

度に抑えられています。これは学び盛り、働き盛りの15歳から44歳は、他の年代と比べて当然ながら健康のロスが少ないことを示しています。しかし内訳を見ると、グラフの大部分を精神・神経疾患が占めており、さらに細かく内訳を調べると、そのほとんどが精神疾患で占められていることがわかります。

②精神疾患の発症年齢

躁うつ病や統合失調症といった代表的な、ともすると重篤化あるいは慢性化しやすい精神疾患の好発年齢は、15歳から40歳くらいまでとされています。また、生涯のうち一度は精神疾患に罹る人の割合は、およそ6-7人に1人とする研究報告があります。このうち75%の人は、25歳未満で発病しているという米国の研究はよく知られています。

③精神病未治療期間 (DUP)

躁うつ病や統合失調症などに罹患してそれらの症状が始まっているにもかかわらず、専門家である精神科医を受診しないことはしばしば起こります。症状がありながらも受診しない期間、いわば治療の遅れ、あるいはロスタイムのことを精神病未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis; DUP) と呼んでいます。幻覚、妄想のような誰の目にも明らかな精神病症状のはじまりから、服薬など専門家による治療が開始されるまでの期間のことです。

治療開始が遅れる原因にはいろいろな要因が絡みありますが、DUPは、総体的には精神疾患に対する偏見 (スティグマ stigma) などを示す公衆衛生的な指標とも言えましょう。わが国のDUPは、全データを値の小さい順に並べてちょうど真ん中にあたる中央値で見ると5-6か月、全データの平均値で見ると17-18か月にも及んでいます。

生涯にわたり不利益をもたらす精神疾患に罹りながら、なぜ、これほど長い間、専門家を受診しないのでしょうか。他の疾患と同様に、精神疾患でも早期発見、早期治療が大事であり、予後の改善にとって非常に重要であることは多くの研究から示されています。早期発見、早期治療の重要性を疑う余地はありません。

④若者の自殺・死因

10代の若者の死因を見ると、事故による不慮の死が上位であることは世界共通です。しかし先進国別の死因順位で、日本と韓国では例外的に1位が自殺になっています。15歳から34歳までの若者の死因1位が自殺である国は、この二か国以外例を見ま

せん。

わが国の自殺者数は減少傾向にあるとされていますが、阪中順子氏の報告にあるように、この20年間で中学高校生の自殺者数は毎年300名程度あり、少子化でもあるため、その割合は増加中といえます。自殺関連行動である自傷行為の繰り返しや不適応、不登校などの生徒が希死念慮を抱くことなどは、もはや特殊なケースとして位置付けることはできないと思われれます。

⑤WHO (世界保健機構) レポート

心の健康 (精神保健) についての関心が必ずしも十分でないことは、実は日本だけの問題ではありません。世界保健機構 (WHO) が行った調査では、前述のDALYの原因疾患上位10件のうち、6つを精神疾患関連 (うつ病、アルコール関連障害、自傷、統合失調症、双極性気分障害、暴力) が占めていました。これを受けて2001年に刊行されたWHO健康レポートは「これまで長い間無視されてきたが、精神保健は人と社会、国の保健にとって不可欠なものであり、大幅に見直さねばならない」と述べています。学校や職域などにおける、心の健康教育や対策は世界的に見直すべき課題であると訴えています。

若者を取り巻く心の健康の状況と対策

少し古いデータですが、平成15年度に実施された都立高校における健康相談活動の実態調査によると、平成15年4月~9月の半年間に調査対象校で、心の健康にかかわる問題を抱える生徒が把握された学校の割合は、「不登校」66.4%、「精神疾患及び心身症」65.1%、「自傷行為」49.0%、「摂食障害」38.0%でした。調査対象生徒数に対する割合で見ると、「不登校」1.22%、「精神疾患あるいは心身症」0.59%、「自傷行為」0.28%、「摂食障害」0.14%でした。

