

No. 125 2019年6月号

THE NEWSLETTER ON MENTAL HEALTH IN TOKYO



特集 統合失調症のいま

#<U

●統合失調症は遺伝しますか?-モノの科学、コトの医学-	2
●統合失調症のオープンダイアローグ ····································	4
●統合失調症の方の地域移行・定着支援	6
●相方は統合失調症	7
●平成31年度精神保健医療予算・新規事業の概要	8



この「こころの健康だより」は中部総合精神保健福祉センターのホームページでもご覧になれます。 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/chusou/index.html





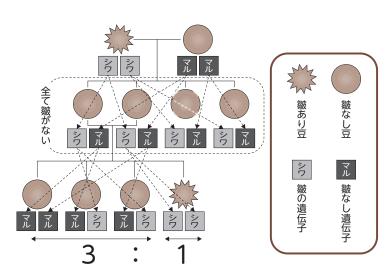
統合失調症は遺伝しますか? - モノの科学、コトの医学 -

東京都医学総合研究所 副所長 糸川 昌成

統合失調症は遺伝しますか。当事者や御家族からよく訊かれるご質問です。統合失調症とはどういう病気なのかについて考えながら、このご質問に答えてみようと思います。

1.メンデルの遺伝法則

ふだん何気なく「遺伝」という言葉を使うとき、 そこには「親の性質に子供が似る」といった日常的 な実感に、少しだけ科学性-物質的な裏付け-がブレ ンドされないでしょうか。たとえば、メンデルの遺 伝法則はエンドウ豆で皺のあり・なしと草丈の高・ 低が次の世代に整数比率で伝わる発見でした。19 世紀オーストリアの司祭だったメンデルは、皺のあ るエンドウ豆のオシベに、皺のない豆のメシベを掛 け合わせる実験を行いました。すると、翌年はすべ て皺のないエンドウ豆ができました。次に、この収 穫されたばかりの皺なしのエンドウ豆同士を掛け合 わせると、翌年は皺のないものとあるものが3対1 の割合で収穫されたのです。メンデルは、両親から 皺のあり・なしという異なった性質を受け継ぐと、 片方の性質(皺なし)だけが強く表面に出ること-皺は両親からそろって遺伝子をもらった場合にしか 表面化しない-を発見したのです(図)。



一部の珍しい癌や運動神経の病気などでは、病気にかかる・かからないをメンデルの法則どむとつの遺伝子が病気の原因になっていると考えられるわけです。いっぽう、糖尿病や高血圧など珍しくはない病気にかかった人の家族では、メンデルの法則通りの整数比率にはなることはないので、ひとつの遺伝子では病気にかかる・かからないを説明できない遺伝子では病気にかかる・かからないを説明できないました。そこで、こうしたメンデルの法則に合わない病気では、複数の、しかもあまり影響力の強くない遺伝子と、環境との相互作用によって病気になると考えられています。統合失調症もメンデルの法則に合わない、そして珍しくはない病気ですから、複数の遺伝子と環境が複雑に影響しあっていると推定されています。

2. 症候群と疾患

病気には原因によって定義される「疾患」と、原因がわからないのでいくつかの症状をまとめてひとつの名前を付けた「症候群」とがあります。症候群と疾患の違いを、後天性免疫不全症候群(AIDS)を例に説明してみましょう。

世界で初めて AIDS が確認されたのは 1981 年 のことで、アメリカで男性同性愛者の間に流行した カリニ肺炎で見られた免疫力の低下に対し、後天性 免疫不全症候群と名前が付けられました。その後、 AIDS は女性や血友病患者でも相次いで確認され、 カポジ肉腫も報告されるようになります。原因不明 ですから肺炎や肉腫に対する対症療法しか行えませ んし、どこまでの症状を AIDS に含めるかが議論の 中心課題となりました。1983年5月、パスツール 研究所の研究者モンタニエとバレシヌシが、AIDS 患者から原因となるヒト免疫不全ウイルス(HIV) を発見しました。このときから、後天性免疫不全 症候群は HIV 感染症という疾患に変わったのです。 もはや症状をどこまで含めるか議論する必要はなく なり、HIV が陽性か陰性かが重要な課題となりまし た。そして、対症療法の必要性も低くなり、代わっ て HIV に対する抗ウィルス薬投与という根本治療



