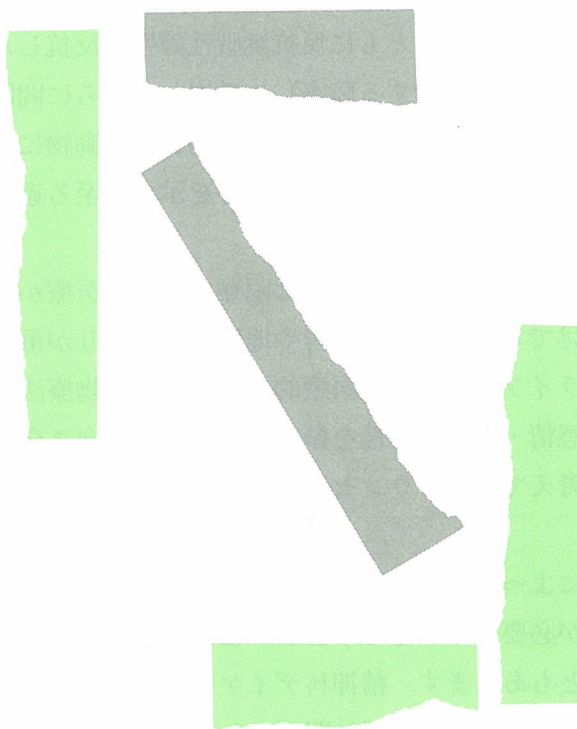


交流を通して、対人関係能力の発達を促すものです。

この時期、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、本人の可能性を広げる方向に導いていきます。一見、治療意欲がまるでないように見える人や、拒否的反抗的な態度で診察に臨む人もいます。それでも根気強く関わっていくと少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が大切です。

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、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していきます。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に移行していきます。

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応え、センターメニューとして就労訓練の場を提供し、仕事につなげ、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。

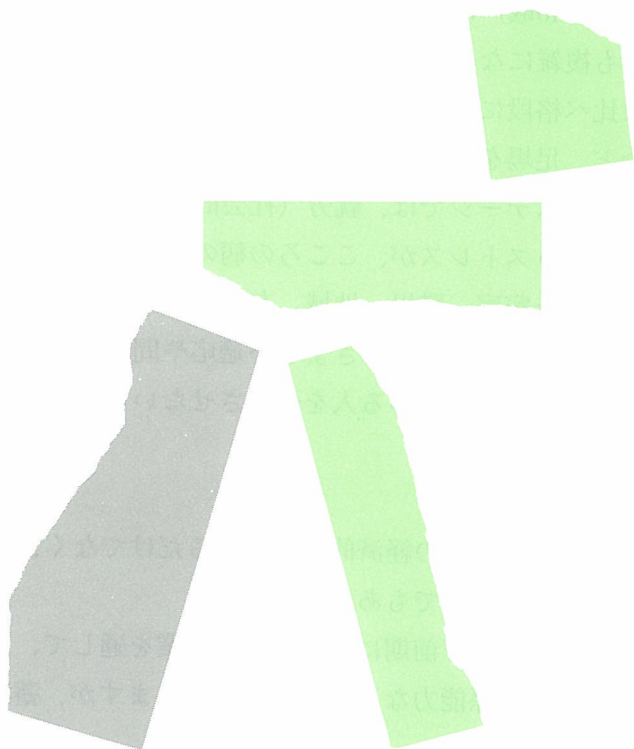
Q地域生活支援センターの開所日は365日休みなしです。「日中の行き場が欲しい」「話し相手が欲しい」「直接スタッフと会って話したい」人のために、年中9時から18時まで開所しています。

Q地域生活支援センターは、利用者のニーズに応える形で、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、従来の精神疾患を持つ人に加えて、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・生活支援にのりながら、就労相談・就労支援を行う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。相談や生活支援の実効が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人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の形成も促されます。

この時期の前半(20～30歳)は、社会参加の準備がなされる時期といえます。

後半(30～40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では、就労(社会的活動)、結婚・出産・育児などに伴うストレスが、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現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であるだけでなく、社会に自分の足場を持つことでもあります。

