

精神疾患を有する方への支援

— 目 次 —

◎はじめに

- ・ 研修の目的
- ・ TALK ABOUT「精神疾患」

◎本編

- ・ 精神疾患についての理解
- ・ 基本的考え方
- ・ 支援を進めていくうえでの留意点(統合失調症を例に)
- ・ 医療機関への受診につながりにくいケース
- ・ 主な支援機関(連携先)

◎事例で深める！「精神疾患を有する方への支援」

◎おわりに

- ・ 研修の振り返り
- ・ 出典

◎参考資料

研修の目的



本項での 学び

- ▶ 精神疾患についての基本的な知識を理解する
- ▶ 精神疾患を有する方への支援における基本姿勢を理解する
- ▶ 精神疾患を有する方への支援におけるポイントを理解する

◎ あなた（受講者）自身が考える、この研修の目的を書いてみましょう。

2

TALK ABOUT 「精神疾患」

🗨️ 近くの人と、自由に話してみよう

「精神疾患」ってなんだろう？

- あなたにとって身近なもの？これまで全く縁のなかったもの？
- 「精神疾患」について、最近のトピックがあれば話してみよう。



グラウンドルール

- ・批判しない
- ・みんなの意見を聞く
- ・答えを出さない



「うつ」や「統合失調症」という言葉は本やネット、テレビでもよく目にするかも・・・

3

精神疾患についての理解①

- ▶ いわゆる「**精神疾患**」を患ったことを契機に、働くことができなくなるなど**社会生活を営むのが困難**となり、生活保護を受給する世帯の割合は高いといえます。そのため、生活保護ケースワーカーは、**日常的に精神疾患を有する被保護者およびその家族とかがかわる場面が数多くあります**。
- ▶ 一方でこのかかわりは、生活保護ケースワーカー、**特に新任ケースワーカーにとっては大変むずかしく感じると**思います。それは、**障害の理解が難しいこと**、また**障害によってさまざまな生活困難が生じる**こと、さらには**保健や医療など幅広い領域との連携を必要とすること**などがあるからです。
- ▶ この研修では、精神疾患とはどのようなものであるのか、それにともないどのような生活困難が生じるのか、さらには被保護者が社会生活を送るためにどのような支援（相談、サービス）を行うとよいかを学びます。

出典：岡部卓『新版 生活保護ソーシャルワーカー必携 生活保護における社会福祉実践』全国社会福祉協議会,2014年, p97-98をもとに作成

4

精神疾患についての理解②

- ▶ 一般的に、**精神障害についての理解が十分になされているとはいえません**。
- ▶ いまだに、「**恐ろしい病気**」「**他者に危害を加える存在**」であるという**偏見や社会的差別の目で見たり**、**回復する見込みのない病気ととらえる**人がいます。
- ▶ また、病気の原因を遺伝や育て方にあるという見方が**家族を苦しめたり**します。
- ▶ 現在は、精神疾患を有していても、**適切な治療と生活支援（相談・サービス）のもとで、社会生活を送ることができる**ようになっています。

生活保護ケースワーカーはこうしたことを本人および家族に説明し、理解してもらう必要があります。



出典：岡部卓『新版 生活保護ソーシャルワーカー必携 生活保護における社会福祉実践』全国社会福祉協議会,2014年, p97-98をもとに作成

5

支援を進めていくうえでの留意点（統合失調症を例に）

- ▶医療機関等より医学的な診断を受けた本人およびその家族は、医師より病名を告げられ、今後のどのような治療を行うか説明を受け、療養生活に入ります。
- ▶そのとき、生活保護ケースワーカーは、本人および家族の気持ちを受け止めるとともに、下記の3つのことを伝えます。

- ①疾病・障害に対する理解
- ②治療を続ける必要性
- ③治療と生活管理を行っていけば、必ず社会生活を送ることができること

次頁からは、統合失調症を例に、生活保護ケースワーカーが支援を進めていく上での留意点について紹介します。

支援を進めていくうえでの留意点（統合失調症を例に）

①病状安定と条件整備を図る

- ▶定期的に通院（場合によっては入院）が必要であることを理解してもらい、支援をすすめていく

→病状の安定・軽減には、定期的診察と治療が不可欠です。そのためには障害の自己認識と治療意欲（モチベーション）の形成を図ることが大切であると考えられます。一定期間を経過したら、通院の励行により以前と比べ回復に向かっていることを伝え、評価していくようにしてください。

- ▶長期にわたり規則正しく服薬管理を行えるように支援していく

→定期的服薬は、症状の安定を図るとともに、生活の困難性を軽減します。逆に、服薬の中断あるいは拒否は、症状を悪化させ再発を招くことにつながります。また、副作用を伴う場合があるため、その場合、主治医にその旨を伝え、適切な処置を受けるよう指導してください。