が行えるようになったのです。

統合失調症は、妄想やまとまりない行動といった、症状の組み合わせに名付けられた症候群の段階で、まだひとつの疾患なのかも分かっていません。糖尿病のように血糖値が上がるという症候群の中に、インシュリンを作る細胞が自己免疫で壊される | 型と、太りすぎてインシュリンが出なくなる | 1型というふたつの疾患が含まれた例もあります。 HIV に相当するような原因も未だ見つからないので、 幻覚やイライラなどに対する対症療法しかできないわけです。

3. モノとコト (物質と物質でないもの)

多くの身体の病気は、臓器というモノの状態で定 義されます。たとえば、尿管結石は腎臓で作られた 尿を膀胱まで運ぶ、尿管という細い管に石が詰まる 病気です。腰や下腹部の激しい痛みと血尿が症状で す。投薬などによって、おしっこと一緒に石が排せ つされれば治ります。ほとんどの石はレントゲンに も映りますが、石が管に詰まれば発症で、とれれば 治癒です。もうひとつ、十二指腸潰瘍を例に考えて みましょう。十二指腸潰瘍は、胃の出口にある腸の 粘膜がただれて深くえぐれてしまう病気で、おなか がすくとみぞおちが痛むのが症状です。内視鏡で粘 膜のえぐれを見ることができますが、粘膜がえぐれ たら発症で胃酸を抑える薬などを投与して、えぐれ が消えれば治癒です。つまり、内科の病気は管がつ まったり、粘膜がえぐれるといったモノの状態で定 義できるのです。

では、ドメスティックバイオレンスとはどういう モノでしょうか。いいえ、モノではなくコト(出来 事)ですね。ひきこもりや不安発作や夫婦喧嘩もモ ノではなくコトです。統合失調症も脳というモノが 深く関わる病気であることは確かですが、人間関係 やストレスや価値観などコトも無関係ではない病気 と考えられます。

4. 科学とモノ

17世紀フランスの哲学者デカルトは、この世界を物質と物質でないものに分け、物質のみの法則性を探求する近代科学を打ち立てました。三次元座標を考案したのもデカルトで、物体の運動を数式で表

記できるようにしました。はやぶさ2が2年近くかけて火星まで正確に飛行して、地球まで無事に戻ってこられるのもデカルトのおかげと言ってもよいくらいです。

科学は医学にも応用されると、まず感染症を攻略しました。顕微鏡の開発により細菌学が発展し、抗生物質を用いて病原菌を死滅させる治療法が発明されたのです。科学は次なる照準を内科疾患に合わせると、投薬治療によるコントロールを可能としました。そして、最後に残った精神の医学に、現代科学は挑んでいるのです。科学が物質のみを扱う領域であっても、管が詰まったり粘膜がえぐれたりした、モノの病気を守備範囲とすることに不都合はありませんでした。ところが、心はモノではありません。そこで、代わりに脳というモノを研究することで精神科医療の進歩をめざしたのです。

向精神薬という合成化合物は紛れもないモノであり、脳というモノに作用して心を変化させます。いっぽうで、尊厳や自尊心といったコトは、合成化合物というモノでは操作できません。尊厳とは、目の前の人をかけがえのない存在として大切に丁寧に遇した時に、遇された相手と遇した自分との間に発生する共鳴現象というコトだからです。心を込める、気持ちを汲む、心寄せるといったコトが、自尊心や生きがいといったコトに強く影響します。科学というモノのみの数学的法則性を探求する学問では扱えないコトと、科学の守備範囲である脳というモノが合わさって心は存在しています。

