

# 精神障がい者支援のための 基礎的対応ガイドブック 改訂版



長野県精神保健福祉センター

長野県PRキャラクター  
「アルクマ」  
©長野県アルクマ

### 『障がい』という表記について

「障害」の「害」という漢字の表記については様々な意見がありますが、その一つに「害」の字には負の印象があり、表記を変更するべきとの意見があります。しかし、現在は「障害」に替わる定着した用語がありません。

このため長野県では、人に対して「害」の字が使われることに不快感を持つ障がいのある人の思いに配慮するとともに、障がいのある人もない人も共に生きる社会の実現を推進する観点から、「障害」という用語が人の状態を表す場合は、原則として「障がい」と表記しています。

ただし、例外として、法令の名称や用語を用いる場合、他の機関・団体の名称等の固有名詞を用いる場合、医学用語・学術用語等の専門用語として漢字使用が適当な場合は、「障害」の表記を変更しないこととしています。そのため、このガイドブックは「障がい」と「障害」の表記が混在しています。

## はじめに

医療保護入院の見直しがされた精神保健福祉法改正では、精神科病院の管理者に、精神障がい者の地域生活への移行を促進するため、医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（退院後生活環境相談員）の設置や地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供などを行う相談支援事業者など）との連携に努めることなどが、義務付けられました。措置入院に関しては、まだ法改正はありませんが、退院後の支援ガイドラインでも同様な視点が盛り込まれております。

以前、精神障がい者支援に関するサービス事業所等調査について、アンケート調査を当センターでまとめています。それによれば、精神障がい者支援の課題として、相談支援場面よりも生活支援・就労支援場面で、「医療機関や専門機関の協力」「関係機関の十分な連携体制」「精神症状の特性に関する研修」が不十分で、より充実が求められており、精神障がい者の利用が少ない事業所が「精神症状の特性に関する研修」を課題として挙げておられました。

例えば、ひきこもりの80-50問題とは、80歳代の親が50歳代のひきこもりの子どもの生活を支えるという問題です。平成30年度、高齢者の相談を受けている県内の地域包括支援センターに、ひきこもり者の相談ケースについてアンケート調査したところ、かなりの数のケースが現に相談されていることがわかりました。

平成30年度から当センターはアルコール、ギャンブル、薬物が対象となる県の依存症相談拠点に指定され、依存症相談員も配置されています。依存症問題には様々な相談場所がありますが、本人が医療・相談機関につながっていても、まず家族が自助グループや相談機関につながる大切で、このような依存症相談の役割は大変重要だと思われまます。

数年前から、当センターでは初任者研修会のために、この冊子「精神障がい者支援のための基礎的対応ガイドブック」を発行させていただいておりました。大変好評だった初版本が尽き、今回改訂版を出させていただく次第です。また、当事者、家族、市町村などの職員、医療機関や福祉/施設の職員の方々に広く愛用されております「精神保健福祉ハンドブック2019」（第9版）も今年度、発行する予定です。本冊子共々、ご活用願えれば幸いです。

令和元年7月

長野県精神保健福祉センター

所長 小泉典章

# 目次

## 第1章 精神障がい概念と関係する法律

---

1 精神障がいとは	1
2 法で定める精神障がい者	1
3 精神障がい者福祉の対象者	2
4 法改正の流れからみた精神保健福祉のあゆみ	3
5 障害者総合支援法による自立支援給付	6
6 障害福祉サービス利用の流れ	8

## 第2章 関係機関と役割

---

1 主な相談機関	10
(1) 市町村	10
(2) 保健福祉事務所	10
(3) 障がい者総合支援センター	10
(4) 障害者就業・生活支援センター	11
(5) 精神保健福祉センター	11
2 精神科医療機関	12
3 障害者総合支援法関係	13
(1) 指定相談支援事業所	13
(2) 障害福祉サービス事業所	13
(3) 地域活動支援センター	13

## 第3章 相談支援の方法と留意点

---

1 相談対応者の基本姿勢	15
(1) 相手を尊重する	15
(2) 最初の来談者（ファーストクライアント）を相談者に位置づける	15
(3) 個人情報取り扱い	16
(4) 共に考え、相談者の決定を支援する	16
(5) 自分自身の価値観や感情を知る	17
(6) 自分の立場・役割を認識する	17
(7) 地域の実態把握に努める	17

2 精神保健福祉相談の進め方 .....	18
(1) 相談の受付 ～相談者と対応者の出会い～ .....	19
(2) 相談内容の把握 ～情報収集とアセスメント～ .....	21
(3) 援助内容の確認と同意 .....	25
(4) 振り返りと事後処理 .....	26
(5) 今後の相談対応に生かすために .....	27

## 第4章 主な精神障がい（疾患）と支援

---

1 統合失調症 .....	29
2 気分（感情）障害 .....	33
(1) うつ病 .....	33
(2) 双極性障害（躁うつ病） .....	34
3 認知症 .....	35
4 依存症 .....	39
5 摂食障害 .....	40
6 神経症 .....	41
7 パーソナリティ障害 .....	44
8 発達障害 .....	45

## 第5章 相談の実際

---

事例を通じた理解 .....	51
事例A「息子の行動がおかしい」 .....	52
事例B「友人が精神障害者保健福祉手帳をもらった」 .....	53
事例C「父親の酒の問題で母親が困っている」 .....	54
事例D「薬が少ない、どうしよう」 .....	55
事例E「親から早く自立しなさいと言われる」 .....	56
引用・参考文献 .....	57

トピックス ①心神喪失者等医療観察法 .....	4
②精神科の入院形態 .....	5
③ヘルプマーク .....	9
④精神科リハビリテーション .....	12
⑤アウトリーチとACT .....	14
⑥自助グループ .....	28
⑦ひきこもり支援 .....	28
⑧ICD .....	38
⑨認知行動療法 .....	47
⑩自殺予防 .....	48

# 第1章 精神障がい概念と関係する法律

## 1 精神障がいとは

私たちは一生の間に身体の病気にかかるのと同じように心の病気にかかることがあります。精神障がいとは、様々な理由により、心と体のバランスが崩れてしまった状態と言えます。

心の病気には統合失調症のほか、うつ病、アルコールや薬物の依存症などがあります。これらの病気は薬物療法や精神療法、リハビリテーション活動等の早期の適切な対応によって回復していきますが、一部に発病前と比べて生活をする上で何らかの障がいが残る人もいます。

このような人たちが、日々の生活を自分らしく、より豊かにするためには、相談機関を上手に活用し、様々な社会資源を適切な時期に上手に組み合わせ活用していくことが大切です。併せて、取り巻く環境を調整することが、安心して地域で暮らすことにつながります。

支援者は、障がいを持った方一人一人の希望する生活を尊重し、その人の健康な部分や得意なこと、プラスの環境等のストレンクス（※1）に着目し、地域社会の中で新たな人生を獲得するために、自身の持てる能力や環境の力を発揮できるように支援することが重要です。そして、このような視点に立ち、様々な資源(人的、社会的資源)やサービスを総合的・一体的・継続的に提供するケアマネジメント（※2）の技法を用いた取り組みを推進することが有効です。

さらに、精神障がい当事者の活動も重要な資源です。自分の生活・人生は当事者自身が一番良くわかっており、その活動を支援することは、当事者自身のエンパワメント（※3）にもつながるものです。

（※1）ストレンクス：強み、力の意味。ストレンクスの視点では、焦点は病気や障がいそのものではなく、当事者の長所や潜在能力、当事者を取り巻く地域社会等の環境の可能性に着目し、そのようなストレンクスを生かした支援を行う。

（※2）ケアマネジメント：福祉や医療などのサービスと、それを必要とする人のニーズをつなぐ手法のこと。

（※3）エンパワメント：もともと本人自身が持っているが潜在している力を、発揮できるようにすること。

## 2 法で定める精神障がい者

### <精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）第5条>

この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

### <障害者基本法第2条>

障害者：身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

### 3 精神障がい者福祉の対象者

精神障がい者という言葉は広い意味で使われる場合と、狭い意味で使われる場合があります。

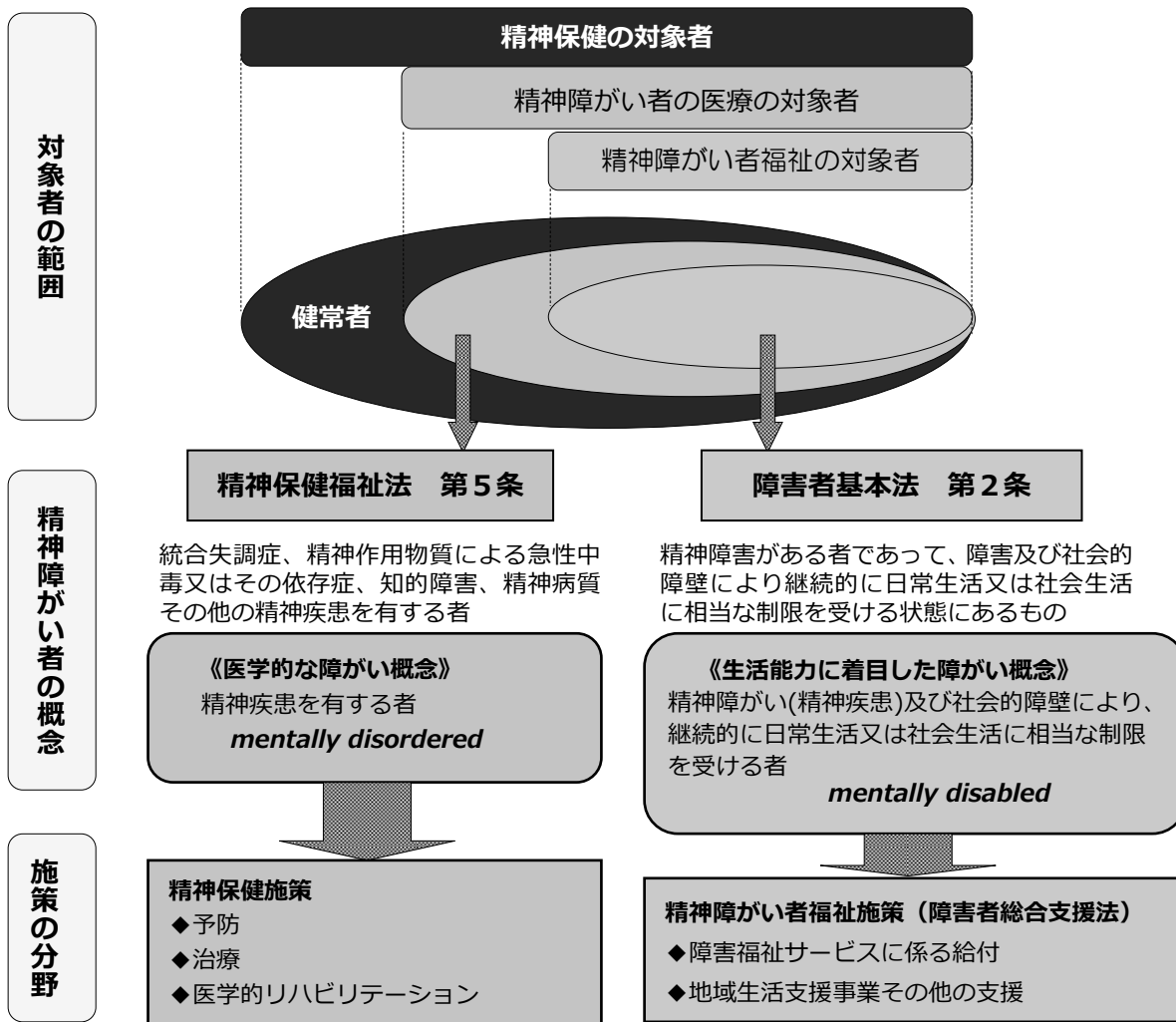
広い意味では医療面からみた精神障がい者を指し、精神疾患をもっている全ての人をいいます。狭い意味では福祉面からみた精神障がい者を指し、日常生活や社会生活において継続的に支援を必要としている人をいいます。

平成23年の障害者基本法の改正において、障がい者福祉の対象である障がい者は、障がいだけでなく、社会的障壁（※）との相互作用によって、日常生活や社会生活上の制限を受けるという考え方が取り入れられました。

これを図示すると次のようになります。

#### 精神障がい者の二つの概念と精神保健と精神障がい者福祉との関係

（「精神保健福祉法詳解」より一部改変）



（※） 社会的障壁：日常生活や社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの。

#### 4 法改正の流れからみた精神保健福祉のあゆみ

名 称	特 徴	キーワード
精神病者監護法 (明治 33 年 (1900 年) ~)	配偶者・親権者等の親族が監護義務者として精神障がい者の監護を行なう。	私宅監置
精神衛生法 (昭和 25 年 (1950 年) ~)	精神障がい者に適切な医療・保健の機会を提供する。	入院中心
精神保健法 (昭和 62 年 (1987 年) ~)	病院から社会復帰施設へ。 任意入院制度の創設や精神医療審査会等の創設。	社会復帰施設へ
障害者基本法 (平成 5 年 (1993 年) ~)	精神障がい者が障がい者として位置づけられ福祉施策の対象となる。	障がい者としての位置づけ
精神保健福祉法 (平成 7 年 (1995 年) ~)	精神障がい者も地域社会の中でケアされる時代に。 精神障害者保健福祉手帳制度の創設、社会復帰施設、社会適応訓練事業の法定化、市町村の役割の明示、医療保護入院の際の告知義務の徹底などが規定された。	自立と社会参加の促進のための援助
心神喪失者等医療観察法 (平成 17 年 (2005 年) ~)	「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」の略称。 対象となる精神障がい者の処遇についての手続きや入院・通院の治療体制を定めている。	司法の関与による専門的医療の提供
発達障害者支援法 (平成 17 年 (2005 年) ~)	乳幼児期から成人期までの地域における一貫した支援の促進や、専門家の確保と関係者の緊密な連携の確保が求められるようになった。	定義と法的位置づけ
障害者自立支援法 (平成 18 年 (2006 年) ~)	施設、病院から地域へ。 障がい者施策の一元化、利用者本位のサービス体系、就労支援の強化、支給決定のプロセスを明確化・透明化、安定的な財源の確保。	障がい者としての一元化
障害者虐待防止法 (平成 24 年 (2012 年) ~)	「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」の略称。	通報義務
障害者総合支援法 (平成 25 年 (2013 年) ~)	「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」の略称。	障害支援区分
障害者差別解消法 (平成 28 年 (2016 年) ~)	「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」の略称。	差別の禁止

〔障害者の権利に関する条約〕

国連：平成 18 年(2006 年)12 月採択。平成 20 年(2008 年) 5 月発効。

日本：平成 19 年(2007 年)9 月署名。平成 26 年(2014 年)1 月批准。



## 【トピックス① 心神喪失者等医療観察法】

心神喪失者等医療観察法は、「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」の略称です。

心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障がいのために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で「殺人、放火、強盗、強制性交等、強制わいせつ（これらの未遂を含む）と傷害」という6つの重大な他害行為を行った者に対して、適切な医療を提供し、再発防止と社会復帰を促進することを目的とした制度です。

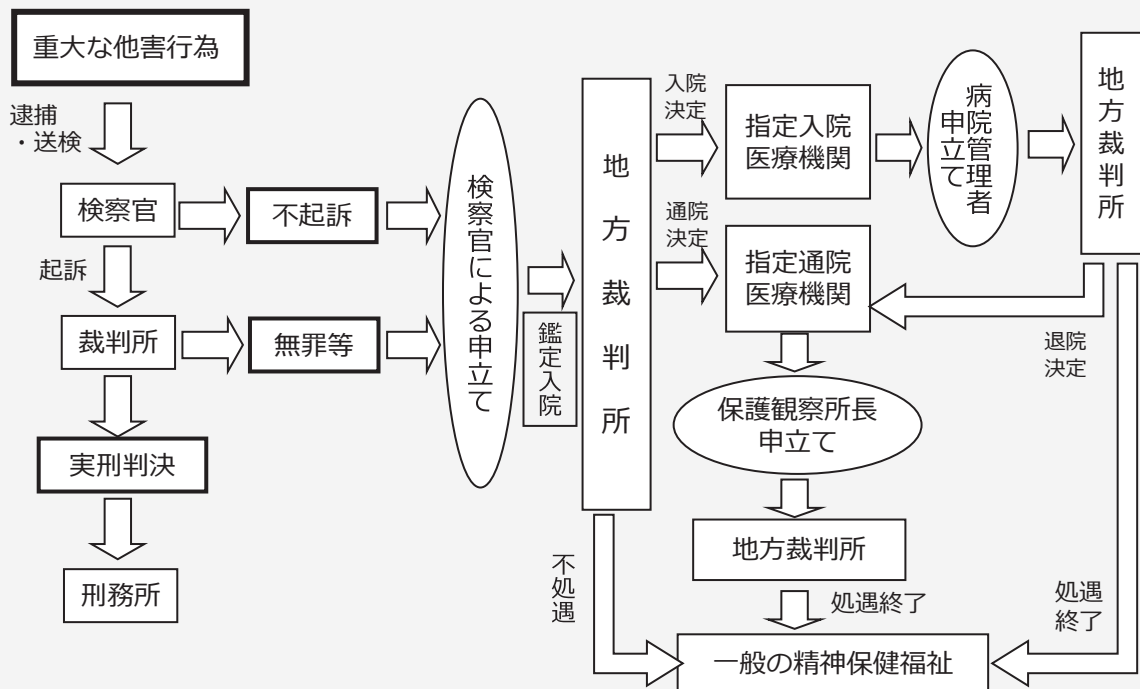
検察官から地方裁判所に申立てがなされると、鑑定を行う医療機関での入院等が行われるとともに、裁判官と精神保健審判員（精神科医）の各1名からなる合議体による審判で、本制度による処遇の要否と処遇内容の決定が行われます。

審判の結果、医療観察法の入院処遇の決定を受けた対象者に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定入院医療機関）において、手厚い専門的な医療の提供が行われるとともに、この入院中から、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官により、退院後の生活環境の調整が実施されます。入院期間は標準で18か月程度となります。

