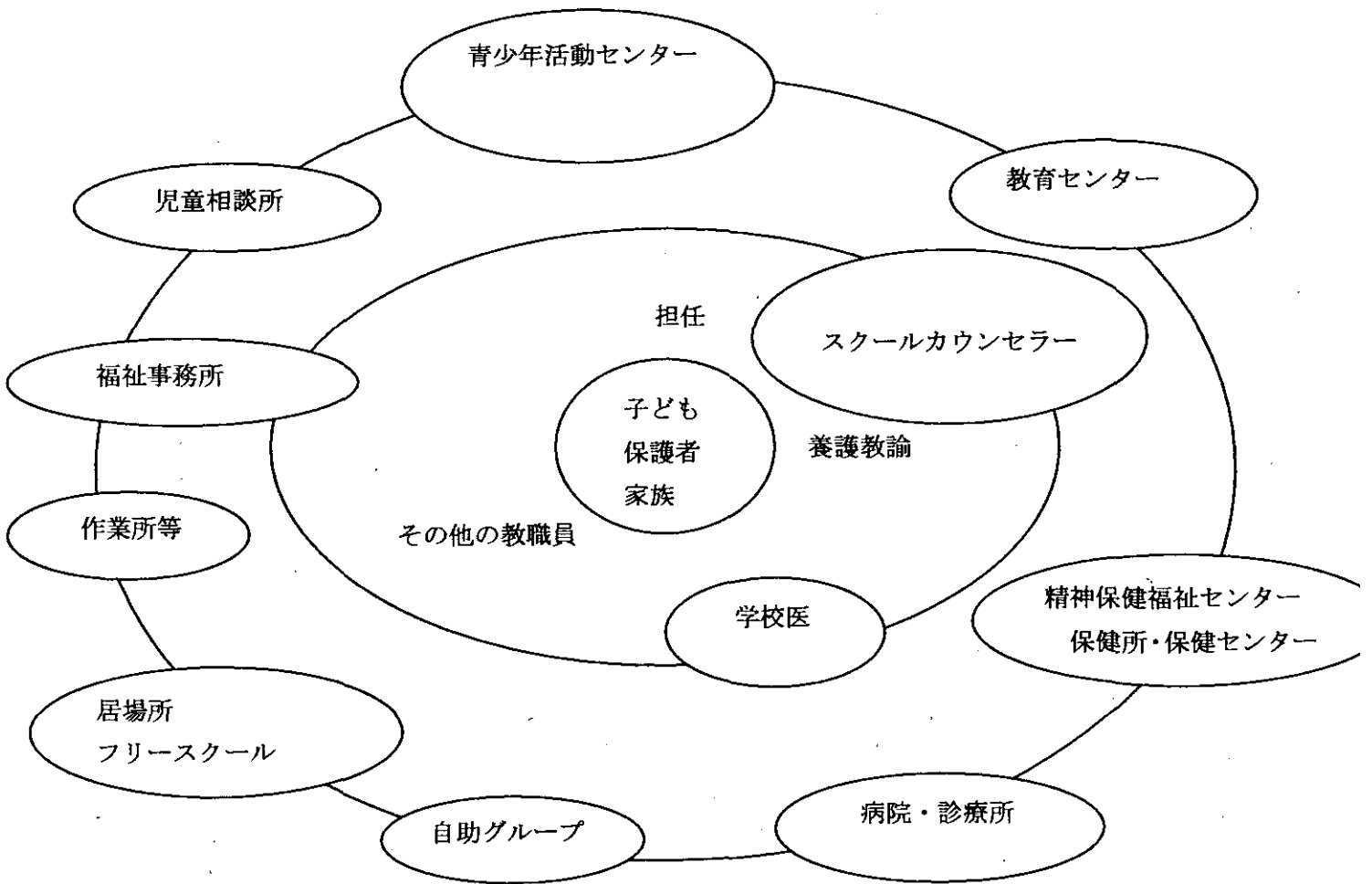