- ▶生活全般にわたり規則正しい生活が送れるよう支援していく

→この障害（統合失調症）は生活の基本的なリズムが失われがちです。例えば、睡眠が十分にとれているか、昼夜逆転がないか、食事を摂っているか、洗顔や歯磨き、入浴をしているか、身だしなみはどうかなどに着目し、生活意欲のあらわれを発見したり、生活を意識してもらい、今後の生活に少しでも達成感がもてるよう目標設定するといったはたらきかけが必要です。

支援を進めていくうえでの留意点（統合失調症を例に）

- ▶ **被保護者の生活改善や社会復帰のために活用できる社会資源について説明し、積極的に活用をすすめていく**
 - 活用できる制度・サービスといったフォーマルな資源や、親族・友人といったインフォーマルな資源を有効に結びつけることで、生活改善や社会復帰のための条件整備を行うことができます。例えば、年金・手当などの経済関連サービスの適用といったものから家族会活動の紹介まで、本人の状態に応じて社会資源の活用を図ってください。
- ▶ **病院、保健所、地域作業所など関係機関・団体と連携・協働し、援助方針の共有を図るようにする**
 - 本人の状態が安定してくるにつれ、活動の場が広がり、いろいろな人・機関・団体とのかかわりができてきます。そこでどのようにネットワークをつくっていくかが、自立を図るために重要となります。
- ▶ **生活保護廃止だけを目標とするのではなく、社会復帰の一部に生活保護が関与しているという認識をもち、かかわっていく**
 - 状態の安定を図り社会復帰を果たすためには、何よりも本人の治療意欲と、家族をはじめ周囲の人たちの愛情をもった励ましと協力が必要不可欠です。
- ▶ **上記のことを本人および家族に伝え、被保護者を支援していく**

出典：岡部卓『新版 生活保護ソーシャルワーカー必携 生活保護における社会福祉実践』全国社会福祉協議会,2014年, p99-100をもとに作成

8

支援を進めていくうえでの留意点（統合失調症を例に）

② 小さな成功と自身の回復

- ▶ **障害の自己認識と治療意欲の形成、通院・入院治療を通しての病状安定、生活管理を通しての生活意欲の形成の1つ1つを成功としてとらえ、評価する。**
 - 上記のことは、被保護者の日々の行為の積み重ねの上に成り立っています。それはこの障害のある者にとって大変な労苦をとるものであると理解していくことが大切です。
 - そこで被保護者の周囲にいる家族や生活保護ケースワーカーをはじめ、支援者は、これらの1つひとつの行為を小さな成功としてとらえ、その積み重ねが現在の被保護者の自立につながっていると評価していくことが必要です。そのことが、被保護者の自信の回復につながります。

出典：岡部卓『新版 生活保護ソーシャルワーカー必携 生活保護における社会福祉実践』全国社会福祉協議会,2014年, p99-100をもとに作成

9

支援を進めていくうえでの留意点（統合失調症を例に）

③家族へのサポート

▶被保護者を家族の一員として位置付け、被保護者が最も信頼できる家族員をキーパーソンとして、自分の感情や考えを伝えられるように支援し、被保護者の治療や生活回復に向けてはたらきかける。

- 家族が被保護者の状態を理解し、治療や生活困難の軽減に協力することが、本人の状態を安定させ、ひいては社会復帰の道を開くことにつながります。
- しかしながら、家族が本人の状態を理解し、その状態を見ながらはたらきかけていくことは大変なことです。ともすれば世話に追われ、社会的偏見や差別をもって見られることに苦しみ、被保護者の将来を考え悲観的になったりするなど、いろいろと悩んだりするのが実情です。
- そこで生活保護ケースワーカーは、家族に被保護者の支援をお願いするとともに、その労をねぎらい、励ましを行うことが大切です。また被保護者の支援について、目標設定やかかわり方を伝えていくことが必要です。
- 家族が自分のかかわりの見直しや今後のことについて考えることができるよう、保健所、病院の家族教室なども紹介し、参加をはたらきかけるようにしてください。

出典：岡部卓『新版 生活保護ソーシャルワーカー必携 生活保護における社会福祉実践』全国社会福祉協議会,2014年, p100をもとに作成

10

支援を進めていくうえでの留意点（統合失調症を例に）

④再発時の緊急対応

▶被保護者の状態が悪化した場合は、関係機関に連絡をとり、入院治療の必要性の検討を行う。家族の気持ちが安定するようはたらきかける。

- 被保護者の状態が悪化した場合、主治医や精神保健相談員、保健師などに連絡をとり、入院治療の必要性の検討を行ってください。
- この判断基準として、自傷他害のおそれ、受診拒否、服薬の拒否による状態の悪化などが考えられます。
- また、その場合、家族は精神的に混乱したり不安定になりがちなので、治療の見通しなどを訴え、気持ちが安定するようはたらきかけてください。

