

平成16～18年度厚生労働省厚生科学研究費補助金
精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた生活支援と退院促進に関する研究

ライフステージに応じた こころの相談・支援 ガイドライン

国立精神・神経センター 精神保健研究所
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
TEL: 042-341-2712 FAX: 042-346-1950

目次

はじめに	4
------------	---

第Ⅰ部 ライフステージ別の相談・支援

1. 学齢期まで(0～15歳)	6
心理・社会的特徴／相談の要点	
医療的支援のポイント／生活支援のポイント	
2. 成人まで(15歳～20歳)	13
心理・社会的特徴／相談の要点	
医療的支援のポイント／生活支援のポイント	
障害者自立支援法の利用について	
3. 成人前期(20～40歳)	22
心理・社会的特徴／相談の要点	
医療的支援のポイント／生活支援のポイント	
障害者自立支援法の利用について	
4. 成人後期(40～65歳)	28
心理・社会的特徴／相談の要点	
医療的支援のポイント／生活支援のポイント	
障害者自立支援法の利用について	
5. 老年期(65歳以上)	39
心理・社会的特徴／相談の要点	

第Ⅱ部 基礎知識

1. 精神障害とは	42
精神障害の理解／精神障害の分類	
2. 精神保健の考え方	47
精神保健とは／精神障害者の健康づくり 健康づくりの具体的な方法	
3. 精神保健福祉制度の改革と障害者福祉サービス	51
4. こころの危機への対応	55
危機とは何か／危機反応の4段階 精神障害者にとっての危機	
5. 相談を受ける能力をみがく	58
相談者の不安を和らげる よく聞き、相談者が何を求めているのかを理解する 相談をどのように展開したらよいか判断する	
6. 本人以外からの相談	59
家族からの相談／近隣からの相談	
7. 自殺の危険への対応	62
8. 相談・支援事例集	64
ワンポイントまとめ	73

協力者一覧

はじめに

障害者自立支援法の施行によって、これまで精神障害者の相談・支援に経験の乏しかった市町村や民間団体も相談・支援に携わることになりました。

このガイドラインは、平成16～18年度厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神障害者の正しい理解に基づく、ライフステージに応じた生活支援と退院保健に関する研究」の研究成果をもとに、障害者福祉サービスの窓口となる市町村や民間団体の方々を対象に、精神障害すなわちこころの健康問題をかかえた方の相談・支援を行うために必要な知識を提供し、業務に役立てていただくことを目的に作成しました。

どのライフステージ（生活年代）にも、こころの健康問題をかかえ、人生上の出来事に直面しながら孤立し、悩んでいる人はたくさんいます。大切なことは、孤立し、悩んでいる人たちに迅速に支援の手をさしのべること、そして、ご本人、ご家族、地域の持つ力を引き出すような相談・支援を行うことです。

このガイドラインは、二部構成になっています。

第Ⅰ部では、ご本人やご家族から相談があった場合を想定して、相談・支援にあたって重要と思われることを解説しています。相談・支援のニーズはライフステージによって変わることから、「学齢期まで」「成人まで」「成人前期」「成人後期」「老年期」の5期に分けて述べています。

第Ⅱ部は相談・支援に役に立つ情報をまとめています。

こころの健康問題とは、具体的には、統合失調症、気分障害（うつ病など）、アルコール依存症、認知症、パーソナリティ障害、マタニティブルー、育児放棄（ネグレクト）、虐待、不登校、自閉症、ひきこもりなどです。相談・支援の参考になるよう事例として紹介しました。



第I部 ライフステージ別の相談・支援

1. 学齡期まで(0～15歳)

心理・社会的特徴

出生から小学校入学まで、特に3歳頃までの幼児期は主に母子保健で対応される時期であるため、このガイドラインでは述べていません。

幼稚園・保育園に通う時期と学齡期の違いは、指示を受けて自ら行動する場面が多くなることです。つまり「自分のことは自分で」という環境になるのです。

このため、幼稚園や保育園のゆるやかな環境の中では出来たことも、ひとりでは出来ないことが出てきます。そのことは、子どもの自信や意欲に影響を及ぼします。

(1) 小学校低学年

運動が巧みになる一方、器用さや基礎体力には個人差が現れます。社会性については、子どもたちなりの判断やルールができ、子ども集団としての活動場面が増えてきます。こういった活動場面にうまく対処できない場合には、集団への適応が難しくなります。

また、教科学習も、記憶が必要なもの、推理・工夫が必要なものが増加し、学習に取り組む意欲が求められるようになります。

(2) 小学校高学年

男子は筋力が発達し、運動能力が高くなります。女子は第二

次性徴が始まります。

児童会の活動などで中心的な役割を果たし、集団とのかかわりを通して、自分の能力や他者から見た自分を意識するようになります。また、言語能力の成長にともなって抽象的思考が発達してきます。こうした変化の中で、肯定的な自分を発見できれば、さまざまな活動に対して積極的にかかわれますが、否定的な自分を感じてしまうと、投げやりになったり、消極的になったりします。

時間的見通しを立てられるようになり、自分の今後の可能性についての感覚も育ってきます。また、目標に向かって手順を決め、工夫することができるようになります。そのことによって、可能性が広がる感覚が得られたなら、意欲をもって努力することができますが、それが得られないと意欲が低下していきます。学業も本格化していきますので、ついていけない子どもたちは閉塞感を感じるようになります。

(3) 中学校

中学校に入ると環境は激変します。教科は細分化され、教師は教科ごとにかわります。定期試験が行われ、その点数で評価される傾向が強まります。学習内容が難しくなることとあいまって、子どもたちには大きな負担となる場合があります。

中学校では、それまでの友人関係とは異なる文化に出会います。そのことは、子どもたちに新鮮な体験となり、考え方や習慣、価値観などに変化をもたらします。そして、小学校からの友人、中学校での同級生、部活動の友人や先輩、教師、部活動の担当教師やコーチなど、人間関係が重層的になり、それらの間でバランスをとりながら生活することが求められます。

このような経験を通して、これまでの親や家庭を中心としていた世界から、自分たちの世界を持つようになります。自分の性を意識し、自分のとらえ方も変化していきます。所属意識を持てる場所がない場合、不適応感にとらわれることがあります。自分と共通点を持つ友人、自分にはないものを持つ友人、そして、モデルとなる対象が得られないと、自分の有り様をつかむことが課題としてのしかかってきます。

ここまで見てきた発達の課題は、障害のある子どもにとっては高いハードルになります。例えば、運動能力についても、周囲は「できなくてもいいじゃないか」と考えるかもしれませんが、本人にとっては、そのことが世界の終わりのような重大事となるのです。

相談の要点

学齢期までの相談・支援では、低年齢ほど、保護者への支援が重要になります。たとえば子どもに障害がある場合、そのことを保護者が受け入れることは簡単ではありません。特に母親は、傷つきやすい状態になることが少なくありません。保護者としての努力を求められることがしばしばあり、親としての役割の重要性がわかるからこそ、なお苦しみます。

相談・支援においては、保護者が、よい持ち味を発揮できるよう配慮する必要があります。また、どのような支援制度があり、どこへ行けばどのようなサービスが受けられるかという情報を、できるだけ具体的に伝えることが大切です。発達障害と精神障害に分けて相談・支援の要点を述べます。

(1) 発達障害

発達障害は、発達の遅れ、言葉の遅れなどにより、乳幼児健診などで気づかれることが多く、早期に療育などの発達支援の体制を整えることが必要です。保護者の認識が薄いために発達支援を受けていない場合は、家庭への支援が多角的に行われるべきです。特に、育児放棄（ネグレクト）など虐待の可能性についても注意する必要があります。

知的障害をとまなわない高機能自閉症やアスペルガー症候群などを含む高機能広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害は、学齢期まで障害に気づかれないことも多いのですが、学齢期に入ると、対人関係、学習困難、行動上の問題で気づかれます。これらの障害は、わがまま、しつけ不足、性格のかたよりなどと誤解されることが多く、本人も自己評価が低くなり、情緒的にも不適応を起こす場合があります。また、保護者も子どもについて理解できず、不適切なかかわりをしてしまうことも少なくありません。

まずは、正確な診断がなされることが必要です。また、本人が自分の障害を受け入れるよう、そして社会から受け入れられているという思いをもって、自らの生活や進路をマネジメントしていけるような支援が望まれます。

(2) 精神障害

学齢期までの精神障害は、思春期に発現するものが多く、その症状はさまざまですが、社会との関係性が複雑になるにつれて、社会生活に支障をきたすようになります。精神障害では医療の関与が不可欠です。また、家族への支援や学校現場との連携が求められます。

代表的な精神疾患である統合失調症は、思春期以降に発症することが多いですが、児童期に発症することもあります。

また、成人に多くみられる気分障害（うつ病など）も、児童期後半から思春期にかけて発症することがあります。低年齢の気分障害（うつ病など）は、精神症状よりも、食欲不振、倦怠感、睡眠障害などの身体症状をとまなう場合が多く、活動性の低下など、行動上の変化として現れます。

その他、パーソナリティ障害は、現実のとらえ方にゆがみがあり、支援者にも攻撃的になることがあります。自分が見捨てられるのではないかといった不安をかかえている場合もあり、根気強い対応が必要となります。

重症の神経症としては、対人恐怖や強迫神経症などがあります。これらは日常活動が困難になるために放置できないことも少なくありません。このような事例については医療との綿密な連携が望まれます。

医療的支援のポイント

学齢期までの医療的支援のポイントは、診断、療育との連携、教育との連携です。

(1) 診断

医療的支援の出発点は、正確な診断です。正確な診断には、精神科や発達障害の専門医の受診が必要です。しかし、専門医の受診はしきいが高く、社会生活上の問題が顕在化して、ようやく受診する場合も少なくありません。相談窓口では専門の医療機関の情報を得ておく必要があります。

(2) 療育との連携

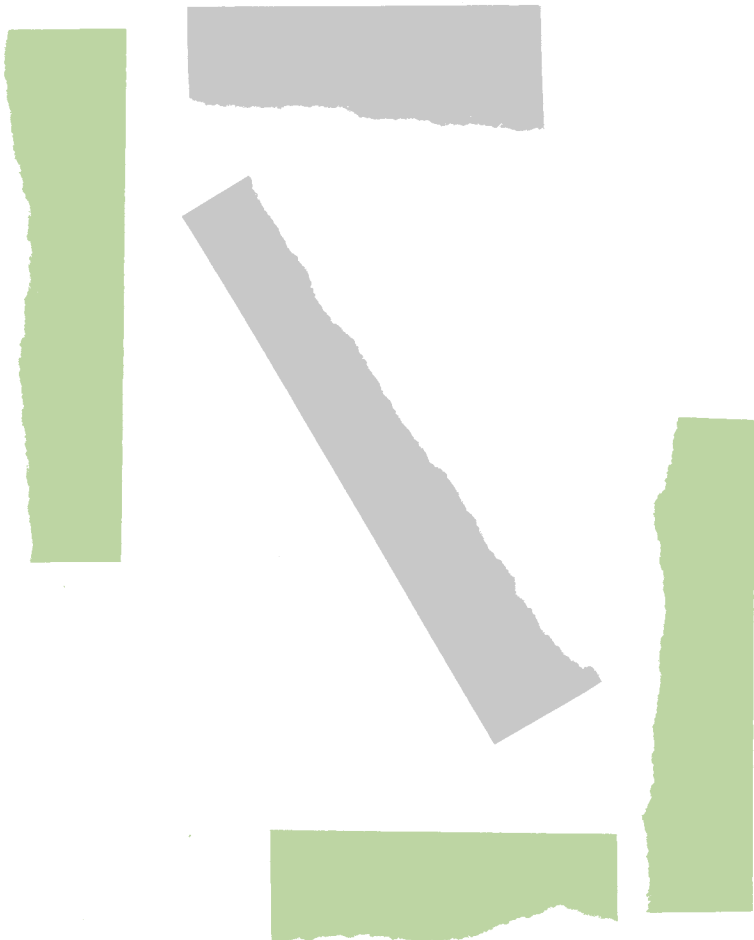
発達障害の場合、できるだけ早期からの発達支援が有効と考えられますので、児童相談所、医療機関、療育機関とのつながりは不可欠です。療育では、診断名を告げるだけでなく、将来の見通し、そのために必要なかわり、受けられるサービスと社会的資源などを同時に伝えていきます。発達障害児支援のためのネットワークが地域にあることが重要です。