5. 統合失調症は遺伝するのか

エンドウ豆はでんぷんという物質でできています。でんぷんにはアミロースとアミロペクチンがあり、両者の配分は遺伝子が決めています。そして、アミロースとアミロペクチンの配分の違いによって、豆に皺ができたりできなかったりするのです。まさに、メンデルの遺伝法則は、遺伝子というモノがアミロースとアミロペクチンというモノの配合を決める発見だったわけです。遺伝子はモノの状態を決めるモノですから、モノの状態で定義される内科の病気のなかで、症候群ではなく疾患である場合、遺伝法則どおりになるわけです。いっぽう、統合失調症は脳というモノが関わる病気ですが、コトが深く影響し、症候群であって疾患ではないので遺伝子だけでは決まらないのです。



統合失調症のオープンダイアローグ

筑波大学医学医療系 社会精神保健学 教授 斎藤 環

はじめに

近年、国際的にも急速に注目されつつあるオープンダイアローグ(開かれた対話、以下 OD)は、単なる治療やケアの手法ではありません。フィンランド・西ラップランド地方のトルニオ市にあるケロプダス病院において、1980年代から開発と実践が続けられてきたケアの手法であり、実践のシステムや背景にある思想までを指す言葉とされています。

もともと OD は、主に急性期の統合失調症患者に対する治療的介入として開発されてきました。従来、統合失調症の治療、とりわけ急性期においては薬物治療や入院治療が必須と考えられていましたが、ケロプダス病院では、OD の導入後、薬物も入院も最小限度にとどめることが可能となりました。そのうえで、再発率の低下、社会復帰率の上昇など、きわめて良好な治療成績を上げつつあり、エヴィデンスも確立されつつあります。

現場での実践は、例えば以下のような形になります。スタッフは、クライアントやその家族から電話などで依頼を受けたら、24時間以内に治療チームを結成し、クライアントの自宅を訪問します。本人や家族、友人知人らの関係者(「ネットワーク」)が車座になって座り「開かれた対話」を行います。ミーティングは、クライアントの状態が改善するまで、ほぼ毎日のように続けられる場合もあります。ODの中

核にあるのは、こうしたアウトリーチ型のサービスですが、外来診療や時には入院病棟などでなされる場合も少なくありません。

OD の原則と基本要素

OD のミーティングでは、治療チームは患者のネットワーク(家族、友人、知人)と対話を通じて信頼関係と安全保障感を確保し、問いかけと応答によって患者の主観的世界(いわゆる「症状」を含む)の「言語化」と「共有」を試みます。これと平行して、チーム内のリフレクティングにおいて患者の評価や治療プランについての意見が交換され、さまざまなアイディアが提示されます。その一連のプロセスにおいて、患者にとって適切な決定が自ずから導かれるのです。

ミーティングの最後に、ファシリテーターが結論をまとめます。薬物治療や入院といった重要な決定は、ここで記録されます。何も決まらない場合は「何も決まらなかった」ことが確認され、記録されます。ミーティングに要する時間はさまざまですが、およそ1時間から1時間半程度で十分とされています。

注意していただきたいのは、OD における対話の目的は治療ではない、ということです。目的は対話そのものを継続することであり、「治癒」「変化(改善)」「決断」を意図してなされるわけではありませ

表1 オープンダイアローグの7つの原則

原語	一般的な訳	意味
1. immediate help	即時対応	必要に応じてただちに対応する
2. a social networks perspective	社会的ネットワークの視点を持つ	クライアント、家族、つながりのある人々を皆、 治療ミーティングに招く
3. flexibility and mobility	柔軟性と機動性	その時々のニーズに合わせて、どこででも、何 にでも、柔軟に対応する
4. team's responsibility	チームが責任を持つ	治療チームは必要な支援全体に責任を持って関わる
5. psychological continuity	心理的連続性	クライアントをよく知っている同じ治療チーム が、最初からずっと続けて対応する
6. tolerance of uncertainty	不確実性に耐える	答えのない不確かな状況に耐える
7. dialogism	対話主義	対話を続けることを目的とし、多様な声に耳を 傾け続ける

