

表13: 要介護認定の申請: 知的障害

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	48	41.4%	25	18.9%	73	29.4%
なかった	20	17.2%	65	49.2%	85	34.3%
わからない	44	37.9%	39	29.5%	83	33.5%
欠損値	4	3.4%	3	2.3%	7	2.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表14: 二次判定で要介護・要支援認定: 痴呆性疾患

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	95	81.9%	88	66.7%	183	73.8%
なかった	2	1.7%	8	6.1%	10	4.0%
わからない	15	12.9%	32	24.2%	47	19.0%
欠損値	4	3.4%	4	3.0%	8	3.2%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表15: 二次判定で要介護・要支援認定: 痴呆以外の精神疾患

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	66	56.9%	42	31.8%	108	43.5%
なかった	14	12.1%	42	31.8%	56	22.6%
わからない	31	26.7%	44	33.3%	75	30.2%
欠損値	5	4.3%	4	3.0%	9	3.6%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表16: 二次判定で要介護・要支援認定: 知的障害

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	42	36.2%	19	14.4%	61	24.6%
なかった	21	18.1%	64	48.5%	85	34.3%
わからない	48	41.4%	45	34.1%	93	37.5%
欠損値	5	4.3%	4	3.0%	9	3.6%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表17: 1回の会議で決定しなかった事例: 痴呆性疾患

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	7	6.0%	2	1.5%	9	3.6%
なかった	94	81.0%	97	73.5%	191	77.0%
わからない	12	10.3%	30	22.7%	42	16.9%
欠損値	3	2.6%	3	2.3%	6	2.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表18: 1回の会議で決定しなかった事例: 痴呆以外の精神疾患

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	1	0.9%	0	0.0%	1	0.4%
なかった	96	82.8%	95	72.0%	191	77.0%
わからない	15	12.9%	32	24.2%	47	19.0%
欠損値	4	3.4%	5	3.8%	9	3.6%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表19: 1回の会議で決定しなかった事例: 知的障害

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
なかった	88	75.9%	95	72.0%	183	73.8%
わからない	24	20.7%	32	24.2%	56	22.6%
欠損値	4	3.4%	5	3.8%	9	3.6%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表20:「要介護・要支援認定にかかる処分」審査請求の理由:痴呆性疾患

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	5	4.3%	2	1.5%	7	2.8%
なかった	105	90.5%	100	75.8%	205	82.7%
わからない	4	3.4%	26	19.7%	30	12.1%
欠損値	2	1.7%	4	3.0%	6	2.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表21:「要介護・要支援認定にかかる処分」審査請求の理由:痴呆以外の精神疾患

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	0	0.0%	1	0.8%	1	0.4%
なかった	110	94.8%	101	76.5%	211	85.1%
わからない	4	3.4%	26	19.7%	30	12.1%
欠損値	2	1.7%	4	3.0%	6	2.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表22:「要介護・要支援認定にかかる処分」審査請求の理由:知的障害

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
なかった	110	94.8%	102	77.3%	212	85.5%
わからない	4	3.4%	26	19.7%	30	12.1%
欠損値	2	1.7%	4	3.0%	6	2.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表23:介護老人福祉施設利用者について得た情報:痴呆性疾患のために介護が著しく困難になった

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	35	30.2%	33	25.0%	68	27.4%
なかった	49	42.2%	72	54.5%	121	48.8%
わからない	31	26.7%	26	19.7%	57	23.0%
欠損値	1	0.9%	1	0.8%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表24:介護老人福祉施設利用者について得た情報:痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護が著しく困難になった

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	17	14.7%	7	5.3%	24	9.7%
なかった	58	50.0%	89	67.4%	147	59.3%
わからない	39	33.6%	36	27.3%	75	30.2%
欠損値	2	1.7%	0	0.0%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表25:介護老人福祉施設利用者について得た情報:詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護が著しく困難になった

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	23	19.8%	17	12.9%	40	16.1%
なかった	55	47.4%	83	62.9%	138	55.6%
わからない	36	31.0%	32	24.2%	68	27.4%
欠損値	2	1.7%	0	0.0%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表26:介護老人福祉施設利用者について得た情報:痴呆性疾患のために介護老人福祉施設を退所した

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	11	9.5%	4	3.0%	15	6.0%
なかった	62	53.4%	103	78.0%	165	66.5%
わからない	41	35.3%	24	18.2%	65	26.2%
欠損値	2	1.7%	1	0.8%	3	1.2%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表27:介護老人福祉施設利用者について得た情報:痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護老人福祉施設を退所した