(3) 教育との連携

子どもたちが多くの時間を過ごす教育現場との連携は不可欠です。子どもたちには、学校場面で試行を重ね、その結果を評価しながら、次の実践に取り組むといった繰り返しが必要です。療育と教育との間で、現状の理解、今後の方針などを共有することが重要です。このためには、児童相談所や医療機関からも、積極的に教育との連携を図る姿勢が求められます。

生活支援のポイント

家族が介護できないときは短期入所制度が活用されることとなります。生活支援においては実生活に役立つ情報を提供していくことが望まれます。学齢期までの子どもには、発達への期待から、次々に目標を達成するよう求めがちです。自然なペースで次の目標に向かうという姿勢で相談・支援を行うことが大切です。



2. 成人まで(15～20歳)

心理・社会的特徴

学齢期以降の、成人までの5～6年間は、本格的な大人社会へ挑戦するための修練の時期です。学齢期に小中学校という保護的な環境の中で自己像やめざすべき方向などについておぼろげなイメージを持つようになった子どもたちが、そのイメージを新しい集団で試していくのがこの時期です。

(1) 不安定性：衝動性と行動化

自分についてのイメージはまだおぼろげで、自信に欠け、不安定なものです。そのためちょっとした刺激で動揺しやすいのが普通です。その不安と緊張の中で、衝動的な思考や行動に傾きやすいのがこの時期です。リストカットなどの自傷行為が多いのもこの時期の特徴です。

(2) 反抗と素直さ

純粹で完全を求める気持ちに後押しされて、権威に反抗する時期です。権威とは、親、教師、上司などです。反抗の勢いは強いのですが、必ずしも自信があるわけではなく、こころの奥には常に不安がつきまっています。しかし、ひとたび信頼のおける人物に出会い、自分を受け入れてもらえると、驚くほどの素直さが現れることがあります。

(3) グループや友人関係の変化

グループや友人関係に、オモテとウラ、建前と本音といった

二面性が現れ、大人の社会に近くなります。したがって、グループや友人関係でも我慢を強いられることになります。また、グループ化もいっそう進み、グループ間は互いに排他的であることが多くなります。

(4) 異性への関心

異性への興味や関心が強くなる時期です。第二性徴が進み、男女のちがいは明らかになってきます。こころの中に、恋愛感情と性的衝動が混在しています。恋愛は、自分以外の人間を思いやりいつくしむという点で、発達においてきわめて重要なものですが、自分のかかえる葛藤から逃れるために、異性交遊に没入していくケースもあります。妊娠、人工妊娠中絶などは、この時期に珍しいものではなく、HIVを含む性感染症の予防もこの時期の課題です。

相談の要点

この時期の相談で最も多いのは不登校やひきこもりです。不登校やひきこもりの相談・支援を行う場合は、義務教育の間は学校を含めさまざまな機関がありますが、それ以降では少ないのが現実です。不登校やひきこもりの背景には、統合失調症、気分障害（うつ病など）、発達障害などが潜んでいる場合があります。

腹痛や頭痛といった身体症状が強い、情緒不安定で死にたいと訴える、頻回にリストカットなどの自傷行為を行う、何ごとにも被害的にとらえる、家庭内で暴言や暴力がくりかえされる、生活態度や人柄が極端に変わってきた場合は、精神科を受診することが望まれます。

進路に関することは、この時期特有の相談のテーマです。

そのほかに多い相談としては、生活の乱れや反社会的行動に関するものです。問題となる行動の背景に精神障害が疑われる場合、生育歴上の問題（過去の被虐待体験など）が疑われる場合は、できる限り、専門的な相談を利用するようにしてください。

この時期は、保護者・家族への介入が重要な柱になります。また、相談・支援を円滑に進めていくために、関係機関との調整やネットワークも欠かせない要素です。

この時期の相談・支援で重要な点をまとめておきます。

- ①この時期の若者たちは、自ら好んで面接者の前に現れるとは限りません。あからさまな拒否もあれば、斜に構えて他人事のような態度で接することもあります。発達障害をかかえている者は、他人の気持ちを上手に汲むことができず、また他人に自分がどう映るかに頓着しないことがあるため、見ようによっては単に常識知らずのわがままに見えます。
- ②信頼感を形成するための工夫が特に重要な時期です。面接者が家族やその他の機関からの要請で本人に会う場合はなおさらです。守秘義務を最大限に履行し、自尊心を傷つけずに本人の意向を丹念に汲みとっていくことによって、少しずつ信頼を向けるようになります。
- ③相談にあたる者の思春期・青年期の心性が揺さぶられて、同情や怒りといった感情（「逆転移」といいます）が思わず噴出する場合があることに注意してください。相談者自身が一人がかかえ込まず、上司や同僚に気軽に相談できる環境を確保しておくことが大切です。
- ④自分で問題を解決したいという意志（自立の芽）を尊重し

ます。相談面接を終了するときは、いつでも門戸は開いていること、必要なときはいつでも再開できることを伝えることが大切です。

- ⑤親への面接にも配慮が必要です。この時期の子どもをかかえる親の不安が、本人の葛藤に深く関係していることも多く、子離れと親離れのテーマが交錯しがちです。虐待の場合には、親も、その親からの虐待を受けてきた場合があり、その不安や悲しさに配慮することが大切です。

社会的ひきこもり

「ひきこもり」はさまざまな要因によって社会的な参加の場面がせばまり、就労や就学などの自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている状態のことをさします。「社会的ひきこもり」というカテゴリーにあてはまる人々のなかにも、さまざまな病態や状況の人々がいるのが現実なのです。すなわち、あるひとが「社会的ひきこもり」か否かという議論には、それほど大きな意味があるとはいえません。むしろ、現実に即しておさえおくべき大切な事柄は、(i)多様な人々が、ストレスに対する一種の反応として「ひきこもり」という状態を呈すること、(ii)狭義の精神疾患の有無に関わらず長期化するものであること、そして(iii)「ひきこもり」という状態の特徴として、本人の詳しい状況や心理状態がわからぬままに、援助活動を開始せざるを得ないことが多々生じていることです（「10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン」による）。ニート（NEET：Not in Employment, Education or Training＝就業、就学、職業訓練のいずれもしていない人）と呼ばれる青年たちに、さまざまな就業支援対策が試みられています。この青年たちの中には、社会的ひきこもりも含まれています。

医療的支援のポイント

不登校やひきこもりでは、明白な身体的原因が無いにもかかわらず頭痛・腹痛・頻尿・発熱などの身体症状を強く訴える場合、ささいなことで興奮したり死にたいと訴えたり、リストカットなどの自傷行為を行う場合、すでにひきこもりとなって久しい場合などは、精神科の治療が必要か、周囲の関わり方で解決できるか、見極める必要があります。

発達障害では、対人関係や社会性の未熟さ、衝動性のために、次第に孤立を深めていく場合（不登校やひきこもり）や、集団との協調を捨てて自分の世界を押し出していく場合（反抗挑戦性障害、行為障害）があります。

不登校やひきこもりがなくても、自分の悪口をいわれている、あるいは、自分が笑われている気がするといった被害念慮や関係念慮を伴うケース、家庭内で暴言や暴力が頻繁に出現してきたケース、生活態度が明らかにだらしくなってきたケース、特に誘因もなくふさぎ込み無口になったケースなどは、この時期に好発する統合失調症や気分障害の鑑別が必要であり、早めに精神科を受診する必要があります。

この時期のうつ状態は、さまざまな精神障害に合併することが多く、発達障害、摂食障害、パニック障害、境界性人格障害などでしばしば二次的にうつ状態（軽い躁状態を含むこともある）を生じます。統合失調症の前駆症状としてうつ状態があらわれることがあります。

その他、医療的支援が必要なものとしては、拒食や過食、嘔吐を繰り返す「摂食障害」、対人関係で安定した関係をなかなか

か築くことができずに、周囲を振り回す行動を繰り返す「境界性パーソナリティ障害」、自分の行った言動や行為をよく思い出せなかったり、前に出たり電車に乗り込んだりすると異常に緊張してしまう「社会不安障害」、過呼吸や動悸などの不安発作を頻発する「パニック障害」、手洗いや確認を頻繁に行ったりする「強迫性障害」などがあります。

非行に関連したもので医療上問題となるのは、背景に精神障害や虐待された経験をもつ場合です。

行為障害については、年齢とともに、注意欠陥多動性障害→反抗挑戦性障害→行為障害の経過をたどるという「DBD（破壊的行動障害）マーチ」の概念が提唱されています。これは、注意欠陥多動性障害のうち衝動性をうまくコントロールできない子どもが、成長とともに反抗挑戦性障害（反抗したり、突発的な乱暴行為が頻発する障害）に進展し、さらに問題行動がエスカレートし、万引きなどの触法行為、人や動物に対する攻撃性や暴力、重大な反社会的行為などを示すに至る過程を言います。

行為障害に進展すると治療は困難であり、医療からのアプローチだけでなく、福祉・教育や地域との関わりが重要です。

このライフステージの医療的支援では、薬物療法だけでなく、思考・感情・行動の特性を振り返り、現実に向き合った対処をともに考えていくカウンセリングを必要とすることが多いのです。

事例によっては、もう一度発達課題をやり直すような「育ち直し」が必要なこともあります。また、精神科デイケアを利用することもあります。精神科デイケアは、学校でも自宅でもな

い中間的な居場所における、同じ問題をかかえる仲間集団との間で繰り広げられる活動や交流を通して、対人関係能力の発達を促すものです。

この時期にある者の治療を進めるうえで重要なことは本人の治療意欲です。少しでもよくなりたいという治療意欲こそが、本人を可能性の広がる方向に導いていきます。一見治療意欲がまるで無いように見える者や、拒否的反抗的な態度で診察に臨む者もいます。それでも根気強く関わっていくとすこしずつ変化が起こってきます。ゆっくり働きかけて、治療意欲を育てていくことが大切です。

生活支援のポイント

家族との面接により、家庭環境や家族の支援能力を評価しておく必要があります。家族が本人との関係に疲れている場合は、家族を支援する必要があります。相談窓口で何ができるか、どのような関係機関が利用できるか、今後の見通しを家族に伝え、家族との協力関係を築いていくことが大切です。家族との協力関係を築けない場合は、家族にどこまで期待できるか、見極める必要があります。

精神科医療への橋渡し役としての相談もあります。この場合、医療機関を紹介するだけでなく、医療機関での説明がよく理解できるように協力したり、あせらずに治療を続けるように励ますなど、治療ネットワークに協力することです。

退学後も学業継続を望むなら通信制や単位制の学校についての情報を、就労を望むならハローワークや就労移行支援施設などの情報を提供することもよいでしょう。

目標が定まらない、あるいは対人関係がきわめて未熟な場合は、フリースペース、精神科デイケア、地域活動支援センターといった中間的な居場所の利用を勧めます。スタッフやメンバーとの交流を通して徐々に自分を見つめることができるようになります。そして、ある程度社会集団に参加する準備が整えば、就学や就労に向けた支援へ移行していくことになります。

虐待の場合、家族と離れた生活環境を必要とすることもあります。この場合、関係機関と連携して、グループホームや福祉ホームなどへの入居と居住支援を行います。

活動事例紹介(地域生活支援センター)