(ODNJP編 日本版ガイドラインより引用)



ん。対話をひたすら継続していくことで、あたかも 副産物のようにして改善や治癒をもたらされるとい うイメージです。

OD には「7つの原則」があります(表 1)。それぞれの詳細な解説は、ガイドライン(後述)に譲りますが、重要な項目をみていきましょう。

ネットワークと責任

OD が介入するのは、患者を含むネットワークです。つまり、患者本人とその家族、友人、知人など、患者とつながりのある人々のネットワークです。 チームの介入で、ネットワークを修復するのです。

OD においても「患者(patient)」と「専門家 (professional)」という区別はありますが、「専門家が指示し、患者が従う」といった一方的な上下関係はありません。治療チーム内部にも上下関係はありません。ファシリテーターの仕事は対話を仕切ることではなく、対話が円滑に続いていくように促すことです。

対話においては、合意や調和を目指すのではなく、 メンバーそれぞれの異なった意見がポリフォニック (多声的)に響き合う空間を目指すことになります。 意見の違いを擦り合わせるのではなく、なぜ違うの か、どのように違うのかを掘り下げることこそが大 切なのです。

患者が異常体験について語っていたら、スタッフは質問を重ねて、その言語化と共有をうながします。「患者に幻覚や妄想を語らせると症状が強化されるから、詳しく聞くべきではない」という「俗説」は過去のものです。むしろスタッフは、患者が語る未曾有の体験に、強い興味と関心を向けながら"教えて"もらうという姿勢をとります(「無知の姿勢」)。症状の言語化とその共有は、それが丁寧になされるほど、治療的な変化が伴うのです。

OD で最も重要な原則の一つに、「治療スタッフだけで患者の話をしてはならない」「患者本人抜きではいかなる決定もなされない」というものがあります。薬物治療や入院を含む、治療に関するあらゆる重要な決定は、本人を含む全員が出席した場面でなされ、本人不在で治療方針が決められることはありません。

OD におけるリフレクティングが、この原則の端的な実践と言えます。患者や家族が見ている前で、スタッフ同士が意見交換をし、それに対して患者や家族が感想を述べること。この過程を繰り返すことがリフレクティング・プロセスと呼ばれます。治療方針に関するアイディアは、この場面で交換されます。リフレクティングには情報開示という意味のほかに、患者が専門家同士の対話を観察しながら、自分に適した治療方針を余裕を持って選べるという利点があります。

以上、たいへんな駆け足で OD のあらましを述べ てきました。

筆者のこれまでの経験で言えることは、ODの原則に則った対話を実践することで、幻覚や妄想は確実に改善できるということです。三〇年以上も精神科臨床に関わってきて、今更のように「対話の力」に驚嘆させられることがしばしばあります。ただしその「改善」はしばしば、こちらの思いもよらない形で起こることが多く、当方の「不確かさに耐える力(七原則のひとつ)」が問われます。回復過程のコントロールを断念した時、副産物としての改善と治癒がもたらされるでしょう。読者の皆さんにも、その果実をぜひ味わっていただきたいと思います。

本稿で述べた原則や基本要素に解説を加えた「オープンダイアローグ 対話実践のガイドライン 2018 年版」がウェブ上に公開されています。すぐにでも実践してみたい方は、こちらのガイドラインも是非参考にしてください。

参考文献

- 1) Arnkil ,T. E., Seikkula, J.:Dialogical Meetings in Social Networks, Karnac Books, London,2006. (高木俊介訳:オープンダイアローグ. 日本評論社,東京,2016.)
- 2) ODNJP ガイドライン作成委員会編著: オープンダイアローグ 対話実践のガイドライン 2018 年版. 精神看護,21(2),2018. (https://www.opendialogue.jp/対話実践のガイドライン/2019 年 5 月 16 日参照)
- 3) 斎藤環: オープンダイアローグとは何か. 医学書院, 東京,2015.