また、日本学校保健会が実施した保健室利用状況に関する調査によれば、調査時点において心の健康問題のために養護教諭が継続支援をしている事例のある高校の割合は、平成2年度に70.6%であったものが、平成8年度には79.6%、平成14年度には87.5%と上昇しています。心の健康問題が増加したのか、健康問題を抱える子どもに学校の支援が向くようになったのかは不明ですが、いずれにしろ、年々心の健康問題が顕在化してきているのは確かです。

これに対して、さまざまな取組が行われており、例えば東京都の場合には、教育委員会がこれまでにスクールカウンセラーの適正配置、精神科医による

学校相談活動の実施、臨床心理士・大学教授などアドバイザースタッフの派遣、思春期教育相談の実施、学校医研修会の実施といった取組を行っています。

このように、発生した事象に対する対策については、十分ではないまでも、次々と打たれていますが、事例化する前に、いち早く問題に気づき、自ら予防的な対策をとるための準備が必要です。

問題が大きくなる前に、自らがいち早く問題に気づき、予防的な対策をとれるようにするための先制的な準備をすることが必要であり、正しい情報を適切な時期に与える教育が重要だと思えます。

今日までの学校教育

中根允文氏らが、1950年から2002年に出版された高校の保健分野教科書、中学については1950年から1992年分について、精神障害に関わる記述を調査し、おおよそ次のような傾向をまとめています。

高等学校保健体育科教科書においては、1981年以降「統合失調症」に係る記載がびったりと無くなっているそうです。戦後から1980年に入る直前までは、精神障害について、「理解しがたい言動をみる怖い病であり、子孫や社会に多大な負担を与える恐れのある優生手術対象の遺伝性疾患だ」と記載され、その後しばらくは、「偏見無く対応すべき疾患である」との記載が見られ始めました。しかし、1980年後半からは精神疾患の呼称がほとんど記載されなくなり、やがて、総体的な記載さえ消失したそうです。

現実に、今日の学習指導要領を見ても、高等学校保健体育（保健）においては、(1)「現代社会と健康」において、ウ「精神の健康」が挙げられ、細目として「人間の欲求と適応機制には、様々な種類があること。精神と身体には、密接な関連があること。また、精神の健康を保持増進するには、欲求やストレスに適切に対処するとともに、自己実現を図るよう努力していくことが重要であること。」とされています。相当する学習指導要領解説においては、ウ「精神の健康」は、(ア)欲求と適応機制において「精神機能は、主として脳によって統一的・調和的に営まれていることを理解できるようにする。(中略)なお、脳の機能、神経系及び内分泌系の機能については、必要に応じて扱う程度とする。」とされています。(イ)心身の相関については「人間の精神と身体は密接な関連をもっていることを、身体的変化が精神に及ぼす影響と精神的变化が身体に及ぼす

影響との両面から理解できるようにする。また、この心身の相関には、主として自律神経系及び内分泌系の多くの器官がかかわっていることを理解できるようにする。」と示されています。続いて、(ウ)ストレスへの対処、(エ)自己実現が示されているに留まり、高校生の年代でこそ発病が危ぶまれる精神疾患の呼称や症状、対処方法などには触れられていません。

疾病教育の意義

学校教育の中で、精神疾患の具体的な呼称や症状について教育することに、どのような意義があるのでしょうか。これまで見てきたように、発生した事象に対してはさまざまな対策がなされているが、高校生をはじめとする現代の若者の間で、精神疾患に関する知識は乏しく、心の健康の増進や疾患の予防という先制的な視点での指導、教育は不足していると言わざるを得ません。触れられないこと、教わらないこと、不十分な知識は、未知の対象に対して時に不安や恐怖心を呼び覚ますこととなります。そうした心の動きが偏見（スティグマ）につながる恐れもあります。

学校において、精神疾患に関する知識教育を行うことの大きな目的としては、自らの健康を管理し改善していく資質や能力の育成に不可欠な知識を身につけることに加えて、正しい知識教育によって、精神疾患の理解を広げることです。それが、差別・偏見の解消に不可欠であることも挙げておきたい。個人の健康にかかわる重要な問題について知識を得る機会は公平にあるべきでしょう。