P県にあるQ地域生活支援センターは、地域で生活する当事者の方への活動場所・居場所の提供とともに、併設する生活訓練施設を出て地域で一人暮らしをしている方の地域生活支援(訪問・相談支援)をしてきました。また、仕事をしたいという利用者のニーズにこたえ、センターメニューとして就労訓練の場を提供し、仕事へつなげ、職場定着支援、就労継続支援を行うとともに、就労者の生活支援、余暇活動支援を行ってきました。

Q地域生活支援センターの開所日は365日休みなしです。「日中の行き場が欲しい」「話し相手が欲しい」「直接スタッフと会って話したい」人のために、年中9時から18時まで開所しています。

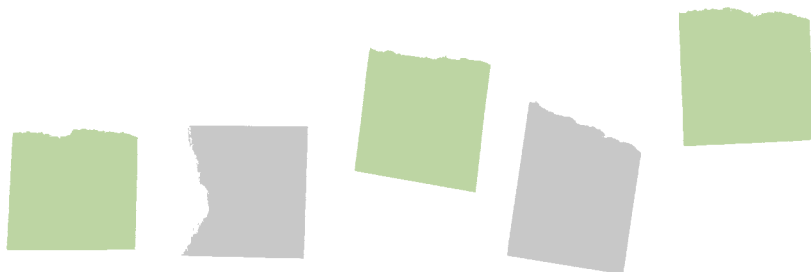
Q地域生活支援センターは、利用者のニーズにこたえる形で、徐々に就労支援体制を整えてきました。仕事を紹介しても長続きせず、辞めてしまう人が多いので、就労訓練の場を作り、体力づくり・作業性の向上・他者との人間関係づくりをして、その人の特性をつかみ、その人に合う職場探しをします。作業場がなかったため、農繁期の農家から農作業を受託し、地域の畑・

果樹園へ出かけて行って作業を行う農作業受託システムを作りあげました(現在年間約20件の農家より作業受託をしています)。

2004(平成16)年より「障害者就業・生活支援センター」の委託を受けたこともあり、従来の精神疾患も持つ方に加えて、身体障害、知的障害、高次脳機能障害、広汎性発達障害、ひきこもりなど、多様な人からの就労相談が増えてきました。「日中の居場所が欲しい」「仲間が欲しい」「金銭的な問題がある」「住むところに困っている」「生活上のことで困っている」などの生活相談・生活支援に乗りながら、就労相談・就労支援を行っていくケースがほとんどです。

障害者自立支援法の利用について

このライフステージは、教育の終わりと就労の始まりのちょうど境目にあり、関係機関は保健、医療、教育、福祉、雇用など多岐にわたります。相談や生活支援を実効のあがるように進めていくには、地域の関係機関との連携は欠かすことができません。自立した生活を目的として、家庭を離れてグループホームや福祉ホームの利用を促したり、地域活動支援センターの利用を勧めたり、就労への意欲がある者に対しては就労移行支援施設を紹介します。



3. 成人前期(20～40歳)

心理・社会的特徴

20歳を迎え、本人の意志と責任がより鮮明に意識されるようになります。また、仲間との交流がさらに増えて、さまざまな価値観に出会う中で、自己の価値観も形成が促されます。

この時期の前半（20～29歳）は、社会参加の準備がなされる時期といえます。

後半（30～39歳）になると、家族や職場など所属集団が増え、人間関係も複雑になり、さまざまな責任をかかえるなど、これより前に比べ格段に社会との関わりが深くなります。また、家庭を持つなど、足場を固める時期でもあります。

このライフステージには、就労（社会的活動）、結婚・出産・育児などにもともなうストレスが、こころの病の引き金になることもあります。また、家庭、職場、地域、友人関係などのコミュニケーション不全を背景に、さまざまな不適応や問題行動があらわれることもあります。悩んでいる人を孤立させないことが何より大切です。

(1) 就労

就労は、自立のための経済的基盤を持つだけでなく、社会に自分の足場を持つことになります。

このライフステージ前期においては、職業を通して、さまざまな技能や対人関係能力などを獲得していきます。蓄積された

技能は社会的責任を果たしていく糧となるものです。このライフステージ後期においては、獲得された技能を活用して、リーダーとしての役割も期待されるようになります。

この期の前半におけるつまずきは、職業選択の幅を制約することになります。また、自分の心身の状態や能力に見合わない職業選択は、離職せざるを得ない事態を引き起こすこともあります。その結果、経済的基盤が不安定になり、蓄積が遅れ、集団への所属意識を持ちにくくなり、心理的に不安定な状態に置かれることになります。

(2) 結婚・出産・育児

結婚は、新たな家庭の成立であり、夫婦ともに新たな役割を担うことです。新たな環境の中で、新しい生活を創造するという意味では、結婚は、出産・育児も含めてストレスの大きい出来事です。

相談の要点

このライフステージにおける相談・支援は多岐にわたり、背景となる法制度も異なります。また、相談に訪れる人も、本人、家族、近隣住民、民生委員、職場の関係者など、さまざまです。

(1) きくことの大切さ

相談に訪れる者は、自分の考えやまわりの助言をもとに解決しようと試みた後に来所する場合が多く、そのためにかえって問題が複雑になっていることもあります。特に初回の相談においては、これまでの経過を丁寧にきくことが大切です。きくことには、混乱した来談者を落ち着かせ、相談・支援を行う者への信頼感を形成する効果があります。

(2) 支援者の連携の大切さ

(ケアマネジメントの視点をもつこと)

相談に訪れる者のかかえる問題が多岐にわたっている場合、単一のサービスでは問題の解決にならない場合が多いのです。ケアスマネジメントの視点をもって、関係機関と協力関係をつくっていくことが大切です。

医療的支援のポイント

このライフステージには、成人期の代表的な精神疾患が発現します。

精神科病院、診療所では外来通院による治療を行います。集中的な治療が必要な場合、外来での治療が困難な場合などは、入院による治療を行います。

精神科病院や一部の診療所では、精神保健福祉士を配置して、医療や生活支援について本人や家族の相談に応じています。また保健師や看護師が訪問して服薬や健康状態、日常生活についての助言指導を行っています。

精神科デイケアは通院医療の一環として昼間の一定時間行われる集団活動です。活動の中では、生活リズムや生活技能の改善などを図るために、さまざまなプログラムが提供されています。

また、平日夜間や休日などに精神科の治療を必要とする患者を対象に、精神科救急医療機関が定められています。また、精神科救急情報センターは相談や医療機関の紹介を行っています。

生活支援のポイント

統合失調症はこのライフステージ前半に発症することが多く、精神科病院の入院患者に最も多い代表的な精神疾患です。

早期発見と早期治療が良好な予後をもたらしますが、治療期間が長くなることも多いことから、社会生活を支えながら、治療とリハビリテーションを行うことが必要になります。

社会で暮らすには「住居」と「日中活動の場」は不可欠です。

「住居」については、このライフステージにある者の多くは親と同居しています。しかし、将来の社会的自立を考えれば、本人の病状や障害を考慮した居住サービスを利用し、社会生活の訓練を始めることも必要です。

「日中活動の場」については、本人の病状や障害を考慮したうえで、精神科デイケアや通所施設の利用などの通所サービスの利用が考えられます。通所サービスで提供できるリハビリテーションの要素（場の保障、就業の基礎となる基本的マナーの習得、生活リズムの確立など）と本人のニーズを丁寧にコーディネートすることにより、たとえ選択肢が限られていても、有効な支援を得ることが可能となります。

先進的な活動事例 包括型地域生活支援プログラム (ACT : Assertive Community Treatment)

包括型地域生活支援プログラム（重い精神の障害をもつ人々が病院の外で質の高い生活をおくれるように、さまざまな職種の専門家から構成されるチームが援助するプログラム）は、脱施設化の流れとともに広まってきました。このサービスは、重

度の精神障害者の地域生活を維持・継続するため、多職種チームが訪問を中心として生活支援、医療提供を行うものであり、欧米においては有効な資源とされています。しかし、欧米のACTをそのままの形で日本に導入することは、精神保健福祉システムの違い等から困難と思われます。

T県では、重度精神障害者の地域支援システムの構築を目的に、2004（平成16）年度の準備期間を経て、2005（平成17）年度よりACT事業を既存の精神保健福祉システムを活用する形で開始しました。

この事業に含まれる重要な要素としては、地域における危機介入、退院促進、アウトリーチ（訪問）型生活支援・医療提供、が挙げられます。ACT事業は、社会や医療から孤立しやすい重度の精神障害者の地域生活を支えるために必要不可欠なサービスの集合体といえるでしょう。ケアマネジメントの手法を活用しながら柔軟な発想と工夫により、地域活動支援センター、医療機関、ホステル、保健所・市町村などと連携して実践しています。

障害者自立支援法の利用について

精神障害者については、精神疾患を有することから、医療や保健サービスの占める割合が多いという障害特性があることを踏まえておくことが必要です。障害者自立支援法によるサービスの利用に当たって、精神障害者に対する支援は、保健・医療・福祉にわたる、サービス提供者相互の理解と協力が大切です。また、支援ニーズは、障害者の病状や生活状況によって変化します。この変化に対して柔軟に支援ネットワークが対応することが必要です。

4. 成人後期(40～65歳)

心理・社会的特徴

成人後期は、職場、家庭、身体的、心理的に変化が激しく、ストレスを受けやすい時期です。身体的な老化が始まり、身体疾患、認知機能の低下、感覚機能（視覚、聴覚など）の低下、運動機能の低下が見られます。また、責任や義務が増大する一方、死別、子供の独立、退職などの喪失体験に出会います。

相談の要点

成人後期は最も忙しい年代であり、相談・支援の内容も多岐にわたります。相談内容は、身体健康、精神科医療と再発予防、社会生活の問題に大別されますが、健康全般に気を配って相談を行うことが大切です。漠然とした不安をかたちのある心配に変えるよう、問題点を整理することを手伝いましょう。

(1) 身体健康の問題

健康に関心が向かないとき：経済的な困窮やかかえている問題に関心が集中しているために、健康に関心が向かないことがあります。身体疾患のある場合、身体の健康に関心を向けるよう働きかける必要があります。そのためには、本人の健康についての事実とその対策をわかりやすく具体的に伝えます。例えば、糖尿病と診断されている場合は、糖尿病に関する事実をどの程度知っているか確認します。また、糖尿病の予後や合併症

について伝えます。運動や食事についても、医師の指示を確認したうえで一緒に考えるなど、本人の生活に合わせた具体的な相談・支援を行います。

健康に関心が固着しているとき：社会的関心を失うのと引き換えに、健康に関心が固着することがあります。内向きに固着した関心を、無理に外に向けさせることは困難であるばかりでなく、ささいな変化が本人を不安にさせます。健康の問題が生じることは、老化にともなう必然的な現象であることを、根気よく説明する必要があります。



(2) 精神科医療と再発予防

統合失調症や気分障害（うつ病など）などでは、きちんと治療を受けていても再発することがあります。しかし、再発した後に、病状が悪化したままで放置した場合、自立の可能性が小さくなります。本人が再発の徴候を知ることは、健康管理のうえで大切です。再発の初期徴候について、医師にたずねておくようアドバイスしましょう。

(3) 社会生活の問題

住居：成人後期では、精神科病院から退院が可能になっても、住居がないことが多いです。また、親と同居していても、親がいなくなったら自分がどこで暮らせばよいか不安に思っている者は多いです。住居確保は成人後期の精神障害者にとって最大の課題です。

近所づきあい：近隣住民と挨拶をかわすくらいはできても、近所づきあいのちょっとしたことで悩むことがあります。近所づきあいについての心配ごとがあるときは、具体的なアドバイスが必要になります。

就労：精神障害者の就労支援制度は変化してきており、ハローワークの専門相談員などと情報交換して、新たな情報を仕入れていくことが望めます。よくある相談は「お金がないので働きたい」というものです。就労可能かどうかは、支援者の間でしばしば意見が分かれるところですが、もし就労移行を支援するならば、支援者間で歩調をそろえる必要があります。