出典：岡部卓『新版 生活保護ソーシャルワーカー必携 生活保護における社会福祉実践』全国社会福祉協議会,2014年, p100をもとに作成

11

支援を進めていくうえでの留意点（統合失調症を例に）

⑤ 社会復帰へ向けた就労支援

▶ 被保護者の状態の安定・回復および生活の安定が図られた場合、就労支援を行う。

→ 次の3つのことに留意しながら、就労支援を行います。

1. これから治療・服薬を継続していかなければならないこと
2. 障害および生活困難に理解のある職場を選ぶこと
3. すぐ一般就労に結び付けて考えない（その前段階として、中間的就労として位置付け、授産施設、作業所などの活用を図り段階的にはたらきかけていく）こと

統合失調症の特性として、放置すれば再発を繰り返し慢性化し進行すること、やがて人格の荒廃、社会性・現実性の喪失が起きることがあります。

ですが、**適切な治療と生活全般にわたる支援を行えば社会生活を送ることができることが多い**ということを念頭に、支援を進めることが大切です。

統合失調症は、「完治」という明確なゴールがみえにくく、かかわりは長期に及ぶため、自分の仕事に不全感をもつこともあるかと思います。しかし、**被保護者にとっては、社会的自立につながる大切なかかわり**なのです。

医療機関への受診につながりにくいケース

被保護者が医療機関での受診を拒む場合、下記のような理由が考えられます。

▶ 医療受診のメリットが理解されていない

→ 例えば、「病気かもしれないから」と受診を勧めても、本人にはメリットがわかりません。「病院で薬をもらったら眠れるようになるよ」など、本人が苦しんでいることに焦点を当て、医療機関でそれらが解決されることを伝えることで受診につながります。

▶ 病識（自分が病的状態であるという認識）がない

→ 統合失調症や依存症等によくみられる状態です。症状の中核でなくとも、不眠等付随する症状から受診につながる場合もあります。それも難しい場合は本人に寄り添い、根気強く本人の現状やこれまでの困難等が疾患に由来することを伝えていきましょう。

主な相談先・支援機関（連携先）

- ▶ **福祉事務所の嘱託医（精神科医）、本人の主治医等医療機関**
- ▶ **保健所、精神保健福祉センター、障害福祉の相談支援事業所**
→精神疾患のある人の相談に応じています。また、本人や家族向けのセミナーを実施している所もあります。
- ▶ **自治体の障害支援担当（障害福祉課）**
→相談や障害福祉の各種制度を活用する際の申込窓口になります。
→また、知的障害を有する方への支援で、療育手帳を取得する場合は、市町村障害福祉課が窓口になります。手帳を取得した場合は、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスが活用できます。また、手帳を取得しない場合にも知的障害者支援のノウハウは有効であるため、各地域の関係機関とは日常的に連携しておくことが大切です。
- ▶ **リワーク（復職）プログラム**
→うつ病等で休職・離職している場合の復職支援のプログラムです。
障害者職業センター、地域によっては医療機関、精神保健福祉センター等で行われています。
- ▶ **障害者就労支援事業所（就労継続支援A型・B型事業所、就労移行支援事業所）、障害者就業・生活支援センター、ハローワーク専門援助部門、地域障害者職業センター**
→主として障害者雇用を希望する場合、本人のステップに合わせて障害者の就労を支援するための制度として利用が可能です。
- ▶ **グループホーム、居宅介護事業所等の生活支援事業所**

出典：自立相談支援事業従事者養成研修テキスト編集委員会『生活困窮者自立支援法 自立相談支援事業従事者養成研修テキスト』中央法規出版,2015年,p58,61
をもとに作成

14

事例で深める！ 「精神疾患を有する方への支援」

ここでは、支援の事例を紹介しています。

この事例をもとに、みなさんがどのような支援ができるかを考えていきます。

事例

世帯・続柄	性別	年齢	職業	収入
1 主	男	38	無職	無
2				

【住環境・日常生活状況】

- ・ 集合住宅の1階に居住。ライフラインに不足はない。
- ・ 家賃は住宅扶助基準内である。
- ・ 昼夜逆転した生活。掃除洗濯もできず、入浴もなく髪もべたついている。ヘルパーに清掃を依頼。食事はカップ麺が中心。
- ・ 日中は家におり、テレビをみるかパソコンをしているかといった生活。
- ・ 強い薬の副作用の影響が大きかったため、服薬を減らした現在は、改善されてきている。
- ・ しかしながら、現在でも深夜に大音量でテレビを視聴しトラブルとなっている。

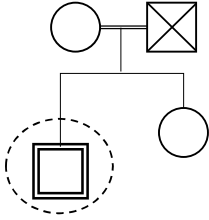
【世帯の概要】

- ・ うつ病・統合失調症を患っており、精神障害者手帳2級所持。
- ・ 通院をしており、ヘルパー（週1回）や訪問看護（週1回）等の社会資源につながっているものの、症状が安定せず、通院や服薬ができないことがある。
- ・ 父は10年前に他界。
- ・ 他市に別世帯の母が住んでおり、本人は時々、母宅を訪問。母にも疾病があり、本人の世話することができない。
- ・ 妹は居所不明。
- ・ ヘルパー、訪問看護師との関係は良好で、支援に感謝している。
- ・ ケースワーカーに対しては、率直に状況や気持ちを伝える。