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	4	3.4%	1	0.8%	5	2.0%
なかった	63	54.3%	105	79.5%	168	67.7%
わからない	47	40.5%	25	18.9%	72	29.0%
欠損値	2	1.7%	1	0.8%	3	1.2%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表28:介護老人福祉施設利用者について得た情報:詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護老人福祉施設を退所した

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	4	3.4%	3	2.3%	7	2.8%
なかった	63	54.3%	103	78.0%	166	66.9%
わからない	47	40.5%	26	19.7%	73	29.4%
欠損値	2	1.7%	0	0.0%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表29:訪問介護利用者について得た情報:痴呆性疾患のために介護が著しく困難になった

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	60	51.7%	59	44.7%	119	48.0%
なかった	38	32.8%	55	41.7%	93	37.5%
わからない	16	13.8%	18	13.6%	34	13.7%
欠損値	2	1.7%	0	0.0%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表30:訪問介護利用者について得た情報:痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護が著しく困難になった

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	38	32.8%	23	17.4%	61	24.6%
なかった	49	42.2%	83	62.9%	132	53.2%
わからない	26	22.4%	26	19.7%	52	21.0%
欠損値	3	2.6%	0	0.0%	3	1.2%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表31:訪問介護利用者について得た情報:詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護が著しく困難になった

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	35	30.2%	20	15.2%	55	22.2%
なかった	43	37.1%	84	63.6%	127	51.2%
わからない	34	29.3%	28	21.2%	62	25.0%
欠損値	4	3.4%	0	0.0%	4	1.6%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表32:訪問介護利用者について得た情報:痴呆性疾患のために訪問介護を中止した

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	5	4.3%	6	4.5%	11	4.4%
なかった	65	56.0%	102	77.3%	167	67.3%
わからない	44	37.9%	24	18.2%	68	27.4%
欠損値	2	1.7%	0	0.0%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表33:訪問介護利用者について得た情報:痴呆以外の精神疾患または知的障害のために訪問介護を中止した

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	5	4.3%	3	2.3%	8	3.2%
なかった	60	51.7%	107	81.1%	167	67.3%
わからない	49	42.2%	22	16.7%	71	28.6%
欠損値	2	1.7%	0	0.0%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表34:訪問介護利用者について得た情報:詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために訪問介護を中止した

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	6	5.2%	3	2.3%	9	3.6%
なかった	59	50.9%	104	78.8%	163	65.7%
わからない	49	42.2%	25	18.9%	74	29.8%
欠損値	2	1.7%	0	0.0%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表35:介護老人福祉施設利用者について得た情報

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
いずれかあり	68	58.6%	79	59.8%	147	59.3%
いずれもなしまたはわからない	47	40.5%	53	40.2%	100	40.3%
いずれか欠損値	1	0.9%	0	0.0%	1	0.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表36:訪問介護利用者について得た情報

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
いずれかあり	61	52.6%	69	52.3%	130	52.4%
いずれもなしまたはわからない	51	44.0%	63	47.7%	114	46.0%
いずれか欠損値	4	3.4%	0	0.0%	4	1.6%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表37:介護老人福祉施設利用者について得た情報および訪問介護利用者について得た情報

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
いずれかあり	65	56.0%	77	58.3%	142	57.3%
いずれもなしまたはわからない	47	40.5%	53	40.2%	100	40.3%
いずれか欠損値	4	3.4%	2	1.5%	6	2.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表38:中央値など