経済問題：「お金がないので困った」という相談においても、相談の主旨を明らかにすることは非常に重要です。「失くした」「予定より早く使い切ってしまった」などが原因であれば、金

銭管理のサポートが必要です。「友達に貸した」「募金した」などが原因であれば、対人関係の技術を身につけることが必要です。

薬物療法の認識

自分の病気への理解が深まるにつれて、投与されている薬物への関心が高まることがあります。薬物に対する正しい知識が深まれば、障害受容を促し、再発の予防および生活障害の克服にむけてプラスの効果をもたらします。服薬の意義、副作用について、医師に相談するよう働きかけてください。薬剤情報のホームページや、「くすり本」の紹介のみでは、服薬について誤解が生じる場合があります。医師や他の支援者と連携しながらきちんと相談に乗るようにしてください。

ライフステージと退院促進

主治医による退院可能性の判断は、在院日数、IADL、家族からの支援の程度、薬物療法の必要性を考慮して行われます。退院可能な患者について主治医が適切と考える退院後の「暮らしの場」は、ライフステージに応じて、家族と同居、単身生活、精神障害者用入所施設、高齢者用入所施設と移行する傾向があります。家族との同居や単身生活が適当とされても、訪問サービスなど各種サービスが必要となることも少なくありません。状況に応じたサービスを提供することが重要であり、今後の退院促進上、これらの特性に着目した支援は有用と思われます。

医療的支援のポイント

この時期の医療的な支援がうまくいくかどうかは、かかりつけの医療機関（主治医や担当ソーシャルワーカー）との連携づ

くりにかかっています。重要なことは、医療と地域支援の役割分担を明確にすることです。生活障害の改善・克服や、生活の自立度の向上のために、医療と地域支援ができることにはそれぞれ得意なものと苦手なことがあります。患者が病院から退院する前に、新規相談時に、次のことについて確認しておくといでしょう。

- 本人は病名とその病気の特徴を知っているか、もし知っていないなら誰が告げるのか（治療の根幹にかかわる問題なので、主治医が告げることが望ましい）。
- 生活障害はどの程度の広がりや重さを持っているのか（この評価は医師や支援者ごとに見解が異なることがあり、すり合わせをしておくことが望ましい）。
- 生活障害の改善・克服や、再発・悪化時の対応は誰が中心になってかわるのか（最初に気づいた支援者が医師のもとに連れて行くのか、医師が中心になって対応すべきか、本人の気づきに任せるか）。

身体合併症の治療は、基本的には一般科で行われます。身体合併症の主治医には精神科の治療内容について、精神科の主治医には身体合併症の治療について、互いに理解しておいてもらうことが必要です。

(1) 統合失調症

10代後半から20代後半に発症することの多い統合失調症は、この時期に徐々に安定に向かうことがあります。例えば、幻聴や妄想などの病的体験（陽性症状）から距離を取ることができ、緊張や不安が軽くなることがあります。これに合わせて、病気を持って暮らしていることを客観的に受け止められるようにな

り（障害受容）、さらに「自分のできること」「できないこと」を整理できるようになります。

一方、それまで目立たなかった症状、例えば、感情表出の乏しさや意欲の低下などが浮き彫りになることもあります。また、目立たなかった症状（陰性症状）を背景に、さまざまな生活障害（就労への備えがない、社会生活への関心が薄いなど）が見えてくることがあります。

生活障害が重ければ、おのずから自立度は低くなります。しかし、障害受容を経て生活障害を見直すことができれば、その克服に向けた一步を踏み出すことができます。この時期は、生活障害を克服しようとする動きが最も出やすい時期であり、相談・支援の取り組みの期待される課題のひとつです。

長期間にわたる入院生活を余儀なくされ、社会参加と自立に必要な生活技術を身につける機会を逃してしまった場合、就労経験がない、経済的な自立ができていない、異性との交際経験がないなど、成人後期より前のライフステージの課題が積み残されていることがあります。積み残された課題を解決すべきなのか、あるいはそのことに捉われずに別の課題設定をするかは、それぞれの生活史や病状に沿って考える必要があります。

成人後期では、一般に婚姻率が低く、多くは老親もしくは兄弟と暮らしています。一方、身体障害者・知的障害者と比べて障害年金の受給率が低く、また同居の場合は世帯分離も困難なことから生活保護の受給もままなりません。親の死亡によって自立を迫られることが多い時期ですので、住居確保および何らかの経済的自立は大きな課題になります。

40歳代は就労の最後のチャンスとみられています。就労の可

能性は、生活障害の重さ、病歴の長さとの関連が指摘されています。たとえ就労の準備ができていても、数年の仕事のブランクを経た50歳以上の人を雇用してくれる事業主を見つけるのは難しいことが多いのです。

老化はどうしても避けることができません。ちょっとした怪我が増えたり、いつの間にか生活習慣病を発症していたりということがしばしば起こります。相談・支援においては、身体的健康にも関心を払い、健康の維持増進を図ることが大切です。

統合失調症の特徴のひとつは再発しやすいことです。これまで再発が多い場合、ストレスが続く場合、再発しやすさは高くなります。再発によって、陰性症状が目立つようになることもあります。

女性の場合、閉経前後に再発しやすくなったり、抗精神病薬の副作用が出やすくなったりすることが知られています。

(2) アルコール依存症

アルコール依存症は成人期に発症します。飲酒量の増加、アルコールを何としても手に入れようとする行動（探索行動）の出現にともない、社会生活上の問題が次々とあらわれます。アルコール依存症は、酒席での失態、社会活動の意欲減退、経済的逼迫、ときに失業、暴力、離婚などへと続く危険性があり、事実に向き合って治療を行うことが重要です。

また、アルコール依存症にはしばしばうつ病が合併し、その治療が必要になることがあります。

アルコール依存症患者の平均寿命は一般に短く、未治療の男性のアルコール依存症者の平均寿命は50歳代と言われています。脳血管障害、頭部外傷や悪性腫瘍が命取りとなりやすいのです。

アルコール依存症患者は喫煙率が高く、無茶や乱暴な行動に出ることもあります。これはさまざまな不安を言葉にすることを無意識に避けようとする、特有の心理機制（否認）に由来しています。

(3) うつ病（単極性気分障害）

うつ病はいかなる年齢でも発症しますが、40歳くらいの発症が多いです。うつ病の発症は仕事のストレスや喪失体験がきっかけになることがあります。例えば、過重労働にともなううつ病や、子どもの自立後に生ずる女性のうつ病があります。うつ病と、健常者に見られるライフステージ上の課題との格闘はきちんと区別してください。うつ病を見過ごすと病状を悪化させてしまうことがあります。

うつ病患者が障害者自立支援法の関連でサービスを求めることは多くありませんが、うつ病も治癒に至らない慢性化も2割くらい見られ、失業、離婚などにとまって経済的に困窮することもまれではありません。失職や離婚などをともなう慢性経過例では、統合失調症と同様に障害受容が課題となります。また、自殺予防も大きな課題となります。

(4) 早期発症の認知症

代表的な認知症であるアルツハイマー病は多くは60歳代で発症します。しかし、50歳代、ときに40歳代で発症することがあります。発症が早ければ早いほど、認知機能の低下が速く、みるみるうちに社会性が失われることもあります。基本的に介護保険の給付の対象となりますが、診断がつくまでの間は、うつ病などの精神障害と間違われることがありますので注意が必要です。

病名告知

うつ病やアルコール依存症と比較して、統合失調症では病名が正しく告知されることは相対的に少ないといえます。これは病名を受け入れるだけの準備が患者に整っていないという要因のほか、医師自身が告知に前向きでない、家族が告知しないよう医師を押しとどめる、などが原因です。

実際には、病名告知を受けていない統合失調症患者の多くは、障害年金診断書などを通して、間接的に病名を知っている場合があります。また、自分の診断がどのようなものであるかについて、何らかの関心を持っていることがむしろ常です。

病名のことが話題になったときには「お医者さんから何と聞いていますか？」と、まず問うのがよいと思います。病名告知はデリケートな問題であると同時に、障害受容のカギでもあります。

うつ病では病名告知が問題となることはあまり多くありません。しかし、慢性化が生じた場合、「なぜ自分だけが…」「このままずっと治らないのではないか」と悩むようになります。病気が長引き、社会との関わりが次第に希薄になると、自尊心も損なわれます。この場合、本人や家族の心配を具体的に軽減することを通じて、本人の不安や罪悪感を軽くする工夫などが必要です。これは、「できることからやっ払いこう」という間接的な障害受容を促し、快復、自立への援助となります。

生活支援のポイント

日中の居場所の確保：地域に暮らす成人後期の精神障害者の一般就労率は低く、日中に何もすることがない人がたくさんいます。就労の可能性が低い場合、特に50歳以上の精神障害者では、日中の居場所の確保、生きがいや憩いを中心としたサポー

トが求められます。

単身生活への移行準備：単身生活を開始するとき、居住の場を提供すればそれで事足りるという例はほとんどありません。これまでに単身生活を経験したことがなく、家事や近所づきあいの経験がきわめて乏しい人も少なくありません。この場合、グループホームなどの居住の場だけでなく、生活障害を改善・克服するようなサービスを複数組み合わせる提供することが必要になります。単身生活への移行にあたっては、買い物、食事の準備、金銭管理、近所づきあいなど、経験の乏しいことについて訓練を行うことが望まれます。

親の介護のサポート：一緒に住んでいる年老いた親を介護している精神障害者は、しばしば介護保険制度のことを知らずにいるため、ヘルパーの派遣、デイサービスの利用などをすすめていたことがあります。しかし、年老いた親との閉じた生活に他者が入り込むことを嫌うこともありますので、十分な事前の話し合いが必要です。

先進的な活動事例（クラブハウスモデルの活動）

R県にあるSは1997（平成9）年に作業所として活動を開始しました。2003（平成15）年6月、国際的なクラブハウスの認可を得るために、メンバーとスタッフがニューヨークの「ファウンテンハウス」で3週間の研修を受け、日本で4番目、関西地域で初めてのクラブハウスとして歩み始めています。クラブハウスは1940年代にニューヨークの「ファウンテンハウス」で始まり、現在世界30か国、400か所以上で取り組まれている国際的なモデルの一つです。

クラブハウスは36項目の国際基準に基づき活動し、その中で

相互支援、生活支援、就労支援を総合的に展開しています。メンバーとスタッフは横並び（Side by Side）の関係であり、相互の主體的な参加と仲間同士による支え合いを柱とするコミュニティです。

クラブハウスモデルの有効性、可能性をより多くの関係者に知ってもらうために、積極的に他施設や大学等への講演活動を行っています。また、県外からの見学も受け入れ、多くの方々との交流を図っています。クラブハウスアジア会議（Asian Clubhouse Conference）等の国際会議に参加し、海外のクラブハウスとの関係を深めています。また、最近はEメールを活用した交流が盛んになっています。