まとめ

以上のように、現代社会に生きる若者の健康的な将来を考えれば、心の健康問題について誰もがこれまで以上に正確に必要な知識を身につけることが望まれます。今後、地域、家庭、職域における心の健康に対する理解が一層進むことが期待されるのですが、その第一歩は次世代を担いほかならぬ当事者である若者に対する教育からだと思われます。

文献

- 阪中順子 学校における自殺予防教育の実践からみえてきたもの. 精神医学 57: 539-545, 2015
- 中根允文 中学・高校教科書の中の精神疾患 日社精医誌 24: 265-273, 2015

統合失調症を乗り越えて～ ピアスタッフとして働くまで

東邦大学大森病院 精神神経科
イルボスコ ピアスタッフ

榛澤 裕一



僕は今、精神科のデイケアでピアスタッフという立場で働いています。

皆様、ピアという言葉を知っていますか？ピアとは、「仲間」「対等」という意味の言葉です。ピアサポートとは、「仲間同士の支え合いの営みのすべて」のことです。僕は今、デイケアに通っているメンバーの仲間という立場で働いています。

体験記 エピソード1

中学生になった僕は卓球部に入りました。毎日が楽しくて、電車で1時間かかる通学も嫌ではなかったです。部活が終わったら、仲間と一緒に学校の近くにある駄菓子屋で空腹や疲れを癒していました。しかし、1年の1学期末テストの時期になるにつれ、食欲がなくなり夜も眠れない、そして体重が減っていきました。うつっぽかった症状はあったものの期末テストが終わると何もしないうちに回復していき、また元気に部活で汗を流すようになりました。2学期に入り生徒会に立候補して当選したり学年3位の成績をとったりと充実した学校生活を送っていたさなかで足首を骨折してしまいました。

部活に参加できなくなった現実がショックでした。ストレスが溜まり頭痛がするようになってきて学校が楽しくなくなっていました。3か月後、骨折が治って部活に復帰しました。同期との遅れを取り戻そうと必死に練習に励む毎日。

1日中卓球のことを考え勉強は手につかなくなる一方でした。授業中に先生が話していることが頭に入ってこない。成績はどんどん下がっていきました。テスト勉強も計画的に集中してできないので、前日に徹夜でどうにかやり過ごしていました。中学2年の学年末テストが終了した時は、もうこれで一旦勉強から解放されると思い安心しました。そして、学

校行事であるスキー教室から帰ってきた日から自分の中で何かが変わり始めました。

普段は言わないようなことを友達に強い口調で言っけし、何か目覚めた感じがしていたのですが自分としては良い変化だと感じていました。色々なアイデアが思い浮かび、おしゃべりになった僕の様子を見た母に「病院行こう」と言われて、近所の内科を受診しました。そして、東邦大学医療センター大森病院を紹介してもらい通うようになりました。この時は、なぜ自分が病院に行かなければいけないのか理由が分かりませんでした。薬を処方されて飲み始めたのですが、内心とても嫌でした。「飲むのが面倒くさい」「こんなの飲んで大丈夫？」「薬飲むほどオレ悪いの？」と思いながらも「先生に出されたから、ちゃんと飲まなきゃ」と思っていました。けれども、生活は昼夜逆転していき夜はテレビをぼーっと見ていて、眠くならないのでランニングをして体を疲れさせてみようと思いました。勉強についていけないから、または朝起きるのが辛いからという理由で中学校には行かなくなりました。そして、家に引きこもるようになります。

体験記 エピソード2

その後、定時制高校に通い始めました。そして、遊ぶお金欲しさにバイトを始めました。

このころの体調は高校に普通に通えるまでに回復してきました。恋をしたり友達と朝まで遊んだり時には大人の真似事をしてみたりしました。そんな中で薬を自分の勝手な判断でやめてしまったことがありました。この時は親に嘘をついて「薬は飲んでるよ」と誤魔化してみるものの、すぐにばれてしまい喧嘩になりました。一旦、薬を飲まなかったためにテンションが上がって攻撃的になり物に当たってしまう。しばらくして我に返ると自分のした事を後悔して、改めて薬を飲まないで体調が悪くなってしまおうと実感したこともありました。