		標本数	最小値	中央値	最大値	4分位範囲
要介護認定:申請者数	別の課	113	0	512.0	28252	845.5
	同一の課	125	2	133.0	1099	141.5
	全体	238	0	217.5	28250	401.5
要介護認定:認定者数	別の課	110	0	431.5	27781	847.5
	同一の課	124	0	121.0	1093	124.8
	全体	234	0	198.5	27781	341.5
介護認定審査会の合議体数	別の課	112	1	6.0	128	10.8
	同一の課	117	1	6.0	32	12.0
	全体	229	1	6.0	128	12.0
精神科医師が委員となっている合議体数	別の課	102	0	1.0	72	2.3
	同一の課	97	0	1.0	13	2.0
	全体	199	0	1.0	72	2.0
介護老人福祉施設:施設数	別の課	114	0	2.0	65	3.0
	同一の課	129	0	1.0	2	0.0
	全体	243	0	1.0	65	1.0
介護老人福祉施設:定員	別の課	113	0	121.0	5782	187.0
	同一の課	125	0	50.0	200	6.5
	全体	238	0	55.0	5782	73.3
精神科嘱託医の配置のある施設:施設数	別の課	87	0	0.0	33	1.0
	同一の課	85	0	0.0	1	0.0
	全体	172	0	0.0	33	1.0
精神科嘱託医の配置のある施設:定員	別の課	85	0	0.0	3182	83.5
	同一の課	83	0	0.0	90	0.0
	全体	168	0	0.0	3182	0.0
精神病院の設置されている施設:施設数	別の課	85	0	0.0	3	0.0
	同一の課	81	0	0.0	1	0.0
	全体	166	0	0.0	3	0.0
精神病院の設置されている施設:定員	別の課	83	0	0.0	230	0.0
	同一の課	80	-	-	-	-
	全体	163	0	0.0	230	0.0
訪問介護実施事業者数	別の課	114	1	7.0	372	17.3
	同一の課	130	0	2.0	14	2.0
	全体	244	0	3.0	372	6.0
介護保険審査会への審査請求の行われた事例件数	別の課	112	0	0.0	3	0.0
	同一の課	121	0	0.0	5	0.0
	全体	233	0	0.0	5	0.0

政令指定都市・市町村介護保険主管課長様

国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部長 竹島 正

精神障害者の高齢化と介護に関する調査
(協力のお願ひ)

社会全体の高齢化の進展とともに、在宅および在院の精神障害者の高齢化が進み、特に精神病院在院患者の3人に1人は65歳以上となっております。

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」には、「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の減少があげられましたが、この精神病床から退院する患者には中高年者が多数含まれると予想されます。また同報告書には精神障害者の地域生活の支援の中に「精神障害者のうち介護保険サービスの利用を希望する者に対しては、精神障害者の社会復帰支援に当たる者や介護保険のサービス事業者等において、相談支援、情報提供等、適切な援助を実施する」ことが求められております。

このように精神障害者の高齢化とともに、介護保険の領域においても精神障害者への対応が一層必要となることが予想されます。

本研究は平成14年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「都道府県・市町村における精神保健福祉施策の充実に関する研究」の分担研究「市町村等における精神保健福祉施策の推進に関する研究」の一環として、全国6都道府県の全市町村および全政令指定都市を対象に、介護保険における痴呆性高齢者を含む精神障害者の実態や処遇に関してお聞きするものです。

本調査の実施に関しては、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課及び老健局老人保健課に相談しながら進めていることを申し添えます。ご多忙のところ恐れ入りますが、ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

なお調査票に関しては、同封の封筒にて平成15年3月10日必着でご返送ください。よろしくお願ひいたします。

この調査に関する問い合わせ先は下記のとおりです。

問い合わせ先：〒272-0827 千葉県市川市国府台 1-7-3

国立精神・神経センター精神保健研究所

精神保健計画部

立森 久照（内線）1211

竹島 正（内線）1210

電話 047-375-4742

ファクス 047-371-2900

資料 1

あてはまる番号に○をするか () に記入してください。

I 介護保険の全般的なシステムについて質問します。

1. 貴市町村では、介護保険担当と精神保健福祉の担当課はどのような組織上の位置づけになっていますか。

1. 異なる部局に設置されている
2. 同一の部局であるが課は異なる
3. 同一の課で対応している

2. 貴市町村に精神科の病床を持つ病院・診療所または精神科の無床診療所はありますか。

- | | | |
|-------------|-------|-------|
| ① 精神科病院・診療所 | 1. あり | 2. なし |
| ② 精神科の無床診療所 | 1. あり | 2. なし |

3. 貴市町村の住民で、平成 14 年度 10 月から 12 月の 3 ヶ月間に要介護認定の申請を行った者、そのうち二次判定で要介護または要支援認定となった者は、それぞれ何人ですか。

- | | |
|--------|------|
| ① 申請者数 | ()人 |
| ② 認定者数 | ()人 |

4. 貴市町村では単独で介護認定審査会を設置していますか。

1. 単独で設置している
2. 他の市町村と共同で設置している
(共同で設置している市町村名：)

5. 貴市町村の要介護認定に関わる介護認定審査会に合議体はいくつ設けられていますか。また、そのうち委員に精神科医師が含まれている合議体はいくつありますか。

- | | |
|-----------------------|---------|
| ① 合議体の数 | () 合議体 |
| ② 精神科医師が委員となっている合議体の数 | () 合議体 |

