

らさきなにかにつけてこの保健所運営要領を軸にして動いてゆくことになるわけです。

さて指針ができたからといってすぐに活動が展開できるわけではないのは当然です。いかにして新職種の精神衛生相談員を養成してゆくかが当時としてはまず大きな課題でした。現状は配置する有資格者が殆んどいなかったわけです。厚生省は「資格認定講習会」を開催し、保健婦の精神衛生相談員への職換をはかったわけです。東京近辺のいくつかのセンターは講習会の実習部門を受け持ち、熱心に保健婦の現任訓練にあたったものです。私共のセンターでは沖縄、北海道の保健婦を受持ったことが記憶に残っております。

当時、保健所側は全般的に言えば精神衛生業務を大変迷惑がっていた。今でもその傾向がないとはいえないわけですが、「夜うち朝がけ」などといって、特別に熱心な保健婦のいる少数の保健所が精神衛生活動をはなばなくやっているといた状況がみられていました。

そのような保健所の状態に対して、所長会としても大きな関心を持ったのは当然です。保健所の精神衛生活動停滞の原因についていろいろの論議がなされました。1つには保健婦の業務への参加の仕方の問題がある。つまり保健所の業務運営要領が保健婦の直接参加を明らかに示していないということでした。運営要領は保健婦の役割について抽象的に「チームの一員としての参加」としかうたっていないわけです。

また、保健所の技術指導、技術援助についても問題があった。精神衛生センター側が熱心になればなるほど保健所側はつれなくなるといった具合です。保健所の技術指導は基本的には保健所側の要望がなければ精神衛生センターは手が出せないといった関係なのです。これは今でもそうですが、それだけでなく忙しい保健所です。所全体としてのとりくみがぶってくるわけです。つまり、技術指導をうける義務について運営要領に明確に示されていないということが保健所の活動停滞の第2原因であるというわけです。

所長会は保健所運営要領の改訂を検討することになったわけです（所長会会報11号，1～15，1970）。

昭和44年8月，厚生省から保健婦との関係で運営要領改訂についての意見が求められ，所長会は全員の意見を徴収し，同年8月から10月にかけて検討をすすめました。

次の各センターから要領改正についての詳細な意見がよせられたわけです（所長会会報11号，3～15，1970）。

北海道精神衛生センター（吉川 萬雄）
栃木県精神衛生センター（塩沢 満）
埼玉県精神衛生センター（丸山 芳也）
東京都精神衛生センター（菅又 淳）
神奈川県精神衛生センター（石原 幸夫）
新潟県精神衛生センター（伊藤 芳雄）
石川県精神衛生センター（鳥居 方策）
岡山県精神衛生センター（三好 幸三）
香川県精神衛生センター（西村 忠一）
福岡県精神衛生センター（伊藤 篤）

昭和44年10月 厚生省に運営要領改訂について次の要望事項を提出しました。

「保健所精神衛生業務運営要領についての要望書」

1. 保健所の精神衛生業務が停滞している要因の1つに、保健婦と保健所精神衛生活動との関係が明確にされていないことがあげられる。したがって次の事項を明確にすることが望ましい。
 - 1) 保健婦は精神障害者訪問指導に対し、保健指導の立場から直接参加するものであること。
 - 2) 保健婦は、保健所の精神衛生相談に対してもたんにチームの一員としてでなく積極的に従事するものであること。
 - 3) なお、精神衛生相談員と保健婦との関係についてはそれぞれの専門的立場を考慮して業務分担を決定すること。
2. 保健所精神衛生業務の実施にあたっては「精神衛生センター運営要領」との関係において、センターの技術指導、技術援助を受けるよう改めて明記することが望ましい。
3. その他次の事項について考慮してほしい。
 - 1) 措置、鑑定業務について更に詳細に記載すること。
 - 2) 保健所における臨床心理技術者についてあらためて検討すること。
 - 3) 保健所精神科嘱託医について再検討すること。

今日でもなお検討しなければならない多くの問題が指摘されているのが興味をよびます。

この保健所の精神衛生活動については、全国保健所長会をふくめて、厚生省の保健所課および精神衛生課、国立精研、そしてわれわれセンター長会の四者による打合せ会を計画しましたが、精神衛生課の人事移動などがあつたりして実現できなかったことが今でも残念に思われます。