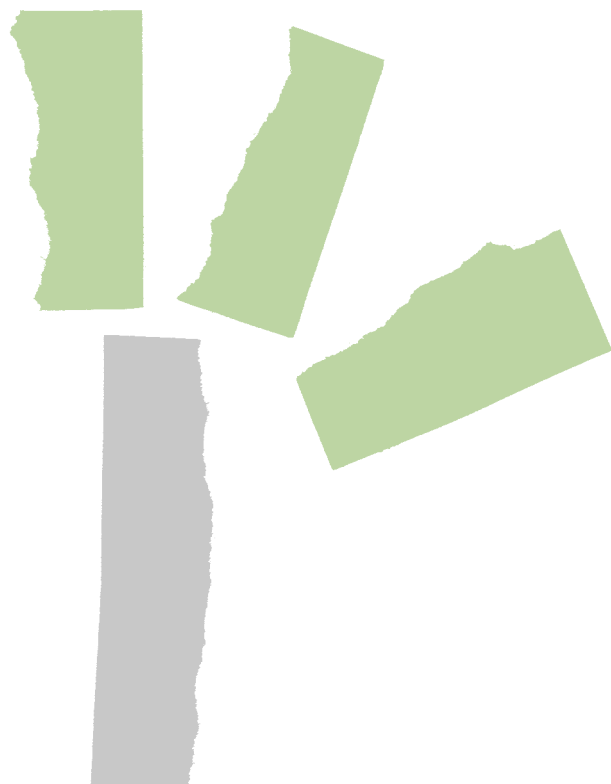
障害者自立支援法の利用について

居住支援の選択：居住支援の選択にあたっては、長期的かつ濃厚なケアを行うのか、長期的な単身生活を目指すのか、一時的な介入でよいのかを明確にして支援を行います。年齢が高い、社会経験が短い、単身生活の経験がない、病状は重いか変化しやすい、生活障害が重いなどの要因が重なる場合は、ケアや介護に重点を置いた居住支援が望まれます。一見したところ単身生活が送れるように思われる場合でも、社会生活にブランクがあるならば、いったんグループホームなどで準備を行ったのち、慎重に単身生活に移行することが適切な場合があります。また、居住支援に併せて他のサービスを利用することが適切な場合があります。

就労支援の選択：居住の場の確保と異なり、就労は必須ではなく、経済的支援、居住支援などで補うことができます。特に

50歳代の精神障害者への就労移行支援は、就労準備性を高めるだけでは不十分で、就労の場を実際に確保する仕組みが必要となります。また、就労後は、仕事の肉体的負荷のほかに、ノルマや対人関係を持つことによる心理的負荷がかかり、これがきっかけとなって再発に至ることもあります。就労支援にあたっては、その目標が一般就労への移行か、生きがいを得るためか、よく吟味して進める必要があります。もちろん就労経験のある精神障害者であれば、職歴にブランクがあっても一般就労に必要な就労準備性を身につけることができ、収入を得て、自尊心も回復できます。

医療費支援の選択：病状が安定しない、もしくは医療的関与がある程度濃厚に求められる場合は自立支援医療（精神通院医療）が利用できないか検討します。



5. 老年期(65歳以上)

心理・社会的特徴

老年期は心身の老化のために精神障害が発症しやすい時期です。老年期の精神障害には、認知症などの老化と関係が深いものもありますが、老年期以前に発症した精神障害もあります。

一般的に高齢期の生活上の変化としては、職場からの引退、それにとともなう社会的役割の喪失、安定した収入の減少、対人関係の狭小化が起こります。家庭内でも、働き手や主婦の役割が子の世代に移るなど、役割の喪失・葛藤があり、配偶者との死別にも遭遇します。また、高齢者自身の心身の衰えや身体疾患のためにこれまでの交流範囲にも制限がおこってきます。

相談の要点

高齢になると、精神障害者の生活課題は一般の高齢者に近くなり、年齢が高くなるほど介護との連携が重要になります。認知症やうつ病のある高齢者の場合、介護放棄などの虐待を受ける場合があります。また、認知症などで判断能力が低下している高齢者が、訪問販売や悪徳商法の対象になるなど、生活危機が精神障害との関連で起こることもあります。

老年期の精神障害者やその家族は、制度や社会資源が変わっても、昔のままと誤っていたり、誤解していたりすることがあります。老年期の相談にあたっては、制度や社会資源に対し

て、どのような受け止め方をしているかを丁寧に確かめ、理解が誤っているときはゆっくりわかるように説明することが大切です。

老年期の精神障害者の中には、コミュニケーション能力が乏しい人もいるため、矢継ぎ早に質問すると、萎縮してしまう場合があります。相手のペースを尊重した相談・支援を心がけてください。アドボケート機能（人権権利擁護）を利用することも大切です。





第Ⅱ部 基礎知識

1. 精神障害とは

精神障害の理解

精神障害は、長く原因のわからない、治らない病気とみなされてきました。しかし、第二次世界大戦後、精神医学はめざましい発展をとげ、治療薬がつぎつぎと開発されました。また、認知行動療法や心理教育などの心理社会的治療法が開発され、病気の再燃・再発を防ぐうえで、地域での生活を支援することが重要であることがわかってきました。

WHO（世界保健機関）は「今日では適切な医療とケアがあれば、うつ病の60%は回復し、統合失調症の77%は再発することなく地域で生活することができ、てんかんの73%は発作を抑制できる」としています。また、2001（平成13）年には精神保健医療福祉サービスが不十分なために生じる社会経済的損失がきわめて大きいことを指摘し、国際的な対策の推進に向けて勧告を行っています。

精神障害の分類

精神障害の診断は、国によって診断分類が異なるため、国際的な共同研究は困難でした。このため、精神障害の診断の信頼性を向上させ、国際的な診断治療研究を進める目的で操作的診断基準が開発されるようになりました。操作的診断基準は、1980年の米国精神医学会（APA）のDSM-IIIに始まりますが、

WHO でも第10版 (ICD -10) の第 V 章「精神および行動の障害」において操作的診断基準が用いられるようになりました。ICD -10の「精神および行動の障害」は、日本でも公式統計に使用されています。その概要は以下のとおりです。

①症状性を含む器質性精神障害：F0

脳疾患、脳外傷、何らかの疾患による大脳の機能不全という病因を証明できる一群の精神障害をいう。そのうち器質性精神障害は脳の器質病変を原因とするもので、意識障害、人格変化や認知症が出現することが多い。症状性精神障害は、全身疾患または脳以外の身体疾患によっておこる精神障害である。

アルツハイマー病型認知症、血管性認知症、器質性健忘症候群、せん妄（精神作用物質によらないもの）などがある。

②精神作用物質使用による精神および行動の障害：F1

精神作用物質（摂取すると酩酊などの快反応が得られ、ついには依存状態を呈する薬物）に使用によっておこる精神障害をいう。単純な中毒や有害な物質使用から、依存症候群、明らかな精神障害、認知症に至るまでのさまざまな程度の精神障害を含む。

アルコール、アヘン、大麻類、鎮痛剤あるいは睡眠剤、コカイン、カフェインを含む精神刺激剤、幻覚剤、タバコ、有機溶剤などによる精神障害がある（覚醒剤は、ICD -10では「カフェインを含む精神刺激剤」に含まれる）。

③統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害：F2

統合失調症を中核に、知覚、思考、情動の統制、意欲などの障害によって特徴づけられる一群をいう。統合失調症に

は、妄想型（比較的固定した妄想が優勢。通常、幻覚とりわけ幻聴をともなう）、破瓜型（感情の平板化と意欲低下が急速に進行する）、緊張型（急性期や増悪期に強い興奮や混迷がおこる）などがある。統合失調症型障害は、統合失調症の診断基準を満たさないが、統合失調症類似の状態が持続するものである。妄想性障害は、長期にわたる妄想があるものの、それに直接関連するような行動や態度を除くと、感情、会話および行動は正常のものをいう。

統合失調症、統合失調症型障害、持続性妄想性障害、感応性妄想性障害、分裂感情障害などがある。

④気分（感情）障害：F3

気分あるいは感情の障害が基本にあり、これに基づいて思考面、行動面の症状が引き起こされる精神障害をいう。うつ病では、抑うつ気分、意欲や活動性の低下、罪責感、将来への悲観、悔恨、不眠、食欲低下、体重減少を生じる。そう状態では、気分の高揚と易変性、睡眠欲求の減少、意欲や活動性の亢進（多弁・多動で動きまわるがまとまらない状態）、誇大的思考が認められる。

そう病、双極性感情障害（そううつ病）、うつ病、持続性気分（感情）障害などがある。

⑤神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害：F4

脳に器質的な病変はなく、個体側の要因（パーソナリティ）と環境要因（心因）とのかねあいで発症する精神身体反応をいう。

恐怖症性不安障害（広場恐怖、社会恐怖）、パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害（強迫神経症）、重度ストレ

ス障害（急性ストレス反応、外傷後ストレス障害、適応障害など）、解離性障害、身体表現性障害などがある。

⑥生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群：F5

摂食行動、睡眠、性行動、出産、身体機能などに影響があらわれる精神障害をいう。

摂食障害（神経性無食欲症、神経性大食症など）、非器質性睡眠障害（不眠症、過眠症、睡眠・覚醒スケジュール障害、夢遊病など）、性機能不全、産褥に関連した精神障害、心身症（身体疾患で、その発生や経過に心理社会的要因が深くかかわるもの）などがある。

⑦成人のパーソナリティおよび行動の障害：F6

本人の独特な生活様式や他者との関わり方によって、臨床上問題となる行動のパターンが比較的長期間にわたって変化することなく生じているもの。明らかな脳病変や精神障害と判断されるものを除く。

パーソナリティ障害（妄想性パーソナリティ障害、非社会性パーソナリティ障害、情緒不安定性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害など）、習慣および衝動の障害（病的賭博、放火癖、窃盗癖、抜毛症など）、性同一性障害、性嗜好障害（フェティシズム、サドマゾヒズムなど）などがある。

⑧精神遅滞：F7

精神の発達停止あるいは発達不全の状態をいう。認知、言語、運動および社会的能力のように、発達期に明らかになる全体的な知能水準と関係する能力が障害されており、同時に、通常の社会環境での日常的な要求に適応する能力が

乏しい。

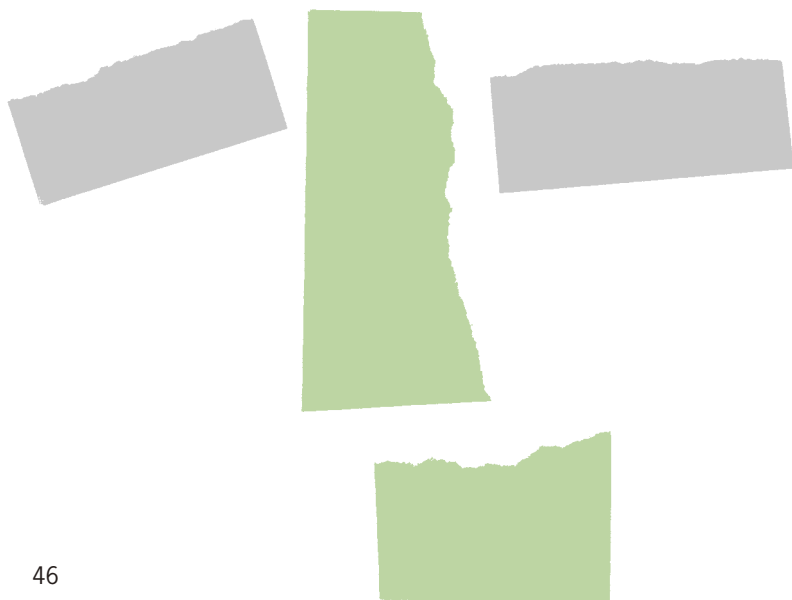
知的機能の水準によって、軽度精神遅滞、中等度精神遅滞、精神遅滞、重度精神遅滞、最重度精神遅滞などに区分される。

⑨心理的発達の障害：F8

乳幼児あるいは小児期に明らかになる中枢神経系の成熟の遅れによる障害であり、明らかな回復や増悪をともしない。言語、視空間スキル、協調運動などが障害されることが多い。加齢に伴って目立たなくなることが多いが、ごく軽度の異常は認められることが多い。

会話および言語の特異的発達障害（会話構音障害、表出性言語障害、受容性言語障害など）、学力（学習能力）の特異的発達障害（読字障害、書字障害、算数能力障害など）、広汎性発達障害（小児自閉症、アスペルガー症候群など）などがある。

（「我が国の精神保健福祉」による）



2. 精神保健の考え方

精神保健とは

せまい意味の精神障害に限らず、虐待、ひきこもり、自殺、家庭内暴力（DV）、介護者の燃え尽きなど、こころの健康は身近な問題です。このような問題が発生したときに、健康な部分に働きかけ、こころの健康の保持増進を図ることを目的に、精神保健が発達しました。