「統合失調症の方の地域移行・定着支援」

地域生活支援センター サポートセンターきぬた 精神保健福祉士 金川 洋輔

【統合失調症の方の長期入院と 地域移行支援】

日本は諸外国に比べて精神科病院に長期入院している方が多いとされています。全国で約17万人、東京都内の精神科病院だけでも未だに1万人以上の方が1年以上の長期入院となっています。長期入院者の多くは統合失調症の方だと言われています。その中には現在入院治療は必要なく、退院して通院治療で十分と医療機関では判断されているにも関わらず、統合失調症への偏見から地域社会から退院を拒否されている方や、地域の福祉サービスが不十分なために退院後の生活が支えきれないからと入院継続を余儀なくされている方も多くいらっしゃいます。このように環境によって必要のない入院治療を継続せざるを得ない状況のことを「社会的入院」として、医療、福祉、行政一体となってその解消に向けて様々な取り組みが行われています。

ここ15年、医療の進歩や国、東京都、区市町村の施策等によって、病状が安定していて退院後の住まいや生活支援があれば退院して社会生活が可能な方たちへの支援が動き始めています。平成24年度から、障害者自立支援法(現障害者総合支援法)に「地域移行支援」という地域の支援者が入院中の方のところに訪問して、退院後の生活の希望の聴き取りや退院後の住まい探し、退院後の生活に必要な支援の確認や調整といった退院支援を行うことのできるサービスができています。ようやく精神科病院に入院中の方が利用できる障害福祉サービスができたのです。

【統合失調症の方の退院後の 地域定着支援】

また、退院後の新しい暮らしを続けていくため の支援も増えてきています。訪問看護やヘルパー といった退院後の住まいに訪問する支援や、障害を 持った方々が通うことのできる、働くことへの支援 や余暇活動を支援する場所も街中に増えてきていま す。内職作業や商店街内の喫茶店、お菓子作り、清 掃業務を行う事業所、仲間づくりやレクリエーショ ン等を行なう場所等、かつてに比べて多岐に渡った 障害福祉サービスが街中に増えてきています。また、 退院後にアパート等で単身生活を始めたり実家に 戻ったりする方もいらっしゃいますが、支援者の身 近な見守り体制のある住居で生活支援を受けながら 生活の勘を取り戻していくサービスもあります。上 記は一部のサービス例ですが、退院後も通院治療を 続け、ご自身に必要な支援を受けながら活き活きと 生活されている方は多くいらっしゃいます。

【身近な問題として】

しかし、残念ながらまだまだ社会的入院の解消には至っていません。病気や障害を理由に退院後の住まいを貸してもらえず、住まい探しで躓いてしまったりします。グループホームという退院後の生活を練習する住居の障害福祉サービスを増やそうにも、物件が借りることができなかったり、近隣の方に設置を反対されてしまって頓挫してしまうということがまだまだ東京でも起き続けています。

統合失調症は約120人に一人発症すると言われています。また精神科通院者は年間360万人を超えていて、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に加えて国の5大疾病の一つとなっています。誰もが病気や障害である前に同じひとりの人間です。もし自分の身近にいる大事な人がなんらかの理由で精神疾患を発症してしまった時のことを想像していただき、はじきだすのではなく、共に生きていける街でありたいと思います。その為には、地域住民の一人ひとり、地域社会全体の理解の深化が不可欠です。病気や障害を持っていても街で暮らしていらっしゃる方々の笑顔にぜひ触れていただけたらと思います。