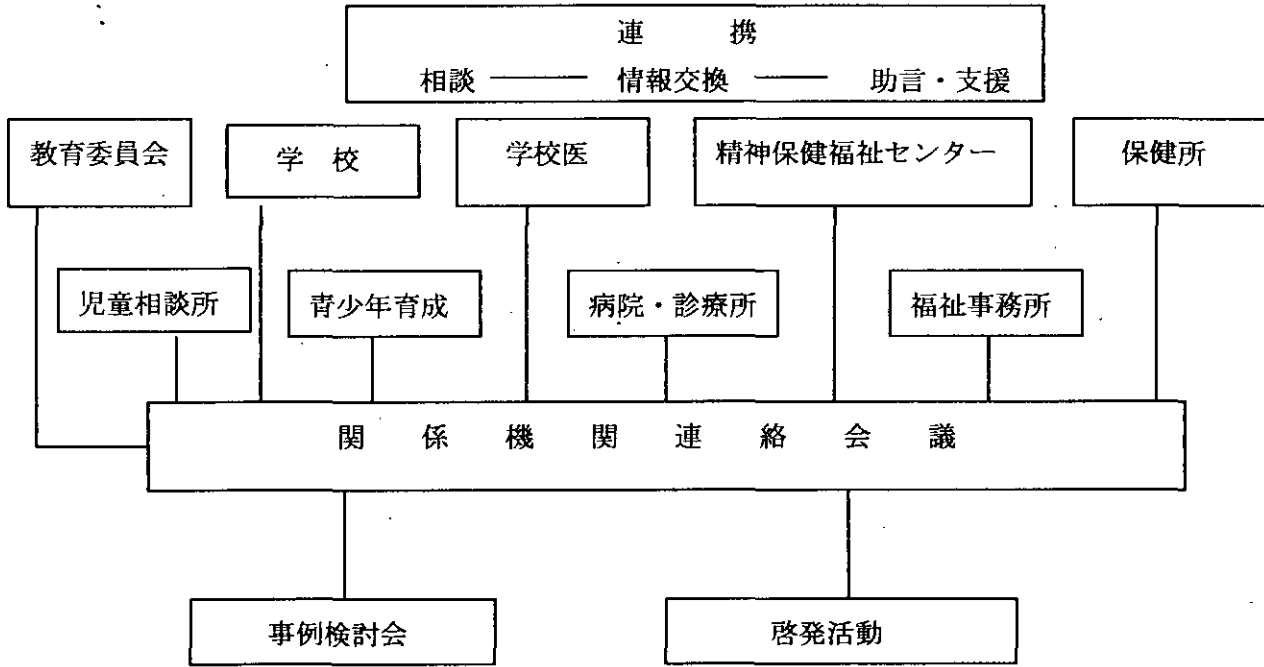


