

# 保健所における地域精神保健福祉活動の実践

三代 浩 肆

(神奈川県相模原保健福祉事務所、全国精神保健福祉相談員会)

ただいまご紹介頂きました三代でございます。私が全国精神保健福祉相談員会に所属するものですが、そちらからの推薦をいただいておりますが、本日ここで話させていただきますことは、すべて私の私見でありますので、まずお断りしておきます。与えられたテーマが保健所における地域精神保健福祉活動の実践ということでございます。今日までのとりわけ神奈川県内での地域精神保健活動がどうであったかということに触れさせて頂いて、将来に渡る地域保健の施策としてどういうものが必要か、あるいはそれを市町村、都道府県、国、あるいは民間とでどう分担をしたらいいのかということで施策的な観点からの提言をさせて頂ければと存じております。

まず、神奈川県における精神保健の保健所における活動でございますけれども、レジュメに箇条書きで整理させて頂きましたが、1965年の精神衛生法の改正に基づいて本県下の活動が動き始めます。まず川崎市、次に神奈川県、それから横浜市と、専任の相談員を福祉職で配置していく、さらに複数配置していくということが60年代後半には、さっそく展開され始めるわけです。当初の地域での展開はメディカルモデルで始まりますが、公衆衛生モデルの導入、さらにソーシャルワーク方法論としての個別援助（ケースワーク）、自己決定の原則を大事にしながらかわっていくというものでした。1970年から、今日の午前中にもお話がありましたが、吉川先生が厚生省にいらっしゃる頃に特別都市対策事業というメニュー事業がございまして、

その予算で家族教室を開催するとか、あるいは障害者の方々のデイケアが試みられたりしました。1970年以降は、ご存じのように病院精神医療がいろいろと議論される時代でございました。この時に神奈川県下の地域の特徴といたしましては、保健所が中心となって家族教室を開催するようになりました。その家族教室を更に家族会への組織化として援助することで地域家族会が1970年代から1975年にかけて神奈川県下くまなく各保健所単位に設置されました。そのことは、1980年代からの地域作業所づくりの時に、地域家族会が市町村と補助金問題を直接交渉ができたことで大きな成果を挙げてきました。

国により1975年からからは特別都市対策事業から社会復帰相談事業として予算化されるようになり保健所でもデイケアを始めるようになります。そしてポストデイケアとして何かを地域に用意しなければならなくなります。各保健所が模索をするわけですが、ちょうど1981年の国際障害者年を契機に県は新しい施策展開として、地域作業所に対する補助金制度と職親制度を打ち立てるわけです。神奈川県では市町村が作業所に補助金を出すものに県が2分の1補助するという仕組みを最初から打ち出してまいりました。ですからまず市町村にその予算化を願うわけですが、それには地域家族会が重要な役割を果たしました。更に1985年代になりますと、作業所連絡協議会に加えて職親会、精神保健ボランティア協議会、当事者の連絡協議会等が成立してくるわけです。更に作業所が地域で複

数化する時に必ず機能分化していく、授産に近い作業所、あるいはいこいの場に近い活動であるとかです。更に作業所の調査などしますと大体20%の方々が単身者であります。そうすると20人規模のところだと既に4～5人近くの単身者の方を抱えている。そうすると当然グループホームの問題が登場いたします。それでグループホームの創設を地域ぐるみでどうやっていくか、地域での社会資源の創設に、保健所のワーカー等もコミュニティワークの展開として参加していきました。更にグループホームや作業所のメンバーの方々の土日やイブニングの時間帯でのいろんなサポートの問題が課題となりました。地域での生活支援をトータルに進める拠点が必要だということが作業所の指導員や、多くの従事する方々から意見が持ち上がってまいります。当然行政もそれについてどう対応していくかということの議論を進めていったわけです。そうしたことがこれまでの大きな流れであったかと思えます。