また、医療観察法における通院処遇の決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた対象者及び入院処遇を経て通院処遇決定となった対象者は、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間（2年以内で延長が認められる）、地域において、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定通院医療機関）による医療を受けることとなります。

なお、この通院期間中においては、社会復帰調整官が中心となって、地域処遇に携わる関係機関と連携しながら、処遇の実施が進められます。

### ●心神喪失者等医療観察法の仕組み（厚生労働省資料を一部改変）



## 【トピックス② 精神科の入院形態】

精神保健福祉法に基づく入院形態は、以下のものがあります。

### 1 任意入院

【対象】入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者。

【要件等】精神保健指定医（国の指定を受けた精神科医）の診察は不要。

### 2 措置入院／緊急措置入院

【対象】入院させなければ自傷他害のおそれがある精神障害者

【要件等】精神保健指定医 2 名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置

（緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は 1 名で足りるが、入院期間は 72 時間以内に制限される。）

### 3 医療保護入院

【対象】入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、任意入院を行う状態にない者。

【要件等】精神保健指定医の診察及び家族等の同意が必要。

他にも、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障があり、任意入院にできず家族等の同意が得られない者に対し、応急入院指定病院に入院させる応急入院の制度（精神保健指定医の診察が必要であり、入院期間は 72 時間以内に制限される）があります。

平成 30 年 3 月、厚生労働省から「措置入院の運用に関するガイドライン」及び「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が発出されました。これは、精神保健福祉法における通報等の中でも特に件数の多い警察官通報を契機とした措置入院に関する標準的な手続きを整理し、また、入院した精神障がい者が退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援を受けられる環境を整備するため支援関係者が取り組むべき内容をまとめたものです。

#### ● 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」概要

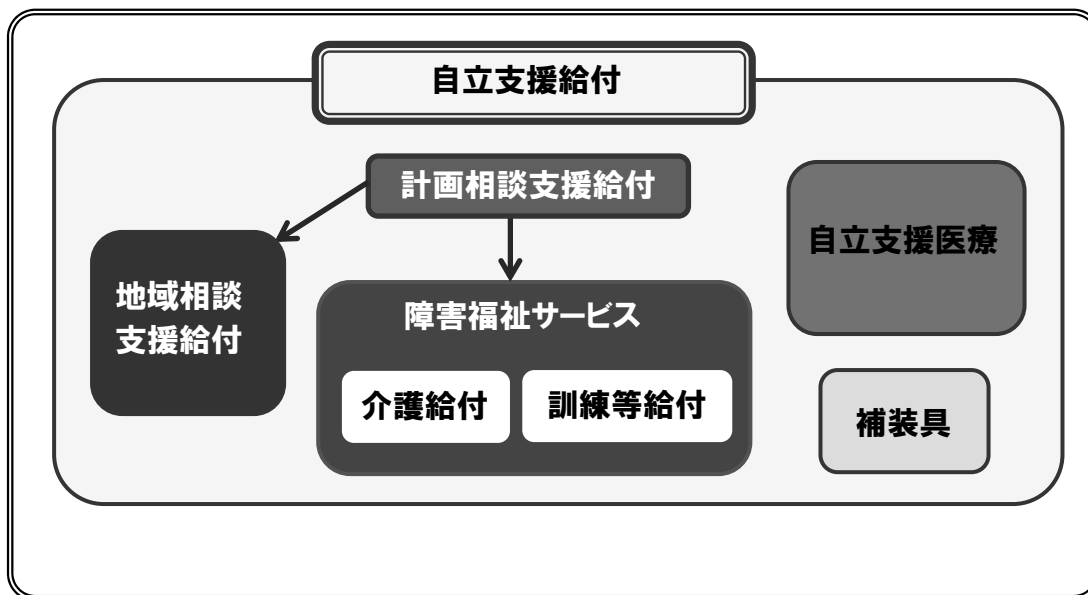
##### ① 退院後支援に関する計画の作成

- ・ 本人の同意を得た上で、必要な医療等の支援内容等を記載した退院後支援に関する計画を作成する
- ・ 計画の作成にあたっては、原則として入院中に会議を開催し、支援関係者等で計画の内容等を協議する。会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。

##### ② 退院後支援に関する計画に基づく退院後支援の実施

- ・ 支援関係者は、計画に沿った支援を提供するよう努める。
- ・ 支援対象者が必要な医療等の支援の利用を継続しなかった場合や、精神症状の悪化がみられた場合には、支援関係者が連携、協力して対応する。
- ・ 本人が居住地を移した場合には、本人の同意を得て、移転先保健所自治体に対して計画の内容等を通知することが適当。

## 5 障害者総合支援法による自立支援給付



- (1) **計画相談支援給付**：障害福祉サービス等を利用する際に、ケアマネジメント（利用者の希望に基づいたサービスの調整）をします。

サービス利用支援	障害福祉サービス等の申請に係る支給決定前に、サービス等利用計画案を作成し、支給決定後にサービス事業者等と連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画の作成を行う。
継続サービス利用支援	支給決定されたサービス等の利用状況の検証(モニタリング)を行い、サービス事業者等との連絡調整等を行う。

- (2) **地域相談支援給付**：病院や施設に長期入院等している障がい者の地域生活移行を促進するとともに、単身者や地域生活が不安定な人などに対し、24時間の相談支援体制や緊急対応等による地域定着を図ります。

地域移行支援	施設に入所または長期間精神科に入院している方等に、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、障害福祉サービス事業所等への同行支援などを行う。
地域定着支援	居宅において単身で生活している障がい者や、家族と同居しているが家族等による緊急時の支援が見込まれない障がい者を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

**(3) 介護給付**：主に日常生活上の介護の支援を希望するときに利用できるサービスです。

居宅介護 (ホームヘルプ)	自宅で入浴、排泄、食事の介護等を行う。
重度訪問介護	重度の肢体不自由者、知的障がい又は精神障がい等で常に介護を必要とする人を対象に、自宅での介護、外出時における移動支援などを総合的に行う。病院等への訪問も可。
行動援護	知的障がいや精神障がいにより常時介護を要する人が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な支援を行う。
重度障害者等包括支援	最重度知的障がい者や人工呼吸器を使用している身体障がい者に、居宅介護等の複数のサービスを包括的に行う。
短期入所 (ショートステイ)	家で介護を行う人が病気の場合等に、短期間施設へ入所し、入浴、排泄、食事の介護等を行う。
療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関や施設で機能訓練や療養上の管理・看護・日常生活上の世話等を行う。
生活介護	常に介護が必要な人に、昼間、施設で入浴、排泄、食事等の介護や創作的活動又は生産活動の機会を提供する。
施設入所支援	施設に入所している人に対して、夜間や休日、入浴、排泄、食事の介護等を行う。

※介護給付には上記以外に視覚障がい者のための「同行援護」があります。

**(4) 訓練等給付**：主に生活能力や就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行うサービスです。(基本的に18歳以上の者が対象。18歳未満の者については必要に応じて対応。)

自立訓練 (機能訓練、生活訓練、 宿泊型自立訓練)	自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう、一定期間、身体機能や生活能力向上のために必要な訓練等を行う。	
就労移行支援	就労を希望する人に一定期間、生産活動等の機会を提供して、就労に必要な知識や能力の向上を図るために必要な訓練を行う。	
就労継続支援	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う	
	A型 (雇成型)	雇用契約に基づく就労が可能と見込まれる障がい者が利用する。
	B型 (非雇成型)	就労等の機会を通じ、就労に必要な知識及び能力の向上・維持が期待される障がい者が利用する。
自立生活援助	施設入所支援や共同生活援助を利用していた人等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行う。	
就労定着支援	就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行う。	
共同生活援助 (グループホーム)	共同生活を行う住居で、夜間や休日、相談や日常生活上の援助を提供する。	

- (5) 自立支援医療（精神通院医療）：精神疾患（てんかん含む）で、通院による精神医療を続ける必要がある病状の方に、通院のための医療費の自己負担を軽減する制度です。

## 6 障害福祉サービス利用の流れ



### 【トピックス③ ヘルプマーク】

ヘルプマークとは、義足や人工関節を使用している方、身体障がい、精神障がい、知的障がい、発達障がい、内部障がいのある方、難病の方、妊娠初期の方などであって、外見からは分からなくても援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることで、援助を得やすくなるように作成したマークです。

ヘルプマークは、平成 24 年 10 月に東京都で作成、配布が始まり、その後全国の自治体で取組みが拡大しており、平成 29 年 7 月には、JIS 規格の案内用図記号にも採用されたところです。長野県では平成 30 年 7 月から、市町村役場障がい福祉担当課、県機関（県庁健康福祉部障がい者支援課、保健福祉事務所、精神保健福祉センター、総合リハビリテーションセンター）で配付しています。また、平成 31 年 4 月から県立病院での配付を開始しました。



長野県PRキャラクター  
「アルクマ」  
©長野県アルクマ

ヘルプマークを持つことで「援助や配慮を必要としていることを知らせる効果」と、それを見た方に「援助や配慮に気づいてもらう効果」があります。ヘルプマークを身に着けた方を見かけた場合は、電車・バス内で席をゆずる、困っているようであれば「何かお手伝いできることはありますか？」等、声をかける、災害時は安全に非難するための支援をするなど、思いやりのある行動をお願いします。



【ヘルプマーク】

※黒色部分は赤色です

## 第2章 関係機関と役割

### 1 主な相談機関

#### (1) 市町村

平成 18 年から、身体・知的・精神の障がい種別ごとの制度が、障がい者の自立支援を目的とした共通の制度体系となり、サービスの実施主体も住民に最も身近な市町村に一元化され、精神保健福祉施策の中心を担うようになりました。このことから、「保健・医療に関する相談」も「福祉サービスに関する相談」も、住民に身近な行政機関である市町村がまず対応することが必要になっています。

また、市町村へは障がい者の保健・医療・福祉に関する相談だけでなく、高齢者のこと、子どものこと、女性問題のこと、生活困窮のことなど多岐にわたって相談が寄せられます。このため各課内での連携はもちろんのこと、他課との連携を図っていくことが重要です。

#### (2) 保健福祉事務所

県の保健分野と福祉分野の密接な連携を図るため、保健所及び福祉事務所の機能を併せ持つ機関として県内 10 圏域に設置されています。

地域精神保健福祉業務の中核的な機関として、地域住民の心の健康づくり、精神障がい者の早期治療の促進、精神障がい者の社会復帰や自立・社会参加を援助するなどを目的とした保健所機能と、障がい者福祉や高齢者、母子父子寡婦、児童、生活保護等の福祉事務所機能が一体化し、保健と福祉の更なる連携を目指しています。

また、地域で生活する精神障がい者に対する支援は市町村が主体となり実施していきますが、専門性や広域性が必要な場合については保健福祉事務所が支援していくことが必要であり、圏域における支援体制の構築を進める上では中核的な役割を果たしていくことが求められます。

なお、保健福祉事務所は、精神障がい者の地域移行支援のため、障がい者総合支援センター等と協働して、精神障がい者地域生活支援協議会を開催することになっています。

#### (3) 障がい者総合支援センター

障がいのある方が地域で安心して生活が出来るよう相談支援体制の整備を図ることを目的に、障がい保健福祉圏域ごとに設置されており、市町村が実施する相談支援事業による相談員と、県が実施する就業・生活・療育など専門性の高い相談支援を行うコーディネーター等が配置されています。

面接・電話・訪問等による保健・福祉サービス利用の援助や調整、地域における生活全般や就業に関する相談支援、障がい児の療育支援等を行っています。

また、障がいのある方が地域で暮らしていくためには、その人が望む必要な支援を提供していくことが大切ですが、地域の福祉や保健・就労・教育など様々な分野の関係者が連携して支援することが必要で、このような支援体制を構築し展開するための中核的な役割を果たす協議の場として協議会（協議会については 27 ページ参照。）が設置されています。

圏域によっては、基幹相談支援センター（※）に位置付けられたセンターもあります。

（※）基幹相談支援センター：障害者総合支援法に定められている地域における障がい者の相談支援の中核的な役割を担う機関であり、総合的・専門的な相談支援の実施、地域の相談支援体制の強化の取組、地域移行・地域定着の促進の取組、権利擁護・虐待の防止等の業務を行うものとされている。

#### （４）障害者就業・生活支援センター

障害者雇用促進法に基づく機関で、障がい者の職業生活における自立を図るため、就業支援を専門に担当する就業支援ワーカーと地域生活を専門に担当する生活支援ワーカーを配置し、就業面及び生活面で一体的な支援を行っています。

就業面では、就職に向けた準備支援、就職活動の支援、職場定着に向けた支援、事業主に対する助言等を行い、生活面では日常生活・地域生活に関する助言、そして関係機関との連絡調整などを行います。

障がい者の就業を進める上で、就業支援担当者と生活支援担当者が協力し、雇用及び福祉の関係機関との連携の下、就業面だけでなくそれに伴う日常生活面も含めて一体的に支援することは、障がい者の地域生活の安定と福祉の向上を図る上で重要です。このような活動を進めていくことで雇用と福祉のネットワークの構築が図られます。

長野県では、多くが障がい者総合支援センターに併設されています。

#### （５）精神保健福祉センター

精神保健福祉法に基づき設置されている機関で、各都道府県、政令市にほぼ 1 か所ずつ設置されており、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機関です。

県民の精神的健康の保持増進、精神障がいの予防、適切な精神医療の推進、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進に向け、様々な事業や取り組みを行っています。

問題が複雑又は対応困難な相談を受けるほか、保健福祉事務所や市町村への技術指導援助、精神保健福祉業務に従事する職員への専門研修会の開催、県民に対しこころの健康の保持と向上を目的とした普及啓発、必要な調査研究、当事者・家族・ボランティア等の組織育成支援などの活動を行っています。

なお、長野県精神保健福祉センターには、自殺対策推進センター、ひきこもり支援センター、発達障がい者支援センターが併設されています。



## 2 精神科医療機関

入院施設を持ち、外来及び入院診療も行う病院（総合病院と単科の病院があります）と、通院で治療する診療所・クリニックがあります。

中には規則的な生活リズムを作る、対人関係を広げる、体力をつける、自信をつける等を目的に精神科デイケア（※）を実施したり、地域で生活している精神障がい者が、家庭や地域社会で安心して日常生活を送ることが出来るよう看護師等が定期的に訪問し、相談や必要な支援を行う訪問看護を実施している医療機関もあります。

精神障がい者が安定した地域生活を送るためには、医療と保健・福祉の連携が必要です。地域の保健・福祉関係機関はもちろんのこと、主治医や看護師、作業療法士等、機関内の他職種との連携も欠かせません。

精神保健福祉士（精神科ソーシャルワーカー）が医療機関にいる場合は、精神障がい者の地域生活の安定のために相談対応を行い、機関内の連携や医療と地域をつなぎ連携を図る要としての役割を担っています。

（※）精神科デイケア:精神科の通院医療の一形態で、様々なプログラムにより実施される。6時間が標準のデイケア、16時以降の4時間が標準のナイトケア、デイケアとナイトケアを組み合わせた10時間が標準のデイナイトケア、日中の3時間が標準のショートケアといった種類がある。また、重度認知症患者を対象として行われる認知症デイケアが行われている医療機関もある。

### 【トピックス④ 精神科リハビリテーション】

精神科リハビリテーションとは、狭い意味では精神疾患による生活障害に対して、作業療法やデイケア、生活訓練、作業訓練等のリハビリテーションを行うことをいいます。このようなリハビリテーションは医療機関、保健所、市町村、精神保健福祉センター、障害福祉サービス事業所等で行われています。

広い意味では、薬物療法等の治療的アプローチ、社会保障制度等を含む福祉的アプローチも精神科リハビリテーションに含まれ、さらに大きな意味では、リハビリテーションとはリカバリー（※1）をとらえることができます。

障がい軽減に向け訓練することも必要ですが、それとは別に健康な部分、できる部分を伸ばしたり支えたりすることも大切です。それには一人一人の回復の時期に応じて、必要な資源（人的、社会的資源）を活用しながら、焦らずコツコツ進むことが必要です。

こうした取組みの中で、障がい者施策の基本理念であるノーマライゼーション（※2）の実現に向けて、障がい者を社会に合わせようとするのではなく、誰もが当たり前のように生活していける社会にしていくことが大切です。

（※1）リカバリー：病気や障がいが出ても、人間としての尊厳を取り戻し、生きる力を回復すること。

（※2）ノーマライゼーション：障がい者を特別視せず、「障がいのある人もない人も、誰もが個人の尊厳を重んじられ、地域の中で同じように生活を送ることが出来る条件を整えるべきであり、共に生きる社会こそがノーマルである」という考え方、またそのような社会づくりを推進すること。

### 3 障害者総合支援法関係

#### (1) 指定相談支援事業所

障害者総合支援法上の相談支援は、「基本相談支援」「計画相談支援」「地域相談支援」に分類されます。「基本相談支援」は地域の障がい者等の福祉に関する問題について相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うことを指します。（「計画相談支援」と「地域相談支援」の内容は6ページ参照）。

市町村長が指定する指定特定相談支援事業所では、「基本相談支援」及び「計画相談支援」を行い、都道府県知事が指定する指定一般相談支援事業所では、「基本相談支援」及び「地域相談支援」を行います。

指定相談支援事業所には相談支援専門員が配置されており、利用者の生活全般に関わる相談や連絡調整、サービス等利用計画や地域移行・地域定着の支援計画作成などを行い、きめ細かいサービスの提供を担っています。

精神保健福祉法が改正されたことに伴い、精神科病院は退院支援のために必要な場合、医療保護入院者やその家族に、地域援助事業者を紹介することになりました。具体的には地域援助事業者として、指定相談支援事業所の相談支援専門員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員が考えられており、病院が主催する退院支援委員会への参加も含めた連携が期待されています。

#### (2) 障害福祉サービス事業所

障害福祉サービスの体系は、サービス機能に応じて分類されています。大きくは介護給付と訓練等給付に分けられ、それぞれに訪問系サービスや日中活動系サービス、居住系サービスがあります（種類ごとの内容は7ページ参照）。