(図) 学校精神保健と地域精神保健・医療・福祉のネットワーク



第8章 精神科医療の概要及び精神保健福祉に関する社会資源

1 精神科医療の概要

精神科医療については、以前に比べるとかなり身近になったとは言えるものの、内科や小児科の医療に比べると、なじみが薄く、「すぐに入院させられるのではないかなど、今なお誤解が少なくないのが現状です。そのために、精神科への通院を勧めても、子どもだけでなく、家族も不安を感じてしまうことが少なくありません。そこで、精神科医療の概要と精神保健福祉に関する社会資源を知っていただくことで、教職員の方からも安心して受診を勧めていただいたり、子どもや保護者が安心して受診していただくことにつながるのではないかと考えています。

(1) 通院医療

精神科医療のほとんどは外来で行われています。精神科というと長期の入院を連想されることが多いが、平成11年の患者調査では、入院患者数約34万人、通院患者数約170万人で通院患者数は、入院患者数の約5倍となっています。最近では、都市部を中心に精神科診療所が増加し、今後ますます通院医療の占める比重が増えていくと推測されます。外来での治療内容は、疾患や病状によって重点の置き方は異なりますが、精神療法と薬物療法との併用が中心です。

精神療法は、医師との対話（問診）により行われ、支持的な対話（問診）が中心で、いわゆる精神分析などを行っている医療機関はきわめて少数です。子どもの場合は、年齢が低いほど言語化が難しいため、家庭や学校での子どもの様子を詳細に把握することが大切で、子どもの行動の様子など診療に時間を要することが多いです。薬物療法では、主に精神安定剤が用いられますが、これは脳神経の伝達を調節するためと考えられています。まだ詳細は明らかにされていませんが、精神疾患の多くは、脳神経系が関与していると考えられているからです。

臨床検査は必ずしも行われるわけではありませんが、必要に応じて、心理テスト、脳波検査、頭部CT・MRI検査などが行われます。脳波検査はてんかんなどの疾患が疑われるとき、頭部CT・MRI検査は、脳の器質的な疾患などが疑われるときに行われます。血液検査は身体疾患の有無の確認や薬物の副作用がないかどうかをチェックする目的などで必要に応じて行われています。

これらの結果を総合して、診断がなされ治療方針がたてられていきます。しかし、一度の診察では診断に至らず、経過観察をしながら診断や治療方針を決めることも少なくありません。

(2) 入院治療

日本では、児童期青年期のための入院施設は極めて少なく、多くの場合成人と同じ病棟に入院せざるを得ないのが現状です。内科に対して小児科があるように、児童・青年精神科が必要と考えられていますが、いまだに診療科としては認められていません。また、精神科入院患者の多くは、成人といっても中高年～高齢者であり、このため、児童期青年期の入院は極力避けたいというのが一般的な傾向と言えます。もちろん、児童期青年期を専門にする精神科医が少ないこともありますが、仮に専門医がいても病棟環境がふさわしいとはいえないため、できる限り入院とい

う方法をとらずに治療を進めていくことが多いです。そうは言うものの、どうしても入院が必要などきもあり、病棟環境に一定の配慮をしながら、成人と一緒に病室に入院となることもあります。

精神科の場合、入院治療であっても、治療内容そのものは、通院の場合と大きな違いはなく、精神療法と薬物療法が中心となります。しかし、通院治療に比べて、行動観察や時には行動制限が可能で、より正確な診断や治療方針の決定、より病状変化に応じた治療が可能となります。

(3) 精神保健福祉法に基づく入院

精神科への入院は、小児科などと異なり、精神保健福祉法に基づく入院が行われることが一般的です。精神保健福祉法に基づく入院とは、任意入院、医療保護入院、措置入院、のことです。すなわち本人の同意に基づく任意入院、保護者（親権を行う者など）の同意があるときは、精神障害者でありかつ医療及び保護のため入院の必要があって任意入院が行われる状態にないとき、本人の同意がなくても入院させることができる医療保護入院、精神保健指定医2名の診察の結果、入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたとときの措置入院です。現在では、約7割が任意入院、約3割が医療保護入院、措置入院は約1%となっています。

したがって、精神科入院においても他科と同様に、本人の同意に基づく入院（任意入院）が基本であり、医療保護入院や措置入院などの強制入院は限定的なものといえます。

(4) リハビリテーション

通院治療あるいは入院治療だけでほぼ完全に回復する場合がありますが、精神科においてもリハビリテーションを必要とする場合があります。精神疾患の回復過程の一時期、对人的ストレスを軽減するためにどうしても対人交流を避ける方がよいことが少なくありません。というのは、原因や背景はさまざまであっても、精神疾患の多くは、対人関係などのストレスが過剰になっていることが多く、その結果「人を避ける」「人を巻き込む」「人を攻撃する」など対人関係上の問題として病気が表面化するからです。したがって精神科におけるリハビリテーションの目的のひとつは、対人関係の再構築といってよいでしょう。人は学校でも職場でも何らかの集団に所属することになるので、その準備としてのリハビリテーションが有効です。