さて、地域での今後の精神保健の課題として、どうしたものをも更に充実していく必要があるだろうかということでございます。一つにはポジティブメンタルヘルスの課題を地域でどう展開してゆくかという大きな課題があります。もう一つは、精神医療の整備の問題であります。これは昨日の白澤先生あるいは原田先生のご指摘の通りでございまして、私があえて重ねて申し上げることはございません。日本の精神医療から福祉的機能や司法的機能を分離することです。本来医療は医療としてのきちんとした治療のできる環境や条件整備をまずすることです。欧米のことを見ましても、社会復帰や地域ケアを進めるには、救急医療のシステムが併せて用意されるわけであります。そうした救急医療システムの整備の問題があります。それからもう

一つ日本では1965年以降、保健所は地域精神保健の拠点と位置づけられますが公衆衛生モデルでの地域保健であり、地域医療が不在のままの片肺飛行でした。欧米ですと脱施設化をする時にその職員は、ほとんどが公務員でありますから、地域に異動する、転勤するということが地域医療へシフト替えできたわけです。もう一つ地域側で重要なことは、クライシスインターベーションの問題があります。医師、PSW、保健婦等からなる危機介入チームが二次医療圏ごとに編成されれば、地域医療の一部を担うだけではなく、地域で生活している方々へのケアや社会復帰施設等に対してクライシスチームが機動力を持ってサポートする。あるいは入院を出来るだけ回避できるような形でのサポートをする。こうした機能を将来的にどこが担うべきなのか、もしかしたら都道府県の保健所だとかがこういった機能を担うというのも一つの在りようかとも思います。

それからもう一つ精神障害者の福祉の問題でございませけれども、これは既に厚生省でも身体障害者・知的障害者と共に精神障害者、難病の方々を含めた「障害者福祉法」の検討がされております。是非私は精神障害者も併せて障害者福祉法というものを一元化したものを整理をするべきだと思います。精神障害者福祉の実施主体は既に身体障害者福祉等がすでに市町村でするので、精神障害者の地域ケアを始めとする福祉の問題は市町村の事業ということに当然なっていくべきだというふうに思います。

それからもう一つ大事なことは、基礎自治体としての市町村の問題であります。介護保険法が2000年から実施されるわけであります。この介護保険を実施するに当りましても、事業実施については広域連合だとか一部事務組合を町村を越えて構成しないと、町村財源を圧迫すると

いうところが全国的にかなり多かろうと思います。最終的にはこうした広域連合や一部事務組合が更に再編統合されて新しい基礎自治体の形成というのがやはり21世紀に期待される、またそうでないとある程度の財政規模を持たないと施策の展開がむづかしいと思います。

精神障害者の福祉の問題は今後、市町村が実施主体として中心になって進める。しからは都道府県は何をするのか、ということになってまいります。今一度急性期治療の問題、救急医療のシステムの問題があります。ドクターカーを含む危機介入チームなど医療的側面の整備は広域的であり、市町村単位でやることはかなり無理があろうかと思えます。そういったことを担っていくのが都道府県の役割ではなかろうかと思えます。これからの都道府県保健所の役割ということで、レジュメのア～エまでの、いわゆる精神的不健康の予防、早期発見、早期問題解

決等そういったことを本来的には市町村レベルで行うことなのでありましようけれども、これを保健所あるいは精神保健福祉センター等が支援する、あるいは技術援助をするというような関わりは必要でしょう。今後障害者の福祉の問題は市町村が中心となって今後は実施していくということになれば、今の宮川さんの三鷹での実践活動でありますとか、あるいはこのあと藤井さんや門屋さんにお話頂く住民と共に地域を作りあげていくというプロセス、それがなくしては地域によるノーマライゼーションということは進まないだろう、常にそうした市民運動が、あるいは当事者を含めた市民運動が行政や議会に要求をしていくというのが本来の民主的な社会ではないかというふうに思っております。時間がまいりましたのでまず第一段としてはここで終わりにさせていただきます。