精神保健の考え方では、健康から病気までをひとつながりのものとして扱います。こころの健康度はたえずゆらいでいるのです。精神障害の有無にかかわらず、こころの健康度が大きくゆらぐことがあっても、それを乗り切ることができれば、その人に自信と活力を与えることになります。実際、精神障害があっても、精神的にも社会的にも充実した日々を送っている人がたくさんいます。健康づくり（ヘルスプロモーション）は、個人と社会の協働を求めています。この考え方は精神保健とつながるものです。

精神障害者の健康づくり

健康づくりについては、国民健康づくり運動である「健康日本21」が2000（平成12）年に公表されました。その中で、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコールなど9分野ごとの目標や対策が示され、個人の行動

変容とともに、それを支援する環境づくりを含めた総合的な取り組みが求められています。

精神障害者は、自分がどのような病気であるか正しく理解できないと考える人がいます。しかし、健康づくりの基本は精神障害の有無にかかわらず同じです。精神障害者が学べる環境を準備すれば、自分の病気について知り、健康管理を行うことができるようになります。

精神障害者の健康づくりにおいては、治療薬の副作用に目を向ける必要があります。治療薬の副作用としては、だるさ、眠気、口渇、体重増加、インポテンツ、生理不順、錐体外路症状（アカシジア、ディスキネジアなど）などがありますが、治療薬によって異なります。医療との信頼関係を基盤に、本人や家族が治療について正しい知識を身につけ、健康管理に役立てていくことが大切です。

また、生活リズムの乱れや睡眠障害、食習慣・食事内容の不適切さ、過度な喫煙、過剰な熱量摂取、運動や活動性の乏しさ等から、体重の増加とともに、糖尿病、高血圧などの生活習慣病を合併している精神障害者は少なくありません。生活技術が不得手であること、健康な生活への動機づけの乏しさ、社会との接触の乏しさが、生活習慣病に関する意識・関心の低さを招いていることは見逃せません。これらの改善に目を向けることが大切です。

また、障害のある人には一般的に歯周疾患罹患率が高いといわれています。地域で、ひとりで暮らしている精神障害者はしばしば口腔衛生が本人まかせになり、結果として、う歯、歯周疾患、歯の欠損などが多くなる傾向があります。日常の生活リ

ズムが乱れやすいことから、日課としてなされるべき洗顔・洗髪・入浴・手洗い・歯磨きなどが不規則になり、う歯や歯周疾患の進行に気がつきにくい、あるいは無頓着になる傾向がみられます。糖分の多い清涼飲料水やコーヒーなどを多量に摂取しがちなことも、影響を与えていることが考えられます。

健康づくりの具体的な方法

(1) 基本的な生活

自然なりズムに沿って日常活動をおくことは、健康的な生活の基本です。このような生活を送ることは難しいことですが、生活習慣の基本としてとらえておく必要があります。

健康づくりに大きな位置をしめるのが食習慣・食生活です。運動量にあった熱量、バランスのとれた食事は、生活習慣病の予防にもつながります。近年、障害者福祉サービスを利用する精神障害者が増えてきましたが、福祉サービスにおいても、保健サービスと連携して健康についての関心を高めることが大切です。

(2) 健康診査

精神障害者の多くは精神科に通院しており、精神障害についての健康管理は受けていますが、それ以外の健康管理は、必ずしも受けているわけではありません。また、就労している精神障害者は少数であり、職域で健康診査を受ける者も少数に限られています。

精神障害者は、生活習慣病やがんによる死亡率が高く、寿命も短いといわれています。その一方で、市町村で実施する健康診査の受診率は低いと考えられます。精神科医療、福祉サービ

スの提供者は、市町村野実施する健康診査の情報を把握し、精神障害者に受診を促すことが望まれます。

(3) 運動のすすめ

精神障害者は、総じて体力のない人が多いと考えられます。体力をつけ、筋力・持久力を向上させる方法の一つに運動があります。適切な運動は、体力をつけるだけでなく、ストレスの軽減、生活習慣病の予防にも役立ちます。

運動を行うときは、生活習慣病などの持病をもつ人の場合は、かかりつけ医に相談し、運動の量と質について助言を得ることが必要です。

持病がない人でも、体調や運動の条件によっては、無理をしすぎて体調をくずすことがあります。精神障害者の場合、睡眠の不安定さや疲れやすさがよく見られ、運動のしすぎによって生活リズムが乱れることもあります。

また、精神障害者は、運動強度の主観的なとらえ方と、客観的にとらえられた状態に差があるといわれます。疲労が明らかであるのにもかかわらず、本人は「疲れていない。まだまだ大丈夫」と感じてしまう、またはその逆もあるというわけです。適切な運動を心がけ、無理をせずに十分に休憩時間を取り、水分摂取を十分に行うことを前提に、各人が適切な運動を身につけることが大切です。

3. 精神保健福祉制度の改革と 障害者福祉サービス

わが国は、少子高齢化の進展、国際競争の激化と経済・産業構造の変化などを背景に、社会構造の改革が必要とされ、医療、年金、社会福祉などの社会保障制度も改革が進められています。精神保健福祉制度も例外ではありません。

社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」を契機に、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が発足し、2004（平成16）年9月には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示されました。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」には、精神保健福祉施策について「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、国民の理解の深化、精神医療の改革、地域生活支援の強化を今後10年間で進め、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととして、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標が示されています。

また、前年の2003（平成15）年には、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（心神喪失者等医療観察法）が成立しました。この法律は、わが国に未整備であった司法精神医学サービス体系の整備を目的としたものですが、国会において附則として「精神医療全般の水準の向上」と「精神保健福祉全般の水準の向上」を図ることが決

議されています。

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の示された翌月の2004（平成16）年10月には厚生労働省障害保健福祉部から「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が示されました。そして、これがもとになって2005（平成17）年に「障害者自立支援法」が成立しました。この法律は、これまで身体障害、知的障害、精神障害といった障害種別などによって福祉サービスや公費負担医療の利用の仕組みや内容などが異なっていたものを一元的なものにすることや、その利用者の増加に対応できるよう、制度をより安定的かつ効率的なものとすることを目的としたものでした。

障害者自立支援法では、精神障害者通院医療費公費負担制度は、更生医療、育成医療とともに、自立支援医療として規定されました。また、精神障害者社会復帰施設に関する事項、精神障害者居宅生活支援事業に関する事項も、障害者自立支援法に規定されることとなりました。そして、福祉サービスの利用は、自己申請を基本に、全国統一の判定基準をもとに障害程度区分が決定され、居住支援と日中活動支援に大別されたサービスを受けることになりました。

また、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された精神医療改革との関連では、入院中の精神障害者の地域移行を推進すべく、都道府県事業としての精神障害者退院促進支援事業と市町村の相談支援事業などで、精神障害者を地域ぐるみで支える体制整備に取り組むことになりました。市町村および都道府県は、障害福祉計画を策定して、地域のサービス基盤の整備を図ることとされています。

障害者自立支援法の成立は、保健・医療・福祉におよぶ法制度として発展してきた精神保健福祉制度の福祉部分を、身体障害、知的障害と一元化することにより、精神保健福祉法を、保健医療を中心とした制度に導くものでした。

2006（平成18）年度に策定された医療制度改革大綱では、超高齢社会の到来に備えた大幅な医療制度改革の方向が示され、それにあわせて、基準病床数の見直しを含む医療計画の策定や診療報酬改定が行われ、介護保険法も見直されました。

障害者自立支援法、精神保健福祉法の詳細は下記の書籍などをご参照ください。

●精神保健福祉研究会＝監修

「我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成18年度版」太陽美術

●精神保健福祉研究会＝監修

「三訂精神保健福祉法詳解」中央法規出版

●精神保健福祉白書編集委員会＝編集

「精神保健福祉白書 2007年版」中央法規出版

また、平成18～20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」（主任研究者 竹島正）においては、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」についての基本的な情報、関連する研究の成果、諸外国の改革に関する情報などを提供することにより、公平な視点から改革に寄与することを目的にホームページを立ち上げています。ホームページには「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の説明、データからみる全国と都道府県のすがた、関連研究の紹介、海外の情報、広報普及のパンフレットな

どを提示しています。どうぞご利用ください。

精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ

「入院医療中心から地域生活中心へ」

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>



4. こころの危機への対応

危機とは何か

問題に直面しても人はすぐに危機状態に陥るわけではありません。自分の持っている解決方法を動員して、それでうまくいかなかったとき危機に陥ります。

危機状態の特徴として次の点が重要です。

- ①非常に短時間から、長くても5～6週くらいまでです。
- ②効果的で適切な行動が取れないという形であらわれます。
- ③自分ではどうしようもない心細い気持ちとなり、人生が脅かされているような感覚に陥ります。不安、恐れ、罪悪感、抑うつ的な感情を伴います。
- ④急性の不安症状に関連して心臓や呼吸に一時的な反応があらわれます。

危機反応の4段階

典型的な危機反応は4つの段階から構成されます。

第1段階：急激な緊張が起こり、それを解決して平衡を保つために習慣的な問題解決反応が起こります。

第2段階：習慣的な問題解決反応でうまく対処できない場合、緊張や不安の高まりから、新たな問題解決方法を求める動機が高まります。

第3段階：新たな内的・外的資源が動員されます。この新し

い対処方法の導入でうまくいかないときは、結果として緊張と不安が持続します。

第4段階：第3段階までで問題が解決されないときは、未解決の問題や葛藤をかかえ込むことになります。

危機の第2段階は新たな問題解決の方法を求める動機が高まり、相談・支援のための関係が作りやすい時期です。一緒に危機を乗り越えることができたならば、本人も、相談関係も成長します。

精神障害者にとっての危機

(1) 危機のあらわれ方

精神障害者、特に統合失調症の場合、その障害の特徴から、ささいなことでも危機状態に陥る傾向があります。また、生活体験が少ないことやコミュニケーション能力の障害から、対処行動のレパートリーが少なく、すぐに万策尽きてパニックを起こしがちです。

(2) 危機のサイン

危機に至る過程では、さまざまなサインが現れます。その表れ方は個人によって違いますが、おおむね「生活面のほころび」と「過敏な反応」が見られます。多くの場合、危機に至る1～4週間前に危機の元になる出来事があります。

「生活面のほころび」の例は次のとおりです。

生活のリズムが変わる：パターン化した生活をする中で自分を守っている場合、生活のリズムが変わるときは注意が必要です。

眠れなくなる：3日間眠れなかったら要注意です。

人と食事をしなくなる：一人こもって食事をするようになったら、対人過敏のあらわれかもしれません。

身だしなみが悪くなる：入浴、着替え、洗面、歯磨き、整髪、爪きりができず、身なりが悪くなります。

部屋の片づけができなくなる：部屋の掃除や片づけができなくなります。

「過敏な反応」の例はつぎのとおりです。

何かにこだわりはじめる、こだわり行動があらわれる：執拗にひとつのことやものにこだわり、それが行動となってあらわれます。

過剰に反応する：光や音、人の気配に敏感になります。疑り深くなります。

気分が変わりやすくなる：妙に涙もろくなったり、怒りっぽくなったりします。

行動の抑えがききにくくなる：非現実的な挑戦を考えたりします。



5. 相談を受ける能力をみがく

相談・支援を効果的に行うためには、相談を受けとめ、展開させていく能力をみがくことが大切です。

相談者の不安を和らげる

相談者は、相談することに大きな不安を抱いていると考えてください。見下されるのではないか、わかってもらえないのではないか、こわい目に遭うのではないか、などです。相談を受ける人は、相談者の不安を和らげるように接してください。