精神科リハビリテーションとしては、精神科作業療法、精神科デイケア、集団精神療法社会生活技能訓練などが行われていますが、ほとんどが成人を対象としているため、児童青年期を対象としているリハビリテーション施設は極めて少ないのが現状です。わずかに青年期を対象としたデイケアが行われている程度に過ぎません。したがって、保健室登校などが教室に戻る前段階として、学校においてはリハビリテーション的な役割を果たしている場合もあると言えます。

(山下 俊幸)

2 精神保健福祉に関する社会資源の紹介

ここでは、精神に障害のある方のための地域の社会資源について紹介します。利用にあたって、特に病名が規定されているわけではありませんが、統合失調症の方で、日常生活や社会生活で一定程度の制限を受ける方の利用が中心となります。

(1) 社会復帰施設など

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律において、都道府県、市町村、社会福祉法人は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設を設置することができます。また、厚生労働省令の定めるところにより、精神障害者居宅生活支援事業を行うことができます。これらの施設や事業については、地域の精神保健福祉センターや保健所・保健センターが詳しい情報を提供してくれます。

<生活訓練施設（援護寮）>

居室その他の設備の利用により生活の場を提供するとともに、精神障害者の社会参加に関する専門的知識を持った職員による生活指導を行い、利用者の自立を支援します。

対象者は、入院医療は必要ないが、精神障害のため独立して日常生活を営むことが難しいと思われる方で、共同生活を営める程度であり、精神科デイケア施設、通所授産施設、共同作業所などへ通える程度の方となっています。

<授産施設>

相当程度の作業能力を有する精神障害者を対象に、必要な指導及び訓練を行い、自活を支援します。対象者は、雇用されることが難しい精神障害者で、将来、就労を希望される方となっています。入所施設は、住居を確保することが困難であり、多少の介助があれば、日常生活が営める方となっています。

<小規模通所授産施設>

相当程度の作業能力がある精神障害者を対象に必要な指導や訓練を行い、自活を支援します。対象者は、雇用されることが困難な精神障害者で将来、就労を希望される方です。

<福祉ホーム>

一定程度の自活能力のある精神障害者で、家庭環境、住宅事情などの事由により住宅の確保が困難であるため、現に住居を求めている方に生活の場を提供し、必要な指導を行って社会参加を支援します。対象者は日常生活において介助を必要としない程度に生活習慣が確立している方です。

＜福祉ホームB型＞

症状が相当程度改善している精神障害者に生活の場を提供するとともに必要な指導を行って、社会復帰、家庭復帰を援助します。対象者は、一定程度の介助があれば日常生活を営むことができるが、意欲面の障害もしくは逸脱行動の症状がある方や高齢化による一定程度の介助を必要とする方となっています。

＜福祉工場＞

一般企業に就労できる作業能力はあるものの、対人関係、健康管理などの事由により、一般企業に就労することができないでいる精神障害者を雇用し、社会的自立を支援します。

＜地域生活支援センター＞

精神障害者に関する問題全般について相談、指導、助言、また福祉サービス利用の助言や関係施設との連絡調整を行い、社会復帰と自立、社会参加の促進を図ります。

＜共同作業所＞

病院を退院したものの、まだ、就労する自信のない人や家庭で生活している人たちを対象に簡単な作業や生活指導などを通して生活意欲などを高め、地域社会での自立の促進をめざします。多くは、地域の家族会やNPO法人などにより運営されています。

（２） 居宅生活支援事業

＜地域生活援助事業（グループホーム）＞

4人～6人で生活する共同住居に世話人を配置して、食事の世話、金銭出納に関する助言、服薬指導、日常生活面における相談などの援助を行い、自立生活を支援します。対象者は、日常生活上の援助を受けることが必要な方で、ある程度の自活能力があり、共同の生活ができる方です。