【生活歴】

- ・ 他県にて2人兄妹の長男として出生。大学を卒業。就職活動の不調により、コンビニでのアルバイトや派遣などをしてきた。
- ・ その後、ITエンジニアとして就職したものの、激務と職場での人間関係の悪化によりうつ病・統合失調症を発症し、2年で退職。
- ・ 働けない日が続き保護受給開始となる。

【家族関係図】



保護の種類	生活扶助・住宅扶助・医療扶助	
保護歴	平成27年11月から保護開始	
要介護度	無	
障害手帳	精神障害者手帳2級	
傷病	統合失調症により精神科に2週間に1度通院。躁鬱症状あり。軽度の幻聴あり。不眠。10種類ほど服薬をしている。	
ADL	身の回りのことができていない。	
資産	活用可能な資産なし	負債 ・ 消費者金融 約800,000円 ・ 携帯電話の滞納
収入、給付	無	

16

ステップ1：課題の分析



事例を読み、どのような課題があるか考えてみましょう。

【1. 課題となっていること】



記入が終わったら、書いた内容をグループで共有してみましょう。

17

ステップ1：課題の分析（例）

例えばこんなことが
挙げられます！

【1. 課題となっていること】

1. 日常生活の側面における課題（健康・住まい・生活・就労・家族関係など）
 - ・服薬ができておらず、病状が不安定。
 - ・通院ができないことがある。
 - ・洗濯、清掃などができていない。
 - ・栄養のある食事ができていない。
2. 社会生活の側面における課題（人との交流・近隣や地域との関わり・社会参加など）
 - ・大音量のテレビ視聴による近隣トラブルがある。
 - ・人付き合いがなく、孤立している。
3. 経済的な側面における課題（収入・債務・家計のやりくりなど）
 - ・消費者金融の借金がある。
 - ・携帯電話の料金の滞納がある。

18

ステップ2：支援の方向性



課題に対する支援の方向性について考えてみましょう。
（必要となる支援、制度、関係機関との連携など）



記入が終わったら、書いた内容をグループで共有してみましょう。

19

ステップ3：課題解決に向けたワーク①ストレングスを考える

課題解決にあたっては、「課題（できていないこと・取り組むべきこと）」だけでなく、本人のもつ強みやよいところ（ストレングス）も把握し、援助方針の策定に生かしていくことが大切です。

【ストレングスの例】

①性質・性格	②技能・才能	③環境	④関心・願望
正直である	金銭管理が正確	家族がいる	読書が好き
思いやりがある	記憶力が高い	ペットがいる	魚釣りが好き
勤勉である	花を生けられる	年金を受給	映画が好き
親切である	数字が得意	自宅がある	コーヒーが好き
辛抱強い	英語が得意	親友がいる	将来の夢がある
感性が豊か	野球に詳しい	子育てサロンがある	外国旅行がしたい
：	：	：	：

上記のストレングスの例を参考に、対象者のストレングスを書いてみましょう。

20

ステップ3：課題解決に向けたワーク①ストレングスを考える

①性質・性格	②技能・才能	③環境	④関心・願望

21

ステップ3：課題解決に向けたワーク①ストレングスを考える(例)

どのようなストレングスがありましたか？
隣の人や周りの人と比べてみましょう。

例えばこんなことが
挙げられます！

①性質・性格	②技能・才能	③環境	④関心・願望
<ul style="list-style-type: none"> ・率直である。 ・自分の状況を伝えることができる。 ・自分の気持ちを伝えることができる。 ・感謝の言葉を伝えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・大学を卒業している。 ・エンジニアとしての経験を持っている。 ・アルバイトや派遣等で働いた経験を持つ。 ・パソコンが使える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母との交流がある。 ・ヘルパー、訪問看護師との関係が良好である。 ・受診できている。 ・ケースワーカーが継続的に支援している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・テレビが好き。 <p>この項目については、今後の面接の中で、把握していく必要があります。</p>