地域の多様なニーズに対応するために、複数の事業を組み合わせで運営している多機能型の事業所もありますが、障がい者にとって身近で確実な形でのサービス提供が求められています。

事業所では、利用者の状況や希望をふまえて個別支援計画を策定し、目標の実現に向けたサービス提供を行うと同時に、他のサービス提供職員に対する技術指導及び助言を行い、人材育成の役割も担っています。

#### (3) 地域活動支援センター

市町村が実施主体となり、日中活動の場として、創作的活動や生産活動、社会との交流を促進する機会の提供を行い、地域の実情に応じた様々な相談援助を実施しており、規模に応じてⅠ～Ⅲ型に分類されます。

地域活動支援センターⅠ型では、医療・福祉及び地域の社会基盤との連携強化のための調整、地域住民ボランティア育成、障がいに対する理解促進を図るための普及啓発等の事業を行います。専門職員を配置し、生活上の相談に応じ、福祉サービスの情報提供、利用援助などを行う相談支援事業も併せて実施します。

地域活動支援センターⅡ型では、地域において雇用・就労が困難な在宅障がい者に対し、機能訓練、社会適応訓練、入浴等のサービスを実施します。

地域活動支援センターⅢ型では、地域の障がい者団体等が実施する小規模作業所等において、就労の機会、地域交流の場を提供し、社会参加の促進を支援します。

### 【トピックス⑤ アウトリーチとACT】

#### ●アウトリーチ (Outreach) とは

「手を差し伸べること」という意味の英語で、多くの場合「訪問支援」と訳されます。

自らが援助を求めない人や、サービスが必要な状況であってもサービスに結びつかず、自発的に申し出をしない人々に対して、公共機関などが積極的に働きかけて支援の実現を目指す活動です。

一般的に精神障がい者のアウトリーチ支援は、多職種による訪問支援を指します。

アウトリーチ支援には、往診や訪問看護、ACT等の医療型の訪問治療、保健師等による未治療・治療中断者等への訪問活動、地域定着支援、訪問型生活訓練、ホームヘルプ等の福祉型の訪問支援と、様々な種類のものがあります。

地域生活のために多様な支援が求められていますが、その中でも、「入院か通院か」という二者択一ではない中間的な形としての訪問支援は、自分から動きづらい方々の地域生活の継続と安定のために大きな役割を担っています。また生活の場への訪問では、医療的側面だけでなく日常生活面の支援も重要な要素であり、支援者も多職種でチームを組むことが望まれます。

なお国のモデル事業である精神障がい者アウトリーチ推進事業では、医療中断者等に対する多職種チームによる訪問支援が実施されています。長野県には導入されていませんが、今後の一般制度化が検討されています。

#### ●ACT (Assertive Community Treatment) とは

包括的地域生活支援プログラムと訳されており、従来であれば入院が必要とされていたような重度の精神障がいを抱える人が、入院という選択肢に限られることなく、地域で自分らしく生活できるように、多職種チームが訪問活動を中心として支援を提供する集中的・包括的なプログラムです。

プログラムの特徴としては、多職種からなるチームが、アウトリーチを中心としたサービスを24時間365日実施するなどの高密度の精神保健福祉サービスにあります。スタッフ1人当たりの担当する利用者を10人以下とし、再発防止、危機介入などの医療サービスに加え、住居支援、資源調整・開発、就労支援などのリハビリテーションや福祉サービスまで直接提供し、集中的・包括的に地域生活の支援を行っています。

我が国でも千葉県市川市国府台地区でのACT-Jの開始を先駆けとして、京都や岡山、愛媛、仙台など全国十数か所でACTチームが活動しています。

## 第3章 相談支援の方法と留意点

このガイドブックでは、主に相談の初期段階（インテーク）での相談対応者の役割と相談方法について解説しています。インテークとは、相談者の抱えている問題を把握し、適切なアセスメントにより支援の目標や方針を相談者と一緒に共有するまでの過程を言います。この場面で得た情報によって、相談を続けるのか、相談を受けた機関の利用サービスに結びつけるのか、他の機関へつなげるのかなど、問題解決のための方法を共に選択していきます。インテークは、相談者と対応者が相互の信頼関係を築き、問題を解決していくための第一歩であり、解決への方法を決定するという大きな役割を担っている重要な場面です。

### 1 相談対応者の基本姿勢

#### (1) 相手を尊重する

精神保健福祉に関する相談者は、精神疾患を持つ本人や家族はもちろん、病気でなくても精神面の悩みを持つ方など様々です。なかには、周囲の人達の言動に敏感で対人関係が苦手な方や、過去のつらい経験などで心を萎縮させ、臆病になってしまっている方もいます。

そうした相談者にとって相談することは大きな不安や緊張感を伴うもので、自分では解決できない問題を抱え苦しんだ末、ようやく勇気を出して助けを求めて来談されたと考えてよいでしょう。相談者が最初に出会う相談対応者の果たす役割はとても重要です。まずは、相談に来てくれたことを尊重し相手を受け入れる姿勢を示すこと、混乱し感情的になっている気持ちを和らげることから始めます。気持ちを充分受け止めた後に、具体的な相談内容の聴き取りに進んでいくこととなります。

初めての相談で得られた「相談してよかった、わかってもらった」という安心感は、その後の継続した支援を受け入れやすくし、地域のサービスや支援者への信頼にもつながります。孤立を防ぎ、相談者へ豊かな生活をもたらすことになるのです。

#### (2) 最初の来談者(ファーストクライアント)を相談者に位置づける

精神保健福祉に関する相談は身体に関する相談と違い、問題を抱えた本人より、家族や周囲の方から相談が持ち込まれることが多いという特徴があります。

また、相談者が最初から一番適した相談機関を訪れるとは限りません。他の用事で来た家族が、ついでに気になっていた精神保健福祉に関することについて確認してみようと相談を持ちかけることもあるでしょう。

相談者に対して「問題の原因である本人が来なければ相談にならない」という対応を

とってしまうと、相談者は孤立し解決の糸口を失い問題をさらに長引かせることとなります。相談者が問題を抱えた本人でない場合は、直接本人の問題解決を図ろうとするのではなく、まずは相談者の気持ちや不安を受け止め、相談者が取り組める対策を考えていきます。

### **(3) 個人情報の取り扱い**

平成 17 年（2005 年）に個人情報の保護を目的とした個人情報保護法が施行され、個人の権利や利益を保護する法制度が確立しました。一般市民の間でも「個人情報」への関心は高まっています。

精神保健福祉相談に対応し支援を行う相談対応者は、相談者や家族の特定につながる氏名や住所、問題となっている状況や精神疾患既往歴など、多くの情報を知り得る立場にあります。相談者は、相談することによって「このことが周りに知られるのではないか」という不安を持ちながら、相談対応者に打ち明けます。特に、市町村や障がい者総合支援センター等は、住民に身近な機関であるがために、「秘密が守られるだろうか」という不安が大きくなると思われれます。役所の他の部署にもつながっていてすぐに知られてしまうような印象を持つ方もいるかもしれません。

個人情報の保護や守秘義務については、普段から注意すべきことですが、充分配慮していることを相談者にも伝え、安心してもらえるよう努めましょう。また、所属内の他部署や他機関への連絡の際は原則本人や家族の了解を得るようにします。ただし、病状の急変や命の危機、虐待が疑われる場合など、緊急性がある場合は例外となりますので、上司に相談の上、速やかな対応が必要です。

### **(4) 共に考え、相談者の決定を支援する**

相談対応者の役割は、単に問題に対する「答え」を与えたり、情報提供したりすることではありません。相談者との信頼関係のもとに、方向性を整理し解決策を共に考え、相談者が決定していく過程を支援することです。相談に慣れてくると、同じような相談に対しては対応がワンパターンになったり、早く解決させたいあまりに一方的に押し付けるような対応をしてしまいがちですが、それで専門性を感じたり自己満足に浸ることはよくありません。相談者を依存させ、自ら解決していく力を奪うこととなります。相談者が自分なりのペースで気づき、変化していくのに寄り添うこと（エンパワメント）に意味があるのです。相談者に解決していく力があることを信じ（ストレングスの視点）、自己決定力を引き出すように心掛けましょう。また、相談者が納得しているか、理解できているか、常に確認しながら相談を進めることが大切です。

## **(5) 自分自身の価値観や感情を知る**

相談者の訴えに対して、相談対応者は自分の価値観や経験から、心のなかで“大した問題ではないじゃないか”とか、“これだけ言っても何でわからないのか”といった「比較や審判」をしてしまうことがあるかもしれません。また、相談対応者自身が悩みを抱えており、精神的に余裕がない中で相談に応じなければならない場合もあります。相談場面で相談対応者の価値観や感情が作用すると、無意識のうちに相談者に対する不適切な励ましや否定をすることにつながり、相談者を傷つけたり怒らせたりする可能性があります。相談対応者は、自分の価値観を知り、その時の自分の感情に気づくこと（自己覚知）で、先入観を捨て、ニュートラルな状態で相談者に向き合うことができます。

## **(6) 自分の立場・役割を認識する**

自分の所属する機関は、地域の中でどんな機能を果たし、どんな相談に対応できるのか、その中で自分の役割は何かを認識しておくことが重要です。目の前の困っている相談者を救いたい一心で、所属機関の専門性や職員の立場を超えて相談内容を聞きすぎて、役割以上の介入をすることは、問題を抱え込むことになり、相談者が本来必要としている専門機関へつながるのを遅らせることになります。相談者に巻き込まれることなく、また、その場で全てを解決しようとせず、自分の役割の範囲で対応し、必要な場合は次の支援者へつなぎましょう。

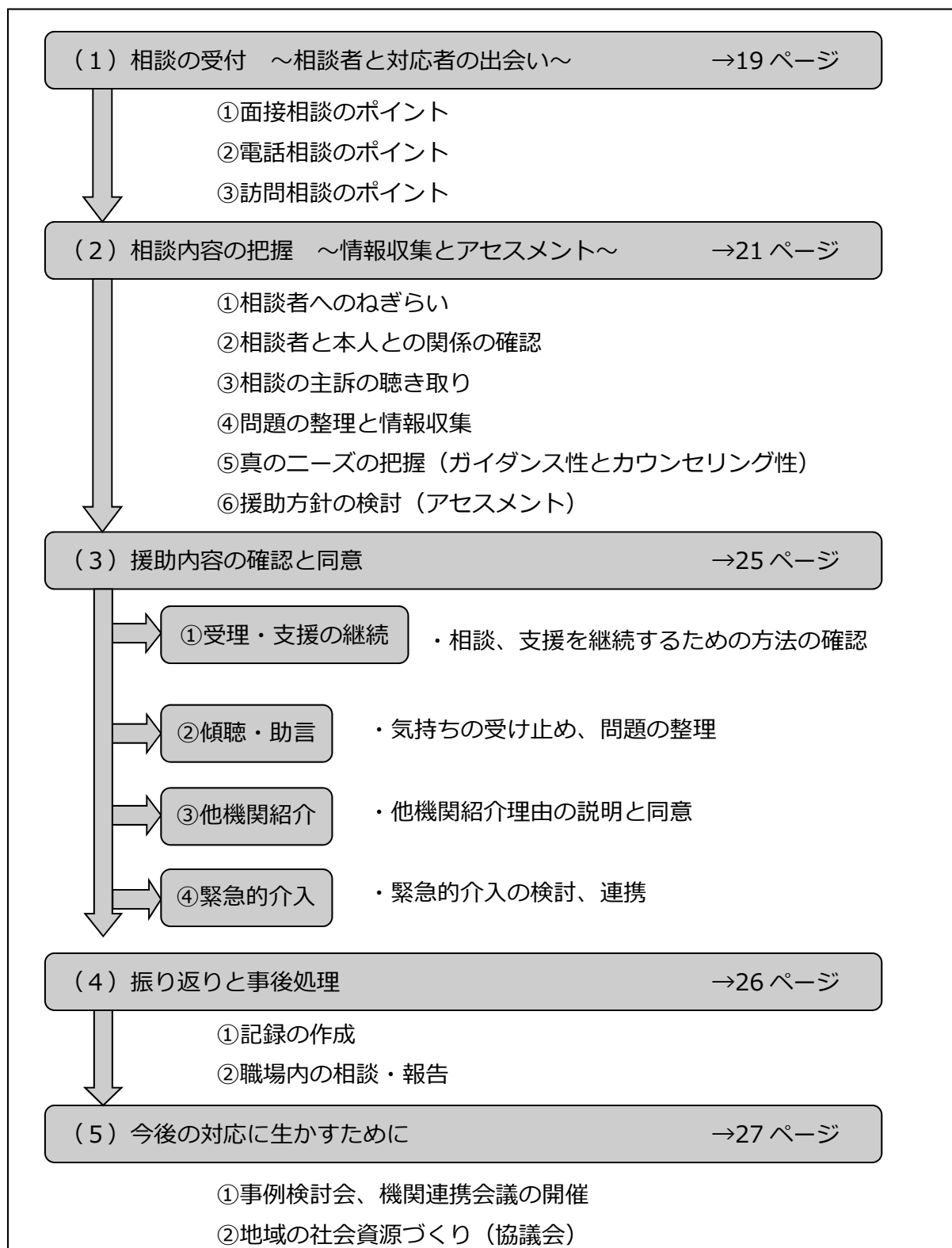
一方で、相談機関が機能や役割を厳密に限定してしまうことは、相談支援のすき間を作ることになり、問題解決につながりません。後で述べる「機関連携会議」等を通じて地域の相談機関を知り、地域の課題に応じて役割を重ね合わせながら対応することが望まれます。

## **(7) 地域の実態把握に努める**

相談を受け適切な援助をしていくためには、精神保健福祉に関する基本的な知識とともに、地域の実態を把握しておくことが必要です。日ごろから、地域資源の状況把握、精神保健福祉に関する他機関との連絡会、自助グループ・団体との連携に心がけること、また、年々見直される関係法令や施策に関心を持ち、情報収集していく必要があります。そうした情報は、随時相談に活用できるよう、所属機関の職員が共有できるような場所に保管し閲覧できるようにしておくといよいでしょう。

## 2 精神保健福祉相談の進め方

精神保健福祉に関する相談のおおまかな流れは、このようになります。  
ここでは主に、面接による相談の進め方について述べます。



## (1) 相談の受付 ～相談者と対応者の出会い～

### ①面接相談のポイント

相談者は、相談機関を初めて訪れる戸惑いや、どんな職員が対応するのかといった不安を持って来所します。心配していたことの解決方法がすぐに得られる、望むような対応をしてもらえると期待を持って来所されることもあります。対応する職員の初めの態度や言葉、雰囲気は、相談者に敏感に感じ取られ、その印象は相談機関の評価にもつながります。

初めて相談に来られた方には、まず「相談申込書」等を記入していただいてもよいでしょう。相談の趣旨を速やかに把握し、その相談に適した職員を選ぶために、また、他の来所者に相談内容を知られないためにも有効です。すみやかに丁寧に声をかけながら面接場所へ案内し、ねぎらいとともに対応者から自己紹介をします。

面接の環境づくりとして、受付窓口からスムーズに案内できる場所に、落ち着いて安心して話ができて、話し声が外に漏れないプライバシーが守られる部屋（専用スペース）の確保が望まれます。時計やカレンダー、筆記用具も必要です。また、相談室の入り口側に座る、内線電話や防犯ブザーを備えておくといったお互いの安全確保に配慮しておく必要もあります。面接の方法は固定のものせず、相談者の状況や目的、内容により、複数で対応する必要があるもの、個室の相談室使用が適当でないもの等、面接の形態を臨機応変に設定していく必要があります。

### ②電話相談のポイント

電話相談は、すぐに、どこからでもかけられる利便性があり、相談の導入として用いられやすいという特徴があります。また、相手が見えないので匿名性が守られ、相談者の心理的な抵抗感も少なくなり、相談者が恥ずかしいとか、不名誉なことと捉えている内容についても話しやすくなります。初期の相談関係が作られる機会となるため、対応者には大変重要な役割があるといえます。対面していないため、相談者を受け入れ傾聴し、表情や気持ちを推測しながら必要な情報を得ていくという電話相談ならではの難しさもあります。

相談者が匿名相談を希望する場合でも、支援を考える上ではある程度の情報が必要となりますので、情報を漏らすことはないと伝えた上で、最低限必要な年齢、性別、居住地等を聞く場合もあります。相談終了直前ですと、比較的抵抗なく話してくれる時もあります。

また、人には言えない心の内を語るうちに、相談者の感情が対応者に向けられることもあります。対応者の言葉をとらえて激しい感情をぶつけ攻撃してきたり、依存的に親密さを求めたりといった状況になると、電話での相談対応を続けることが難しくなりま



す。そのような場合には、一旦電話を切って、後で再度電話をいただくことにする等、少し時間を置くことも有効です。

対応者の名前、資格や経験年数、年齢といった個人的情報を尋ねられる場合もよくあります。答えられないものについては、「この電話ではお伝えしないことになっています」と規則を理由にきちんと断ります。性的な内容等、相談に不必要な露悪的な話題になった場合、つらさや生活障害については傾聴しても、体験の様子を細かに話したがる場合は、「この電話で相談されたいことは何でしょうか」と話題の転換を図りましょう。

電話相談では、面接相談よりも頻回に相づちを入れると、聴いてくれている、話しやすいという印象を与えます。相談者が悲しみや怒りなどを感情的に語るときには、同調に注意し、温かみのある落ち着いた語り方を心掛け、相手が落ち着くのを待つことが大切です。

相談の始まりは電話であっても、全てを1回の電話で解決しようとせず、必要に応じてじっくり話せるように来所相談を促します。

### ③訪問相談のポイント

訪問では、相手の生活を直接見聞きする中でニーズや課題をありのまま受け止めることができる機会になり、生活の状況や場に即した相談対応を行うことができます。また生活場面で話を聞くことは、互いに親近感を覚え、信頼関係を深める機会になります。反面、生活の場に直接かかわることになりますので、慎重で適切な判断も必要です。