6. 貴市町村内に介護老人福祉施設はいくつありますか。また、そのうち精神科嘱託医の配置のある(精神科医師による療養指導加算のある)施設、と近接地に同一法人等の精神病院が存在する施設の施設数および定員はそれぞれいくつですか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| ① 介護老人福祉施設 | () 施設、定員 () 名 |
| ② 精神科嘱託医の配置のある施設数 | () 施設、定員 () 名 |
| ③ 精神病院の設置されている施設数 | () 施設、定員 () 名 |

資料 1

7. 平成 15 年 1 月 1 日現在の貴市町村内の訪問介護を行っている事業所数および訪問介護対象者数はそれぞれ何人ですか。

- ① 訪問介護実施事業所数 () 事業所
② 訪問介護対象者数 () 人

8. 貴市町村では、平成 14 年 4 月から 12 月の間に、介護保険サービスを行っている施設、ケアマネジャー、ホームヘルパーから、精神障害で精神症状や問題行動のある事例について相談や支援を求められたことがありますか。

1. あった(具体的に:)
2. なかった
3. わからない

9. 貴市町村では、平成 14 年 4 月から 12 月の間に、介護保険の居宅サービス利用者の精神症状や問題行動のために、次の機関や施設等に相談を行ったことはありますか。あてはまるもの全てをお選びください。

0. 相談をおこなったことはない
1. 同じ市町村の精神保健福祉担当者もしくは保健師など
2. 保健所
3. 精神科の病院
4. 精神科の診療所
5. 老人性痴呆疾患センター
6. 都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センター
7. その他(具体的に:)

10. 貴市町村で、現在に要介護・要支援認定となっている者のうち、次に該当する人数は把握していますか。

- ① 精神障害者保健福祉手帳の保有者数
1. 把握している 2. 把握していない 3. わからない

- ② 精神障害による障害年金受給者数
1. 把握している 2. 把握していない 3. わからない

11. 貴市町村において、介護保険の適切な実施のために、精神科医療との連携を充実させることの必要性を感じたことはありますか。

1. あった 2. なかった 3. わからない

II 疾患ごとの事項について質問します。

以下では、「痴呆性疾患」とは脳血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆などを、「痴呆以外の精神疾患」とは精神分裂病(統合失調症)、感情障害、神経症性障害などを、「知的障害」とは精神遅滞、精神薄弱を示すものと定義します。

1 2. 貴市町村の住民で、平成 14 年度 10 月から 12 月の 3 ヶ月間に、主治医意見書あるいは認定調査票の特記事項 (以下「特記事項」という) に以下に挙げる疾患等の記載があつて、要介護認定の申請のあつた事例はありましたか。

- | | | | |
|-------------|--------|---------|----------|
| ① 痴呆性疾患 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |
| ② 痴呆以外の精神疾患 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |
| ③ 知的障害 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |

1 3. 貴市町村の住民で、平成 14 年度 10 月から 12 月の 3 ヶ月間に、主治医意見書あるいは特記事項に以下に挙げる疾患等の記載があつて、二次判定で要介護・要支援認定となつた事例はありましたか。

- | | | | |
|-------------|--------|---------|----------|
| ① 痴呆性疾患 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |
| ② 痴呆以外の精神疾患 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |
| ③ 知的障害 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |

1 4. 貴市町村の住民で、平成 14 年度 10 月から 12 月の 3 ヶ月間に、主治医意見書あるいは特記事項に以下に挙げる疾患等の記載があつて、要介護認定あるいは要介護状態の区分の判定が 1 回の会議で決定しなかつた事例はありましたか。

- | | | | |
|-------------|--------|---------|----------|
| ① 痴呆性疾患 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |
| ② 痴呆以外の精神疾患 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |
| ③ 知的障害 | 1. あつた | 2. なかつた | 3. わからない |

1 5. 貴市町村で、平成 14 年 4 月から 12 月の間に「要介護・要支援認定にかかる処分」について介護保険審査会への審査請求の行われた事例は何件ありましたか。

() 件

資料 1

16. 介護保険審査会における「要介護・要支援認定にかかる処分」についての審査請求のうち、以下に挙げる疾患等の存在が審査請求の理由となった事例はありましたか。

- | | | | |
|-------------|--------|---------|----------|
| ① 痴呆性疾患 | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ② 痴呆以外の精神疾患 | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ③ 知的障害 | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |

