

出先きの施設を集めて会議を開く必要もないという意見の方もあったが、しかし、このセンター長会議には公衆衛生局長が必ず出席し、精神衛生課全員の対応があり、のちには国立精神衛生研究所も加わって、国レベルとの活発な意見交換が直接できたという点では、孤立しがちな精神衛生センターを力づけ育成する意味で大きな役割を果たしたと思う。

なお、公衆衛生局精神衛生課は昭和59年保健医療局精神保健課と改められたがここに改めて厚生省に対して謝意を表わしたいと思います。思い出のために歴代精神衛生課長名及び就任年月を列記しますと次の通りです。( )内は技官です。

	昭和	年月	年月	
鈴木 一 男	38.10	～	41. 8	(大谷 藤郎)
岩 城 栄 一	41. 8	～	43. 9	(大森文太郎)
佐分利 輝 彦	43. 9	～	45. 6	(近 寅彦)
百 井 一 郎	45. 6	～	46. 8	(小野寺伸夫)
永 井 好 望	46. 8	～	48. 5	(目黒 克己)
山 本 二 郎	48. 5	～	51. 1	(小野 正男)
榊 孝 梯	51. 1	～	52. 4	(竹内 龍雄)
目 黒 克 己	52. 4	～	55. 6	(小倉 暢夫)
野 崎 貞 彦	55. 8	～	58. 7	(三觜 文雄)

## 6. 所長会研究協議会について

昭和42年に第1回の所長会研究協議会が開催された。東京での第4回の定期総会の時であった。このことの意義はすこぶる大きいものがあると思います。

この研究協議会は、初めは会員である所長だけの勉強会であったが、昭和44年11月の第5回研究協議会から、所長だけでなく各センターから広く一般演題を募集するように改められた。センターが生れて5年目漸く活動の実績が積みかさねられてきた証拠であった。その後、開催時期は毎年秋の精神衛生全国大会の関連事業の1つとしてもたれてきましたが、昭和48年11月の第9回研究会議は開くことができなかった。ただ1度だけである。それは金沢での精神衛生全国大会が中止になったためでした。しかし内容は所長会報に紙上発表されている。

そのために、第10回研究協議会からは精神衛生大会からはなれて開催、昭和50年2月東京都の都道府県会館ではじめて独立して開催したわけです。しかしその後、丁度日本公衆衛生学会運営委員会の1人であったこともあって、第11回研究協議会からは、横浜で開催された第34回日本公衆衛生学会で開かれ、それからは公衆衛生学会の関連行事として再び全国をまわることになったわけでした。

この研究協議会は、わが国の地域精神衛生活動の実践体験が数多く発表された唯一の場所として極めて貴重な存在であったと思います。いわゆる研究発表という厳格さにはやや欠けるが、今でこそ地域精神衛生活動に関する研究発表はどこでも数多く目にとまりますが、当時としては唯一の発表の場であったのでした。そして今ながめてみても貴重な内容のものが多い。昭和40年代のわが国の精神

医療の動乱期を思いおこすとき、まさに貴重であったという感を深くする。この時代は研究発表的なものが殆んど不可能な時代であったからです。

その発表内容は全部センター長会報に記録されている。しかし、会報だけの記録では全国的に眼にふれる機会がすくなくもったいないということで、昭和54年度の第15回研究協議会からは、幸い雑誌「社会精神医学」（星和書店）の編集委員の1人であったということもあって、内容を全国誌にのせ全国の関係者の眼にふれることができるようになった。

この研究会について、今後のあり方として思うことは、もしなお日本公衆衛生学会の関連事業としてつづけてゆくとするれば、日本公衆衛生学会が設けている演題発表の分科会「精神衛生」との関係を考えてゆく必要がある。仲間同志の気軽な発表の会から、外の眼にもたえられる厳格な研究発表の会へと転換してゆく時期にきているのではないかと思うからである。