＜居宅介護等事業（ホームヘルプ）＞

日常生活を営むのに支障のある精神障害者に対して、その方の居宅において食事、身体の清潔の保持などの介助やその他の日常生活を営むのに必要な援助を行う事業です。

＜短期入所事業（ショートステイ）＞

家族の病気、冠婚葬祭、事故などの理由で在宅での生活が一時的に困難となった在宅の精神障害者を対象に原則7日以内で利用できます。

（吉村 安隆）

第9章 児童・生徒の個人情報の扱いについて

1 プライバシー保護の重要性

学校と関係機関との連携を進める上で、生徒の個人情報を学校から関係機関に、そして関係機関から学校にどのように伝えるかということは、きわめて重要なことと言えます。そのことがスムーズに行われなければ、連携がうまくいかないこととなりますが、一方でプライバシーの保護が大切であることは言うまでもありません。基本は、本人・保護者の同意を得た上で伝えるということになりますが、緊急性を感じる時など、実際の判断は容易でないことも少なくありません。そこで、個人情報の扱い方について調査し、学校と関係機関（児童相談所、教育相談機関など）との比較を行いました。

調査の概要ですが、平成13年度に中学校・高等学校および関係機関における精神保健ニーズに関する調査を実施し、その中で個人情報の取り扱いについての設問を設けました。学校については、仙台市内および京都市内にある国立・公立・私立中学校、高等学校（養護学校は除く）全校を対象に調査用紙を送付し、回収率は、73.8%でした。また、関係機関については、政令指定都市および東京都にある児童相談所、教育相談機関、警察少年課などを対象に調査用紙を送付し、回収率は、62.9%でした。設問は、他機関の職員に情報を提供する場合に相談者（生徒、保護者など）の同意をどの程度得ているか、他機関の職員から情報の提供を求められた場合に相談者（生徒、保護者など）の同意をどの程度得ているか、という内容であった。

2 学校と関係機関との考え方の差

調査の結果、学校においても関係機関においても、守秘義務の重要性は当然のこととしながらも実際の対応方法については、重点のおき方に違いが見られました。どのような違いかといいますと、個人情報の扱い方において、学校では、「相談機関等の職員に情報を提供する場合」、生徒や保護者の同意（生徒の同意－得ている 34%、保護者の同意－得ている 44%）よりも、緊急性や事例性（生徒の同意－場合による 58%、保護者の同意－場合による 49%）を重視していました。そして、同意については、生徒よりも保護者の同意を重視する傾向にありました（生徒の同意－得ている 34%、保護者の同意－得ている 44%）。また、「相談機関等の職員から情報の提供を求められた場合」も、事例性・緊急性を重視する傾向にありました（同意がなくても緊急時など必要があれば答えている 37%、場合による 37%）。「守秘義務はあるが、本人の利益を優先」「必要に応じて生徒や保護者の同意がなくても情報を提供すべきであったと後悔している」「相談機関などが情報を提供してくれなかったことで、問題に対する把握が遅れ、早期対応ができずにこじらせてしまった」などの意見にみられるように、教育現場においてはできるだけ早く情報提供して問題に対応していく、という考え方を反映しているものと思われます。

これに対し、関係機関では「他機関の職員に相談者情報を提供する場合」、相談者のプライバシーの保護を重視し、相談者の同意を基本としているところが多くありました（相談者の同意－得ている 67%、場合による 29%）。しかし、「他機関の職員から情報の提供を求められた場合」につ

いては、意見がわかれ、「相談者の同意を得る 26%」「原則として答えない 19%」と回答した機関と、「緊急時など必要があれば答えている 24%」「場合による 21%」と回答した機関がほぼ同数ありました。この結果から、関係機関としては、プライバシー保護を基本としながらも、事例性・緊急性を配慮し事例毎に判断しているものと思われます。