毎年夏になると体調が悪くなる傾向を主治医と共有して気を付けるようになりました。

自分でも心理学の本を読むなどして心の病について考えるようになりました。

定時制高校卒業後、薬の副作用で食欲が旺盛になり過食をするようになってしまい体重が90キロまで増えました。事件を起こし、措置入院してその後、退院はしたものの薬を飲んでも体調が悪くなること度々ありました。体調が悪くなると妄想や幻聴が出たり、亜昏迷という考えがまとまらない状態になることを繰り返しました。薬を飲むと少し良くなり

ますが、また悪くなることもありました。外出も出来ない程の時もあり自分ではどうすることもできなかったのが辛かったです。

妄想でテレビが見れなくなったこともありました。テレビの内容が自分のことを話しているように感じてしまい怖くて嫌になり見れませんでした。また、例えば「自分がエイズにかかってしまった」「自分は死ぬんだ」という考えから離れられなくなり、生活がままならなくなって入院したこともありました。

体験記 エピソード3

主治医と話してクロザピンを服用していくことになりました。クロザピンという薬は、一旦入院して体調を整え、退院後も毎週採血して検査を続けなければいけない今までとは違う薬でしたが、服用することを決心しました。そして、入院を経てイルボスコ^(※)に通い始めました。

イルボスコは、15歳～30歳までの人が就学や就労といった社会復帰をするために様々なトレーニングをして病気を抱えながら生活していく力を身に付けるデイケアです。僕がイルボスコに通い始めた頃は体力も無く、蒲田駅からタクシーで通っていました。蒲田駅から歩けば15分程の距離でも当時の自分にはとても長く感じていました。行きたい気持ち

は強かったし、何よりプログラムが楽しかったです。

仲間ができて一緒にいられるのが嬉しかったです。自分を変えたい、どうにかしたいという思いで生活を少しずつ早寝早起きするように心掛けました。週5日、イルボスコに通えるようになり友達も増え、様々なプログラムを経験していくなかで、対人関係のスキル向上や計画実行力が身についてきて、記憶力や集中力も上がったと思います。それが就労につながりました。

最近のエピソード

最初にお伝えしたように、現在はイルボスコでピアスタッフとして働いています。

メンバー達の相談にのったり一緒にプログラムに参加してコミュニケーションをとったりサポートをしています。仕事内容は事務作業も行います。具体的には、プログラムで使う資料のコピーや作成です。今、仕事をしていて難しいと感じることは、自分がメンバーだった頃とは違う立場になったことでメンバーとどのように関わってよいのか、ということです。また、自分の能力の低さを痛感して明日が不安になることもあります。ですが、これまで経験したことを活かしてメンバーをサポートしこれからも一緒に成長していきたいと思っています。

※東邦大学医療センター大森病院

3

「地域における早期介入」

大田区保健所／保健師
國府 隆子



はじめに

保健所は、「すべての人が健康で長生きできるような取り組みや働きかけ（公衆衛生）」をしている地域の公的機関です。メンタルヘルスに関しては、ストレスを上手にコントロールする「こころの健康づくり」から、精神疾患をお持ちの方の個別相談まで様々な事業を行って

います。こころの病気の早期発見・早期治療に努めていますが、保健所に相談があった時点ですでに発症から数年、数十年経過している場合が少なくなく、早期対応が困難な場合も多々みられます。早期発見というよりは、むしろなるべく早めに関わって生活を支える、福祉サービスにつなぐ、孤立を防ぐといった「早期介入」の視点での関わりが多くなっています。今回は保健師の活動を中心に、地域における早期介入についてお伝えします。

最近の精神保健の現状

保健所における早期介入の取り組みをお話する前に、地域の精神保健の現状について触れたいと思います。

最近の傾向として、まず、相談が複雑化・長期化していることが挙げられます。保健所では、ある一定の地域を「地区担当保健師」が受け持ち、継続して住民の相談を受けていますが、近年、御本人が複数の疾患をお持ちだったり、御家族にも支援の必要

な方がいるなど、長期的な支援を要するケースが増加しています。最近報道でも取り上げられている8050（はちまるご一まる）問題などはその一例です。8050問題とは、70～80代の高齢の親と40～50代のひきこもりの子が、支援を受けないまま孤立している状態を指しますが、生活困窮や虐待などの面から問題になっています。このような場合、保健所だけで支援を行うのは非常に困難であるため、地域包括支援センターや高齢者福祉担当者、民生委員など、様々な関係者と連携しながら支援を行っています。

