

平成 17 年度
「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」
研究班名簿

主任研究者	北井 曉子	国立精神・神経センター精神保健研究所
分担研究者	新居 昭紀	聖隷三方原病院
	大島 正浩	医療法人 至空会 メンタルクリニック・ダダ
	菅原 道哉	東邦大学医学部精神神経医学教室
	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
	山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部
研究協力者	田島 美幸	国立精神・神経センター精神保健研究所
	羽藤 邦利	代々木の森診療所

(五十音順)

平成 18 年度
「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」
研究班名簿

主任研究者	北井 暁子	国立精神・神経センター精神保健研究所
分担研究者	新居 昭紀	聖隷三方原病院
	大嶋 正浩	医療法人 至空会 メンタルクリニック・ダダ
	菅原 道哉	社会福祉法人恵友会
	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
	山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部
研究協力者	大場 義貴	聖隷クリストファー大学 社会福祉学部
	勝又 陽太郎	国立精神・神経センター精神保健研究所
	助川 征雄	田園調布学園大学 人間福祉学部
	羽藤 邦俊	代々木の森診療所

(五十音順)

厚生労働科学研究費補助金（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
退院促進に関する研究」総合研究報告書

発 行 日 平成 19 年 3 月

発 行 者 「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」

主任研究者 上田 茂

北井 暁子

発 行 所 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 : 047-341-2711 FAX : 042-346-1944

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

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(15～20歳)	12
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)	27
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磨く	58
相談者の不安を和らげる よく聴き、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促進に関する研究」の成果をもとに、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。

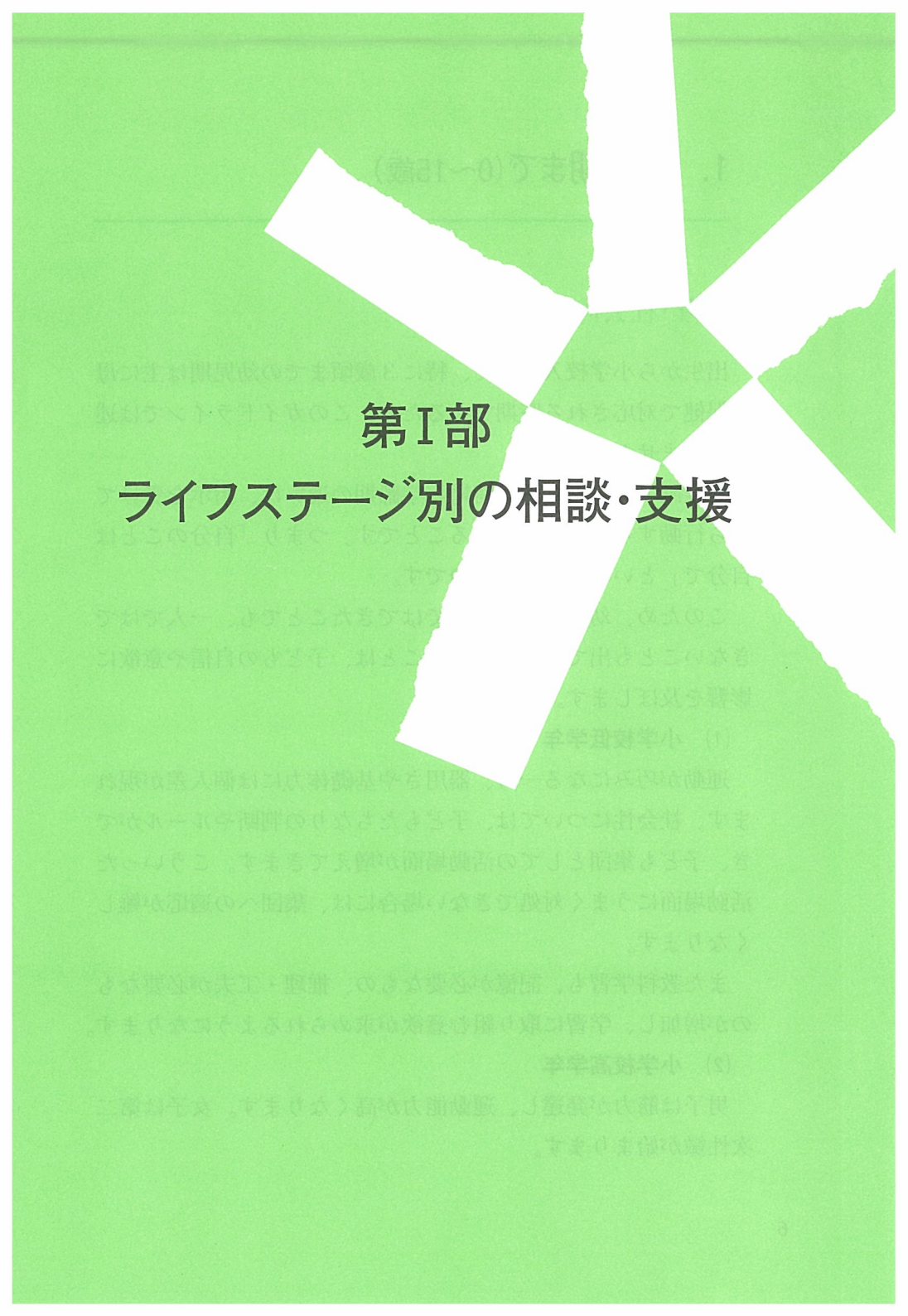
どのライフステージ（生活年代）にも、こころの健康問題をかかえ、人生上の出来事に直面しながら孤立し、悩んでいる人はたくさんいます。大切なことは、そのような人たちに迅速に支援の手をさしのべること、そして、ご本人、ご家族、地域の持つ力を引き出すような相談・支援を行うことです。