22

ステップ3：課題解決に向けたワーク②本人から見えている世界を考える

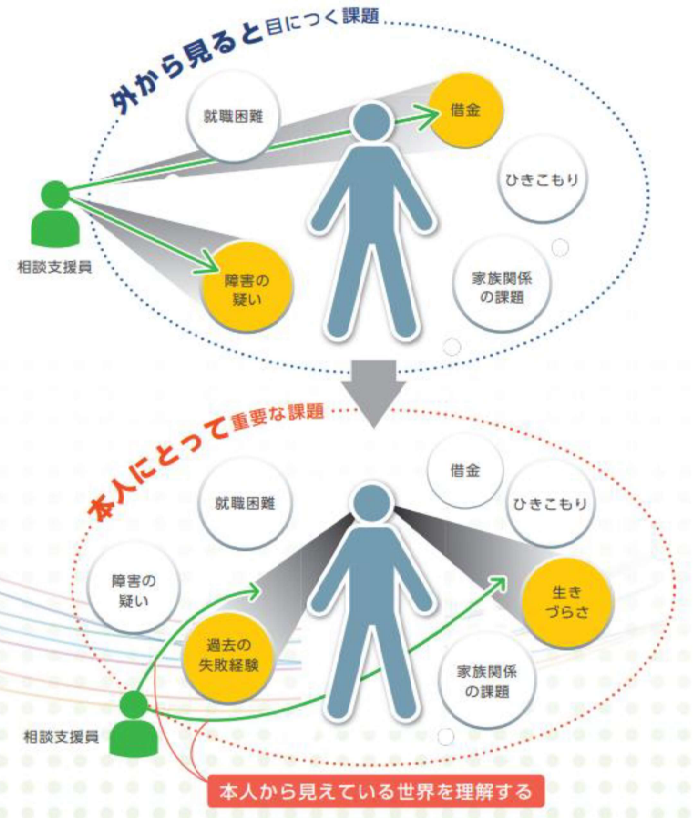
本人理解に際しては、ケースワーカーの側から本人の状況や課題を捉えるだけではなく、本人の側に立って、本人から見た場合に、自分自身の状況や自分を取り巻く環境がどのように見えており、どのように課題を捉えているのか、すなわち「本人から見えている世界」への理解を深める必要があります。本人が解決するプロセスは、そこからしかスタートが切れないからです。

こうした理解に基づく相談支援であってこそ、本人が主体となって課題に取り組むことを支援することにつながります。

ステップ3：課題解決に向けたワーク②本人から見えている世界を考える

<実践上のポイント>

- 本人との良好な信頼関係を基礎として、本人の主訴を引き出す。
- 生育歴や生活歴をひもとき、価値観や考え方、行動がどのように形成されてきたのかを考え、本人についての理解を深める。
- 本人の認知や行動の特性やパターンを理解し、そのことによる生活のしづらさの有無や度合いを考える。
- 社会的に逸脱した行動があったり、本人を取り巻く関係者と本人との認識にズレがある等の場合であっても、本人の側に立って、「なぜそうなるのか」、「本人は今どのような認識でいるのか」という理解に努める。
- 本人の心情を理解し、生きづらさや自己肯定感の低下の状況などにも目を向ける。