二点目として、長期入院患者さんの退院支援が増加しています。国の精神保健福祉施策が「入院医療から地域生活中心へ」という方向になって久しいですが、いまだに数年から十数年入院している方がいらっしやいます。そのような方に対しては、地域移行支援事業所と連携して、地域で生活するための支援を行います。長期入院のため住む家がない方も多くいらっしやいますので、家を探すところから、通院先の病院を決めたり地域で通所できる作業所を探したりなど、様々な支援を行っています。

三点目は、近隣や関係機関からの連絡・苦情が目立っていることです。以前から相談や苦情を受けることはありましたが、昨年、相模原市の障害者施設で起きた殺傷事件以降、大声を出したり、迷惑行為を行っている住民がいると、「保健所ですぐに対応してほしい」と連絡が入ることが多くなってきました。「このまま放置しておいて、何かあった時に行政は責任をとれるのか？」などと言われることもめずらしくありません。病気の可能性がある場合、保健師もなんとか医療につなげるよう試みますが、困難な場合が多いのが現状です。そのため、介入のタイミングを図りながら、近隣住民や関係機関に保健所の対応を丁寧に説明し、理解が得られるよう努めています。

最後に、自殺で亡くなる方が依然として多いことが挙げられます。全国的な自殺対策の推進により、この間自殺者数は減少していますが、それでも毎年2万人以上の方が亡くなっています。特に10～20代の若い世代の自殺者数は減少していません。自殺は様々な要因が複雑に絡み合って起こるといわれており、精神疾患だけが原因ではありませんが、精神保健上の大きな課題といえます。

保健所における早期発見・早期治療のむずかしさ

さて、早期治療は非常に重要ですが、保健所で精神疾患を早期に発見し治療に結びつけるのは、困難

な場合が多いといえます。

その理由として、まず、住民は本当に困らないと保健所には相談に来ないという点が挙げられます。多くの場合、御本人の異変に気付いた御家族は、当初自分たちでなんとか対処しようと試みます。しかし、うまく受診させられなかった場合、次第に問題が固定化、長期化し、次第に御家族も受診をあきらめていきます。家庭内で大きな問題が起こらなければ日常生活は回っていくので、この状態で数年経過することもあります。しかし、ある時御家族が病気になったり、御本人から御家族への暴力が始まるなど状況に変化が生じた場合、問題が再度顕在化してきます。そうやって初めて保健所に相談にみえるという方が案外多いのです。そうすると、初めてお会いした時点で発症からかなりの年月が経過し、問題もこじれていますから、短期間で御本人を治療につなげるのはとてもむずかしくなります。

また、御本人は病気という認識がないため、困って相談に来るのは御本人ではなく御家族であるという点も理由の一つです。御家族はなんとか御本人を受診させてほしい、入院させてほしいと希望されますが、「自分は病気ではない」と思っている方に、受診の必要性を納得してもらうのは非常に困難です。ともすると、激しい拒否に合い、二度と保健師に会ってもらえないかも知れません。そのため、御家族から相談があった場合は、まず御本人と相談関係を築くことを第一として、何度も家庭訪問します。その中で不眠や幻聴など、御本人の困っていることを引き出すよう心がけ、受診の糸口をさぐります。いずれにしても、御本人との関係を築くまでに時間がかかり、さらに受診に同意してもらうまでに時間がかかるため、御本人の支援は長期間に及ぶことが多いのです。

ただし、御本人の身体の衰弱が激しい場合や、自傷他害（自分を傷つけたり他人に危害を加えること）の恐れがある場合は、御家族や関係機関と連絡をとりながら早急に入院の方向で調整します。

早期介入の重要性

早期治療がむずかしいとはいえ、なるべく早く第三者が介入することが重要であることは間違いありません。今まで相談を受けてきた経験から、治療開始時期が遅くなるほど、治療が継続されにくい傾向にあると感じています。10～20代で発症後、すぐに治療を開始した方は、病気に対する認識があり、治療の必要性も理解しているため、治療が継続されやすい印象です。逆に、発症から時間が経過してい

