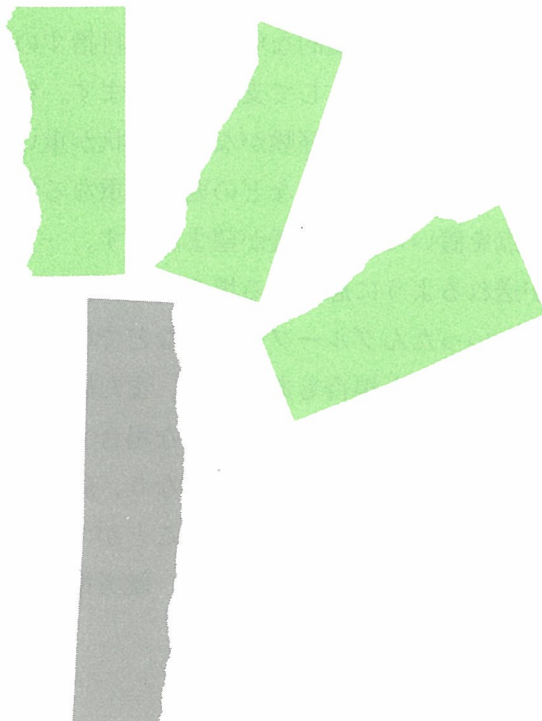


だけでは不十分で、就労の場を実際に確保する仕組みが必要です。また就労後は、仕事の肉体的負荷のほかにノルマや対人関係を持つことによる心理的負荷がかかり、これがきっかけとなって再発に至ることもあります。就労支援に当たっては、その目標が一般就労への移行か、生きがいを得るためか、よく吟味して進める必要があります。もちろん就労経験のある精神障害者であれば、職歴にブランクがあっても一般就労に必要な就労準備性を身につけることができ、収入を得て、自尊心も回復できます。

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、それに伴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きます。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起ることがあります。

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生じることもあります。

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。老年期の相談に当たっては、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。アドボケイト機能（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、治らない病気と見なされてきました。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、治療薬が次々と開発されました。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。その概要は以下の通りです。

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）の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、とりわけ幻聴をとまなう）、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、个体側の要因（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、通常の世界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伴わない。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。精神障害の有無にかかわらず、こころの健康度はたえずゆらいでいるのが普通で、例え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はたくさんいます。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関わらず同じです。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、ディスクネジアなど）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と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。

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。地域で一人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見られます。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

自然なリズムに沿って日常活動を送ることは、健康的な生活の基本です。このような生活はけっこう難しいことですが、生活習慣の基本として捉えておく必要があります。

健康づくりに大きな位置を占めるのが食習慣・食生活です。運動量にあった熱量、バランスの取れた食事は、生活習慣病の予防につながります。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人も限られています。

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、市町村の実施する健康診査の情報を把握し、精

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持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過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、運動のし過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捉え方と、客観的に捉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。無理をせず、十分な休憩時間と水分摂取を前提に、各人が適切な運動を行うことが大切です。



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」の改革を進めるため、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、これをもとに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、それに併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

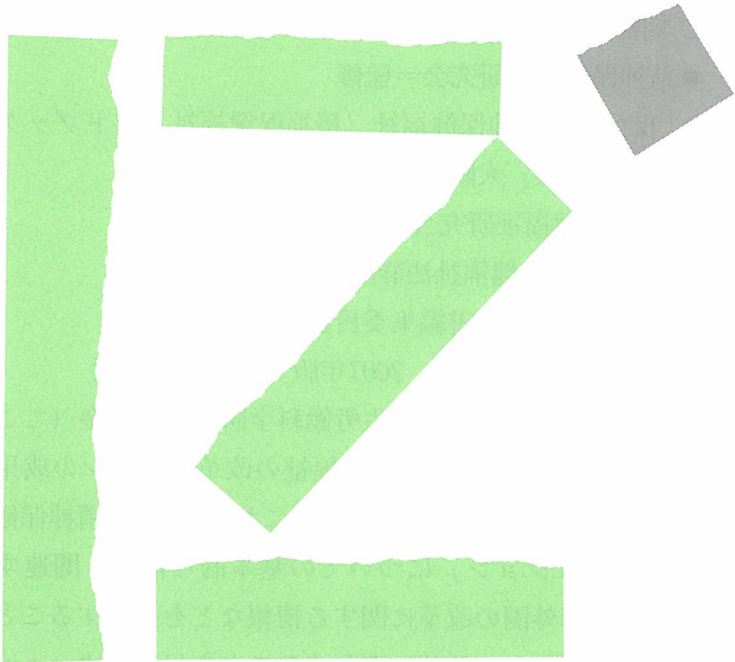
また、平成18～20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」（主任研究者 竹島正）においては、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」についての基本的な情報、関連する研究の成果、諸外国の改革に関する情報などを提供することにより、公平な視点から改革に寄与することを目的にホームページを立ち上げています。ホームページには「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の説明、データからみる全国と都道府県のすがた、関連研究の紹介、海外の情報、広報普及のパンフレットな

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現れます。
- 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現れます。

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れば、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) 危機の現れ方

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異なりますが、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週間前に危機のもとになる出来事があります。

「生活面のほころび」の例は次の通りです。

生活のリズムが変わる：パターン化した生活をすること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て

たら、対人過敏の現れかもしれません。

身だしなみが悪くなる：入浴、着替え、洗面、歯磨き、整髪、爪切りができず、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」の例は次の通りです。

何かにこだわりはじめる、こだわり行動が現れる：執拗に一つのことやものにこだわり、それが行動となって現れます。

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。