出典：みずほ情報総研『生活困窮者自立支援制度の自立相談支援機関における帳票類の標準化等に関する調査研究報告書』,2016年,p3をもとに作成。

24

ステップ3：課題解決に向けたワーク②本人から見えている世界を考える

前スライドを例に、事例の対象者について、外から見えている世界と本人から見えている世界を書いてみましょう。

【外から見ると目につく課題】

【本人にとって重要な課題】

25

ステップ3：課題解決に向けたワーク②本人から見えている世界を考える（例）

どのようになりましたか？隣の人や周りの人と比べてみましょう。

【外から見ると目につく課題】

- ・服薬できていない
- ・通院できていない
- ・昼夜逆転している
- ・近隣トラブルがある
- ・借金がある

例えばこんなことが
挙げられます！

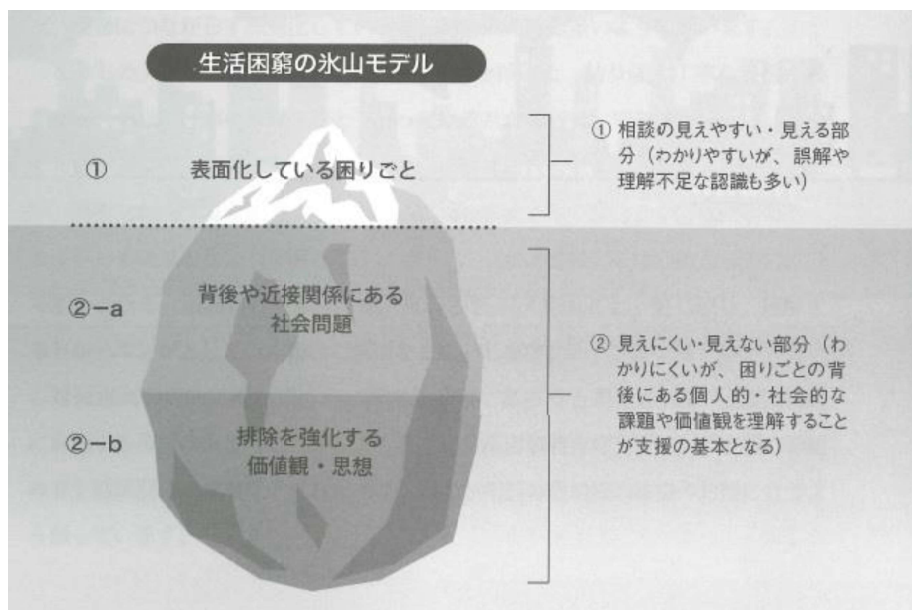
【本人にとって重要な課題】

- ・幻聴があり眠れない
- ・人生が思うようにいかずにつらい
- ・自分の現状を人に知られたくない

26

ステップ3：課題解決に向けたワーク③冰山モデルで考える

対象者の困りごとの背後にある個人的・社会的な課題や価値観・思想について考えてみましょう。



出典：社会的包摂サポートセンター編『相談支援員必携 事例で見る生活困窮者』,中央法規出版,2015年,p4

上記の生活困窮の冰山モデルを参考に、事例の困りごと、困りごとの背後にあるものを書いてみましょう。

27

ステップ3：課題解決に向けたワーク③氷山モデルで考える

氷山モデルを用いて、事例を考えてみましょう

①表面化している困りごと

②背景や近接関係にある社会問題

③排除を強化する価値観・思想

28

ステップ3：課題解決に向けたワーク③氷山モデルで考える（例）

どのようになりましたか？隣の人や周りの人と比べてみましょう。

①表面化している困りごと

②背景や近接関係にある社会問題

③排除を強化する価値観・思想



例えばこんなことが
挙げられます！

- ・精神疾患の症状（幻聴など）
- ・精神疾患への誤解や理解不足
- ・雇用環境の厳しさ
- ・居場所のなさ

- ・働かない人は一人前でない
- ・精神障害者に対する偏見
- ・生活保護受給者に対する偏見

29

ステップ4：課題解決の方法を検討しよう

【1. 課題となっていること】（再掲）

1. 日常生活の側面における課題（健康・住まい・生活・就労・家族関係など）

- ・服薬ができておらず、病状が不安定。
- ・通院ができないことがある。
- ・洗濯、清掃などができていない。
- ・栄養のある食事ができていない。

病状が悪く身体が
しんどいのかも…

2. 社会生活の側面における課題（人との交流・近隣や地域との関わり・社会参加など）

- ・大音量のテレビ視聴による近隣トラブルがある。
- ・人付き合いがなく、孤立している。

孤独を感じている
のかも…

3. 経済的な側面における課題（収入・債務・家計のやりくりなど）

- ・消費者金融の借金がある。
- ・携帯電話の料金の滞納がある。

援助方針の策定にあたっては、本人のおかれている状況の理解につとめ、
本人の想い、願いを大切にしながら、できるだけ本人と一緒に
検討することが大切です。

30

ステップ4：課題解決の方法を検討しよう

- 「援助方針」を、①援助目標（中長期）、②援助目標（短期）をふまえて、
策定してみましょう。「援助方針」の前に、「目標」を明確にする必要があります。
（①⇒②⇒③の順番で考えてみてください。②⇒①でも結構です。）

③援助方針	②援助目標（短期）	①援助目標（中長期）

31

ステップ4：課題解決の方法を検討しよう（例）

- 「援助方針」を、①援助目標（中長期）、②援助目標（短期）をふまえて、策定してみましょう。「援助方針」の前に、「目標」を明確にする必要があります。（①⇒②⇒③の順番で考えてみてください。②⇒①でも結構です。）

③援助方針	②援助目標（短期）	①援助目標（中長期）
<ul style="list-style-type: none"> 関係者とのカンファレンスを実施し療養支援、家事等の支援のあり方について検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な通院と服薬 家事や身の回りの自立 	<ul style="list-style-type: none"> 病状の安定 日常生活の安定
<ul style="list-style-type: none"> 病状が落ち着いたところで、すみやかに債務整理を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> 債務整理を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 債務をなくす
<ul style="list-style-type: none"> 病状が安定したところでデイケア等日中活動への参加を検討する。 母との交流を継続する。 民生委員による見守りを依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> 日中活動への参加 親族との交流 見守りによる孤立防止 	<ul style="list-style-type: none"> 孤立の予防 生きがいや楽しみ、目標が持てる生活を営む。

32

その後の支援の展開

- ①ケースワーカーは、本人、保健所の保健師、通院先の精神保健福祉士、訪問看護師、ヘルパーとのカンファレンスを頻繁に実施。訪問看護、ヘルパー派遣の回数をそれぞれ週2回に増やした。また、ヘルパーには通院介助を依頼。民生委員に当面の見守り体制づくりと声かけを依頼した。
- ②服薬や通院、日常生活への支援が充実したことで、本人の病状は安定。ケースワーカーとともに法律相談に行き、債務整理に着手できた。
- ③最近では、民生委員に、挨拶できるようになっている。近々、本人の希望もあり、病院のデイケアの利用を開始する予定となっている。

33

研修の振り返り

研修前にあなたが考えた目標に対する達成度をチェックしてみましょう

- ▶ チェックしてみましょう→ 達成！ ・ まあまあ達成！ ・ もう少し！ ・ いまいち！
- ▶ なぜそう思いましたか？理由を書いてみましょう

この研修で学べてよかったと思うことを書いてみましょう

学んだことを支援にどう「活かす」か、考えてみましょう

34

出典

【本研修教材作成に用いた資料】

- ・ 岡部 卓『新版 生活保護ソーシャルワーカー必携 生活保護における社会福祉実践』全国社会福祉協議会,2014年.
- ・ 自立相談支援事業従事者養成研修テキスト編集委員会『生活困窮者自立支援法 自立相談支援事業従事者養成研修テキスト』中央法規出版,2015年.
- ・ 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『精神保健福祉士養成セミナー 1 精神医学－精神疾患とその治療』へるす出版,2017年.
- ・ みずほ情報総研『生活困窮者自立支援制度の自立相談支援機関における帳票類の標準化等に関する調査研究報告書』,2016年.
- ・ 社会的包摂サポートセンター編『相談支援員必携 事例で見る生活困窮者』,中央法規出版,2015年.
- ・ 知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>
- ・ 主な発達障害の定義について（文部科学省）
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/004/008/001.htm