17. 貴市町村の住民で、平成14年4月から12月の間に介護老人福祉施設を利用した者について、次のような情報を得たことがありますか。

- | | | | |
|--|--------|---------|----------|
| ① 痴呆性疾患のために介護が著しく困難になった | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ② 痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護が著しく困難になった | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ③ 詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護が著しく困難になった | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ④ 痴呆性疾患のために介護老人福祉施設を退所した | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ⑤ 痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護老人福祉施設を退所した | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ⑥ 詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護老人福祉施設を退所した | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |

18. 貴市町村の住民で、平成14年4月から12月の間に訪問介護を利用した者について、次のような情報を得たことがありますか。

- | | | | |
|---------------------------------------|--------|---------|----------|
| ① 痴呆性疾患のために介護が著しく困難になった | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ② 痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護が著しく困難になった | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ③ 詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護が著しく困難になった | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
| ④ 痴呆性疾患のために訪問介護を中止した | 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |

次ページにもご記入下さい

資料 1

⑤ 痴呆以外の精神疾患または知的障害のために訪問介護を中止した

1. あった 2. なかった 3. わからない

⑥ 詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために訪問介護を中止した

1. あった 2. なかった 3. わからない

19. 介護保険と障害保健福祉行政のあり方や連携についてご意見がありましたら、自由にお書きください。

20. 最後に、ご回答の内容について確認させていただく場合に備え、問い合わせの際のご連絡先を以下にご記入ください。

回答者名 _____

所属部署名 _____

連絡先電話番号 _____

都道府県・市町村名 _____

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

政令指定都市における精神保健福祉施策の推進に関する研究

教職員のための手引き「学校における精神保健に関する健康相談
－児童・生徒のこころの健康支援のために－」の作成

分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

研究要旨

昨年度の研究から、中学校・高等学校における様々な精神保健ニーズが明らかとなったが、その中で、学校が相談機関や医療機関との連携の必要性を感じていても、生徒や保護者の理解や協力が得られないために、連携が進まない事例が多数報告された。この背景としては、精神疾患についての誤解や偏見に加えて、学校において、精神科医療や関係機関・社会資源などに関する情報などが充分でないため、精神保健に関連した健康相談が進めにくいことも大きく影響しているものと考えられた。また、児童・生徒のプライバシー保護に関して学校と関係機関との考え方の視点の違いも連携のあり方に影響を及ぼすものと考えられた。

そこで、本年度の研究では、学校での健康相談のあり方、関係機関との連絡調整、関係機関への紹介、精神科医療機関・相談機関に関する情報、精神保健福祉の社会資源に関する情報、プライバシー保護に対する考え方などについて簡潔に述べた「教職員のための手引き」を作成することにより、学校と相談機関・医療機関とのよりスムーズな連携が図られることを目的とした。手引きの内容は、基礎編として、子どもこころの健康と発達、ストレスとこころの健康、精神疾患の概要など、実践編として、相談の実際、相談機関・医療機関への連絡調整と紹介、精神科医療の概要、精神保健福祉に関する社会資源の紹介、プライバシーの保護、教職員のメンタルヘルスなどを含むものとした。作成した手引きは、都道府県及び指定都市教育委員会等に配布するとともに、手引きの内容について教職員へのアンケート調査を実施した。調査結果については、次年度の研究に反映させる予定である。

研究協力者

石坂好樹（京都大学大学院医学研究科）
岡崎伸郎（仙台市精神保健福祉総合センター）
衣笠隆幸（広島市精神保健福祉センター）
滝井泰孝（仙台市親子こころのクリニック）
谷山純子（広島市精神保健福祉センター）
林みづ穂（仙台市精神保健福祉総合センター）
幸田有史（京都市児童福祉センター）

吉村安隆（京都市こころの健康増進センター）

A. 研究目的

昨年度の研究から、中学校・高等学校における様々な精神保健ニーズが明らかとなったが、その中でも、学校が相談機関や医療機関との連携の必要性を感じていても、生徒や保護者の理解や協力が得られないために、連携が進まない事例が多数報告された。この背景としては、精神疾患について

の誤解や偏見が少なくないことに限らず、学校において、精神科医療や関係機関・社会資源などに関する情報などが不十分なため、精神保健に関連した健康相談が進めにくいことも大きく影響しているものと考えられた。また、児童・生徒のプライバシー保護に関して学校と関係機関との考え方の視点の違いも連携のあり方に影響を及ぼすものと考えられた。