### 7. 精神衛生センターあり方委員会について

精神衛生センターの業務は、いうまでもなく昭和44年3月のセンター運営要領に示されている。すでにふれたように、この要領の作成にはセンター長会は積極的に加わった。当時センターの機能について最も問題になったのは医療機能との関係であったと思います。

センターの基本的な機能は公衆衛生モデルであって、医療機能は持たなくてもよいという考え方がおおかたであった。しかし、当時すでに要望の高まりつつあった地域のリハビリテーション活動にもセンターがほんとうにこたえようとするならば、どうしても医療機能を持たなければならない。ディケア活動や外来診療の必要性を感ずるといのが当時のセンターの医療機能についての論議の中心だった。

こんな状況もあって、第8回定期総会（昭和46年）では「ディケア・センター及び外来診療の取り扱い」が課題としてとりあげられることになった。丁度センター発足来6年が経過しており、それをふまえてセンターのあり方全体についても考えようということでした。

この所長会の意向に対して厚生省（永井精神衛生課長）も積極的に賛同し、国立精研も加わり、厚生省、精研、所長会3者による「精神衛生センターあり方委員会」が発足することになった。昭和46年8月です。厚生省からは日黒克己技官が、国立精研からは高臣武史部長が加わった。このあり方委員会はのちに「第1次あり方委員会」と呼びなおされるようになったわけですが、その内容は次の通りでした。

- ① 精神医療体系の中でのセンターの位置づけ（医療機関としての位置づけ）
- ② 精神医療体系の中でのセンターの位置づけ（ディケア等を中心にして—そのⅠ，そのⅡ）
- ③ 精神衛生行政と精神衛生センター（精神衛生センターにおける行政機能）

委員会は6回にわたって開催され昭和47年4月に終わったが、討議内容は厚生省から毎回印刷配布され、実に熱心な討議がくりかえされたことを思い出します。なお、この第1次あり方委員会の詳細な内容はセンター所長会10年を記念して「我が国における精神衛生センターの現状と問題」と題して所

長会会報（14号，16～23，1972）に収録してあります。

さて、センターのあり方については、この第1次委員会をふくめて今日まで3回の委員会がもたれることになった。第2次，第3次あり方委員会であります。その経過は次の通りであった。

- 1) 第1次センターあり方委員会—発足46. 8. 15, 結論47. 5. 12 (所長会会報15, 5～108, 1973)
- 2) 第2次あり方委員会—発足50. 6. 20, 結論52. 10. 10 (所長会会報18号, 49～50, 1977)
- 3) 第3次あり方委員会—発足53. 1, 結論56. 3 (センター長会会報20号, 39～49, 1980)

第1次あり方委員会の結果は、厚生省も委員に加わったので特に厚生省要望は出されていないが、第2次委員会は「第2次あり方委員会結論厚生省報告」として、第3次あり方委員会は「地域精神医療体制に対する要望書」としてそれぞれ厚生省に要望を提出している。

第1次あり方委員会は、センター運営要領の中で示されている6項目（いわゆる6本柱）を再検討し、地域活動をすすめるにあたって今のセンターに何が欠けているのか、したがってまた何が必要なのかを考えたものでした。センターはディケア・外来等の広い意味での医療機能を備えて、地域精神医療の一翼をになわなければならないというのがその結論であった。

この結論は昭和47年からA級センターにおけるディケア事業運営費補助として実現することになったわけです。そして、このセンターのディケア活動はのちに精神科ディケア診療報酬の点数化（昭和49年）にもつながり、わが国における精神病院でのディケア活動の先駆的な活動として大きな役割を果たすことになったと考えられます。

第2次あり方委員会は、センターが発足しておおよそ10年を経て、地域の精神医療の状況が大きく変ぼうしている（精神病院の改革，外来診療の重視など），そんな中でセンターの今後の方向性を見出そうとしたものであった。まず，センターをとりまく周囲の状況を正しく把握する必要があるとして，都道府県の精神衛生主管課および都道府県の保健所長会に対するアンケート調査を行なったわけでした。