「相方は統合失調症」

お笑いコンビ松本ハウス 松本 キック

お笑いコンビ松本ハウスの松本キックです。私の相方のハウス加賀谷は統合失調症の当事者でありながら芸人として活動しています。

≪発症≫

加賀谷に異変が起こったのは中学2年の夏でした。授業中に後ろから「かがや臭い」という悪口のような幻聴が聞こえてきたのです。声はいくつもいくつも聞こえ、次の日も、また次の日も、加賀谷をなじる声は毎日聞こえるようになっていきました。何も情報を持たない少年は、その声がまさか幻聴だとは思いませんでした。すべて現実の声として受け止め、自分が臭いということが恥ずかしく、友人に相談もできませんでした。「僕はみんなに迷惑をかけている。みんなと一緒の世界にいてはいけないんだ」一人で抱え込み、学校内でも孤立していった加賀谷は、別の世界へ行ってしまいたいと思うようになりました。高校へと進学した後も状況は変わりませんでしました。高校へと進学した後も状況は変わりませんでした。変わったことは精神科に通院するようになり、服薬を始めたこと。それでも「かがや臭い」という声は聞こえ、しだいに社会生活を送るのも困難となっていきました。

≪好きなことを≫

医師のすすめに従いグループホームに入所したのは、加賀谷が16歳のときでした。入所後まもなく加賀谷は落ち着きを取り戻し、不思議なことに幻聴も聞こえなくなりました。その一方、加賀谷の中に社会復帰への不安が芽生えました。「僕はこの先どうなるか分からない。だったら好きなことをやってみよう」一念発起した加賀谷は、かねてから憧れていた芸人になりました。そして私は加賀谷と出会うこととなります。半年間の下積みを経て私は加賀谷と正式にコンビを組み、コンビ名は松本ハウスと命名されました。

≪受け入れること≫

「加賀谷さんに精神障害があると知ったとき、どのように対応しましたか?」講演会の質疑応答の時間に聞かれることがあります。望ましい答えがあればいいのですが、私は加賀谷に対して特別な対応をした記憶がありません。そのままの加賀谷を受け入れただけ。加賀谷の障害を本人が持つ個性の一つとして受け止めただけなのです。今でもそのスタンスは変わらず、障害があるからといって必要以上の気は遣わないようにしています。もしかすると、「もうちょっと気を遣ってよ」と加賀谷は内心思っているかもしれませんが。

≪焦らせまい≫

1990年代の終わり、松本ハウスはテレビなどでも活躍 し加賀谷の人気はとどまるところを知りませんでした。 そこに落とし穴がありました。順風満帆な活躍の裏で、 服薬を怠った加賀谷は統合失調症の症状を悪化させ入院 しました。「僕は自分自身で自分の居場所を失くしてし まったんだ」当時の担当医から、症状を悪化させた典型 的な例だと言われ、加賀谷は薬を飲まなかったことをひ どく後悔しました。退院後、加賀谷は自宅療養をし、5、 6年間はひきこもりのような生活を続けました。私は加 賀谷に連絡をしていましたが頻繁にすることはありませ んでした。3か月に一度、季節が変わるごとに5分程度 のなんでもない電話。何よりも私の中では「焦らせまい」 という気持ちが強かったのです。芸人への復帰を望んで いるであろう加賀谷に頻繁に連絡をすると「早く戻らな きゃ」と、復帰を焦ると感じていました。だから私は「早 く治せよ」とは言わず、「まあ、のんびりやれよ」いつ もそんな風に言っていたことを覚えています。

≪仲間という立場から≫

仲間が仲間を思いやる。私の行動はすべて、今もその単純な構図の中にあります。加賀谷が芸人に復帰するまでの10年間、私は加賀谷の復帰を願うより、いつか笑って話せればいい、少しでも良くなってほしい、その小さな思いだけでつながっていました。「よく支えていますね」と言われることもありますが、私は加賀谷を支えているという気持ちをほとんど持ち合わせていません。仲間という立場から、あくまで対等の関係性でいたい、それが私の理想なのです。そもそも私の中には、統合失調症のハウス加賀谷という人間は存在しません。私の友人の加賀谷がたまたま統合失調症だった。人の後ろに病気があり、病気の前には人がいるからです。人と人の関係性を大切にしながら、困ったときはお互い様でいたいと思っています。