よく聞き、相談者が何を求めているのかを理解する

相談者の訴えは、曖昧であったり、要領を得なかったりします。また、相談を受ける人に怒りや不満をぶつけてくる場合があります。相談を受ける人は、相談者が、何を訴えたいのか、何を求めているのか、理解しなくてはなりません。そのためには、まず十分に聞くことが大切です。

相談をどのように展開したらよいか判断する

相談者の求めていることがある程度理解できたとして、その後、どのように相談を展開させていけばよいか、もっと理解するために質問してよいのか否か、相談者から積極的に助言してよいのか否か、相談を受ける人は判断していかななくてはなりません。

6. 本人以外からの相談

こころの健康問題については、家族や、近隣からの苦情として相談が寄せられることがあります。

家族からの相談

家族から相談があったときは、よく話を聞き、「ご苦労されたのですね」「よく相談に来られましたね」と相談に来られたことを肯定的に評価してください。

家族は、本人が長く治療を受けていない場合、病気なのか本人の個性なのか区別がつかなくなっている場合があります。病状が重く、市町村や相談を受けた施設で対応が困難と判断された場合は、保健所に相談してください。

近隣からの相談

公的機関の窓口で近隣からの相談を受けるときは、誰が何に困っているのか、事実として何が起きているのか、把握するようにしてください。そのうえで、その特定の個人と面接することが困難な場合は、家族から話を聞くようにします。

近隣から相談があった場合、本人も家族も、その問題を自分たちで解決することが難しい状態であると考えてください。家族が高齢、病気がち、親子とも精神障害などが考えられます。市町村だけでは対応が困難と判断されるときは保健所に相談し

てください。また、自傷他害の恐れがある場合も保健所に連絡してください。

訪問支援 17 カ条

1. 孤立している精神障害者の支援には家族の協力が不可欠。身体疾患の罹患時、経済的困窮時が介入機会となる。
2. 治療関係の樹立のために医師の定期的訪問が必須になる。同時に様々な訪問スタッフが関わりながら関係作りをする。
3. 投薬がなくとも医師が往診の形を取るべきである。それにより保険医療が始まり治療関係の萌芽になる。
4. 主治医は訪問する医師になるべきである。訪問を始める場合は主治医を引き継ぎ、変更当初は頻回に訪問する。
5. 訪問回数を重ねることにより関係は進展する。本人の興味や関心に注目し続けていく事は言うまでもない。
6. 急性増悪期には集中的に訪問しなければならない。これには医療側の 24 時間体制を構築しなければならない。
7. そのためには訪問スタッフを抱えた診療所、およびそれと連携する精神科の訪問看護ステーションが必要となる。
8. スタッフ間や施設間での打ち合わせは行われるほど良い。また訪問も多様であるほどよい。
9. 緊急訪問や集中訪問のためには診療所や訪問看護ステーションから近いほどよい。
10. 危機管理上、スタッフは少なくとも安全無害な相談者くらい存在になっている必要がある。
11. 訪問体制を恒常的に確保しておくための財政的基盤を構築する必要がある。
12. 重度の孤立した精神障害者に対する訪問型支援のための助成金制度などが望ましい。
13. ひきこもる障害者を発掘するために、この診療所は保健所、保健福祉センターなどと連携する必要がある。

14. 医師を含めた訪問型支援をする医療機関（診療所）の存在を広く伝える必要がある。
15. 他医療機関（精神科病院、精神科診療所）や自立支援施設との連携が必要である。
16. 当事者達の自立的活動やグループを連携支援する。訪問に協力可能なピアボランティアを養成する。
17. 自立支援医療の利用手続きが煩雑で、理解できない当事者が多い。簡略化、短期間化が望まれる。

7. 自殺の危険への対応

わが国の自殺者数は1998年に急増して以降、年間3万人をこえる状態で推移しており、自殺予防はわが国全体の大きな課題となっています。自殺はさまざまな原因からなる複雑な現象であり、たった一つの原因だけですべてが説明できるわけではありません。しかしながら、2002年のWHOの調査結果では、自殺者の9割以上が、最後の行動におよぶ前に何らかの精神疾患を有していたことがわかっています。こころの相談・支援は自殺予防の観点から取り組む必要があります。

最も重要でわかりやすい自殺の危険因子は、過去の自殺未遂歴です。致死的ではないものの自傷行為が認められたり、自殺の意図をほのめかしたりするときも、自殺の危険性が高まっていると考える必要があります。生活が大きく変わるとき、自分の生きていかなければならない現実直面したときも要注意です。症状としては、孤独感、絶望感、自責感、自己評価の低さなどを含む抑うつ気分、不安やあせり、怒りやすく気分が変わりやすい、幻覚や妄想が急に強くあらわれたときに注意する必要があります。

マスメディアが自殺事例の具体的な報道を繰り返すとき、他の患者の自殺を知ったとき、潜在的に自殺願望を持っている方は大きな影響を受ける可能性があります。

自殺の危険が迫っていると判断された場合には、主治医と連

絡をとること、誰かが付き添い一人にしないことが大切です。

自殺対策についての情報は、自殺予防総合対策センターホームページ「いきる」をご覧ください。

<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>



8. 相談・支援事例集

事例1(学齢期まで)

小学校3年男子(発達障害やアスペルガー症候群の疑い)

幼稚園時代は、ほとんど一人遊びをせず、集団行動もあまりできなかった。小学校1年生になり、授業中立ち歩いたり、関係ないことをやっていたりということが目立ったため、支援員が指導したところ、次第にじっと座っていられるようになった。しかし、ノートをとったり授業に参加したり集中している様子はなかった。それでも、おとなしいので学校ではそれ以上問題にならずにきたが、家でも両親の指示がわかっていないような感じがして、心配になり相談に来た。

アドバイス

1. 担任や「特別支援教育コーディネーター」(19年度新設)への相談を勧める。
2. 学校との関係が悪いときは、教育委員会の教育相談室への相談を勧める。
3. 学校関連の対応に疑問があるときには、保健所等で情報をもらい発達障害関連に詳しい医療機関を紹介する。発達障害者支援センターも紹介の選択肢に入る。ひきつけや言葉の発達の遅れがあったときには、医療機関を優先する必要がある。
4. 知的な遅れがはっきりした場合は、療育手帳の申請、特

別児童扶養手当等の取得を助言する。

事例2(学齢期まで)

中学校1年女子(不登校、いじめ)

明るくて友達も多く、人にもはっきり物を言う子だった。しかし、中学校1年生の後半から急に表情が暗くなり口数が減った。家ではいらいらして、親ともあまり話さず部屋に行ってしまうがちであった。「いじめられた」と言うこともなく、親にSOSを出すことはほとんどなかったが、学校を休みがちで、食欲もなくなり心配で相談にきた。

アドバイス

1. 学校にいじめがないか相談し、学校での様子を聞くことを勧める。
2. 親は、自分の責任といわれないう不安になりがちなので、育て方には言及せず、ありのままに受容してから次のアドバイスを考える。
3. スクールカウンセラー体制があれば、その利用を勧める。カウンセラーの体制が整っていなければ、教育相談室(教育委員会)への相談を勧める。
4. 抑うつ気分が強いとか、学校でうまくいっていないときには保健所、精神保健福祉センター等での相談を紹介するとともに、必要に応じ、児童精神科の外来を紹介する。

事例3(成人まで)

16歳男性(統合失調症の疑い)

母親が不安神経症で治療を受けていたが、服薬を拒否するよ

うになり、夫（父親）に対し拒否的、攻撃的となり家庭から追い出してしまった。長男は、一人っ子で、母親と「共生状態」。母親が不安定になる少し前から不登校になり、自閉、昼夜逆転、被害的になっていた。長男も父親を拒否し、母子でマンションの鍵をかけ周囲から孤立してしまった。父親は、何とか事態を開きようとして努力したが、攻撃対象になっており完全に拒否されてしまい、父親も抑うつ的となり相談にきた。以前に頻回に児童相談所を利用したことがある。

アドバイス

1. まず、母親の治療が必要なので、通院医療機関と保健所に相談することを勧め、連絡をつける手助けをする（父親も抑うつ的なので）。
2. 長男も精神的な専門診察が必要と思われるので、信頼関係を構築しておくことが今後のフォローに重要。今後に向け、保健所、児童相談所にも相談しておく。
3. 母親が入院になった場合、親せきで本人を預かるか、不可能であれば児童相談所を通しての一時保護や、障害者自立支援法の短期入所（ショートステイ）を使う方法もあることなどを助言する。

事例4（成人前期）

22歳女性（精神不安定、パーソナリティ障害またはうつ病の疑い）

小・中学校時、不登校の時期があった。高校には入学後も不登校となり、1年生の終わりには退学した。非行など反社会的な逸脱も見られた。その後、あるバイト先で叱責されたことをきっかけに家から出なくなり、その後も無断欠勤や転職を繰

り返した。1か月ぐらいしたあたりから不眠がひどくなり、数日後にはぺらぺら喋って怒ったり泣いたりするようになった。いったん収まったかに見えたが、ひきこもり、リストカットがみられ、食事をしないようになり、精神科を受診した。その結果、パーソナリティ障害またはうつ病の疑いがあるといわれ、投薬・指導を受けた。服薬をして3か月ほどで落ち着いてきたが、今後どうしていいかわからず親が相談に来た。

アドバイス

1. 医療にはかかっているので、服薬と療養の仕方は医療機関の指示に従い、必要に応じて随時、相談しながら対応していくことを確認。併せて、自立支援医療制度の説明をする。
2. 症状が落ち着いたら、対人関係やリハビリが考えられるので、デイケアや地域活動支援センター利用についても助言する。それらは治療やリハビリの進展に応じて地域の社会資源をうまく利用することが大切なので、医師や精神保健福祉士などに相談しながら本人に助言していくことを確認する。

事例5(成人前期)

30歳男性（統合失調症またはパーソナリティ障害の疑い）

本人は小学校、中学校、高校では特定の友人はなく、他者との交流がほとんどなかったが、淡々と通学していた。隣県の専門学校に進学したが辞めてしまった。その後、アルバイトをしながら一人暮らしを始めたが徐々に、アパートにひきこもるようになった。両親が変調を知ったのは夏休みに実家へ転居後で、

ギャンブル、サラ金、反社会的な行動に走り、父親が本人を叱責すると、しだいに自室にこもるようになり、親子関係はギクシャクし、昼夜逆転の生活になった。食事も両親が眠った時間を見計らってとり、食事とトイレ、週に1、2回の入浴以外は自室から全く出なくなり、両親との会話もなくなった。母親は腫れ物に触るようになり、父親は仕事に没頭し、表面は関心を向けない。

アドバイス

1. 統合失調症やパーソナリティ障害の疑いがあるので、保健所での相談利用、情報提供、家庭訪問支援などを助言し調整する。
2. 保健所などの継続的な訪問により、精神科への自主受診を促す。
3. 家族に家族教室や家族会などの情報提供や例会参加を促す。
4. 段階的には、「地域活動支援センター」などの関係施設紹介や自助グループ活動などの情報提供や利用を調整する。

事例6 (成人前期)

36歳女性（摂食障害、うつ病の疑い）

小学校、中学校、成績も優秀、真面目なタイプだった。高校入学頃から、スタイルを気にするようになりダイエットを始めた。同時期に、弟が中学1年生で不登校になったが、弟は母親に上手に甘え徐々に回復した。そんな弟をうらやましく思ったが、反抗期もなく、家庭内で自分を出せない生活が続いた。大

学進学後、友人関係やアルバイト先の人間関係でも、いい子の自分しか出せず、常に息苦しさを感じるようになった。その後、結婚し4年後に離婚。その直後から、19歳のころからあった食べ吐き行動やリストカットが再燃し、50kgだった体重は、40kgになり、生理も止まり、実家にひきこもりがちである。医療機関受診（特に精神科）は拒否している。