これらの違いはそれぞれの機関が置かれた状況とも関連した問題であり、容易にどちらがよいと結論づけられるものではありませんが、このような違いがあることを認識しておくことは、学校と相談機関や医療機関との連携を考える上で、十分に配慮しておく必要があると考えられます。

個人情報の守秘義務の重要性については改めて言うまでもないことですが、「生命や身体の安全を守るため緊急かつやむを得ないとき」には、守秘義務が免除されることもあると考えられています。しかし「緊急かつやむを得ないとき」とはどんな場合かを明示することは容易ではなく、また状況に応じて判断が異なることもあり、その場その場で慎重に判断していくしかないと言えるでしょう。また、子ども自身の同意については、年齢に応じた判断能力や意思能力なども考慮して判断する必要があると思います。簡単に結論が出ることではないかもしれませんが、プライバシー保護については常に検証していく必要性があると考えています。

表1 他機関に情報を提供する場合の相談者の同意について

	学校の対応 (生徒の同意)		学校の対応 (保護者の同意)		関係機関の対応 (相談者の同意)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
得ている	59	34%	77	44%	49	67%
得ていない	9	5%	7	4%	0	0%
場合による	101	58%	85	49%	21	29%
その他	6	3%	5	3%	3	4%
回答数合計	175	100%	174	100%	73	100%

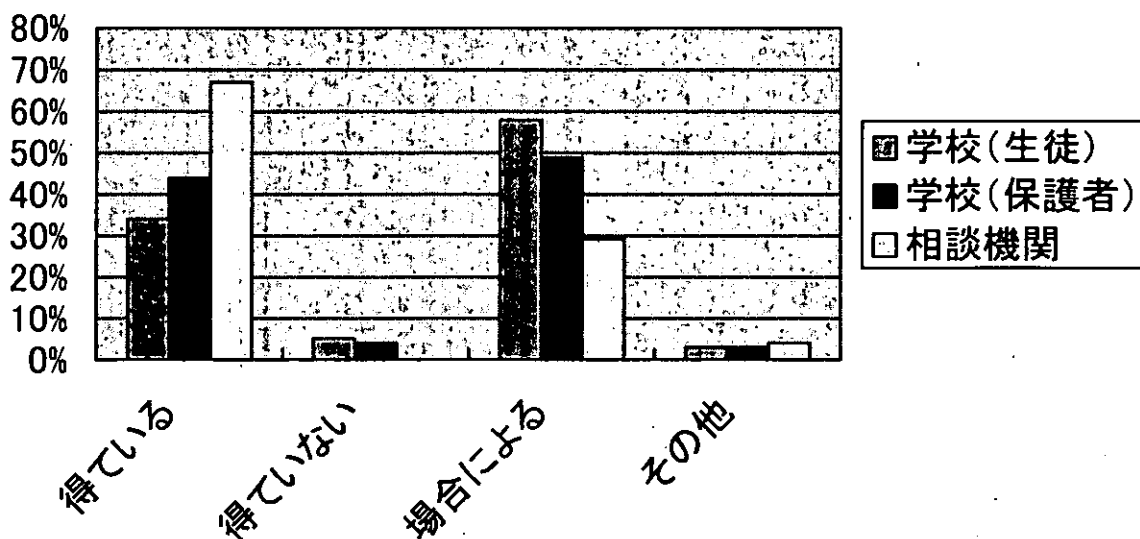
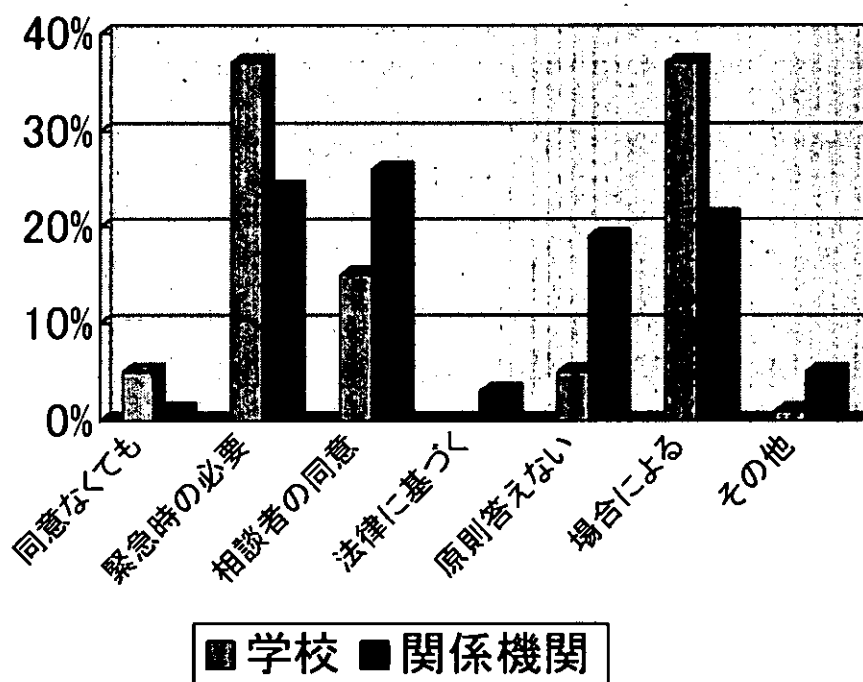