訪問先としては住居だけではなく、働く場や病院などになることもあります。本人や家族に、訪問の目的をあらかじめ連絡し、訪問を受け入れるかどうかの意思を確認することが大切です。家庭への訪問は、プライベートな生活の場に何うことになりますので、生活を侵害しないような配慮をすることが重要です。訪問を受けたことを近隣に知られたくないという心情を考慮し、所属先のわかる車や制服を避ける工夫も必要です。

チームを組んで支援する場合には、本人を含めたチームの関係者と、訪問の目的の確認をすることが必要です。互いの援助内容については、ケア会議や話し合いをして検討し、情報を共有しながら支援の目標に向けて連携を深めていくことが重要です。

しかし、本人からは相談がなく、訪問の予告が十分にできない時もあります。本人が望んでいない状況での訪問は、本人にとっては強いストレスになります。この場合には、可能な範囲で訪問に至る経緯と目的を説明し、不安を軽減するような配慮が必要です。本人の反応に合わせて話を進めますが、初回の訪問で全てを解決しようとせず、次の相談に向けてタイミングを計り、再度の訪問等の相談継続を提案します。

本人と会えても応答があまり返ってこない場合もありますが、本人の様子を注意深く見守りながら、少しずつ、ゆっくと声を掛けるようにします。強い拒絶があった場合には、あまり無理をせず、早めに切り上げることも大切ですが、できるだけ「心配です

からまたお寄りします」等の声掛けをしてから帰ることが、次の訪問につながることもあります。

## **(2) 相談内容の把握 ～情報収集とアセスメント～**

### **① 相談者へのねぎらい**

相談者は、躊躇や葛藤の末、不安を持ちながら相談に訪れます。まずは、相談に来たことやこれまでの苦労をねぎらう言葉がけから始めます。

精神障がいを持つ方の中には、対人関係やコミュニケーションが苦手な方がいるため、対応者が事務的な対応をすると、本来の相談主旨をうまく伝えることができない場合もあります。相談主旨にかかわらず、「精神障がい者」というだけで、精神保健福祉窓口へまわされるといった状況もあるようです。目的の担当者へつなげる役割を果たすために、どの部署であっても相談者をいったんは受け入れ、丁寧に対応することが求められます。

### **② 相談者と本人との関係の確認**

相談者と問題を抱える対象者との関係も大切な聴き取りポイントとなります。対象者と離れた立場の相談者が、正確な状況がよく分からない中で心配して相談を持ち込んだ場合は、推測の範囲で対応することになり、有効とは言えません。相談者の不安を充分受け止め、支援は相談者ができる範囲に留めます。対象者に対する具体的な対応策については、対象者をよく知る身近な方から改めて相談していただく方がよい場合もあるでしょう。

### **③ 相談の主訴の聴き取り**

対応者は、初めは次々質問したりせず、あまり口を挟まずに傾聴する態度をとり、相談者が抱え悩んできたことを十分に話してもらうことが大切です。相談者によっては、どんなにつらく苦しかったかを、涙を流し、あるいは怒りをあらわに語る場合もあるでしょう。対応者に感情を吐き出し受け止めてもらえることで、ようやく今後について冷静に話し合うことができます。相談者が話しにくい様子であれば、「困っているのはどんなことですか」「そのことをもう少し聞かせてください」と尋ねながら、訴えをよく聴きます。傾聴しながら、相談者の表情や服装、動作、精神的な状態などを観察します。

対応者が相談者の話をメモすることについては、事前に説明し了解を得ておくといでしょう。また、相談者によっては、対応者の書きとめた言葉を見せながら、問題を整理し、確認することが有効となりますので、白紙を用意しておくといでしょう。

### **④ 問題の整理と情報収集**

問題解決への方向性を考えるために、訴えや状況を整理し確認していきます。不足する情報については、対応者から質問することになりますが、相談者が「なぜそんなこと

を聞くのか」と疑問を感じることもあります。質問する理由や答えられる範囲で構わないことを伝えるようにします。情報収集の目的は、原因を探るのではなく、これから役立つ材料を探すことです。

#### 〈問題の整理と情報収集のポイント〉

- 今回相談に来ることになったきっかけは何か
  - ・なぜ今相談に来ることになったのか、経過が長い場合には最近何か変化があったのかを聴き取ります。
- いつから誰にどのような問題が生じているのか
  - ・問題を抱えているのは誰で、日常生活にどの程度支障を来しているのかを把握します。問題の深刻さや広がり、取り組む優先順位を判断する材料になります。
- 本人の意向
  - ・相談者が本人以外の場合は、問題を抱えている本人の意志や希望はどうかを確認する必要があります。
- これまで誰がどのように対応し、その結果どうだったのか
  - ・問題に対して、相談者以外の家族はどう思いどう対応してきたのか、また、他に相談できたり支援したりしてくれる人（医療機関や相談機関）はいるのか把握します。効果があった対応、キーパーソンについても確認していきます。
- 緊急性はあるか
  - ・家庭内暴力や虐待、食事を取らない等の栄養不良、飲酒運転等の問題行動、希死念慮・自殺未遂、家族の疲労困憊等の緊急性の要素について把握します。それが精神疾患の症状悪化によるものであるのかを確認します。
- 相談者は今後どうしていきたいと思っているのか
  - ・相談者は悩む中でも自分なりの解決方法を考えていることがあるため、まず尋ねてみることも大切です。また、自ら問題解決に動く気持ちがあるのか、自らは関わらず、支援機関に何とかしてほしいと期待しているのか、相談者の姿勢も観察します。

インタビュー面接の段階では、精神科への受診歴や入院歴、診断名、処方内容、また、家族全員の年齢や経済的状況等については、必ずしも詳細まで聴き取れない（聴き取る必要のない）場合もあります。情報収集は、支援の方向を共有するために、当面必要な経過と背景を知ることが目的なので、質問することに集中しすぎないようにします。

#### ⑤真のニーズの把握（ガイダンス性とカウンセリング性）

精神保健福祉相談には、ガイダンス性とカウンセリング性の大きく2つの要素があり

ます。情報や問題が整理されてくると、対応者はいくつかの具体的解決策が思い浮かび、助言や指摘をしたくなります。しかし、問題の原因や解決策だけに視点がいくことのないように、相談者の心情をくみ取ることが大切です。

ガイダンス性の相談とは、問題となっていることを整理し、解決のための具体的な方向付けを行う相談です。情報収集とアセスメントの後、内容によって、福祉的支援、医療的支援等の各種専門窓口へのつなぎをし、単純に情報提供で済むものもあります。

一方カウンセリング性の相談は、相談者の置かれている状況を理解し、心理的サポートを主とする相談です。過去のつらい体験に基づく憤りや悲しみの感情や、育ちの中での親子関係の問題等、解決の難しいことについての訴えは、明らかな答えを求める相談ではなく、「誰かに聞いて欲しかった」「こんな自分でも大丈夫という自信を得たかった」という傾聴・受容が真のニーズであることもあります。相談者の感情に焦点をあて、「それは大変でしたね」「よく頑張りましたね」と共感を示しながら気持ちの整理に寄り添うことで、相談者が厳しい現実を受け入れていく力となる場合もあります。

ここで気をつけたいのは、訴えの背景にある“真のニーズ”に気づくことです。たとえば、「障害年金を受けたい」という一見明確な主訴で相談に訪れた精神障がいを持つ当事者に対して、障がい福祉窓口で資格要件や必要書類等の手続きについて説明するのはガイダンス的な相談であり間違った対応ではありませんが、「早く自立しなければと焦る」「家族に迷惑をかけていると引け目を感じてつらい」等の気持ちから、本人なりに「障害年金を受ける」という解決策を試みようとしたのであれば、真のニーズは「今のつらい気持ちを受け止めて欲しい」ことであり、ガイダンスの前にまずカウンセリング性の相談が求められることになるのです。

## ⑥援助方針の検討（アセスメント）

必要な情報収集と真のニーズが把握できたら、問題の性質、深刻さ、緊急性、経済状態、現在ある支援体制などを考慮し、相談者にどのような支援が必要か、対応者がどう支援できるか、どこにつなげるかを判断します。また、その場で一人だけで全て解決しようとせず、相談の途中であっても、必要があれば上司等他の職員に判断や助言を求めするために中座し、他の職員の同席を依頼する等、柔軟な対応も必要です。

対応者が一方的に結論を出し、相談者に代わって動くのではなく、支援方針を相談者に説明し、相談者にどうするかを考えて決めてもらうことが大切です。

否定的な情報が集まりやすく、課題解決のため努力する中では、対応者は批判的になりがちですが、リフレーミング（可能性を拡げる視点変更）をして見方を変えれば、困難と思える状況の中に、ストレングスを発見できることもあります。「ストレングス・アセスメントシート」を活用して検討を進めていくことも効果的です。

## ストレングス・アセスメントシート

利用者の名前： \_\_\_\_\_

担当者の名前： \_\_\_\_\_

現在の状況 今利用できるストレングスは？	希望・願望 個人の希望することは？	資源：個人的、社会的 (過去に利用したストレングスも含む)
<b>日常生活状況 (日課、行動範囲など)</b>		
<b>経済 (収入、年金など)</b>		
<b>職業／教育 (就労、通学、通所を含む)</b>		
<b>社会的支援 (サポートネットワーク、支援的人間関係)</b>		
<b>健康 (受診など医療を含む)</b>		
<b>余暇 (レジャー、趣味など)</b>		
<b>精神性／文化 (生きがい、大事にしていること)</b>		

希望・願望の優先順位は何ですか？

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

「University of Kansas, School of Social Welfare, 2008」を一部改変

### (3) 援助内容の確認と同意

#### ① 受理・支援の継続

相談者の主訴やニーズについて対応者が支援可能と判断したら、そのまま支援を継続します。情報提供や手続きの説明に加え、具体的な支援を行うためのケアマネジメントを行うこともあるでしょう。定期的に相談する場合や、訪問しての相談などに移ることもあります。いずれも相談者と支援方針を確認しながら進めることが大切です。

#### ② 傾聴・助言

対応者が気持ちを受け止め傾聴し、一緒に問題を整理するといったカウンセリング的対応によって、相談者が楽になり、現実を受け入れていこうという気力が出る場合があります。相談者が置かれている状況を整理するなかで、方向性が確認でき、具体的な支援や助言を行わなくても相談目的が達成されることもあります。

精神疾患に関する相談の中には、すでに支援機関につながり対応について助言を受けている家族であっても、気持ちが揺れたり不安が高まるなどして、身近な相談窓口にSOSを求めてくることもよくあります。そのような場合は新たな対応を助言するよりも、これまでの家族の苦労をねぎらい、家族の対応のよい部分を強化することで、つながりのある支援機関とあらためて関係を続けることができる場合もあります。

#### ③ 他機関紹介

相談を受け付けた機関の役割の範疇では対応できない支援や緊急性を要する問題については、適切な機関につなげます。

他機関を紹介する場合は、「せっかく来たのにここでは受け付けてもらえなかった」「たらい回しにされた」という“見捨てられ感”や不安を抱かせないことに注意します。どんな理由でここではこれ以上相談が受けられないのか、なぜ別の相談機関へつなげる必要があるのかをよく説明し、同意を得ます。

紹介先の利用方法や交通案内、混雑具合などは、安心して相談できるための情報となります。日ごろ連携が取れている機関であれば、具体的な担当者の名前を伝えると、さらに相談しやすくなるでしょう。相談者が自分で動くことができる場合は、情報提供に留めますが、必要に応じて、相談者の了解を得た上で、こちらから事前に連絡を入れておいたり、同行したりすることも検討します。

制度やサービス利用等、紹介先で判断・決定することについては、見通しなどの安易な説明はすべきではありません。また、紹介先の機能や制度などについて確信が得られない場合は、紹介先に問い合わせ確認してから相談者に紹介します。

#### ④緊急的介入

緊急性の要素があれば、緊急的介入を検討します。警察や消防（救急車）への通報、保健福祉事務所（保健所）への相談が必要です。問題が長引いている家族では、家庭内で抱え対処してきた経過があり、緊急性のある事態であってもすぐに行動を起こせない場合もあります。緊急事態は、家族で解決できないものであり家族だけで抱えなくてよいこと、「すぐに〇〇へ相談してください」「危険なときは〇〇へ逃げ、いったん離れてください」等と具体的・指示的に伝えます。場合によっては、対応者から危機介入する機関へ直接状況を伝えることも提案します。

精神疾患の病状悪化による幻覚・妄想と思われる症状から、自分を傷つけたり他人に危害を加えたりするおそれ（※自傷他害のおそれ）がある場合は、保健福祉事務所（保健所）と早めに連絡をとり、医療の必要性について相談していくことが必要です。ただし、強制的な入院（措置入院）となるか、通院となるか等は医師の判断によるものですので、対応者が安易に「入院させることができます」等と言わないよう注意します。

### （４）振り返りと事後処理

#### ①記録の作成

実際の相談対応場面の他に、記録は相談者への援助を行う上で、その援助の質を高め、保障するために作成する重要なものです。また、行政機関が作成する記録は原則公文書となるので、情報開示を前提とした記述をしていくことも必要になります。

そのため、相談者の情報は客観的に記述し、どのような援助が展開されたかについても記述されなければなりません。1回の面接について、情報の収集、その情報を基にしたアセスメント、アセスメントを基にした援助の方向性、面接場面での助言など援助の視点から記録する必要があるでしょう。このような記録を書くことを意識することによって、目的をもった面接が実践できます。

記録作成上の注意としては、相談者の訴えのみを記載するのではなく、助言等の援助内容と、それに対する相談者の反応についても記述しておく必要があります。また、事実の部分と、対応者の考えや印象、アセスメントの部分を明確に区別して書く必要があります。対応者が判断した根拠となる事実が説明されていることは不可欠であり、特に否定的な印象の場合は、記述の仕方に充分注意を払います。記述者以外の職員が記録を読んでも状況がわかるようにしておくことが大切です。

#### ②職場内の相談・報告

相談を受けた内容や対応について、職場内では相談や報告等の処理が行われますが、対応者が一人で抱えることのないよう、記録の回覧、相談受理会議等、事後処理のシステムとして対応を振り返り、スキルアップできる体制づくりが望まれます。

## (5) 今後の対応に生かすために

### ①事例検討会、機関連携会議の開催

連携とは、「顔の見える」「横のつながりのある」関係であり、この関係性がスムーズであると、一緒に対応を考えていくことができます。また、連携には主に、個別事例を通して作られる連携と事業（会議等）を通して作られる連携があります。

事例検討会は、地域の相談機関が集まり、各々の視点で専門性を生かして統一した対応を取るために必要な検討の場となります。対応に困ったり、悩んだり、行き詰まりを感じるがあれば、形式にこだわらずに集まり、振り返ることが大切です。

機関連携会議は、定期的集まることで、地域の中での問題や個々の担当者が抱えている問題の解決に生かす機会となります。実務者同士が問題を共有でき、学習会や広域的な事業調整などへの発展が期待できます。既存の会議などが形式化し機能していない場合には、方向性などを適宜再確認していく必要があります。

### ②地域の社会資源づくり（協議会）

一つ一つの相談に対して、「なぜこういった相談があったのか」と振り返ってみると、ニーズに合った地域のサービスが少ない等の地域の課題が見えてきます。個別の相談を地域づくりに生かしていくことが相談機関には求められます。障がい者の地域生活を支援するためには、地域の課題や情報を関係機関が共有し、共通の目的に向けて具体的に協働することが必要であり、その中核をなす地域の協議会（※）が重要となります。

協議会は、関係機関が把握した様々な課題を集約し、共通認識のもとで協議し、協働して支援していく場となります。このような、障がいのある方が普通に暮らせる地域づくりに向けた活動を活性化し、地域における社会的障壁を除去し、「障がいの有無によって分け隔てられることのない共生社会」の実現を目指すことが期待されています。

（※）協議会：地域における市町村や障がい福祉、医療、教育、雇用等の関係機関や団体、障がい者等及びその家族により構成され、障がい者への支援体制に関する課題について情報を共有し、連携を図るとともに、地域の実情に応じた支援体制の整備について協議を行う場。障害者総合支援法では、地方公共団体は協議会を置くよう努めなければならない、とされている。



## 【トピックス⑥ 自助グループ】

自助グループは、同じ悩みや問題、課題を共有する者が集まり、メンバー間の相互作用を通じて、課題の解決を図ることを目的とした自発的な組織です。家族が共通して抱える悩みや困難などを共に克服するための自助活動を行う家族会も、自助グループの一つです。自助グループには様々なものがあります。

- <アルコール依存> 断酒会 : アルコール依存症者が実名で参加。家族も一部参加可。  
A A : アルコール依存症者本人が匿名で参加。  
アラノン : アルコール依存症者の家族等が匿名で参加。
- <ギャンブル等依存> G A : ギャンブル等依存症者本人が匿名で参加。  
ギヤマノン : ギャンブル等依存症者の家族等が匿名で参加。
- <薬物依存> N A : 薬物依存症者本人が匿名で参加。  
ナラノン : 薬物依存症者の家族等が匿名で参加。

自助グループでは、メンバーが定期的に集まり分かち合いを行うほか、メンバーが病院等に向いて同じ課題をもつ人に対して直接自身の経験を話したり、オープンスピーカーズミーティングといった名称でメンバーが体験を語る会を一般にも公開して開催したりしています。

## 【トピックス⑦ ひきこもり支援】

- ひきこもりの定義（厚生労働省、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」2010より）
  - ・学校への登校、アルバイトや仕事といった外との交流を避け、原則的には6ヵ月以上にならないうちで家庭にとどまり続けている状態のことをいいます。他者と直接的な交流はもたない外出（買い物・ドライブ）は可能なこともあります。
- ひきこもりサポーター
  - ・厚生労働省は、『ひきこもり対策推進事業』として、平成25年度から「ひきこもりサポーター養成研修・派遣事業」への取り組みを推奨しています。「サポーターの派遣を通じて、ひきこもり支援の基盤を構築し、ひきこもりの状態にある本人の状況を踏まえた早期支援、自立支援を図ること（「ひきこもり対策推進事業実施要領」より）」を目的に、主にサポーターの養成事業を都道府県が実施し、サポーターの派遣事業を市町村が担うことになっています。長野県では、市町村から依頼を受けて精神保健福祉センターが養成研修を実施しています。
- 長野県ひきこもり支援センター（平成22年に精神保健福祉センター内に設置）
  - ・相談内容によって、医療・教育・労働・福祉などの適切な関係機関へつなげます。遠方の場合は身近な相談窓口をご紹介します。また、職場や学校での人との関わりといった社会的な活動の機会が少ない青年を対象にして、仲間とのグループ活動を実施しています。
  - ・関係機関との連携を強化するため、情報交換を行う会議や技術研修を行います。
  - ・ホームページやリーフレットの作成などを通じて、ひきこもり問題に関する情報を発信し、普及啓発を行っています。