この保健所の業務運営要領は、10年後に再びとりあげられることになった。昭和53年に発足した第3次あり方委員会（ブロック研究会）においてです。その結論は所長会会報19号、（九州ブロック、42～46、1978）および20号（3ブロック研究会総合報告、42～49、1980）に収録されています。

5. 精神衛生センター長会議について

全国精神衛生センター所長会議は、現在毎年春の定期総会にあわせて厚生省によって招集されている。第1回の招集は昭和41年10月12日、札幌市で開催された第14回精神衛生全国大会の時でした。その名は「公立精神衛生センター及び相談所長会議」です。厚生省からは岩城栄一精神衛生課長、佐伯・山田両技官が出席し、国立精研からは村松常雄所長が出席された。

村松先生からは次のあいさつがあつたのが記録に残っている（会報4号、25～28、1966）。

国立精神衛生研究所村松所長あいさつ

村松でございます。お顔みしりもたくさんみられます。うちの部長が今2人外遊中でありまして1人はやむを得ない用事で一人も今日は参加できず、そういうやむを得ない事情でだれも参加出来ないで誠に申しわけない。

たとえ1分でも5分でも私が参加しまして、この事情をお詫び申し上げます。今いろいろお話をうけたまわっておりますが、センターが出来るといふことは法津できまりまして、それからもうすでに出来て

いる所もあり、これから出来る所もある。だいたい業務内容は厚生省から書類が出ておるわけですが、目標は私個人の考えですが、目標は日本で精神衛生の広い面、産業をかねて子供の問題も入るし、非常に広い精神衛生といえば広い面でございますけれども現在の我が国の緊急課題は、やはり精神障害者の問題だと思うんです。その緊急課題をこれからどう日本の中に解決をもとめていくか。それには、あまりにも整わない問題が多すぎる現状です。

一般社会の理解、それからいろいろな必要な施設、入院そういったようなものも整っていない。そこでまずボンと精神衛生センターで、この問題を進めようというのが法律のねらいであろう。すべてが整っていない所にそういう形で法律が出来たためにセンター長になられる方がいろんな問題で悩んでおられる。開拓者の悩みであろうと思うんです。広く解釈すれば非常に多岐にわたる諸問題がございますので、それは一度に解決することはとうてい不可能でございますので、やはり緊急課題をそこにしぼりまして、これはあくまでも医療機関ではない。あくまでも、公衆衛生の立場で保健所との提携で開拓をすべきもののように私は思うのであります。

外国でもセンターという言葉が大いに使っております。ご承知のようにアメリカ、フランスもそうあります。ところがその形態や機能がかならずしも同じではないのであります。たとえば病院をセンターという看板で、まったく医療センターというような形でセンターという言葉を使っている所もありますし、フランスのように人口7万に対してセンターがおかれる。それが7万の人口を掌握して、そしてやはり緊急課題としては精神障害者の問題をとりあげて、そこにチームが編成されて歩き廻っている。しかしお医者さんがどこの国でも精神科医は少ない。あまりそういうようなバブリックヘルス的な仕事をしようという医者はそう多くえられませんので、フランスの話を書きましても公立病院の医長クラスの先生が歩きまわっている状態であります。それからこの間ペンシルベニア大学の教授の話しによりますと大学の先生も社会福祉施設や医療機関と提携してやっている。それぞれの国がそれぞれのもっている財産を最大限に活用していろいろな工夫をしているのが、やはり世界的な現状だと思うんです。と申しますのは、今までの病院中心の医療の考え方を展開いたしまして、可能な限りコミュニティ・ケアの方向に進展させていこうといういま陣痛生みの悩みをどの国でももっておるようでございます。北ヨーロッパのように国民の人口が、何百万単位であっても、全住民の中の精神障害者カードが全部揃っている国、あるいはソビエトなども命令一下精神衛生障害者のカードが全部揃えられる。