また、昨年度調査では、学校から保健所への相談が他機関と比較して少ない一方で、精神科診療所の利用が多いこと、他の調査では、精神保健福祉センターが、児童相談所や教育相談機関と比較して、保健医療に関する相談が多く、教育機関からの紹介が1/3程度を占めることが明らかとなっている。今後は、これらの機関と学校との連携がより進むことで、児童・生徒の精神保健の向上がはかれるものとする。

そこで、本年度の研究では、学校での健康相談の実際、関係機関との連絡調整、関係機関への紹介、精神保健医療に関する情報、プライバシー保護に対する考え方、教職員のメンタルヘルスなどについて簡潔に述べた「教職員のための手引き」を作成し、その活用により、学校と相談機関・医療機関とのよりスムーズな連携が図られることを目的とする。

B. 研究方法

昨年度の調査結果を元に、「教職員のための手引きの内容」について検討し、研究協力者の協力を得て作成する。作成した手引きは、都道府県及び政令市教育委員会等に配布するとともに、教職員へのアンケート調査を実施し、次年度に改訂を行う。

C. 結果（別掲）

手引きの内容は、基礎編として、子どものこころの健康と発達、ストレスとこころの健康、児童・思春期に見られる精神疾患、実践編として、相談の実際、相談機関・医療機関への連絡調整と紹介、精神科医療の概要、精神保健福祉に関する社会資源の紹介、個人情報への扱い、教職員のメンタルヘルスなどとした。

D. 考察

本手引きを活用することで、精神疾患への理解が深まり、学校と相談機関・医療機関とのより緊密な連携が図られることにより、児童・生徒のこころの健康支援に大きく寄与するものとする。

E. 結語

精神疾患や精神障害に対する理解が深まることで、児童・生徒のこころの健康支援に寄与するとともに、将来を担う子どもたちの精神障害に対する正しい知識の獲得に結びつく。また、教職員へのアンケートに基づいて次年度に改訂を行い、より使いやすいものを作成したい。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

教職員のための手引き

学校における精神保健に関する健康相談

—児童・生徒のこころの健康支援のために—

はじめに

今日、学校保健の領域においては様々な課題がありますが、その中でも児童・生徒のこころの健康問題は、きわめて重要な課題であり、その対応の必要性が言われるようになりました。しかし、それに対して十分な取り組みがなされているとは言えず、こころの健康教育やスクールカウンセラーの配置などを通してようやくその緒についたところに過ぎません。そして学校医のほとんどは精神科医ではないため、学校では精神保健、精神疾患、精神科医療などに関する情報が十分にあるとは言えない状況にあります。また、こころの健康への不安や精神疾患への対応については、学校における関わりに加えて相談機関や医療機関との連携が求められています。

平成13年度の厚生科学研究において、京都市および仙台市において中学校・高等学校における精神保健ニーズを調査したところ「不登校」「対人関係の問題」「いじめ」「摂食障害」「家庭内暴力」「被虐待生徒」など様々なニーズが明らかとなりました。また、対応に困難を感じた事例として、「不登校事例」や「行動化が激しい事例」だけでなく、「相談・医療機関を紹介しても本人・家族の理解が得にくい場合」が多くあげられました。さらに、今後の取り組みに関する意見として、精神保健について教職員への研修、学校と関係機関との連携とネットワークづくり、相談機関・医療機関に関する情報の提供、こころの健康や精神科医療に関する保護者への啓発活動などがあげられました。一方、プライバシー保護については、学校と関係機関との間に認識の違いがあり連携を進める上で、この点を考慮しておく必要があると考えられました。

そこで、平成14年度はこのような現状を踏まえて、研究班として子どもたちのこころの健康と発達、ストレスと精神疾患、精神疾患の概要、健康相談の実際、関係機関への連絡調整と紹介、精神科医療や社会資源に関する情報提供、プライバシー保護について、教職員のメンタルヘルスなどを盛り込んだ健康相談の手引きを作成することとしました。執筆者はすべて現在精神保健福祉の現場で相談や診療に携わっている者ばかりです。本手引きは、学校で健康相談を行う教職員の方々に少しでも参考になることを考えて作成したものであり、児童・生徒のこころの健康づくりに寄与することができれば幸いに思います。