## 第4章 主な精神障がい（疾患）と支援

ここでは相談支援の対象となることの多い精神障がい（疾患）について説明します。

### 1 統合失調症

統合失調症は、10代から30代くらいまでの比較的若い年代で発症しやすい病気です。脳（神経）の働きが活発になりすぎ、脳の様々な働きをまとめることが難しくなる状態から起こっていると考えられ、約100人に1人の割合で発症するとされています。

#### 【症状】

統合失調症には、陽性症状と陰性症状があります。

陽性症状の典型は「幻覚」と「妄想」で、幻覚の中でも幻聴が多くみられます。幻覚や妄想の内容は、本人が大切に考えていること、劣等感を抱いていることなど、もともとは本人の気持ちや考えに由来することが多いようです。また幻覚や妄想の多くは、本人にとっては真実のこととして体験され、不安で恐ろしい気分を引き起こします。無視したり、ほうっておいたりすることができず、いやおうなくその世界に引きずりこまれるように感じ、場合によっては、幻聴や妄想に従った行動に走ってしまう場合もあります。本人には現実であるように感じられるので、「本当の声ではない」「正しい考えではない」と説明されてもなかなか信じられません。多くの場合、本人自身がふだんの調子とは異なること、神経が過敏になっていることは自覚できますが、病気が原因とはなかなか気づくことができません（病識の障害）。

陽性症状が少し落ち着くと陰性症状が出てきます。陰性症状には、会話や行動のまとまりが障害されたり、意欲の低下、感情表現が少なくなる等があり、日常・社会生活で適切な会話や行動や作業ができにくくなる（生活の障害）という特徴があります。

会話や行動のまとまりの障害は、日常生活で、話のピントがずれる、話題が飛ぶ、相手の話のポイントや考えがつかめない、作業のミスが多い、行動の能率が悪い、などの形で認められます。

物事を行うために必要な意欲の障害は、仕事や勉強をしようとする意欲が出ずにゴロゴロばかりしてしまう（無為）、部屋が乱雑でも整理整頓する気になれない、入浴や洗面などの身の清潔にも構わない、という症状として認められます。さらにより基本的な意欲の障害として、他人と交流を持とうとする意欲、会話をしようとする意欲が乏しくなり、無口で閉じこもった生活となる場合もあります（自閉）。

感情の障害としては、感情の動きが少ない、物事に適切な感情がわきにくい、感情を適切に表せずに表情が乏しく硬い、それなのに不安や緊張が強く慣れにくい等の自分の感情についての症状が現れます。それだけでなく、他人の感情や表情についての理解も苦手になり、相手の気持ちに気づけなかったり、誤解したりすることが増えます。こう

した感情の障害のために、対人関係において自分を理解してもらったり、相手と気持ちの交流を持ったりすることが苦手となります。

陰性症状は、周囲から「社会性がない」「常識がない」「気配りに欠ける」「怠けている」などと誤解されるもととなることがあります。

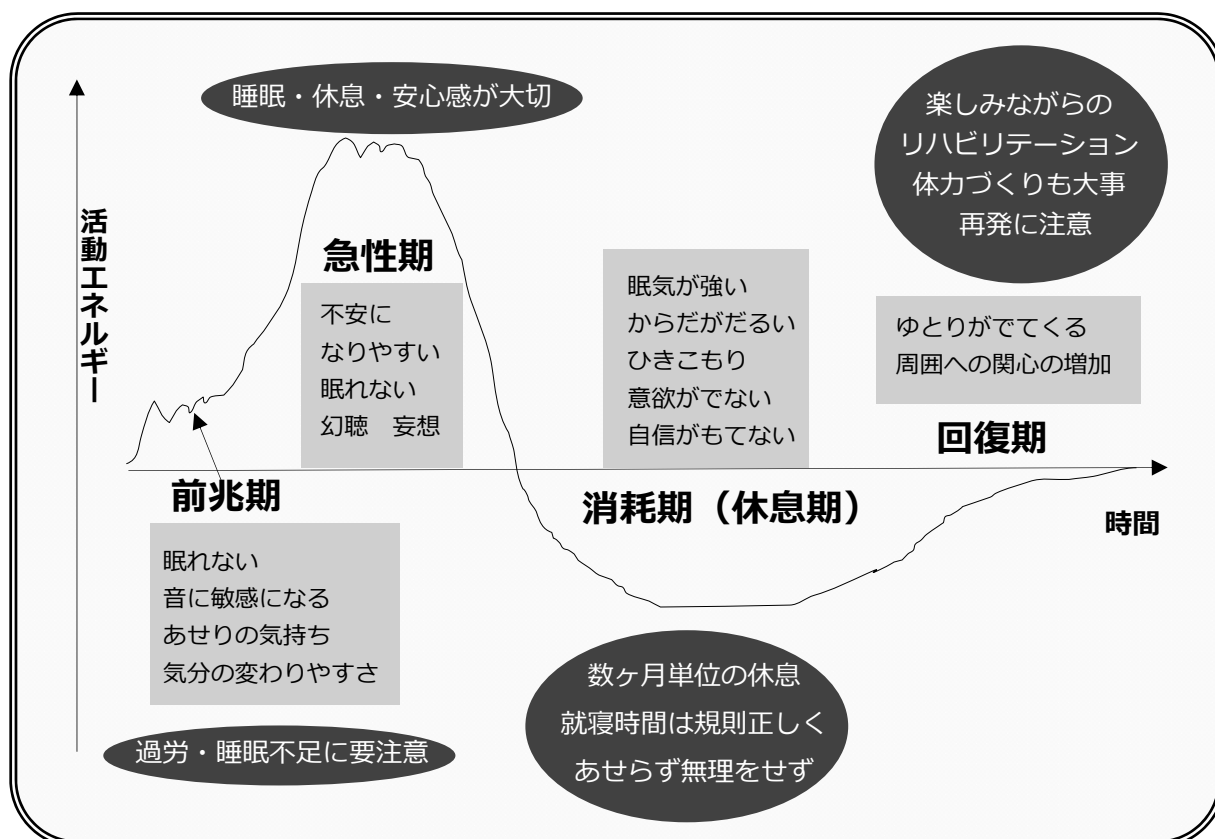
## 【治療】

新しい薬の開発と心理社会的ケアの進歩により、初発患者のほぼ半数は、完全かつ長期的な回復を期待できるようになりました（WHO 2001）。入院治療する場合も、入院期間は短くなっていますし、以前と比較して外来で治療できることが増えてきました。

治療は、外来・入院いずれの場合でも、薬物療法と心理社会的な治療を組み合わせで行います。心理社会的な治療とは、精神療法やリハビリテーションなどを指します。

病気の経過には個人差があり、それぞれにペースは違います。治療によって急性期の激しい症状が治まると、その後は徐々に回復し、長期安定にいたるとというのが一般的な経過です。高齢になると若い時に比べ症状の激しさが無くなり、全体的に穏やかになる傾向もあります。

### 統合失調症の一般的経過



(鈴木丈編著、伊藤順一郎著「S S Tと心理教育」1997より一部改変)

経過には個別性があり、思春期に発症し、幻覚や妄想があまり目立たず、比較的最初の頃から陰性症状が目立つタイプや、突然の興奮や昏迷、激しい緊張状態で発症し、周期的に経過するタイプ、30歳前後に発症し、陰性症状は少なく、幻覚や妄想のみの症状が目立つタイプなど様々です。

統合失調症の治療に用いられる薬物は抗精神病薬と呼ばれますが、陽性症状の改善、不安・不眠・興奮・衝動性の軽減、陰性症状の改善といった作用があります。また精神症状への効果だけでなく、再発を予防する効果もあります。状況に合わせて服薬ができるように薬の形も工夫され、錠剤や液体タイプ、水なしで飲めるタイプ、2～4週間に1回の注射で効果が得られるデポ剤（持効性注射剤）など、選択の幅が広がっています。個人差はあるものの、症状が現れてから薬物治療を開始するまでの未治療期間が短いほど回復も早いと言われていています。また、再発によって回復はペースダウンし、再発を繰り返していると、症状が重症化します。生活習慣病と同じように、症状が出ないように必要な薬を続けながら、気長に病気を管理していくことが大切です。

精神療法では、医師等との面接により、症状の確認や日常生活や療養についてのアドバイスなどが行われます。薬の副作用についても、気になる症状があれば相談できます。デイケアなどでは、グループを組んでの集団精神療法も行われています。

リハビリテーションでは、社会生活機能のレベル低下を防ぎ、生活のしづらさを少しずつ改善していきます。ストレスに対してもろい面があるので、日常生活における対処法を習得することも必要となります。リハビリテーションに用いられる方法は様々で、病気や治療に関する知識を身につけて対処法を学ぶ心理教育や、ロールプレイ等を通じて社会生活や対人関係のスキルを回復する訓練を行う生活技能訓練(SST)、園芸、料理、木工などの軽作業を通じて生活機能の回復を目指す作業療法などがあります。

回復へ向かう時、一部には障がいとして何らかの特徴が残る人もいます。例えば、以下のようなことが残りやすいと言われます。

<障がいとして残りやすい症状>

- 自発性・自主性が低下している  
人に言われたことをするほうが得意で、自発的にとくと難しくなります。
- 一度に多くの問題に対応するのが困難になる  
一度にするより、順序立ててするほうが得意です。
- 音に敏感、気配に敏感  
車の音、人の声などがうるさく、いらだつこともあります。
- 「楽しい感覚」の減少  
心から笑うことができたときは、とても気持ちがいいときです。
- 意欲を持続させるのが難しい  
時間を決めて休むくせをつけるとよいようです。

(鈴木文編著、伊藤順一郎著「SSTと心理教育」1997より引用)

## 【対応】

### ①当事者支援

現場で接する具体的な障がいとその支援方法は、一人一人異なります。統合失調症は、良くなる可能性を大きく秘めています。良くなったり、悪くなったりもする上に、再発のリスクを抱えています。新しいことや環境に慣れることが苦手で、変化を負担に感じることも多くあります。

対応のポイントとして、妄想や幻聴を否定しないということがあります。話に同調する必要はありませんが、つらいのかうるさいのか怖いのかを聞いて共感の姿勢を示し、対処と一緒に考えます。混乱している場合には、穏やかな声でゆっくりと、本人にわかりやすい言葉で問いかけることが効果的です。

待たせない配慮も必要です。「後で」とか「もう少し待って」という対応をすることは、相手にされていないという思いや不安を生み出します。すぐに話を聞くか、それが難しい場合は理由を説明し、「〇〇まで待っていてください。」と期限を明確にして伝えることも大切です。小さいことでも本人の良い面を見つけ、それを認めていることを言葉で表現することも必要です。

支援者が心掛けることは、病気と付き合いながら生活している一人一人にしっかり向き合い、「何に困っているのか」「どのようにつらいのか」について時間を掛けてじっくりと耳を傾け、具体的な対応策と一緒に考えることです。本人の調子の良い時に、どのような状況になると悪くなり、どのような状況の場合には良いのか一緒に記録してみることで、解決策が見つかることもあります。また、調子が悪くなった時の対策を事前に立てておくことも、不安の軽減に役立ちます。

### ②家族支援

病気になったのは家族の責任ではありませんが、家族が病気やそのつらさを理解して治療に協力し、本人に家族は味方であるという安心感を与え、回復を促す接し方をすることは大切です。

家族の対応のポイントとして、急性期には話のつじつまが合わなくても耳を傾ける、幻覚や妄想を否定せず不安な気持ちに共感する、静かで刺激の少ない環境を作ること等があります。消耗期には、充電期間と捉えてしっかり休ませ、無理をさせずそっと見守ること、回復期には少しずつ頼みごとをしてできたら感謝し、焦らずに応援します。

本人に対する否定や非難、批判をしたり、オロオロと過剰に心配して巻き込まれすぎたり等の感情表出が高い(High EE) 家族では、再発の危険が高くなることが知られています。家族関係のストレスを再発の引き金としないためにも、家族教育を含めた家族のサポートや支援は非常に重要です。家族自身がつらい気持ちとなり、耐えられない気持ちになることもあります。こうした場合には、同じような境遇の他の家族とつらさを語り合い、分かち合うことのできる家族会への参加を勧めることも必要です。

## 2 気分（感情）障害

### （1）うつ病

#### 【症状】

日本では、100人に3～7人という割合でうつ病を経験した人がいるという調査があります。精神的ストレスや身体的ストレスが重なるなど、様々な理由から脳の機能障害が起きている状態です。不眠、食欲不振、気分の落ち込み、何をしても楽しめないという憂うつな気分や気が重いなどの抑うつ状態がほぼ一日中あり長期間続くのは、うつ病の可能性にあります。また、これまでに躁状態や軽躁状態を経験したことがある場合はうつ病でなく双極性障害が考えられますのでそういう経験がなかったかの確認も必要です。

#### 【治療】

典型的なうつ病ならば薬物療法の効果が期待できます。性格や環境の影響が強い場合は精神療法的アプローチや時には環境の整備が必要になります。ほかの病気や薬が原因の場合は病気の治療や薬を変えることを考えなくてはなりません。休職についても、休養が必要な場合とむしろ仕事を続けた方がいい場合もあってこの点でも方針は一つではありません。うつ病とひとくくりに考えて治療を受けるのではなく、うつ病にはいろいろあって、治療法も一つではないことを知っておくことが大切です。

#### 【対応】

うつ病はかかりやすさに個人差があります。発症や再発に関連する要因として、対人関係におけるストレスや長時間労働による過労や睡眠不足、異動や転勤、昇進、職務内容の変化などが知られています。それらがきっかけとなることを個人および周囲の人が自覚するとともに、早め早めに対策を講じることが重要です。例えば異動や転勤、昇進、職務内容の変化があった人に対しては、新しい職場や仕事に慣れるまでの間、職場全体でサポートを行い、困ったことやわからないことが生じたときの相談体制を明確にするなどの対策が有効です。

職場におけるうつ病の兆候として、遅刻や欠勤が増える、仕事が滞る、口数が少なくなる、表情や顔色が冴えない、様々な身体不調を訴える、食事量の減少、自分を卑下する言動がみられる、自殺をほのめかすなどがあります。そのような兆候が認められた場合は、まずは本人の話を十分に聞く必要があります。その上でうつ状態が疑われる場合は、早期に医療機関の受診や相談機関への相談を勧めることが重要です。

うつ病と診断がついた場合は、主治医の指示に従い、周囲の人ができる協力を行う必要があります。うつ状態では、むやみに激励することは本人の自責感や絶望感を強めるために禁物です。また自責感などに関連して職場では退職の希望が出されることがありますが、病気が治るまで結論を先延ばしにする必要があります。早期に結論を出すと病気が良くなってから後悔することが少なくありません。

## (2) 双極性障害（躁うつ病）

### 【症状】

双極性障害では、ハイテンションで活動的な躁状態と、憂うつで無気力なうつ状態をくりかえします。躁状態になると、眠らなくても活発に活動する、自分が偉大な人間だと感じられる、買い物やギャンブルなどで散財するという行動がみられます。

また、不機嫌で、刺激に対して反応しやすく、怒りやすくなることがあります。躁状態ではとても気分がよいので、本人には自覚しにくいことが特徴となります。

### 【治療】

双極性障害の治療には薬による治療と精神療法的アプローチがあります。薬物療法を基本に治療法を組み立てていきます。

症状が多様な双極性障害は、特に薬の使い分けが難しいため、処方されたとおりに薬を飲むことが大切です。また、双極性障害のうつ状態に対して使う薬は、うつ病の時に使う薬とは違い、うつ病に効く薬は双極性障害のうつ状態には効きません。

薬物療法と併用しての精神療法は治療を順調に進めるうえで役立ちます。双極性障害の精神療法は、本人が自分の病気を知り、それを受け入れ、自ら病気をコントロールすることを援助するものです。精神療法によって自分の再発の兆候にすぐに気づいて、対応できるようになれば、再発時に早期に治療を始めることもできます。

### 【対応】

双極性障害は再発することが多い疾患であり、多くの人は症状がない時期でも再発予防を目的とした、定期的な通院時間の確保や服薬の継続が必要です。

また再発には生活リズムの乱れや対人ストレスなどが影響することが知られており、過重労働や不規則な生活を避け、人間関係に配慮する必要があります。うつ状態で再発した場合は、うつ病に準じた対応をします。躁状態で再発した場合は、その徴候をいち早くキャッチし、早めの薬物調整や生活指導を行うことが重症化を防ぐ最も有効な手立てとなります。しかし、躁状態の初期においては、本人は快調と感じて自らの病状変化に気づかないことも多く、周囲の人がいち早くその変化をキャッチすることもあります。いつもと違った快活さや誇大的な言辞、尊大な態度、会話量や活動量の増加などに気づいた場合は、まずは信頼関係のある人がプライバシーに配慮しながら本人の話を十分に聞いた上で、こちらの心配を率直に伝え、早めの受診や相談機関への相談を勧める必要があります。

### 3 認知症

#### 【認知症とは】

認知症とは、成人になってからおこる認知機能の障害で、このために普通の日常生活が困難になる状態です。認知機能とは、わかりやすく言うと物事を判断する能力を言います。認知症は高齢者に多く、認知症高齢者は年々増加し、65歳以上の高齢者の約1割が何らかの認知症の状態となっています。

認知症の原因となる病気は約70種類あると言われていています。わが国で多いのは、アルツハイマー型認知症と血管性認知症です。近年、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの診断も増えています。