ぜひ一度、目を通してみてください！



35

【参考資料】

用語の定義

▶精神病

精神疾患と同義で用いる場合には、身体的基盤をもつもののみを**精神病**と呼ぶ。これはドイツ語圏の精神医学の考え方であり、その典型は**器質精神病**（脳に侵襲が加わった結果、精神症状や行動異常が生じるもの）など、身体的原因が明確なものである。統合失調症や躁うつ病などのいわゆる**内因性精神病**は、将来身体的原因が明らかになると想定されるため、精神病の中に含まれる。しかし、神経症や反応性に起こる異常体験反応、精神遅滞（知的障害）は含まれない。

▶精神障害

精神障害は、精神の病的状態、すなわち精神病、神経症、パーソナリティ障害、精神遅滞（知的障害）などを包括して呼ぶ場合に用いられる。また、ICD-10*では病因が明確になっていないため「疾患」として定義できない場合や、個人的な苦痛や機能障害を伴うような状態に用いるべきものとされている。

*ICD-10・・・世界保健機関により国際的に精神障害の分類を統一したものの、「**国際疾病分類**」という。

▶精神疾患

疾患とは、病因、病態、症状、経過、予後、病理学的所見が一致する一群を指す医学的概念であり、厳密な意味で**精神疾患**という場合には器質精神病のような病因、病理所見の明確なもののみを指すが、実際の臨床の場では、それほど厳密な意味では使用されず、統合失調症やうつ病なども含む広い意味で使用される。

一見、同じような言葉のようですが、それぞれに定義があります・・・

出典：精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編『精神保健福祉士養成セミナー 1 精神医学－精神疾患とその治療』へるす出版,2017年,p19-20,24をもとに作成

36

【参考資料】

代表的な疾患の紹介

障害・疾患名	概要
認知症性疾患	正常であった記憶や思考などの能力が脳の病気や障害の為に低下していく障害です。認知症にはいくつかの種類があり、最も多いのがアルツハイマー型認知症で、脳神経が変性して脳の一部が萎縮していく過程で起こるものです。次いで多いのが脳梗塞や脳出血などの脳血管障害による血管性認知症です。かつて日本では血管性認知症が多かったのですが、現在は減ってきています。また、アルツハイマー型に血管性認知症が合併している方も多くみられます。 また近年、認知症早期診断も進歩しています。軽度認知障害という用語がアルツハイマー病など認知症の前駆状態を意味する状態という意味で使われるようになっており、その代表がMild Cognitive Impairment(MCI)です。詳しくはNo.⑩「認知症高齢者への支援」もご覧ください。
統合失調症	幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患です。それに伴って、人々と交流しながら家庭や社会で生活を営む機能が障害を受け（生活の障害）、「感覚・思考・行動が病気のために歪んでいる」ことを自分で振り返って考えることが難しくなりやすい（病識の障害）、という特徴を併せもっています。多くの精神疾患と同じように慢性の経過をたどりやすく、その間に幻覚や妄想が強くなる急性期が出現します。
抑うつ気分、抑うつ状態、うつ病	「憂うつである」「気分が落ち込んでいる」などと表現される症状を抑うつ気分といいます。抑うつ状態とは抑うつ気分が強い状態です。うつ状態という用語のほうが日常生活でよく用いられますが、精神医学では抑うつ状態という用語を用いることが多いようです。このようなうつ状態がある程度以上、重症である時、うつ病と呼んでいます。 うつ病は、原因からみて外因性（身体因性）、内因性、心因性（性格環境因性）と分ける場合があります。身体因性うつ病とは、アルツハイマー型認知症のような脳の病気、甲状腺機能低下症のような体の病気、副腎皮質ステロイドなどの薬剤がうつ状態の原因となっている場合をいいます。内因性うつ病というのは典型的なうつ病であり、普通は抗うつ薬がよく効き、治療しなくても一定期間内によくなるといわれます。ただ、本人の苦しみや自殺の危険などを考えると、早く治療したほうがよいことは言うまでもありません。心因性うつ病とは、性格や環境がうつ状態に強く関係している場合です。抑うつ神経症（神経性抑うつ）と呼ばれることもあり、環境の影響が強い場合は反応性うつ病という言葉もあります。
双極性障害（躁うつ病）	精神疾患の中でも気分障害と分類されている疾患のひとつです。うつ状態だけが起こる病気を「うつ病」といいますが、このうつ病とほとんど同じうつ状態に加え、うつ状態とは対極の躁状態も現れ、これらくりかえす、慢性の病気です。