**巻末にアンケート用紙があります。ご感想やご意見があれば是非お寄せください。今後の改訂の際、参考にさせていただきます。

平成15年3月

執筆者を代表して

山下俊幸

目 次

はじめに

基礎編

第1章 子どものこころの健康と発達

第2章 ストレスとこころの健康

- 1 ストレス社会の子ども
- 2 ストレスを受けやすい子ども
- 3 ストレスと精神疾患との関係

第3章 児童期・思春期の子どもの示す情動的および行動的症状の意味

第4章 児童期・思春期にみられる精神障害の例

- 1 発達障害—アスペルガー症候群
- 2 注意欠陥多動性障害
- 3 不安性障害
- 4 摂食障害
- 5 被虐待症候群
- 6 機能性精神障害—うつ病, 統合失調症—
- 7 薬物濫用

実際編

第5章 健康相談の実際

- 1 相談にあたって
- 2 生徒からの相談
- 3 保護者からの相談
- 4 保護者や子どもの理解が得にくいときのかかわり

第6章 相談機関・医療機関の紹介と調整

- 1 学校内における連携
- 2 関係機関との連携
- 3 関係機関との連絡調整にあたって
- 4 関係機関（精神保健福祉センター, 保健所, 診療所・精神病院など）の役割
- 5 地域ネットワークの役割—学校精神保健と地域精神保健・医療・福祉のネットワーク—

第7章 精神科医療の概要

- 1 通院医療
- 2 入院医療
- 3 精神保健福祉法における入院
- 4 リハビリテーション

第8章 精神保健福祉に関する社会資源の紹介

- 1 社会復帰施設等
- 2 居宅生活支援事業

第9章 児童・生徒の個人情報の扱い

- 1 プライバシー保護の重要性
- 2 学校と関係機関との考え方の違い

第10章 教職員のメンタルヘルス

参考資料

参考文献

都道府県・指定都市精神保健福祉センター連絡先

ICD-10 第5章 精神および行動の障害 (F00-F99)

アンケート用紙

基礎編

第1章 子どものこころの健康と発達

学校における精神保健を考える上で、子どものこころの一応の発達の目安を知っておくことは重要です。

今、目の前にいる子どもたちが、どのような発達段階にあり、また、どのような課題を有しているのかを理解しておくことは、日常の学級運営においても大変有用ですし、もし、困難を呈している子どもがいるとしたら、その子どもの状態は正常発達の枠の中にあるのか否かを考える上でも参考になります。

子どもは身体的にも精神的にも発達しつつある存在であるということが成人とは大きく異なっています。

発達の順序は原則として一定であると言われてはいますが、発達の速度や緩急には個人差があり、一時的に成長が止まったり幼児返り(退行)したかのように思えることもあります。また、何らかの事情でその年齢に応じた発達課題を達成できないまま経過した場合、後になって困難を呈することもあります。

こころの健康と発達には、「認知機能」、「知能」、「言語」、「自我発達」、「社会適応」等、種々の要素が関係しています。

通常、各要素は平行して発達することが多いのですが、ある局面の遅れがあったから単純に異常と考えることは出来ません。

以上のように、全体的な発達の度合いは、横断的な観察からでは捕らえにくく、ある一定期間観察して初めて捕らえられるものです。

下記に、年齢に従って発達の一応の基準を示します。

- (1) 新生児期(0~1ヶ月)
- (2) 乳児期(1ヶ月~1才)
- (3) 幼児期
 - 1) 幼児期前期(1才~3才)
 - 2) 幼児期後期(3才~6才)
- (4) 学童期(6才~12才)
- (5) 思春期・青年期
 - 1) 前思春期(概ね10才~12才、小学生高学年)
 - 2) 思春期前期(概ね12~15才、中学生)
 - 3) 思春期中期(概ね15才~18才、高校生)
 - 4) 思春期後期(概ね18才~22才、大学生)
 - 5) 後期思春期(概ね22才~30才、ヤングアダルト)

(1) 新生児期(0~1ヶ月)

出産は、胎児にとって、子宮という快適な環境を出て肺呼吸を始める苦痛に満ちた体験とされています。人間の新生児は、受け身的な存在で養育者の世話を受けずに生命を維持することは出来ません。しかし、母親の臭いを識別したり、光を追視するなど、新生児は既にかんりの能力を有していることがわかっています。

(2) 乳児期(1ヶ月~1才)―母子関係の成立―

乳児は、泣き声、表情や仕草で快不快を表現し、これに対し母親は、あやす、授乳をする、おしめを替えるといった世話をします。母子間のコミュニ

ケーションが正確さを増し、乳児の欲求不満に対し、母親が一貫して適切に世話をすることが出来るようになると、乳児は母親を信頼するだけでなく、自分自身、ひいては世界全体を信頼することができるようになると言われています(基本的信頼感)。