#### ①アルツハイマー病

認知症の原因のなかで最も多い病気です。健康な人の脳と比べると、脳が小さく萎縮し、特に「海馬」という記憶を司る部位が委縮するのが特徴です。初期には、少し前の記憶がなくなるという症状が現われ、進行すると時間や日付などの記憶が曖昧になり、日常生活に支障をきたします。さらに進行すると今いる場所がわからなくなって近所を徘徊するなどの症状が起こり、高度になると身近な家族も誰だかわからなくなります。最終的には、自分で食事ができなくなり、寝たきりに至ります。

#### ②脳血管性認知症

脳梗塞や脳出血などの脳血管障害（脳卒中）が原因となって起こる認知症です。脳が障害を受けた部分によって記憶や言語が障害されるなど、身体面と精神面に症状が現われます。症状の現れ方は様々で、「意欲が低下する」「怒りっぽい」「もの忘れをする」「歩行が小刻みになる」「ろれつが回らない」「物が飲み込みにくい」などです。

#### ③レビー小体型認知症

「大脳皮質」の神経細胞に「 $\alpha$ -シヌクレイン」というたんぱくがたまり「レビー小体」という物質が形成されます。このレビー小体が増え、大脳皮質などの神経細胞が傷つくことで認知症の症状が現われると言われていています。もの忘れも起こりますが、意識がはっきりしているにもかかわらず、非常に具体的な「幻視」が現われるのが特徴です。その他、「動作が遅くなる」「歩行障害」などの症状もあります。

#### ④前頭側頭型認知症

脳の前頭葉や側頭葉に萎縮がみられる病気です。初期には記憶が比較的保たれていますが、身なりや周囲のことに対して無関心となり、毎日同じ時間に散歩に行く、同じものばかり食べるなど同じことを繰り返し行う「常同行動」がみられます。また、言葉の意味が分からなくなり、物の名前が出てこない、文字の読み違いといった症状が目立つ人もあります。



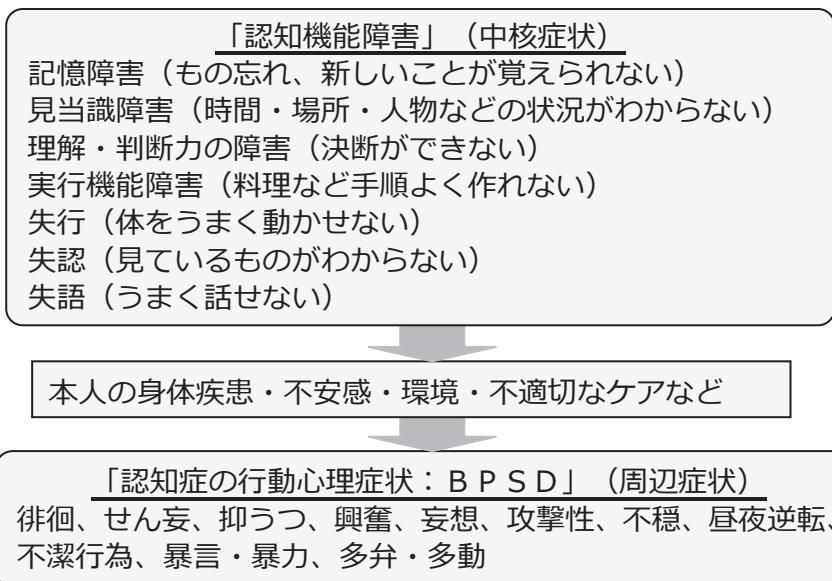
## ⑤若年性認知症

認知症は加齢とともに発症するリスクが高くなりますが、高齢者でなくても発症することがあり、64歳以下で発症した認知症を若年性認知症と言います。全国の若年性認知症の数は約37,800人（平成21年3月厚生労働省発表）で、原因となる疾患は、血管性認知症、アルツハイマー病、頭部外傷後遺症などがあります。働き盛りの世代にも起こり、病気のために仕事に支障が出たり、失職して経済的に困難な状況に陥ったりすることになります。また、子どもが成人していない場合には親の病気が与える心理的影響が大きく、教育、就職、結婚などの人生設計が変わることにもなりかねません。さらに本人や配偶者の親の介護が重なることもあり、介護の負担が大きくなります。介護が配偶者に限られて、介護者も仕事が十分にできにくくなり、身体的にも精神的にもまた経済的にも大きな負担を強いられることになります。

### 【症状】

「もの忘れ」「見当識障害（時間や場所の見当がつかなくなること）」「判断力の障害」などは、認知症の基本的な症状（中核症状）と言われます。しかしこの他にも「徘徊」や「攻撃的行動」「不潔行為」「妄想」などの様々な症状（周辺症状）が起こることがあります。これらの行動は、以前にはケアを困難にさせる行動という意味から「問題行動」や「行動障害」と呼ばれてきました。しかし最近では、これらの行動が、基本的な症状に身体的・心理的・社会的影響などが加わって起こるものであると理解されるようになってきました。そのため、近年専門家の間では、これらの一連の行動や症状を「認知症の行動心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（BPSD）」と呼ぶようになってきました。

#### 《認知症の認知機能障害と認知症の行動心理症状（BPSD）》



特にBPSDは介護の上でも大きな問題となりますが、環境の調整、対応の工夫、適切な薬物治療などで改善する可能性が十分にあります。基本的に最も大切なことは、認知症の本人の気持ちを理解しようとすることで、異常と思える行動も本人にとっては理由があるということを理解してください。

## 【治療】

認知症の原因や症状によって、周囲の人の対応や治療内容が異なってくるので、認知症はどうせ治らない病気だから医療機関に行っても仕方ないと決めつけず、早期受診、早期診断、早期治療は非常に重要です。特に正常圧水頭症や、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫などの場合、脳外科的な処置で劇的に良くなる場合もあります。甲状腺ホルモンの異常の場合は、内科的な治療で良くなります。薬の不適切な使用が原因で認知症のような症状が出た場合は、薬をやめるか調整すれば回復します。ところが、こうした状態のまま長期間放置すると、脳の細胞が死んだり、恒久的な機能不全に陥って回復が不可能になったりします。一日も早く受診することが重要です。また、アルツハイマー病では、薬で進行を遅らせることができ、早く使い始めると健康な時間を長くすることができるなどの早期受診のメリットもあります。

その他に、高齢者の場合は体調を崩したときに認知症のような症状が現れたり、老人性のうつ病が認知症と間違えられたりする場合がありますので、認知症と安易に決めつけず、医師の診断を受けることが大切です。

認知症に対する治療はいろいろとありますが、大きく分けると「薬物治療」「身体治療（認知症の症状が現れる身体疾患やその他の身体疾患に対する治療）」「非薬物治療（環境整備、ケア、音楽療法・回想法等の心理療法等）」の3つです。これらの治療を症状、状態に合わせて適切に組み合わせることが重要です。

残念ながら、アルツハイマー病などには、完全に治す薬はまだありません。しかし、早期に診断して服用を開始すれば、症状の進行を遅らせることができる薬はあります。

## 【対応】

病気の進行に合わせて介護保険サービスなどを利用して適切にケアできれば、認知症の進行を抑制できる可能性が高まります。

しかし、「近所に迷惑をかけてはいけない」「認知症の本人のプライドを考えると…」などの配慮から家族で問題を抱え込んでしまうことがあります。そして、精一杯介護をしている家族ほど、思いどおりにいかない介護にいらだち、認知症の本人にあたったり、また、自分自身を責めたり、認知症の進行や見えない先行きに強い不安を感じる時があります。そのような状況でさらに「がんばって」と激励することが、かえって家族を追い詰めてしまうことがあります。介護保険などのサービスや制度を上手に利用して息抜きすることや、家族会などを紹介して同じ悩みを抱える者同士で話をするなどで気持ちにゆとりをもってもらうことも大切です。

## 《認知症介護の基本的な考え方》

### ① 尊厳を守る

病気になる前の本人の生活を尊重し、何も出来ないからと子ども扱いをしない。

### ② できることは本人に

役割を果たせることは、本人の自尊心を高め、いきいきとした生活を保ちます。

### ③ B P S Dの根本原因を考える

認知症の方が様々な症状を示されるのには、必ずそれなりの理由があります。

- 心理的な要素⇒不安、寂しさ、怒り
- 周囲の働きかけの問題⇒いきなり介助のため体に触れた、大きな声で呼んだ
- 体の不調⇒便秘、脱水、空腹、痛み、かゆみ、発熱
- 薬の影響
- 環境⇒騒々しい、馴染みがない、臭い
- 以前の習慣⇒会社に出勤、畑仕事

## 【トピックス⑧ ICD】

ICDは、国際疾病分類の略称です。死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関（WHO）によって公表された分類です。改訂が続けられており、現在の最新版は1990年に採択された第10版で、ICD-10として知られています。

精神医学の領域においてICDは、アメリカ合衆国精神医学会の定めた『精神障害の診断と統計の手引き』（DSM）と並び、代表的な診断基準の一つとして使用されます。ICD-10では、分類はアルファベットと数字によるコードで示されており、統計や診断書に記載されることも多くなっています。

高次脳機能障害（※1）や知的障がいを含めた多くの精神疾患は「精神及び行動の障害」としてF00からF99までのコードに分類されていますが、てんかん（※2）は「神経系の疾患」としてG40に分類されています。

なお、ICD-11の内容が2018年6月に発表されました。ICD-11は2019年の世界保健総会に提出され、2022年に発行される見込みです。

（※1）高次脳機能障害：脳に損傷や衝撃が加わり、運動機能や思考、言語、記憶などの精神機能が低下したものの。脳出血や脳梗塞などの脳血管障害、交通事故などによる脳外傷、脳腫瘍などの後遺症として現れることが多い。

（※2）てんかん：突然意識を失って反応がなくなるなどの「てんかん発作」をくりかえし起こす病気。脳腫瘍や頭部外傷後遺症などの明らかな原因がある場合は「症候性てんかん」、原因不明の場合は「特発性てんかん」と呼ばれる。

## 4 依存症

### 【症状】

依存症とは、本人の意志の問題ではなく、アルコール、薬物、ギャンブル等への欲求を抑えきれずにどうしても用いたいという強い気持ちにおそわれ、一度やり始めるとコントロールができなくなる病気です。その行為を繰り返さないと満足できない状態となり、自らの力では止めることができなくなった結果、心身に障がいが生じたり家庭生活や社会生活に悪影響が及んだりした場合は、依存症になっているといえます。家族や周囲の人を巻き込みながら徐々に進行し、自分自身にも周囲にも大きなダメージをもたらします。

依存症の特徴として①強い欲求がある ②量や時間を自らコントロールできない ③それを止めると不快な症状が現れる ④効果を得るためにだんだん量や回数が増えていく ⑤それに代わる楽しみや趣味を無視するようになる ⑥有害な結果が生じているにもかかわらず続ける等があげられます。

### 【治療】

治療の原則は、アルコール、薬物、ギャンブル等を完全に断つことにつきます。

実際の治療は①自分が依存症になっているという事実を認識し、治療への動機づけを形成する ②依存対象物（行為）を断ち、それに伴い生じる不安や不眠、イライラ感などの離脱症状に対して「抗不安薬」や「抗精神病薬」を使用するなど医療的な対応を行う ③断酒・断薬・断ギャンブルを継続するために同じ悩みを持つ人たちが集まる「自助グループ」へ参加する、という段階で進められます。

断酒・断薬・断ギャンブルを継続することは決して容易なことではなく、多くの人が再使用に至るのも事実です。しかし、ある期間断酒・断薬・断ギャンブルを続けると、その後も継続できる確率は高くなります。

### 【対応】

アルコール依存症は、早期に治療を始めればそれだけ治療効果が上がりやすい病気ですが、「否認の病」ともいわれるように、本人は病気を認めたがらない傾向にあります。ほとんどの場合、嫌がる本人を家族など周囲の人が説得して、治療へとつなげています。家族をはじめ周囲の人のサポートがとても大切です。

薬物及びギャンブル等依存症では、薬物やギャンブル等を断ち、再び使用しない、行わないためにすべきことは、それまで薬物使用やギャンブル等を行っていた時に関係していた状況（人間関係、場所、お金、感情、ストレスなど）を整理・清算し、薬物使用やギャンブル等を行わない生活を持続させることです。これらを一人で実行し続けることは困難を併うので、持続させるためには、認知行動療法を取り入れた治療プログラムで体系的に習得させてくれる医療施設・相談機関に通い続けるか、NA、GAなどの自助グループに参加し続け、同時に新しい仲間をつくるのが大切です。

## 5 摂食障害

### 【症状】

摂食障害には食事をほとんどとらなくなってしまう拒食症、極端に大量に食べてしまう過食症があります。拒食症では、体重が極端に減る、やせて生理がこなくなるといった症状があります。過食症は、むちゃ食いしては吐く、食べすぎたことを後悔し、憂うつになるなどの症状がみられます。拒食症は10代で発症する人が多く、過食症は20代に多い傾向があります。両タイプとも90%が女性です。拒食と過食は正反対の症状に見えますが、拒食から過食へ、過食から拒食へと変わることもよくあります。

摂食障害は、ダイエットの失敗というような単純なものではなく、放っておくと心も体も病み疲れて、死に至ることもあります。とくに拒食症の場合、標準体重の60%以下にやせが進むと、低栄養による腎不全や低血糖、電解質異常による不整脈、結核などの感染症など、重い合併症を起こしやすくなります。また、両タイプとも、アルコールや薬物への依存や抑うつ、怒りっぽい、人格障害などの精神疾患を合併しやすく、万引きや性的に奔放になる、自傷行為や自殺を図るなど衝動的な行動が多くなります。

### 【治療】

治療は、体重に対するこだわりや間違った自己評価等を正常にするための精神療法(心理療法)を中心に、心身の回復を目指して薬による治療や栄養指導などが必要に応じて行なわれます。10代の場合は特に両親をはじめとする家族との関係が病気に影響していることも多いので、家族に対しても本人との接し方や家庭環境に関するカウンセリングが必要になります。体重減少が極端な場合や家庭環境が治療に適していないような場合は入院治療も行われます。

### 【対応】

摂食障害は、病気治療に適切に取り組めば必ず回復しうるものですが、本人はなかなか治療の必要性に納得してくれません。そのため、治療へのモチベーションを高める工夫が常に求められます。

心身の状態を回復させるために、食事や身体に関することでは、規則的な食事の確立や正常な空腹感、満腹感の獲得が基本になります。

また摂食障害の心理的特徴として、否定的な自己評価あるいは低い自尊心があるといわれており、病気を治すうえで、日常生活の背景にあるいろいろなストレスを上手に解決する力をつけること(ストレス・コーピング)が重要なポイントです。

対人関係でも、自己主張したり、他人にものを断ったりすることが下手な場合が多く、過剰適応をしがちですので、“悲しい”といった体験や“怒り”の体験に気づき、それをいかにスムーズに表現できるようになるかも大切です。

## 6 神経症

神経症とは、精神的な葛藤や日常生活上の様々なストレスなどの心の重圧により、精神的あるいは身体的症状が引き起こされたものをいいます。神経症の症状は不安や恐怖など我々が日頃経験するものの延長線上にあり、幻覚や妄想などの重篤な症状が出現することはありません。

一般的に、統合失調症や気分障害などと比べて軽症であることが多く、症状により職業生活に支障が生じることはあっても、仕事の責任感や関心を失うことはありません。また通常は、自己の状態が病的であるとの自覚もあります。

### 【症状と治療】

#### ①解離性障害

解離性障害は、自分が自分であるという感覚が失われている状態です。「解離性健忘(心理的傷つきをもたらす体験に関連して、一定期間の出来事を思い出せない)」「解離性遁走(苦痛な体験から逃れるため行方不明となり、我に返った時にその期間のことを覚えていない)」「解離性運動障害(身体的異常が無いにもかかわらず、立てなくなったり声が出なくなったりする)」などがあります。

治療の基本は、安心できる治療環境を整えること、家族など周囲の人の理解、主治医との信頼関係です。症状の多くは、ある程度の時間を経れば自然に解消されるか、別の症状へ移行するのが一般的です。

解離性障害に有効な薬はないといわれており、症状を悪化させる要因となっている併存症に対する薬が処方されます。

#### ②強迫性障害

強迫性障害は、自分でもつまらないことだと分かっているにもかかわらず、ある考えが繰り返し思い浮かび(強迫観念)、その考えを取り除くための行為を繰り返す(強迫行為)のが症状の特徴です。代表的な「強迫観念」と「強迫行為」に、「不潔恐怖」(不潔な気がして電車やエスカレーターの手すりをつかめないなど)と「手洗い強迫」(長時間何度も繰り返し手を洗う)があります。そのため、日常生活にも影響が出てきます。

強迫性障害の治療には、認知行動療法と薬による治療を組み合わせるのが効果的だとされています。本人が強迫観念による不安に立ち向かい、やらずにはいられなかった強迫行為をしないで我慢するというのが認知行動療法の1つです。こうした課題を続けていくと、強い不安が弱くなっていき、やがて強迫行為をしなくても大丈夫になっていきます。

多くの人は、強迫症状や抑うつ、強い不安感があるので、まず抗うつ薬で状態を安定させてから、認知行動療法に入るのが一般的です。うつ病よりも高用量で、長期間の服薬が必要です。

### ③適応障害

適応障害は、ある生活の変化や出来事その人にとって重大で、普段の生活が送れないほど抑うつ気分、不安、怒り、焦りや緊張などの情緒面の症状があり、それが明らかに正常の範囲を逸脱している状態といえます。ストレスとなる状況や出来事がはっきりしているので、その原因から離れると、症状は次第に改善します。

治療の1つは、ストレス因の除去になります。ストレス因に対して本人はどのように受け止めているかを考えていくと、その人の受け止め方にパターンがあることが多くみられます。このパターンに対してアプローチして本人の適応力を高めていくことが認知行動療法です。