日本はそこまでいくのに何年かかるかわからない。したがって私個人の考えとしましてはセンターのになうべき業務もだんだんとそういう社会的資源（物的・人的な資源）がだんだん進展するにじたがって、センターの業務の重点もだんだん変わってくるのではないかと。これから、10年先のセンターの業務なり、今の時点の業務なり看板は同じように文章に並べてありますが、重点はおのずから移動するものでありまして、生長的に移行があるんじゃないか。あまり最初から固定的に、これはすべきではないとか、これはしてはいけないとかいうわくよりは、今はこれはしなければならぬが将来は保健所が整って、保健所にそれが整備されれば相談指導というものは、ずいぶんへってくるものであるが、現時点では保健所がそこまで発展する間はセンターはある程度相談をやらなければならないといったようなこともおこりうるのではないかと。又、それは土地によって、県によって、市によってそういう公衆衛生的な社会資源が貧しい所ではやはりそのへんもちがうものが出来てくるのではないかと。

緊急課題としての精神障害者対策と申しますと、精神病と精神薄弱者というものが大きく数の上で浮き上がってまいります。それを出来る限り保健所を中心として、その実態把握、疫学的な調査ということになり

ますが、それが一体医療機関にどういうふうの流れそして医療機関から適切に社会復帰、一般作業が行なわれるためには、よいものは何おいても必要であるし、社会復帰施設、これは病院の中にもぜひ発展せねばならない。センターばかりが、各病院からの退院患者のアフターケアをひきうけるというようなことも大変なことですし、病院がそれを出来るためには医療費の問題もひっかかって来る。それから医療機関との密接な関連というものは当然おきるわけですが医療機関というものの地域内の配分また今申したような施設がどういうふうを整え行われるのか、これは私立経営の病院ですと、医療費がともなわない施設や物や、設備や、人や、仕事はやりにくい。いろいろそういうふうを考えてみますと医療費の問題にもつながるし、むずかしい問題がいたる所にある。

そういう状況の中に、そういう問題をおしすすめる精神衛生センターは、法律できまっておるけれども、いったいセンターは何をしたらよいか。又何をしているか、しかも人数がきわめて少ないという所にさまざまな悩みをお持ちであるということは、私どもある程度お察し出来るのでありますが、大変なご努力だろうと思うんです。むしろ私どもとしては、皆様方からいろんな話をうけたまわって、精神衛生センターだけを強化改善するというのではなく、関連事項があまりにも多いものですから、そこらの問題をどういうふうにもっていか、それが出来るまでの間センターはどういうことを、やっぱり本来でなくてもある程度やらねばならない。それが将来だんだん縮小されるべき部門であるが、或いは将来この部門は発展すべき部門かというようないろいろご苦勞があるのかと存じますのであります。

私今日実は皆さんのこういうお話を伺うのに大変よいチャンスではないかと思うのですが、他にも約束が出来ておりますので時間があと10分位は聞かれると思います。先日も東京近辺の所長さんから色々話をうかがいましたが今日は、全国から多数お集りなられて私のご挨拶と私個人の基本的な考え方を申しのべました。これから皆様方大変なこととございましょうがぜひ日本国民のために、日本ではこういうシステムでここまではやろうとしているこういう目標にむかって、現在は世界に範を示すという位のお気持ちでやって頂きたいと思います。現時点ではそれぞれが相違をもってそれぞれ特性を発揮され、そしてこういう機会にご討議いただけたら我々にもよく教えていただけたなら私どもとしても少しでも役に立ちたいという気持ちをもっておりますことを申しあげて私の挨拶にかえます。

さて、この第1回の所長会議では、(1) 精神衛生センターの整備と運営、(2) 地域精神衛生活動について、などが課題として取りあげられている。この会議ではじめてA級、B級センターの話があり「A級とは人口300万以上の都道府県に設置するセンター、そして250坪。B級は150坪」という説明がありました。

また精神衛生センターの概念について、はじめて国の立場から明らかにされたわけでしたが、その会合で「通園部門をどういう風にとりあげてゆくのか、あるいは、精神衛生センターはいわゆる医療機関でやっているような治療まで及ぶのか、単なる治療の範囲よりは相談指導の上でやってゆくのか、皆さんの意見をききたい」と厚生省はのべて、今日のセンターの基本的概念について問題提起がなされているのは興味深い。

この精神衛生センター長会議は、当初は弱体なセンター所長会が育ててほしいという厚生省側の親心があった。歴代精神衛生課長の中には、厚生省の立場からいえば都道府県に対しては部長会議があり、主管課長会議があって、必要な事項は毎年各都道府県に指示してある。だから改めて都道府県の