8ヶ月くらいになると、見慣れない顔に出会おうと泣いたり、顔を背けたりするなどの不安反応を示します(人見知り)。9ヶ月頃よりつかまり立ちし、徐々に母親から離れて世界を探索するようになります。

(3) 幼児期

1) 幼児期前期(1才~3才)

ア) 母親からの分離

直立歩行が可能となり、外界への関心が増し、行動半径が広がる一方で、母親から分離することに対する不安が増して、また接近します。母親の後追いが見られたり、まとわりついたりしたかと思うと飛び出すということを繰り返します。

イ) トイレトレーニング

神経が発達し、膀胱や肛門をコントロールする力がつくと排泄のコントロールの学習を行います。また、排泄だけでなく、摂食、衣服の着脱などの躰も行われ、自律の感覚を獲得します。また、この時期、子どもは「うん」より「いや」という言葉を覚え、怒りを適切にコントロールされたやり方で表現するようになります。

2) 幼児期後期(3才~6才)

子どもは、心の中に自分を支えてくれる母親のイメージが存在するため、安心して母親離れをして集団内での活動に参加することが出来るようになります(対象恒常性)。

母子関係だけでなく、父子関係や同年代の幼児との関係も重要になってきます。性器をもとにした男女の違いにも気づくようになり、同性の親を遠ざけ、異性の親に接近したい気持ちが起きます。また、性器を刺激すると快感が得られることを知り、多くの子どもが自慰行為を経験しますが、それらは適切に調整されます。

この時期、子どもの生活の大部分は、“遊び”で占められます。友人との協調遊びを行うようになり、仲間体験を通してルールを学んでいきます。

(4) 学童期(6才~12才)

子どもが、家庭から学校世界へ移行する時期で、それまでの発達課題が充分に対処されてきたかどうか明らかとなります。この時期、学校へ適応し、仲間との関わり方を学び、学問的な知識や技術を修得することが課題となります。両親の価値観を取り入れ、自分の行動を「良い」、「悪い」という内面的な観点から判断するようになります(超自我形成)が、その際、教師の存在は大きく、超自我を修正するためのモデルとなります。また、同性の仲間と競争したり協力したり、喧嘩したり仲直りをしたりして、競争と妥協の能力を獲得していきます。

それまで「悪い自己」という否定的な自己概念を発達させていたとしても、仲間や教師との体験を通じて修正される可能性があります。

(5) 思春期・青年期

思春期は、ライフサイクルの中でも最も大変な時期で、第二性徴の発現により、父親・母親になれるという身体的能力を持つことに対する心理的な反応が最も重要です。思春期の発達課題は、以下の3つに分けられます。ア) 女性らしさ、男性らしさの確立(性同一性の確立) イ) 親からの心理的な独立(分離・個体化) ウ) 自分らしさの確立(自己同一性の確立)

また、強い性衝動により不安定となり、それ以前の発達段階での未解決の問題が再出現しますし、この時期、成長は一直線ではなく、子どもと大人、依存と独立の間を日によって振り子のように激しく往来するのも特徴です。それまで親から得ていた安心感を親離れするため他から得なければならず、そのためアイドルに夢中になったり、教師を理想化して同一化しようとしたりします。

1) 前思春期(概ね 10 才~12 才、小学生高学年)

別名、ギャングエイジとも呼ばれ、同性同年代の仲間と親密な関係を獲得することが重要です。身体的には、成長の加速が特徴で、女性の成長の方が男性より 1~2 年早いです。

2) 思春期前期(概ね 12~15 才、中学生)

「私の体には一体何が起きているのか」と自分に問いかける年代です。身体の性的な変化により漠然とした不安や衝動を感じます。

3) 思春期中期(概ね 15 才~18 才、高校生)

「私は一体何者なのか」と自分に問いかける年代です。異性への関心がより強まると同時に仲間の中での自分の位置づけ、自らの能力とその可能性について考える時期です。

4) 思春期後期(概ね 18 才~22 才、大学生)

「これが私だ」と答えを見つける時期ですが、一方で成人期に入る前の猶予期間(モラトリアム)とも呼ばれます。後期思春期まで続くこともあります。自分が考えている自分と周囲が見ている自分が一致するようになり、理想をほどよく現実に近づけていく作業が重要になります。

5) 後期思春期(概ね 22 才~30 才、ヤングアダルト)

自立を達成し、異性の対象を見つけることで親と対等性が持てるようになり、親の側においても動揺を感じなくなります。

(谷山純子)