この結論は「わが国におけるセンターの現状と未来像」として所長会報18号（1977年）に特集してありますが，各センターの活動状況については注目すべきことが明かにされたわけです。それは“地区特性を生かした多様性”ということではすまされないほどに，各センターでの仕事のひらきができてきているということでした。その意味では，精神医療体系および精神衛生行政のわくぐみの中でもう一度「センター・保健所体制」を再検討し，センターの共通性を見出す必要があるということになったわけです。このためには行政当局者との密接な意見交換，職員の精神衛生教育研修・現任訓練が必要であるということになったわけでありました。

教育研修については，国立精神衛生研究所と所長会との間で定例の「検討委員会」を開催することになり，この会には厚生省精神衛生課の関係者も出席することになった。

一方，行政との連絡協調については「国立精研・センター連絡協議会」が設けられ，その運営要領は精神衛生課長の出席を得て地域精神衛生の諸問題について連絡協議するということなとりきめがなされることになったわけです。

精神医療体系の中での精神衛生の方向性の検討については、第3次あり方委員会を発足して対応することになったわけです。

第3次あり方委員会は、全国のセンターを5ブロックにわけ、ブロック別に課題を検討するというブロック研究会方式をとりました。今までともすればさけていた精神衛生法の改正をも頭にいれて、地域精神医療体系全体を新しくみなおし、その中でセンターのあるべき姿を考えようという大きなものであったわけです。

次の3つのテーマがとりあげられました。

- ① 精神衛生法の改正を考える（関東・甲信越ブロック）
- ② 地域精神医療体制を考える（北海道・東北ブロック、近畿中部ブロック、四国・中国ブロック）
- ③ 保健所の精神衛生業務運営要領を考える（九州ブロック）

その結論は所長会会報19号（1978）および20号（1980）に収録してありますが、厚生省に対しては昭和56年3月「地域医療体制に対する要望書」として要望書を提出してあります。

以上、主だったセンター長会の行事を中心に20年の歴史をふりかえってみました。簡単にまとめると次の3つになると思います。

1つはセンターが会としての組織、identityの育成に努めた時代です。全国公立精神衛生相談所長会としての発足、センター運営要領の作成などがそれです。昭和30年代末から40年代の前半です。

理事会、常任理事会がつくられ、定期総会、研究協議会、そしてセンター長会議がつぎつぎ生れた時代です。定期総会は本日で第21回になりました。精神衛生全国大会、厚生省の講堂、都道府県会館とうつりあるきました。研究協議会は18回を重ねました。これも最初は精神衛生全国大会、全国大会中止後は日本公衆衛生学会ということになったわけです。

2つはセンター運営要領の作成です。昭和40年代の前半は全員みんなが自分のこととしてセンターの運営について考えたということです。特に「常任理事会案」はセンターのあるべき姿を十分にえがき出しており、今日みてもなお役立つものであると思います。

3つはあり方委員会を持ってその時々々のセンターのあり方について検討してきたことです。今日まで第3次の会を持ったわけですが、その結果はその都度厚生省に要望書として提出してきました。

特に第3次あり方委員会では地域精神医療体制の中でのセンターのあり方を検討しました。センターのあるべき姿を新しい背景の中でどうとらえるかを明らかにしたことです。予防と治療と社会復帰を一貫とした地域精神医療体制の中で、センター・保健所の機能を考えていたということでした。そのためには精神衛生法を改正し、社会復帰の理念を具体的に入れる必要があるということになったわけでした。

## 8. 精神衛生センターの未来について

さて最後にセンターの未来について考えてみたいと思います。

未来というものはそう簡単に予測できるものではありません。たとえできたとしても、それぞれの

立場でそれぞれの考えで心に画く未来像は多様なものです。しかし、20年の才月をふりかえって今日のセンターの現状を思い、そしてさらに未来について思いをはせるときさまざまな感慨がわいてきます。