出典：厚生労働省『知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト』<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/data.html>をもとに作成

37

【参考資料】

代表的な疾患の紹介

障害・疾患名	概要
パニック障害・不安障害	「パニック障害」も「不安障害」も、近年よく用いられるようになった病名ですが、正確にいうと、「パニック障害」は「不安障害」の下位分類のひとつです。「不安障害」というのは、精神疾患の中で、不安を主症状とする疾患群をまとめた名称です。その中には、特徴的な不安症状を呈するものや、原因がトラウマ体験によるもの、体の病気や物質によるものなど、様々なものが含まれています。中でもパニック障害は、不安が典型的な形をとって現れている点で、不安障害を代表する疾患といえます。
強迫性障害	強迫性障害(Obsessive-Compulsive Disorder; OCD)は不安障害の一型で、その病態は、強迫観念と強迫行為に特徴づけられます。強迫観念は無意味ないし不適切、侵入的と判断され、無視や抑制しようとしてもそこから離れない思考や衝動およびイメージなどで、強迫行為はおもに強迫観念に伴って高まる不安を緩和および打ち消すための行為で、そのほかばかしさや、過剰であることを自ら認識してやめたいと思いつつも、駆り立てられる様に行う行為です。 (例：トイレのたびに「手の汚れ」を強く感じ、それをまき散らす不安から執拗に手洗いを続ける。泥棒や火事の心配から、外出前に施錠やガス栓の確認をきりなく繰り返す等)
重度ストレス反応および適応障害	適応障害とは、ICD-10によると「ストレス因により引き起こされる情緒面や行動面の症状で、社会的機能が著しく障害されている状態」と定義されています。ストレスとは「重大な生活上の変化やストレスに満ちた生活上の出来事」です。ストレス因は、個人レベルから災害など地域社会を巻き込むようなレベルまで様々です。また、ある人はストレスに感じるものがほかの人はそうでなかったりと、個人のストレスに対する感じ方や耐性も大きな影響を及ぼします。 つまり適応障害とは、ある生活の変化や出来事がその人にとって重大で、普段の生活がおくれないほど抑うつ気分、不安や心配が強く、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。
解離性(転換性)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といえます。たとえば、ある出来事の記憶がすっぽり抜け落ちていたり、まるでカプセルの中にいるような感覚がして現実感がない、いつの間にか自分の知らない場所にいるなど、様々な症状があります。 こうした中で、自分の中にいくつもの人格が現れるものを多重人格障害(解離性同一性障害)といいます。ある人格が現れているときには、別の人格のときの記憶がないことが多く、生活面での様々な支障が出てきます。

出典：厚生労働省『知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト』<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>をもとに作成

38

【参考資料】

代表的な疾患の紹介

障害・疾患名	概要
パーソナリティ障害	定義は、「その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った内的体験および行動の持続的パターンであり、ほかの精神障害に由来しないもの…」とされています。さまざまな型があり、診断医によって見解がわかれることもあります。社会不適応や、対人関係のトラブルにより、社会生活、家族関係、職業生活など、多様な場面で問題が生じます。人との関わりを求める型、社会から引きこもる型、気分的な不調の訴えが多い型、判断などを人に委ね依存的な型、背迫的なこだわりを持つ型など、状態像が一括りにできないことが特徴です。
精神遅滞(知的障害)	「知的機能の障害が発達期(おおむね18歳まで)にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」(厚生労働省)と定義されています。精神の発達停止や発達不全の状態、発達期(おおむね18歳まで)に明らかになる認知、言語、運動、社会的能力などにみられる障害をいいます。知能の障害の程度は知能指数(IQ)によって分類され、診断の基本は知能指数がおおむね70未満であることとされています。
広汎性発達障害	発達障害はいくつかのタイプに分類されており、自閉症、アスペルガー症候群、注意欠如・多動性障害(ADHD)、学習障害(LD)、チック障害、吃音(症)などが含まれます。 これらは、生まれつき脳の一部の機能に障害があるという点が共通しています。同じ人に、いくつかのタイプの発達障害があることも珍しくなく、そのため、同じ障害がある人同士でもまったく似ていないように見えることがあります。個人差がとても大きいという点が、「発達障害」の特徴といえるかもしれません。
学習障害(LD)	全般的な知的発達には問題がないのに、読む、書く、計算するなど特定の事柄のみがとりわけ難しい状態をいいます。有病率は、確認の方法にもよりますが2~10%と見積もられており、読みの困難については、男性が女性より数倍多いと報告されています。
注意欠陥・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。学童期の子どもには3~7%存在し、男性は女性より数倍多いと報告されています。男性の有病率は青年期には低くなりますが、女性の有病率は年齢を重ねても変化しないと報告されています。

出典：知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト(厚生労働省) <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>
主な発達障害の定義について(文部科学省) http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/004/008/001.htm をもとに作成

39