さらに情緒面や行動面での症状に対しては、薬物療法という方法もあり、不安や不眠、うつ状態に対して抗うつ薬を使うことがあります。ただし薬物療法は根本的な治療ではなく、対症療法になるため、環境調整やカウンセリングが重要になります。

### ④パニック障害

パニック障害は、特別な状況によらずに予知することのできない苦しさや動悸、胸痛、吐き気、発汗などの「パニック発作」が急激に起こり、そのために死などの強い恐怖心に襲われるものです。発作は通常数分でピークに達し、長くても1時間以内で治まります。発作がまた起きるのではないかと不安になり、外出が困難になることもあります。

パニック発作を繰り返すうちに、発作のない時もまた発作が起きるのではないかとか、今度こそ死んでしまうのではないかと、というように次の発作を恐れるようになります。これを「予期不安」と言います。

また、そこに行くとか発作が起きそうな気がするとか、恥をかくのではないかと思える苦手な場所ができて、その場所や状況を避けるようになります。これを「広場恐怖」と言います。

パニック障害の治療には、薬による治療と精神療法的アプローチがあります。

薬物による治療の目的には、パニック発作を起こさないようにすることが第一目標で、次いで予期不安や広場恐怖もできるだけ軽減させることも目標になります。

パニック障害は薬物療法が効果を発揮しやすい疾患です。一般に、最初に使われる薬は抗うつ薬と抗不安薬です。医師が定めたとおりの量と回数を守って服用し、薬の服用や治療全般に不安や疑問がある場合は、必ず医師に相談して解決することが大切です。また、薬物治療に加えて精神療法の併用が重要です。特に、認知行動療法は、薬物治療と同じくらい治療効果があることが認められています。薬が効き始めて発作が起こらなくなってきたら、苦手だった外出などに少しずつ挑戦することも治療の一環になります。ただ無理は禁物なので、医師やカウンセラーと相談しながら進めていきます。

## ⑤ PTSD（心的外傷後ストレス障害）

PTSDは、自然災害や激しい事故への遭遇、犯罪の犠牲になるなど、強烈なショック体験、強い精神的ストレスが心のダメージとなって、通常数週から数カ月を経過してから、主として心理面に種々の症状が現れるものです。

症状として、出来事に関する不快な記憶が繰り返し蘇る、感情が鈍くなり物事を楽しめなくなる、他人との間に壁ができたような孤立感を覚える、愛情や幸福感などを感じなくなる、出来事について考えたり話したりすることを極力避ける、不眠・不安・抑うつが現れるなどがあります。

心の傷の回復を助けることと、苦しい症状を軽減することが治療の基本です。

心理的アプローチとして、トラウマとなった場面をあえてイメージしたり、これまで避けていた記憶を呼び起こすきっかけにあえて身を置くようにする治療法があります。

この治療は、必ず専門の知識と経験のある治療者のもとで行う必要があります。

他にも、考え方やこだわりを見直して別の視点で物事を考えるように導く認知療法や、PTSDの人が数名で自分の悩みを語るグループ療法など、様々な方法があります。

また、眠れない、不安が強い、うつ状態などの症状には薬による治療も行います。抗うつ薬や抗不安薬、気分安定薬などの薬を症状にあわせて使います。

### 【対応】

神経症では、本人の苦痛や生活適応の問題が生じますが、「統合失調症」や「気分障害」にみられるような社会機能や職業機能の低下をきたすことは稀です。そのため症状を抱えつつも、それなりに社会生活や職業生活を営んでいる人も多く、福祉施策や就労支援の対象となることが少ない疾患といえます。

しかしながら症状出現に伴い、職場の対人関係や職務の遂行に支障が生じる場合もあるため、職場や周囲の人が疾患や症状の特徴を理解したうえで適切に対応することが、本人の安心感にもつながり、結果として職場適応も助けることとなります。

一例を挙げれば、パニック発作が生じた場合、本人の呈する症状が激しくても比較的短時間で治まることが予想されるため、周囲が大騒ぎをせずに休養室などに誘導して休ませることが適切な対応といえます。職場において問題となる症状があるときは、本人と職場の間で症状出現時の対応について話し合いをもつことが望まれます。また職場の産業保健スタッフに、疾患の理解や対応の仕方について助言を求めることも望まれます。

神経症の発症には、職場の対人関係や役割葛藤などの職場の問題が関係する場合があるため、本人の悩みを傾聴し、職場に由来する問題があれば、可能な職場調整を行うことも有効です。



## 7 パーソナリティ障害

### 【症状】

パーソナリティ障害は、社会生活や職業生活に支障が生じるほどにパーソナリティが著しく偏り、大多数の人とは違う反応や行動をすることで本人が苦しんだり、周りが困ったりする場合に用いられる診断名です。人口の1～2%程度に存在すると言われています。

パーソナリティ障害の特徴としては、遅くとも思春期か成人期早期からその徴候が認められ、長期間持続し、認知（ものの捉え方や考え方）や感情、衝動コントロール、対人関係といった広い範囲のパーソナリティ機能の偏りから、家庭や職場など様々な場面で障害（問題）が生じることなどを挙げることができます。

その特徴により様々なタイプがあり、妄想性パーソナリティ障害（裏切りを恐れて人を信じず、猜疑心のために人と敵対しやすいタイプ）、境界性パーソナリティ障害（人に見捨てられる不安を抱き、気分や対人関係が不安定で衝動行為が目立つタイプ）、反社会性パーソナリティ障害（反社会的行動を繰り返し、他者に対して冷酷で良心の呵責が欠如したタイプ）、回避性パーソナリティ障害（失敗や他者の拒絶による傷つきを極度に恐れ、社会参加に消極的になるタイプ）などがあります。

### 【治療】

本人が困らない限り治療につながる例は少ないですが、パーソナリティ障害には薬物依存やうつ病など他の精神疾患を引き起こす性質があり、実際に医療機関を受診するのは、他の精神障がいと合併しているケースがほとんどです。

医療機関を受診するケースが最も多いのは、若い女性に多くみられる境界性パーソナリティ障害ですが、しばしば自殺未遂や自傷行為があるので、救急医療機関につながるケースも少なくありません。

治療では、支持的精神療法、認知行動療法、精神分析的な精神療法などの精神療法（カウンセリング）、薬物療法が行われます。

### 【対応】

治療を進めるためには、比較的長期にわたって本人と治療スタッフとが協力して問題を認識し、対策を検討する努力を続けることが欠かせません。ここでは、どんなことが問題になっているのかということや、その対策について一緒に検討する作業が重要です。

なお、パーソナリティ障害のある人と接すると、過度の同情や反感などの感情が生じやすく、その感情に基づいて接近しすぎたり、反対に敬遠して冷たい態度をとったりということが往々にして起こります。一定の対人的距離を保ちつつ、感情に流されることなく常識的に淡々と接していく姿勢が必要です。また複数で関わる場合には、共通した対応をとることも重要なポイントです。

## 8 発達障害

### 【症状】

生まれつきの脳の機能の偏りのために、幼児のうちから様々な症状が現れる障がいの総称で、主なものは次の3つのタイプです。症状が重なっていたり、知的障がいを伴ったりすることがあります。また、医療機関や、年齢により診断名が変わってくることもあります。

生まれつきとはいえ、症状が目立たなかったり、受診の機会がなかったりして、大人になって初めて発達障害と分かる方もいます。障がいが分からなかったり、周囲からの理解が得られず、中には本人の努力不足のためだと誤解を受けることや、叱られることが多くて、自信を無くしたり、思春期以降にうつ症状、不安症状を合併する人もいます。

#### ①自閉症スペクトラム障害（ASD）

広汎性発達障害とほぼ同じ群を示します。これには、自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害が含まれます。対人関係がうまく取れないこと、コミュニケーションの障害、興味や行動の偏り（こだわり）などの3つの特徴が現れます。

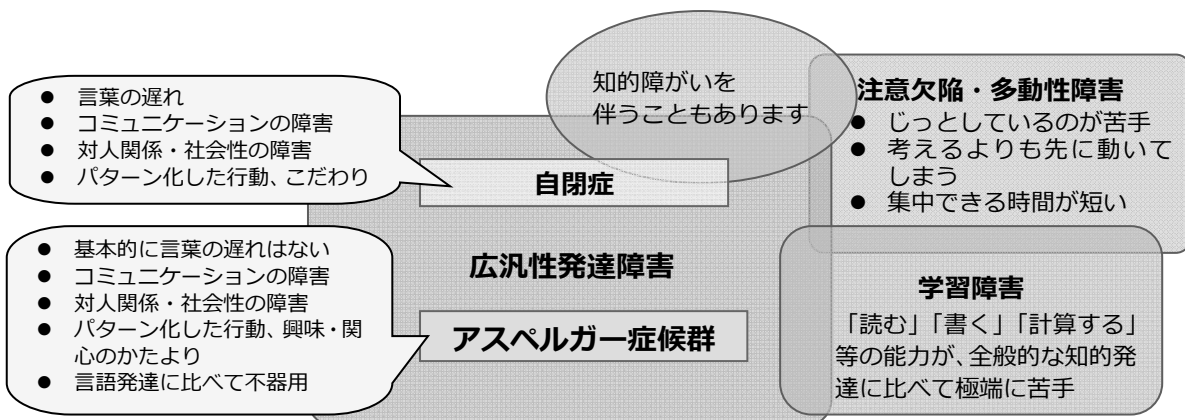
#### ②注意欠如（欠陥）・多動性障害（ADHD）

発達年齢に見合わない多動・衝動性、あるいは不注意、またはその両方の症状が、7歳までに現れます。幼児期から落ち着きがなかったり、順番を待てない、学校で授業に集中できない、忘れ物が多い、整理整頓が苦手等の様子がみられることがあります。

#### ③学習障害（LD）

全体的な知的発達の問題はないのに、読む、書く、計算するなど特定の教科の習得が難しい状態をいいます。小学校2～4年生の頃に学業不振などで明らかになることが多くあります。

### 主な発達障害のそれぞれの特性（厚生労働省HP「発達障害の理解のために」一部改変）



## 【治療・療育】

発達障害があっても、早期から適切な支援を受けることにより、生活や社会適応のための能力が育っていったり、成長とともに不適応がある程度は改善されたりします。

一方、障がい分からないまま適切な支援を受けられずに成長していくと、もともとあった障がいだけでなく、二次的な精神症状や問題が生じてしまうことがあります。例えば、うつ状態や、強迫性障害などの精神症状、人格の偏りが生じたり、社会に適応できず家に引きこもったり、非行問題などを抱えてしまったりすることがあります。この場合には、問題に対応した支援を行いそれぞれの症状に応じた薬物療法を含む精神科治療などを行う必要があります。

## 【対応 ～ ライフステージに応じた支援 ～】

乳幼児期では、早期発見のための取り組みが重要となるので、市町村の乳幼児健診を充実させることとなります。ただし、この時期では発達障害が明らかにならない場合もあるので、その後も発見の機会を設けることが大切です。また気になるお子さんのフォローアップを充実させていくことが大切になります。

幼児期では親の適切な関わりや、保育園などでの個別の配慮と集団適応を図る取り組みが有効です。学齢期では、能力や特性に見合った教育が行われることが大切です。思春期以降の社会に出る前の段階では、自分の障がいについて理解できる場合には自己理解を手助けしたり、対人関係・社会生活や就労に必要な能力を獲得したりするための支援を行います。成人期においては、継続した生活・就労支援が必要となります。

最近では大人になってから初めて自分は発達障害ではないかと疑う方も増えています。しかし、大人になってからの診断は非常に難しく、他の精神疾患である場合もあります。精神科を受診するときは、生活上で困っていることを伝えてアドバイスを受けることも大きな助けになります。

### 「発達障がい者サポーター養成講座」について

発達障がいの方が社会で適応した生活を送るためには、家族や支援者だけではなく、一般の方の理解が大切となります。

長野県では、一般の方に発達障がいの基礎を学び、身近な理解者「発達障がい者サポーター」となっていたくための講座を各地で開催できるよう講師を養成しました。5人以上の県民の集まり（住民講座、公民館、PTA、ボランティア、企業、その他）に講師を派遣します。

お問い合わせ：長野県精神保健福祉センター（長野県発達障がい者支援センター）026-227-1810



長野県発達障がい者支援シンボルマークの「結（ゆい）」です。

## 【トピックス⑨ 認知行動療法】

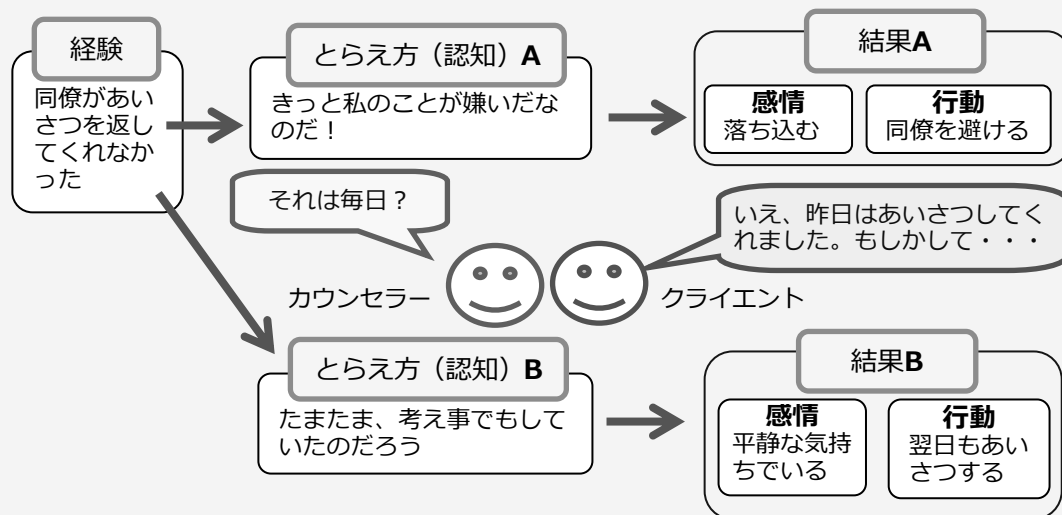
精神療法（心理療法）の一つとして最近注目されつつあります。うつ病、不安障害をはじめとする多くの精神疾患の治療に効果があるとされています。

### ●認知行動療法とは

同じ経験や状況（環境）に置かれても、人はそれぞれが違ったとらえ方・考え方（認知）をします。それによって、その後の行動が変わって来たり、ストレスの影響にも個人差が生まれます。そこで、このとらえ方・考え方（認知）を変えるように働きかけることにより、ストレスの影響を少なくしたり、適切な行動がとれるように支援する方法です。

### ●基本的な考え方（例）

ある経験をしたときに、どうしても物事をマイナスにとらえてしまう方がいます。その結果、落ち込んだり、回避的になったりします。そこでカウンセラーは、本当にそうなのかをクライアントと確認します。一緒に確認していくと、マイナスのとらえ方に根拠がなかったりすることにクライアントが気づき、違ったとらえ方を受け入れやすくなります。



### ●認知行動療法の特徴

- \* クライアントとカウンセラーが、一緒に問題解決に取り組みます。
- \* クライアントが自身の抱える症状や問題について理解することを重視し、クライアント自身のセルフコントロールの向上や再発の予防を目指します。
- \* 目的を明確にしたスケジュールを立てることで、目的を意識・共有し、見通しをもって効率的にカウンセリングを進めます。

なお、長野県内で実際に認知行動療法を行っている医療機関は少ない現状があります。

## 【トピックス⑩ 自殺予防】

自殺の原因として、最も多いのが「健康問題」です。健康問題のうち、うつ病を発症していることが多いことが分かっています。うつ病以外の精神疾患を抱える方も自殺のハイリスク者です。

自殺は「その多くが追い込まれた末の死」です。自殺を考えている人も、一方では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動いており、不眠や体調不良など自殺につながるサインを示しています。こうしたサインに気づき、支援の手を差し伸べることで、多くの自殺は防ぐことができます。

### 自殺のサイン(自殺予防の 10 箇条)

次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っていると言われてしています。

1. うつ病の症状に気をつける(気分が沈む、自分を責める、不眠が続く など)
2. 原因不明の身体の不調が長引く
3. 酒量が増す
4. 安全や健康が保てない
5. 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
6. 職場や家庭でサポートが得られない
7. 本人にとって価値のあるもの(職、地位、家族、財産など)を失う
8. 重症の身体の病気にかかる
9. 自殺を口にする
10. 自殺未遂に及ぶ (厚生労働省編：職場における自殺の予防と対応)

### うつ病と不眠

自殺を考えている人はうつ病を発症していることが多いことが分かっています。うつ病と不眠には深い関係があります。以下のような状態が 2 週間以上続いている場合は、早めの受診や相談を促しましょう。

- ・寝つきが悪いうえに一旦眠っても夜中に何度も目が覚めてしまう。
- ・明け方早くに目が覚め、そのまま寝床のなかで殆ど眠れないまま朝になり、起きなければと思うと、頭や体が重くて寝床から離れられない。
- ・逆に昼過ぎまでうとうとしたり、1 日中ゴロゴロと横になって過ごす人もいて、「眠りすぎ」「寝てばかりいる」などと言われる。
- ・眠れないことで普段よりたくさんお酒を飲んでしまう。(実際、飲酒はうつ病を悪化させる可能性がある。)

本人も家族も、睡眠の問題は気付きやすいものです。気になる様子が見られたら「最近眠れる？」などと声をかけてください。

### 自殺のリスク

人が自殺に追い込まれる背景には「**孤立**」というキーワードがあると言われてしています。

- ① 家族や周囲との折り合いが悪い(と本人が感じている)
- ② 自分を理解してくれる人や相談できる相手がいない(と本人が感じている)
- ③ 相談しても仕方がない、迷惑をかけるので相談できない(と本人が感じている)

上記に加えてうつ病の兆候があれば、自殺のリスクがより高いと考えなければなりません。そうした場合には、努めて丁寧じっくりと相談を受け止め、寄り添う姿勢を心がけながら、専門機関につなぐ必要があります。

長野県では、自殺予防対策として、ゲートキーパーを増やす取り組みを続けています。

# 自殺予防ゲートキーパー



## 自殺予防ゲートキーパーとは？

ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のことです。家族や地域、職場、保健、医療、教育の場面など、誰もがゲートキーパーになれます。