アドバイス

1. 通常は内科・精神科受診が優先される事例であるが、この場合は、まず、家族による、市町村または保健所などの精神保健福祉相談利用を助言する。
2. 状況によっては、専門機関（精神保健福祉センター、認知行動療法などを行っているクリニックなど、抵抗の少ない専門機関）利用を助言する。
3. 段階的には、同病患者のセルフヘルプグループに参加するよう助言する。

事例7(成人後期)

43歳女性（買い物依存症の疑い）

専業主婦からの相談。本人は、2人の子どもが無事進学し、しだいに親離れし、自己主張や反抗的になる中、空虚感や抑うつ的な気分に襲われるようになった。夫はサラリーマンでまじめに勤務し、週末には家族で外出をするなど、家族思いである。ある日、趣味仲間に誘われ、高価なバックを購入。しだいに、装身具の買い物にのめりこむようになった。サラ金にも手を出すようになり、その借入額が多額になった。その後、返品トラブル相談のため消費生活センターに行ったことがきっかけ

となり、精神科的な専門相談を進められた。

アドバイス

1. 「からの巣症候群」や「アルコール・薬物・ギャンブル・買い物・性的依存症」などに区分される、中年期に起こりがちな問題である。
2. 本人の力だけでは解決困難な場合が多いので、「依存症専門の医療機関」情報の提供や相談・受診を調整する。
3. 併せて、自助グループ活動への参加などを促す（2006年3月、わが国でも強迫的買い物依存症の自助グループ（デターズ・アノニマス Debtor Anonymous; DA）が発足しました）。

事例8（成人後期）

55歳男性（うつ病の疑い）

相談者は妻。55歳になる夫が、最近、会社へ行かなくなってしまった。本人はもともとスポーツマンで体力には自信のある人で、31歳のときに会社の部下であった妻と結婚。その後、3人の子に恵まれ、2年前には部長に昇進し生活は順調であった。1年前、支社に単身赴任。支社の営業再建の期待がかかった。しかし、本社に復帰後も出張や残業が重なり、仕事づけの生活が続き、しだいにめまいやだるさなど体の不調を訴えるようになった。そこで、妻の進めにより、まず内科にかかり、異常所見がないことから医院を転々としていた。

アドバイス

1. うつ病（気分障害）のうたがいがあるので、精神科受診を助言する。

2. 「自立支援医療費制度」も併せて紹介する。

事例9(老年期)

65歳女性（統合失調症、知的障害、人権・権利擁護）

統合失調症と知的障害をあわせもつ65歳の娘の将来が不安であると高齢の両親が相談に来所。3人きょうだいの長女。中度の知的障害に加え、20代後半からは統合失調症の治療を継続中。これまで、さまざまなトラブルを起こしてきたが、最近は比較的穏やかに暮らしている。兄弟はいるが、遠方に在住で面倒を見ることには拒否的。両親は長女のために預金をするなど、親亡き後に備えてはいるが、財産トラブルなどを恐れている。

アドバイス

1. 「成年後見制度」や「日常生活自立支援事業」などの情報提供と利用調整をする。
2. 併せて、デイケア、地域活動支援センターなどの社会復帰施設利用、ヘルパー派遣などの自立支援法によるサービス利用のための相談、助言をする。

事例10(老年期)

68歳男性（認知症の疑い）

68歳の夫が年賀はがきを出そうとして、15人に同じ宛名を書いてしまった。家族は「認知症ではないか」と心配して精神科受診を本人に進めたが拒否。だんだん家族関係が悪くなり、自室にこもりがちで、家族とはあまり話をしなくなってしまった。本人は、心身の変調を隠して地域ボランティアを続けている。

アドバイス

1. 軽度の認知症が疑われるので、まず家族が保健所に相談するよう助言する。
2. 保健師などの家庭訪問や嘱託医の同行訪問などの情報を提供する。
3. 必要があれば、「認知症者を抱える家族の会」情報提供、認知症者向けのデイケアや自助グループの利用の仕方などを助言する。



ワンポイントまとめ

第I部 ライフステージ別の相談・支援

1. 学齢期まで(0～15歳)

まずは正確な診断を要します（知的障害をともしない高機能自閉症やアスペルガー症候群、学習障害、注意欠陥多動性障害は、学齢期まで障害に気づかれないことがあります）。

保護者への支援と、専門医療機関、教育現場や児童相談所との連携が大切です。

2. 成人まで(15～20歳)

本格的な大人社会へ挑戦するための修練の時期ですが、精神疾患の好発期でもあります。

不登校やひきこもりの背景に、統合失調症、気分障害（うつ病など）、発達障害などが潜んでいる場合があります。身体症状が強い、情緒不安定、頻回に自傷行為を行う、何ごととも被害的にとらえる、家庭内で暴言や暴力を繰り返す、生活態度や人柄が極端に変わってきた場合は、精神科を受診することが望まれます。

保護者・家族への介入のほか、本人の治療意欲も重要で、関係機関との連携も必要です。

3. 成人前期(20～40歳)

就労、結婚・出産・育児と大きなライフイベントが重なり、それらがこころの病の引き金になることもあります。就学年齢を超えてしまっているので、中には所属集団が無くなってしまい、孤立してしまう者もいるため、必要に応じて、保健師や精神保健福祉士の訪

問などにより、孤立させないことが大切です。

また必要に応じて入院治療をすすめます。保健・医療・福祉の関係機関の連携による相談・支援や、地域のネットワークが必要で、ケースマネジメントの視点で関係機関と協力関係をつくることが原則になります。

4. 成人後期(40～65歳)

職場、家庭、身体的、心理的に変化が激しく、ストレスを受けやすい時期です。健康全般に気を配りしながら相談を行います。

統合失調症などで生活支援を要する場合は、医療と地域支援の役割分担を明確にしながら、住居確保や就労、生活管理を行います。かかりつけの医療機関との連携づくりが重要です。

アルコール依存症は治療が行われなければ、負の連鎖に陥る危険性があります。

うつ病と、健常者に見られるライフステージ上の課題との格闘はきちんと区別してください。

5. 老齢期(65歳以上)

老年期は心身の老化のために精神障害が発症しやすい時期です。

認知症やうつ病のある高齢者の場合、介護放棄などの虐待を受ける場合があります。また、認知症などで判断能力が低下している高齢者が、訪問販売や悪徳商法の対象になるなど、生活危機が精神障害との関連で起こることもあります。

老年期は頼りになる家族とのかかわりを維持することや介護者への支援が重要です。

第Ⅱ部 基礎知識

1. 精神障害とは

精神障害は、長く原因のわからない、治らない病気とみなされてきましたが、精神医学はめざましい発展をとげ、治療薬がつぎつぎと開発されました。また、認知行動療法や心理教育などの心理社会的治療法が開発され、病気の再燃・再発を防ぐうえで、地域での生活を支援することが重要であることがわかってきました。

なお、日本で公式統計に使用される精神障害の分類は WHO の操作的診断基準 ICD-10 です。

2. 精神保健の考え方

虐待、ひきこもり、自殺、家庭内暴力（DV）、介護者の燃え尽きなど、こころの健康は身近な問題です。このような問題が発生したときに、健康な部分に働きかけ、こころの健康の保持増進を図ることを目的に、精神保健が発達しました。

健康づくりの基本は精神障害の有無にかかわらず同じです。本人や家族が正しい知識を身につけ、健康管理に役立てていくことが大切です。精神障害者の健康づくりにおいては、治療薬の副作用に目を向ける必要があります。生活習慣病などを招くような生活環境の改善や健康診査受診を心がける必要があります。

3. 精神保健福祉制度の改革と障害者福祉サービス

2004（平成16）年には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示されました。精神保健福祉施策について「入院医療中心から地域生

活中心へ」改革を進めるため、国民の理解の深化、精神医療の改革、地域生活支援の強化を今後10年間で進め、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととしています。

2005（平成17）年には「障害者自立支援法」が成立しました。これまで身体障害、知的障害、精神障害といった障害種別などによって福祉サービスや公費負担医療の利用の仕組みや内容などが異なっていたものを一元的なものにすることや、その利用者の増加に対応できるよう、制度をより安定的かつ効率的なものとすることを目的としています。

精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ

「入院医療中心から地域生活中心へ」

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>

4. こころの危機への対応

問題に直面しても、人はすぐに危機状態に陥るわけではありません。問題を解決するために、自分の持っている解決方法を動員するからです。しかし、問題に対し自分の知る方法では解決できなかった場合には危機に陥ります。

精神障害者、特に統合失調症の場合、ささいなことでも危機状態に陥る傾向があります。危機のサインとしては、生活面のほころびと過敏な反応がみられます。

5. 相談を受ける能力をみがく

相談・支援を効果的に行うためには、相談を受けとめ展開させる必要があります。そのためには、不安を和らげ、よく話を聞いて求めていることを理解し、相談の最良な展開方法を判断する援助技術や能力を磨く必要があります。

6. 本人以外からの相談

家族からの相談では、家族が心配し困っていることに着目して対応します。病状が重く対応が困難な場合は保健所に相談するように働きかけます。

近隣からの相談では、まず事実関係をよく把握します。対応が困難と判断されるときは保健所に相談するように働きかけます。

7. 自殺の危険への対応

こころの相談・支援は自殺予防の観点からも取り組む必要があります。

最も重要でわかりやすい自殺の危険因子は、過去の自殺未遂歴です。致死的ではないものの自傷行為が認められたり、自殺の意図をほのめかしたりするときも、自殺の危険性が高まっていると考える必要があります。マスメディアが自殺事例の具体的な報道を繰り返すとき、他の患者の自殺を知ったとき、潜在的に自殺のリスクの高い方は大きな影響を受ける可能性があります。生活が大きく変わる時、自分の生きていかなければならない現実と直面したときも要注意です。

自殺の危険が迫っていると判断された場合には、主治医と連絡をとること、誰かが付き添い一人にしないことが大切です。

作成協力者一覧

編集責任者／分担研究者：竹島正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

共同編集者／研究協力者：助川征雄（田園調布学園大学）
大場義貴（聖隷クリストファー大学）
勝又陽太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

作成協力者：伊藤泰治（障害者就業・生活支援センターだんだん）
伊藤博子（土佐病院）
大瀧和男（かずおメンタルクリニック）
桼山禎代（訪問看護ステーション不動平）
加藤大輔（ピアステーションゆう）
加藤直人（京都市精神障害者地域生活支援センターなごやかサロン）
上村啓子（京都市朱雀工房）
川瀬正裕（金城学院大学）
桑原寛（神奈川県精神保健福祉センター）
佐々木敏明（聖隷クリストファー大学）
篠原正之（山梨県立北病院・全国精神保健福祉相談委員会）
住友芳美（地域活動支援センターあけぼの）
高橋祥友（防衛医科大学校防衛医学研究センター）
田所淳子（高知県安芸福祉保健所）
田中裕美（訪問看護ステーション不動平）
谷聡子（高知県健康づくり課）
土屋賢治（浜松医科大学子どものこころの発達研究センター）
殿村寿敏（大阪府こころの健康総合センター・全国精神保健福祉相談委員会）
西川里美（岡山県美作県民局勝英支局地域健康福祉室）
根本英行（静岡市精神保健福祉センター）
羽藤邦利（代々木の森診療所）
塙和徳（埼玉県越谷保健所・全国精神保健福祉相談委員会）
浜田和子（高知県中土佐町健康福祉課）
藤井弘（京都市精神障害者地域生活支援センターなごやかサロン）
藤田大輔（岡山県精神保健福祉センター）
松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
真野元四郎（福井県立大学・全国精神保健福祉相談委員会）
山縣知佳（京都市精神障害者地域生活支援センターなごやかサロン）
山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）
渡辺恵司（京都市精神障害者地域生活支援センターなごやかサロン）
（50音順）

監修者：新居昭紀（聖隷三方原病院）
大嶋正浩（メンタルクリニックダダ）
菅原道哉（社会福祉法人恵友会）
山内慶太（慶應義塾大学看護医療学部）