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・支援に当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異なることから、「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、幼稚園や保育園ではできたことでも、一人ではできないことも出てきます。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、集団との関わりを通して、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、言語能力の成長に伴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関わりますが、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ら、意欲を持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、教師は教科ごとに変わります。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取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、自分の捉え方も変化していきます。所属意識を持てる場所がないと、不適応感に捉われることがあります。

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。例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なく、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。

知的障害を伴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にく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、性格の偏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、不適切な関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持って、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生じるようになります。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のですが、児童期に発症することもあります。

また、成人に多く見られる気分障害（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伴う場合が多く、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、現実の捉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、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、専門医の受診は敷居が高く、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提供できるようにすることが必要です。

(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、そのために必要な関わり、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

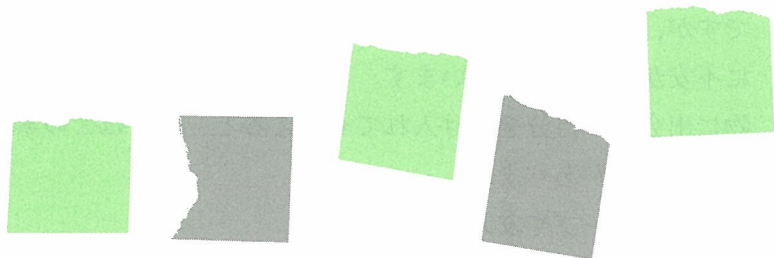
のネットワークが地域にあることが重要です。

(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、その結果を評価して次の実践に活かすという繰り返しがが必要です。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ことを求めがちです。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、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、目指すべき方向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から、権威に反抗しやすい時期です。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、驚くほどの素直さを示すことがあります。

(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。またグループや友人関係は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、男女の違いが明らかになってきます。ころろの中に、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捉える、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などの場合は、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や、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人は、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ということ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守り、本人の意向を丹念に汲み取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相談に当たる人の思春期・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）が思わず噴出する可能性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、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」とはさまざまな要因によって社会的な参加の場がせばまり、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です。「社会的ひきこもり」というカテゴリーに当てはまる人々の中にも、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、ある人が「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、現実在即して押さえて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もあります（「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な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つ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、自分の悪口を言われている、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な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現れることもあります。

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」、人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持つ場合です。

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のことです。

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と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で、同じ問題をかかえる仲間集団との活動や