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せんが、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。また、獲得された技能の活用や、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、職業選択の幅の制約につながります。自分の心身の状態や能力に合わない職業選択は、離職を引き起こしやすく、その結果、経済的基盤が不安定になり、心理的にも不安定な状態に置かれることとなります。

## (2) 結婚・出産・育児

結婚とは新たな家庭を作り、夫婦それぞれが新たな役割を担うことです。それまでとは異なる環境の中で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) 聴くことの大切さ

相談に訪れる人は、自分の考えやまわりの助言をもとに解決を試みた後に来所するケースが多く、そのために問題が複雑になっていることもあります。このため、特に初回の相談においては、これまでの経過を丁寧に聴くことが大切です。聴くことには、混乱した来談者を落ち着かせ、相談・支援を行う人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持つこと)

相談に訪れる人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。ケアマネジメントの視点を持ち、関係機関と協力関係を作っていくことが大切です。

## 医療的支援のポイント

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を提供しています。

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では相談や医療機関の紹介をします。

## 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。しかし、治療期間が長くなることも多いことから、社会生活を支援しながら治療とリハビリテーションを行うことが必要です。

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人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」についても、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、例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（重い精神の障害を持つ人々が病院の外で質の高い生活を送れるように、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されます。

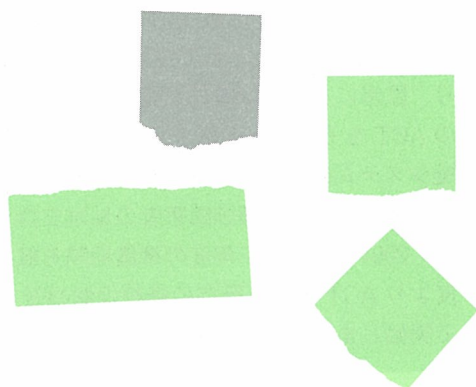
T県では、重度精神障害者の地域支援システムの構築を目的に、2004（平成16）年度の準備期間を経て、2005（平成17）年度よりACT事業を既存の精神保健福祉システムを活用する形で開始しました。



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利用者が多いという特性があることを捉えておく必要があります。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、支援ネットワークが柔軟に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、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、身体疾患や認知機能、感覚機能（視覚、聴覚など）、運動機能の低下が見られます。また、職場は家庭では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。問題点を整理し、漠然とした不安を形のある心配に変えるよう支援しましょう。

#### (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、老化に伴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少なくありません。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人も多いのです。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事があるときは、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得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、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必要があります。

### 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の本だけでは、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相談にの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る。

## 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、医療と地域支援にはそれぞれ得意なこと、苦手なことがあります。患者が病院から退院する前や新規相談時に、次のことについて確認しておくといよいでしょう。

- 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教えるのか（治療の根幹に関わる問題なので、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関わるのか（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、感情表出の乏しきや意欲の低下などが浮き彫りになることがあります。また、目立たなかった症状（陰性症状）を背景に、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）が見えてくることもあります。

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。生活障害を克服する相談・支援の取り組みが期待されます。

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きょうだいと暮らしています。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見られていますが、就労の可能性については、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。また、例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困難です。

老化はどうしても避けることができません。ちょっとしたけがが増えたり、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一つは再発しやすいことです。これまで再発が多い、ストレスが続くなどの場合、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）の出現に伴い、社会生活上の問題が次々と現れます。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歳代といわれています。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、多いのは40歳くらいの発症です。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、過重労働に伴ううつ病や、子どもの自立後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、治癒に至らない慢性化は2割くらい見られ、失業、離婚などに伴って経済的に困窮することもまれではありません。失職や離婚などを伴う慢性経過例では、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歳代でも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、見る見るうちに症状が進むこともあります。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る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、むしろ何らかの関心を持っていることが常です。

病名のことが話題になったときには、まず「お医者さんから何と聞いていますか？」と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して、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、回復、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まれです。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当たっては、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の訓練が望まれます。

**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勧めたくなることがあります。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)等の国際会議にも参加し、海外のクラブハウスとの関係を深めています。また、最近ではEメールを活用した交流も盛んになってきました。

## 障害者自立支援法の利用について

居住支援の選択：居住支援の選択に当たっては、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、病状が重い、または変化しやすい、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れば、いったんグループホームなどで準備を行うといった慎重な対応が必要な場合もあります。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もあります。

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