

5. 相談を受ける能力を磨く

相談・支援を効果的に行うためには、相談を受け止め、展開させていく能力を磨くことが大切です。

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。

よく聴き、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、要領を得なかつたりします。また、相談を受ける人に怒りや不満をぶつけてくる場合もあります。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、まず十分に聴くことが大切です。

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をある程度理解できたとして、相談を受ける人はどのように相談を展開させていけばよいか、もつと理解するために質問してよいか、積極的に助言してよいか、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、よく話を聴き、「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、家族から話を聴くようにします。

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づくりをする。
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ことはいうまでもない。
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よい。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制度などが望まれる。
13. ひきこもる障害者を発掘するために、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は煩雑で、理解できない当事者が多いことを心得ておく。

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3万人を超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、一つの原因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。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と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現れたときに注意する必要があります。

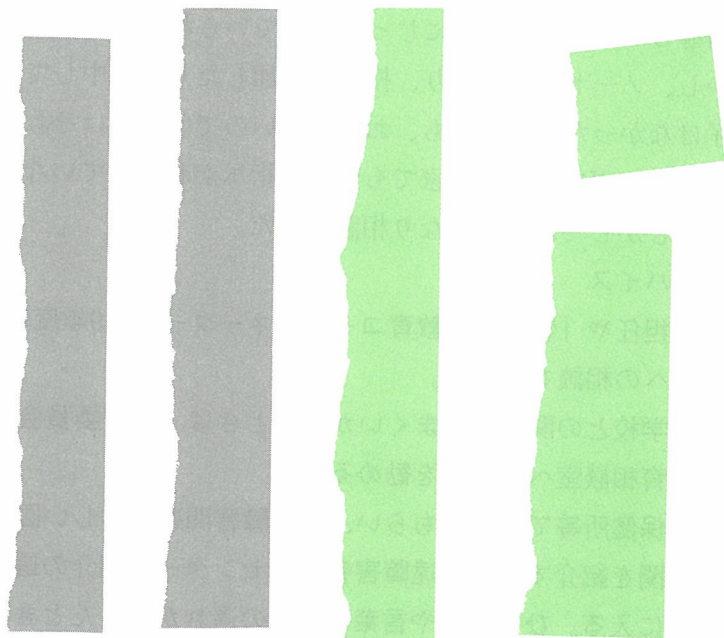
マスメディアが自殺事例の具体的な報道を繰り返すとき、他の患者の自殺を知ったとき、潜在的に自殺願望を持っている人は大きな影響を受ける可能性があります。

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

絡を取ることは、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、ノートを取ったり、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. 学校との関係がうまくいかないときは、教育委員会の教育相談室への相談を勧める。
3. 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、人にもはっきりものを言う子だった。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」ということもなく、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、自分の責任と言われないか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きや、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、必要に応じて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打開しようと努力したが、攻撃対象になっており、完全に拒否されて抑うつ的となり、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、アル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か月ぐらいして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。その後、いったん収まったかに見えたが、ひきこもり、リストカットが見られ、食事をしなくなり、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言われ、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訪れた。

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の利用についても助言する。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・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

ヤンブル、サラ金、反社会的な行動に走り、父親が本人を叱責すると次第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、表面上は関心を向けない。

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・中学校では、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歳の頃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、次第に親離れし、自己主張や反抗的になる中、空虚感や抑うつ的な気分が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。やがて装身具の買い物にのめり込むようになった。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 Debtors 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、会社へ行かなくなりました。本人はもともとスポーツマンで体力には自信があり、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、仕事づめの生活が続き、次第にめまいやだるさなど体の不調を訴えるようになった。そこで妻の勧めにより内科を受診したが、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）の疑いがあるので、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併せもつ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。きょうだいはいるが、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。

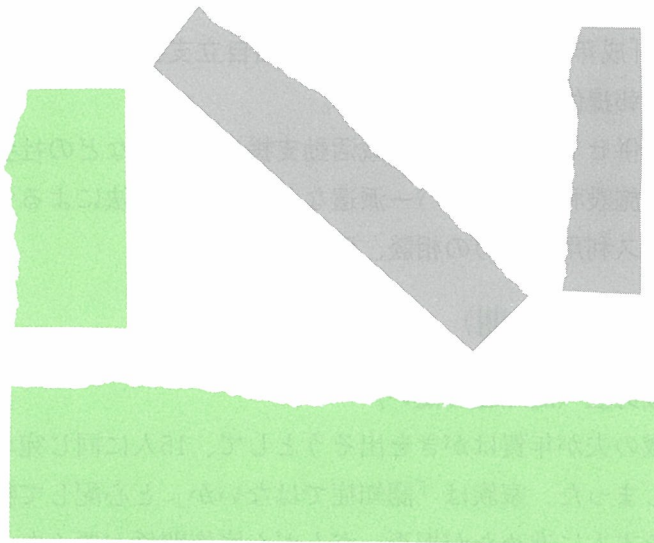
事例10(老年期)

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、「認知症を抱える家族の会」の情報提供、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（知的障害を伴わ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。

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、中には所属集団がなくなってしまう、孤立してしまう人もいます。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勧めます。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作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. 老年期(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関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、治らない病気と見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。

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関わらず同じです。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」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、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に、制度をより安定的かつ効率的なものとする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見られます。

5. 相談を受ける能力を磨く

相談・支援を効果的に行うためには、相談を受け止め、展開させる必要があります。そのためには不安を和らげ、よく話を聴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。