《自分のペースで》

もちろんうまくいくことばかりではありませんでした。失敗ばかりで何度も何度も同じ轍を踏みました。お互いのイライラがぶつかりぎこちない時期を過ごしたこともありました。けれどもイライラは自分に跳ね返ってきます。それなら最初のイライラを捨ててしまおうと、私はイライラをすべてゴミ箱に投げ捨てました。まずはすべてを受け入れよう。そこから考え、自分たちのペースで進んでいこう。何が待っているのかを楽しみながら、と。今の私には相方が二人います。一人はハウス加賀谷。そしてもう一人は加賀谷自身の持つ障害。だから今では、統合失調症も相方だと思っています。



「平成31年度精神保健医療予算・新規事業の概要」

一総額 404 億円一

障害者施策推進部精神保健医療課

○ 障害者医療費助成

障害者の保健の向上及び福祉の増進を図るため、 医療費の一部を助成する。

1 措置患者医療費公費負担15 億 3 千万円2 精神通院医療費助成352 億 7 千万円3 小児精神患者医療費助成7 千万円4 支払事務委託等7 億 4 千万円

○ 精神科救急医療

精神障害者に対し、救急医療体制の確保を行う。

1 救急医療体制8億7千万円2 二次救急医療体制3億8千万円3 初期救急医療体制8千万円4 精神科救急医療情報センター6千万円

○ 精神障害者の退院促進

入院患者及び精神科病院等に対して退院促進に向けた働きかけ、地域定着体制整備の調整を行う。

2 億円

○相談支援体制等の充実

障害者の自立と社会参加を促進するため、相談体制・地域生活支援等の充実を図る。

1 発達障害者支援 1千8百万円 2 高次脳機能障害支援 1億2千6百万円 3 ペアレントメンター養成・派遣事業 2千8百万円 4 発達障害者生活支援モデル事業 4百万円 5 保健所精神保健福祉事業等 3 億円 6 夜間こころの電話相談 2千6百万円 7 都営交通乗車証発行事業 2千5百万円 8 地域医療体制整備 5千4百万円 9 災害時こころのケア体制整備事 8百万円 10 災害時精神科医療体制整備事業 1千1百万円 11 難治性精神疾患地域支援体制整備事業 1百万円 12 措置入院者等退院後支援体制整備事業 3 百万円 13 精神障害計画相談支援従事者等養成研修事業 2百万円

○ 障害者関係各センターの運営等

1 発達障害者支援センター
2 総合精神保健福祉センター等
5 億 1 千万円

新規事業の概要

災害時精神科医療体制整備事業

災害時において、被災病院から入院患者を受け入れる医療機関を「災害拠点精神科病院」及び「災害拠点精神科連携病院」に指定し、災害時の精神科医療提供体制の強化を図ります。

措置入院者等退院後支援体制整備事業

措置入院者等が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる体制の整備を行います。



東京都 こころの健康だより 令和元年6月28日発行

◆問い合わせ先(ご意見・ご感想をお寄せください) 東京都立多摩総合精神保健福祉センター 広報計画担当 電話 042-376-6580 FAX 042-376-6885 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/tamasou/index.html

東京都立精神保健福祉センター 調査担当 電話 03-3844-2210 FAX 03-3844-2213 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/sitaya/index.html

◆発行元 東京都立中部総合精神保健福祉センター 広報研修担当 〒156-0057 世田谷区上北沢二丁目1番地7号 電話 03-3302-7704 FAX 03-3302-7839 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/chusou/index.html

> 登録番号(30)8 (次号は令和元年(2019年)10月31日発行予定です)

