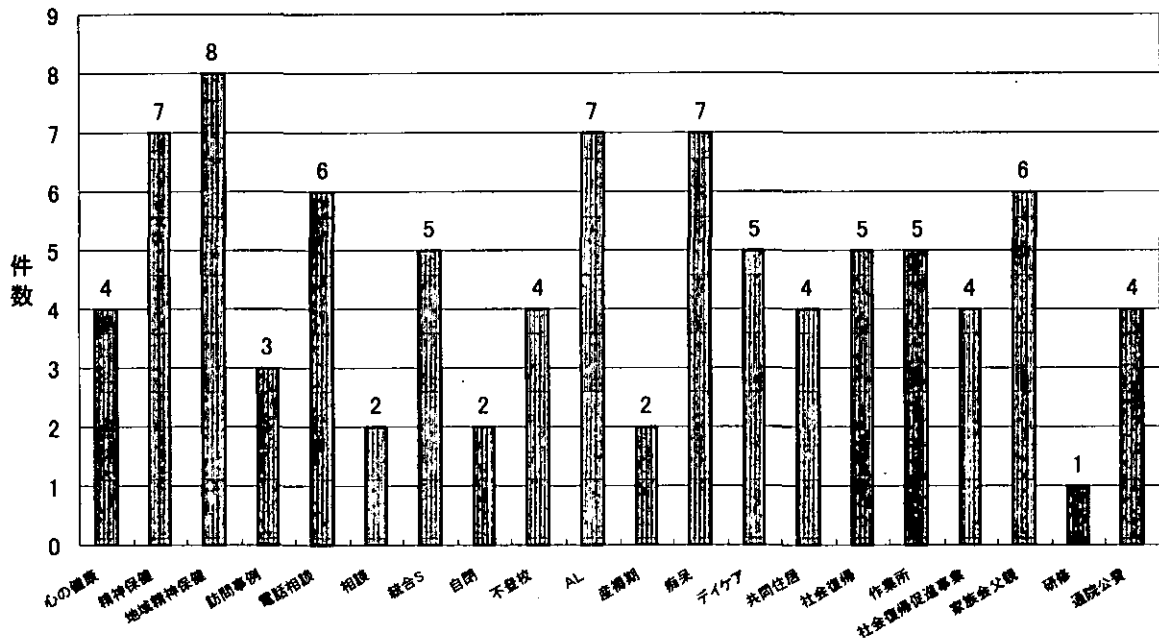


図4 問題疾患別傾向(H6-10年)