まず思い出ずることはセンターの弱体化です。どうしてセンターは何時までもいっこうに補強されないのかという思いです。どこのセンターがどうということではありませんが、センターの重要性は声高くさげばれています。それなのにいっこうに弱体化からぬけ出せないのはなぜかという思いです。

施設数は漸く40をこえたとはいえ20年の才月がかかってのことです。20年というとは普通は次の新しいものに脱皮しなければならない年月です。それも10人前後のスタッフしかいない施設もすくなくありません。それで一体何ができるのか、それでほんとうに一体何を期待しようとしているのかという思いです。

次に気になるのは外部の環境条件です。宇都宮病院に象徴される日本の精神医療の後進性です。日本には地域精神医療が根づく土壌があるのだろうかと考えこんでしまうわけです。これに多少とも類似した精神病院の特異な行動様式はほかにもみうけられます。地域医療の存在しない体制の中でセンターのあるべき姿を考えることはできないのではないかと思うからです。

第3はセンターの基本的な性格についてです。日本の地域精神衛生活動は「センター・保健所体制」が基本です。しかし、その一方のパートナーとしての保健所の現状が今1つわからなくなってきているように思われることです。昔のように精神衛生にもえてほしいとは云わないにしても、保健所自身が自分の方のあり方について考えなければならないために、精神衛生を考えるひまがないようにみうけられることです。市町村との関係も不明確なままです。

センター構想のオリジナルはアメリカにありました。1963年のケネディの総合的地域精神衛生センター（CCMHC）構想が日本にも多くの影響をあたえたわけです。20年たった現在アメリカではセンターから精神科医が引きあげつつあるといえます。

センターの基本的性格についてLangsley, D. G. は3つのタイプをあげています。いわゆるケネディのThe National Institute of Mental Health Model, G. Caplan のThe Public Health Model, そしてThe Social Activist Modelの3つです。アメリカではセンターの多くがThe Social Activist Modelに傾いてゆき、このことが医師不在を招く要因の1つになっているといえます。このことは日本にとっても示唆的に思われます。

さてセンターをとりまく現状を考えるときついついネガティブな気持になってしまいました。その未来像についても必然的にブルーの色になってしまいそうです。しかしながら、だからこそ逆説的でない方がいい方になってしまいますが、これまで育てあげてきた我々の20年間の地域精神衛生活動の実績を守りつづけなければならないと強く思うわけです。

精神医療の動向が、地域医療の方向に進展してゆくことだけは疑のない事実です。精神医療の歴史的必然性であるといってもよいと思います。この中で、今後のセンターのとるべき道は、さきに悲観論をのべて矛盾することになりますが、そしてここでは抽象的な表現になってしまいますが、地域精神医療を支えるというか、地域精神医療を構成するというか、そういったもののいくつかの節目の機能を基本的機能としてセンターの中に組みこみ、この現状から脱皮してゆくということそれが今後のセンターのとるべき道ではないかと思うわけです。総花的な今のセンターにはいろいろなことが期

待されていますけれど、節目の機能を持って地域精神医療を支えるという役割からははずされているように思われるわけです。

私は節目の機能として2つのことを考えたわけです。1つは emergency care です。そして他は rehabilitation care (day hospital) です。精神科緊急医療は今日のトピックですが、この分野からはセンターの存在がみえてきません。センターはかかわりないもののように考えられているわけです。一方、社会復帰は厚生省の考え方としては、センターからはなして別途の施設（社会復帰医療センター）でやるという風にきいています。しかし、これからは地域のセンターであろうとすれば、各県のおかれた事情を考慮にいれながら、この2つの機能を節目として組みいれ、総合的な精神保健のセンターに脱皮してゆく必要があると思います。そして、これこそがセンターの未来像ではないかと考える次第です。長時間ご静聴ありがとうございました。

（本文は昭和59年10月大阪で開催された全国精神衛生センター研究協議会での特別記念講演の内容に若干追加したものである。）