る場合は、なんとか治療につながったとしても何らかの拍子で治療中断する可能性が高くなっています。

また、治療が遅くなるほど社会復帰も困難です。20代くらいの方は、急性期の治療を終え薬も安定してくると、病院や保健所のデイケアで生活リズムを整え、次のステップとして作業所などに通所します。順調にいけばアルバイトや就労も可能です。しかし、年齢が高くなると社会復帰へのモチベーションも低くなり、積極的な社会復帰は困難なことが多くなります。

さらに、治療が遅れると様々な「孤立」が生じます。御本人は、昼夜逆転やひきこもりの生活となり、通勤・通学できなくなる場合も少なくありません。そのため、その状況を改善したい御家族と御本人の間で摩擦が生じ、家族から孤立することもしばしばです。また、病気の症状によって、大声を出したり奇異な行動がみられると、御家族だけでなく近隣住民からも避けられるようになり、次第に地域からも孤立していきます。さらに、この孤立は御本人だけでなく御家族にも起こります。

孤立しがちな家庭には、正しい情報や支援が届きにくくなるため、できるだけ早期の介入が望ましいのです。

保健所での早期介入の取り組み

ここで、保健所での早期介入の取り組みを紹介します。産後うつスクリーニング事業と、2つの事例です。事例については、個人情報関係から、今まで経験したケースを組み合わせ御紹介します。

【産後うつスクリーニング】

大田区では、赤ちゃんを出産したすべての家庭に、家庭訪問を実施しています。その際、赤ちゃんの発育チェックだけでなく、お母さんのメンタルヘルスチェックも行っています。「エンジンバラ産後うつスクリーニングテスト」と呼ばれる質問紙に回答していただき、点数化して、ハイスコアの産婦さんには保健師が継続して支援を行います。具体的には、定期的に家庭訪問してお母さんの相談を受けたり、産後の家事援助を導入したり、場合によっては赤ちゃんの一時保護を調整します。必要であれば、医療機関の受診にも同行します。平成28年度は、全産婦さんの97.3%にスクリーニングを実施し、そのうち、ハイスコアのため継続支援となった方は、全実施者の11.7%、産後うつと診断された方は0.2%でした。これらの割合は、他の自治体と同程度です。

ハイリスク者を早い段階でキャッチして早期に介

入するこの事業は、うつ病の早期発見だけでなく、今後起こり得る育児不安や虐待予防の観点からも非常に重要といえます。東京都は妊産婦の自殺が多い傾向にあるため、自殺を防止する意味でも重要です。

【死にたいと保健所に電話してきた事例】

自殺願望がある方を発見し、ただちに医療につなぐことができた事例です。

30代男性が、「死にたい」と初めて保健所に電話をかけてきました。今まで精神科を受診した経験のない方です。保健師は、とにかく会って話を聞きたいと伝えました。御本人は最初は拒否していたものの、保健所に来ることを了解されました。御本人によると、数年前に会社を解雇されてから再就職できず、アルバイトを転々としていたそうです。最近妻とも離婚し、経済的にも困窮して生きる意欲をなくされていました。保健師は2時間近く話を聞き、死なないでほしいと伝えましたが、御本人の意思は固く、家に帰ったらロープで首を吊って死ぬとのことでした。

特に精神的に混乱した様子はなく、冷静な口調で淡々と死を口にしておりましたが、保健師は、「自傷」の可能性が高いと判断し、すぐに警察に相談しました。警察は、「自傷他害」の可能性のある方を保護した場合、最寄りの保健所を通じて東京都に連絡して精神科医師の診察を受けさせることができます（精神保健福祉法）。今回、精神科医の診察を受けられることになったため、保健師も警察車両に同乗して受診に同行し、すぐに入院となりました。後日、保健師は生活保護の申請ができるよう調整し、御本人は退院後、治療を継続しています。