## ゲートキーパーの活動

### ①気づき

家族や仲間の変化に気づいて、声をかける

### ②傾聴

本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける

### ③つなぎ

早めに専門家に相談するよう促す

### ④見守り

寄り添いながら、じっくり見守る



## 死にたい気持ちのある人の話を聞く時のポイント



### 自殺に傾いた人を支えるために

死にたい気持ちを打ち明けられた時、動揺したり不安を感じることがあるかもしれません。また、自らの人生経験や価値観から、無意識のうちに自殺に傾いた人たちに批判的な思いを抱くことがあるかもしれません。そのような自分の気持ちや考え方を自覚した上で、相談者への理解や共感に努めることが大切です。



### してはいけない対応

『死にたい』と打ち明けられたときの好ましくない対応の例

- × 話をそらしたり、聞き手が話しすぎたりする
- × 質問責めにする 『どうしてなの？』
- × 批判的な態度を取る 『命を粗末にしちゃいけないよ』『自殺は身勝手な行為だ』
- × 安易な励ましをする 『気を強く持て』『なんとかなるよ』 など



### TALK（トーク）の原則

～自殺の危険が高いと思われる人への対応の原則～

- T ell** 誠実な態度で話しかける
- A sk** 自殺についてはっきりと尋ねる
- L isten** 相手の訴えに傾聴する
- K eep safe** 安全を確保する

「死にたい」「自分なんて生きていても仕方がない」など自殺を思わせる言葉のほかに、「消えたい」「いなくなりたい」などと訴える方もいます。直接「死にたい」という言葉が出てこない場合にも、「自殺を考えているのか」を聞いてみる必要があります。



## ゲートキーパーの果たす役割

### ①気づき

あなたの身近な人の「表情が暗い」「元気がない」など、いつもと違う様子に気づいた時は、「どうしたの？」と声をかけて様子を聞いてみましょう。

まずは、声をかけて「心配している」というメッセージを示すことから始めます。

最近とても疲れていらっしやるようですが、家では休めていますか？よく眠れていますか？

お昼食べてないようですね。体の調子はいかがですか？



### ②傾聴

話をじっくりと聴きながら、本人の気持ちを肯定的に受け止めましょう。本人の訴えに真摯に耳を傾けながら、心配していることを伝えましょう。

話題をそらしたり、訴えや気持ちを否定したり、表面的な励ましをしたりすることは逆効果です。相手の気持ちを尊重し、共感しましょう。

沈黙も大事な時間です。静かに待ちましょう。

もし「消えたい」などの訴えがあった場合、自殺を考えているのか、ストレートに聞くことも必要です。

そうでしたか・・・  
それは大変でしたね。



### ③つなぎ

本人が抱えている問題を整理し、必要な支援者や相談機関につなげましょう。ただし、無理につなぐことをすすめないように、相手のペースに合わせて気長に支援しましょう。

問題が多くある場合は、解決に向けた優先順位を一緒に考えてみましょう。

自殺の危機にある人は、支援者が一人で抱えず、相談機関や支援機関のネットワークで支えることが必要です。

仕事がなくなって、借金が返せずに困っているのですね。

まずは借金のことから相談してみませんか？

### ④見守り

専門家につなげてもすぐに解決するわけではないので、支援が途切れることのないように、長期間見守ることが大切です。

できれば、「死んでほしくない」という気持ちを焦らずに、優しく寄り添いながら見守りましょう。

その後どうなったか、また、お話を聴かせてくださいね

次回の相談の日時をお約束させてください。

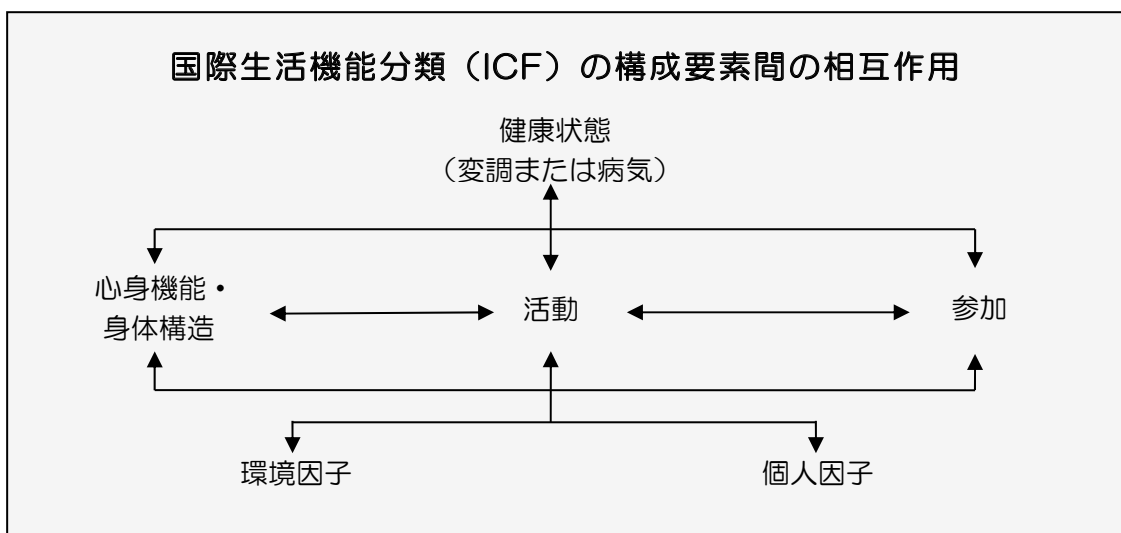


## 第5章 相談の実際

### 事例を通じた理解

精神障がいを持つ方への支援の考え方は以前とは変わってきています。

2001年にWHO（世界保健機関）で採択された国際生活機能分類（ICF）では、障がいは単に個人に属するものではなく、身体的な障がいや健康に関することに環境因子や個人因子が複雑に絡み合って相互作用しているものと考えています。それ以前は障がいのマイナス面を分類するという考え方が中心でしたが、生活機能というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子の観点を重視するようになったのです。これは、障がい者の活動制限や参加制約の状況が、支援という環境によって、大きく変化することを示しています。



症状に対する治療や生活訓練等のアプローチだけでなく、その人の希望や意向を尊重し、本来持っていた能力を最大限生かして、インクルージョン（※）の理念のもと、地域の中で当たり前のように生活できるように支援することが必要であると認識されるようになってきています。

ここでは、第3章で述べた基本姿勢及び相談の進め方を踏まえ、精神保健福祉相談の事例を通じて「事例のポイント」と「相談の進め方」について考えていきます。

なお、この事例は架空のものであり、相談の進め方の一例を示したもので、対応の全てではありません。実際の場面で対応にあわてないように、各相談機関における主な相談に対して、どのような体制で誰が対応するか、事前にシミュレーションしておくことをおすすめします。

（※）インクルージョン：「包み込むこと」という意味で、「障がい者施策の包括化」の意味で用いられることもあり、障がいの有無に関係なくすべての人を排除せず、社会の一員として生活するように包み支え合い、そのニーズに応じた地域生活支援を受けられるようにしていくこと。



## 事例 A

### 「息子の行動がおかしい」

【来談】 相談者：母親（48歳 女性） 対応者：市町村一般窓口

（保健師は別室にて健診業務中）

20歳の息子は、高等学校を卒業して希望する専門学校へ入学しましたが、1年目の夏ごろから行かなくなり、今はほとんど自分の部屋にこもっています。昼間はカーテンを締め切り「監視されている」とおびえ、夜中に起きて何か叫んだり物を投げたりしていることもあります。

夫は「精神の病気ではないか」と言いますが、どうしたらいいのでしょうか。

### 事例のポイント

- 精神疾患の発症を疑う事例である。
- 最初の対応者として相談者を受け止め、安心して話せる場を確保する。
- ある程度状況を把握してから、相談内容に適した担当者（保健師）へつなげる役割を果たす。
- 保健師に対応を依頼する際は、相談者の訴えだけでなく、相談者から感じ取った印象（緊迫感、疲労感等）をあわせて伝えることで、保健師が対応の優先順位を判断するのに役立つ。

### 相談の進め方

- ① 来所をねぎらい、安心して話せるよう相談室へ案内する。
- ② 一般窓口担当職員の業務範疇ではないが、保健師不在のため、いったん相談者を受け入れる姿勢を取る。
- ③ 精神疾患の発症を疑い、緊急性の要素に注意し、相談者の振る舞いや気持ちも観察しながら状況を聴き取る（保健師に伝えるための情報収集に留める）。
- ④ 相談者に保健師への相談が必要であることを伝える。
- ⑤ 相談者から保健師につなげる了解が得られたら、しばらく待っていてもらい、保健師に状況を伝え対応を依頼する（健診中であっても緊急性があれば声をかける）。
- ⑥ 保健師と相談し、引き続き保健師が面接する、または、改めて相談を受ける場合は日時等具体的な方針を相談者に伝える。

## 事例 B

### 「友人が精神障害者保健福祉手帳をもらった」

【来談】 相談者：本人（23歳 男性） 対応者：市町村 障がい福祉窓口

精神科病院デイケアで知り合った友だちが「精神障害者保健福祉手帳をもらった」と聞いた。どんなものなのか知りたい。自分ももらえるのだろうか？

#### 事例のポイント

- 傾聴の姿勢と、真のニーズの把握。
- 相談者のおかれている状況を聴き取り、情報整理の手助けをする。
- 制度について全体的な説明ができる程度の知識がある。

#### 相談の進め方

- ① 傾聴の姿勢をとりながら、相談者の主訴を聴き取る。
- ② この窓口に来た目的について確認する。
- ③ 相談者の理解の様子を確認しながら、精神障害者保健福祉手帳について制度の大枠を説明する。
- ④ 手帳申請の希望があるかどうかを確認する。  
(ニーズが他にあるかどうか)
- ⑤ 申請の場合、手続きの流れや必要な書類の準備等について説明する。  
(主治医の診断書を用意することが多いため、手続きについて主治医に相談等を勧める場合もある)
- ⑥ 相談者に現在の支援者の有無を確認し、今回の申請に関して本人や家族だけでの準備が不安であれば、この窓口や支援者に継続して相談していくよう提案する。

## 事例 C

### 「父親の酒の問題で母親が困っている」

【電話】 相談者：息子（40歳） 対応者：市保健センター 保健師

自分は県外で暮らしていますが、そちらの市に住む両親（父親68歳 母親65歳）のことで相談したいのです。父は昔から酒飲みでしたが、ここ数年で量が増えて朝から飲み、体調も悪いようです。母がそんなに飲まないように注意したら、殴られたこともあるらしく、母はすっかり父の言いなりです。地域の保健師さんに相談しよう母に言ったのですが、「家のことを言うのは恥ずかしい」と相談に行きたがりません。何とかならないでしょうか。自分は両親のところに頻繁には行けません。

### 事例のポイント

- ファーストクライアントとして、相談者（息子）からの相談を受け止める。
- 相談者の持っている情報を聴き、危機的状況を判断する（身体状況、暴力の程度）。
- 相談者ができる対応を、相談者と一緒に考える。

### 相談の進め方

- ① 相談者の不安を受け止める。
- ② 相談者から正確な情報を聴き取る。
- ③ アルコールによって起きている問題を整理する。
- ④ 相談者が出来ることについて、相談者と共に考える。
  - ・ 本人（父親）の身体的危機状況の把握（緊急性があれば身体疾患の受診を勧める）
  - ・ 母親の安全確保への配慮（暴力があれば逃げるよう母親に伝える）
  - ・ 母親からの相談を促す（安心して相談できるよう保健師の名前を伝える、秘密の保持）
- ⑤ 相談を継続するため、ファーストクライアントからその後の経過について連絡をもらうことを約束する（または、こちらから連絡する了解を得る）。

## 事例 D

「薬が少ない、どうしよう」

【電話】 相談者：本人（22歳 女性） 対応者：地域活動支援センター

大変なことになっちゃった。お母さんにおこられちゃうよ……。

薬をちゃんと飲むように言われたのに、薬が少ないの。

どうしよう、どうしよう……。

（初めての電話で、混乱した様子で泣いている）

### 事例のポイント

- 混乱した状態から落ち着いて話ができるような語りかけをする。
- 的確な情報収集と整理をする。
- 緊急性があるかどうかの確認をする。
- 相談者の理解を確認しながらの話の進め方。
- 相談継続の必要性の判断をする。

### 相談の進め方

- ① 電話相談できたことをねぎらう。
- ② こちらで話をお聞きすることを伝え、できるだけゆっくり話をしてみるよう促す。
- ③ 相談者が混乱して話の整理が難しい様子であれば、何に困っているのか、何を相談したかったのか等、状況について穏やかに語りかけながら聴き取る。
- ④ 情報を整理して相談者に内容を確認する。（③～④で緊急性判断の情報収集を行う）
- ⑤ 身近な相談先となる支援者の有無を確認する。
- ⑥ 支援者に相談するなどの対処方法を提案し、相談者が対応できるかどうかを確認する。
- ⑦ 必要に応じて、相談者の同意に基づき相談先に連絡をとって状況を伝え、相談者が相談しやすい流れをつくる。
- ⑧ 生活全体のアセスメントから、自らの機関においての継続した相談支援が必要かどうかを判断し、継続支援の場合、今後の関わりについて確認する。

## 事例 E

### 「親から早く自立しなさいと言われる」

【電話】 相談者：本人（36歳 男性） 対応者：障がい者総合支援センター

私は父親と二人暮らしで、昼間は一人で家にいます。父から、「早く自立しなさい。自分のことは自分でやりなさい。」と言われますが、何も出来ず、怒られてばかりです。自分で食事を作ったり買い物に行ったりしたいと思っていますが、自信がありません。以前は出来たのに、統合失調症になってから自分はダメになってしまいました。

### 事例のポイント

- 困っていることの大変な気持ちを受容する。
- 訴えから、生活全般にわたり問題を抱えている相談者であることをつかむ。
- センターは問題解決を支援していく機関であることを相談者に理解してもらう。  
(相談者の信頼を得る)
- アセスメントから、相談継続の必要性をきちんと判断する。

### 相談の進め方

- ① 相談したことへのねぎらいをする。
- ② 訴えを傾聴しながら、生活状況、受診状況等の情報を得る。
- ③ 本人と一緒に困っていることを確認していく。
- ④ いろいろな問題を抱えているので問題整理が必要なことを伝える。
- ⑤ 問題解決のための支援を行える機関であることを伝える。  
(安心して相談できる場所であることをわかってもらう)
- ⑥ 問題解決のためには電話だけでは不可能、面接での相談が必要なことを伝え、来所を促す(来所が困難な人の場合は訪問を検討する)。
- ⑦ センター内の適切な担当者を判断し、面接日時予約のため、担当者から電話するか電話をもらうよう、担当者の名前を伝え、相談者の氏名・連絡先を聞いておく。
- ⑧ 父親へ知られることへの不安を訴える場合は、本人の同意がなければ連絡は取らないことを伝え不安を取り除く。

## 【引用・参考文献】

- ・ 伊藤順一郎編集「じょうずな対処・今日から明日へ」全国精神障害者家族会連合会, 2001
- ・ 融道男・中根允文・小見山実・岡崎祐士・大久保善朗監訳「ICD-10 精神および行動の障害 ―臨床記述と診断ガイドライン―」医学書院, 2005
- ・ 全国精神保健福祉相談員会編集「精神保健福祉相談ハンドブック」中央法規, 2006
- ・ 日本精神保健福祉士養成校協会編集, 中央法規, 2012  
「新・精神保健福祉士養成講座 精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ」  
「新・精神保健福祉士養成講座 精神保健福祉に関する制度とサービス」
- ・ 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター「精神障害者雇用管理ガイドブック」2012
- ・ 社会福祉法人南高愛隣会(コロニー雲仙)「精神障がい者地域生活支援ハンドブック ～精神障がい者地域生活支援をはじめのかたへ～」2012
- ・ 精神保健福祉研究会監修「四訂 精神保健福祉法詳解」中央法規, 2016
- ・ 鈴木丈編著、伊藤順一郎著「SSTと心理教育」中央法規, 1997
- ・ 「University of Kansas, School of Social Welfare」, 2008
- ・ 長野県ホームページ  
「精神保健福祉ハンドブック2016」  
<https://www.pref.nagano.lg.jp/seishin/tosho/handbook.html>  
「信州保健医療総合計画 ～「健康長寿」世界一を目指して～」2018  
<https://www.pref.nagano.lg.jp/kenko-fukushi/kenko/iryo/shisaku/2ndsogokeikaku2.html>  
「長野県障害者プラン2018」  
[https://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/shisaku/plan2018/plan\\_index.html](https://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/shisaku/plan2018/plan_index.html)  
「若年性認知症の人と家族を支援する社会資源ハンドブック」2013  
<https://www.pref.nagano.lg.jp/hoken-shippei/kensei/soshiki/soshiki/kencho/hoken-shippei/documents/pamph-0.pdf>  
「ゲートキーパーのためのリーフレット第4版」  
<https://www.pref.nagano.lg.jp/seishin/heisetsu/jisatsuyobo/kankobutsu.html>
- ・ 厚生労働省ホームページ  
「心神喪失者等医療観察法」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaiasha\\_hukushi/sinsin/gaiyo.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiasha_hukushi/sinsin/gaiyo.html)  
「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス」  
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro>  
「認知症への取り組み」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/>  
「発達障害の理解のために」  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/hattatsu/dl/01.pdf>
- ・ 認知症介護情報ネットワーク <http://www.dcnet.gr.jp/>

**精神障がい者支援のための  
基礎的対応ガイドブック**

平成 26 年 3 月 初版

令和 元年 7 月 改訂

長野県精神保健福祉センター

〒380-0928 長野市若里 7 - 1 - 7

TEL 026-227-1810

FAX 026-227-1170

E-Mail [withyou@pref.nagano.lg.jp](mailto:withyou@pref.nagano.lg.jp)

<http://www.pref.nagano.lg.jp/seishin/>



しあわせ信州