【近隣住民からの苦情により介入した事例】

保健所が情報を得てから早期に介入し、様々な関係機関が協力して支援している事例です。

50代の女性で、アパートで一人暮らしをしている方です。近隣住民から嫌がらせを受けているという被害妄想があり、怒鳴ったりドアを叩いたりなどの迷惑行為を行っていました。また、部屋はいわゆるゴミ屋敷になっており、害虫が発生して周囲は非常に困っていました。ある日、近隣の方から保健所に「御本人を入院させてほしい」と電話が入り、保健師が関わることになりました。この方は、おそらく若い頃に精神疾患を発症したものの医療につながらず、そのままになっている方とされました。周囲から孤立しており、生活状況も不明なため、なるべく早期の介入が必要と判断しました。

まず、保健師が家庭訪問して御本人との接触を試

みながら、関係者（往診してくれる東京都の医師と看護師、アパートの管理人、福祉担当者など）が集まって情報共有と役割分担を行いました。この時、御本人はすぐに生命に危険が及ぶ状況ではないこと、また、「自傷他害」にあたらないうえ、警察官に保護してもらう方法での受診はむずかしいことを確認し合いました。そこで、関係者が御本人と関係を築きながら、受診を勧めていくことになりました。

保健師は医師や看護師と共に、定期的に家庭訪問を行いました。御本人に会えることもあれば、会えないこともありましたが、次第に顔と名前を覚えてもらうようになりました。また、管理人には定期的な安否確認をお願いし、警察にはいざという時の協力を依頼しました。

この方への関わりは数年になりますが、いまだ受診には至っていません。しかしながら、御本人を取り巻く支援者は増え、当初「入院させてほしい」と苦情のあった近隣住民も、支援者の見守りに多少安心したのか、苦情のトーンが和らいでいます。引き続き関係が途切れないよう配慮しながら、受診のタイミングを図っているところです。

おわりに

今、国では「地域共生社会～我が事・丸ごとの地域づくり～」の実現を目指しています。これは、地域住民が、様々な分野に「我が事」として参加し、人と人、人と団体がそれぞれの専門や所属、年齢階層などにこだわらず「丸ごと」つながることでより良い地域を創っていこうというものです。この「地域共生社会」を目指すうえで、こころの病気に対する地域住民の理解はとても大切です。誤った認識は御本人や御家族を傷つけ、また地域での孤立を助長する可能性があります。

保健所では、早期治療の必要性など、精神保健に関する正しい知識の普及啓発に今後も取り組みながら、誰もが自分らしく暮らしていける地域を目指していきたいと思えます。



編集後記

うつ病や発達障害（ASDとADHD）、あるいはインターネット依存などのニュータイプの依存症など、様々な精神疾患が社会的にもマスメディアにおいても注目を集めています。それでもやはり、精神医療の中で最も重要な疾患は統合失調症であることは、以前と変わりありません。今回のこの統合失調症を中心とした精神疾患の早期発見を特集のテーマとしました。最新の知見をお届けしますので、ぜひ御一読ください。（A.1）

東京都精神保健福祉協議会 入会のご案内

精神保健福祉向上に協力の意思のある方は、どなたでも入会できます。入会された場合、年2回のニュースレターや精神保健福祉に関する講演会のお知らせなどをお送りします。

会費（入会金は不要です。）

個人 1,000円 法人 10,000円

入会の方法 事務局にお問い合わせください。

お問い合わせ 東京都精神保健福祉協議会事務局 **担当** 南雲 真実

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内

TEL ▶03-3762-4151 (6770) FAX ▶03-5471-5774

Mail ▶tokyoshfk@gmail.com

多くの精神保健福祉に関心ある方
や機関の入会をお待ちしています。

登録番号 (29) 250
(通巻No.70) ISSN 1343-3830

●発行

平成29年10月発行
東京都福祉保健局障害者施策推進部
精神保健医療課
〒163-8001
新宿区西新宿二丁目8番1号
TEL 03-5321-1111 (内) 33-173
FAX 03-5388-1417

●編集

東京都精神保健福祉協議会事務局
担当 南雲真実
〒143-8541 大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内
TEL 03-3762-4151 (内) 6770
FAX 03-5471-5774

●印刷

株式会社トリョウビジネスサービス