表2 他機関から情報の提供を求められた場合の対応について

	学校の対応		関係機関の対応	
	人数	割合	人数	割合
同意がなくても求められたことに答えている	10	5%	1	1%
同意がなくても緊急時など必要があれば答えている	70	37%	23	24%
相談者の同意があれば答えている	—	—	25	26%
生徒の同意があれば答えている	9	5%	—	—
保護者の同意があれば答えている	19	10%	—	—
法律に基づく問い合わせのみ答えている	—	—	3	3%
原則として答えない	10	5%	18	19%
場合による	70	37%	20	21%
その他	1	1%	5	5%
回答数合計	189	100%	95	100%



(山下 俊幸)

第10章 教職員のメンタルヘルス

近年、60%以上の労働者が、仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスを感じていると言われ、うつ病、心身症などのストレス関連疾患も増加しています。

病気により休職をした労働者の内、1ヶ月以上の休職者の15%程度が精神疾患によるとされていますが、教職員においてはその割合が40%以上と高率です。勿論、こころの健康問題の発生過程には、大きな個人差がありますが、上記の数値は、教職員特有のストレスが非常に大きいことを示していると言えます。教職員のこころの健康は、子どものこころの健康と同じように大切な問題です。

ストレスについて考えるとき、個人の要因、家庭の要因、そして職場の要因について検討しなければなりません。

(1) 個人の要因

1) 性格

性格が直接病気の原因となるわけではありませんが、しばしばストレス状態を招く場合があります。逆に性格的にほとんど問題がなくても、生活上のストレスや職場のストレスが強ければストレス状態を招くこともあります。

人間の性格傾向・行動パターンを、タイプAとタイプBに分類したとき、タイプAの人は、狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患にかかりやすいと言われています。すなわち、気性が激しく、競争心が強く、いつも時間に追われてイライラした感じがあって、絶えず物事を達成する意欲をもつといったエネルギッシュな仕事中毒タイプです。このような人は、そうでないタイプBに比べ、ストレスを蓄積しやすいのです。

他にも、まじめで几帳面、仕事熱心で気配りをしすぎ、自分を抑えて周囲に合わせようとする過剰適応傾向の強い人もストレスを蓄積しやすいのです。失敗や非難を恐れ、「教職員は全ての子どもに好かれるべきだ」と考えて行動していると、思考や行動に柔軟性を欠き、知らず知らずのうちにストレス状態に陥ってしまいます。全力で仕事をしてきて、突然意欲を失う“燃え尽き症候群”に陥ることのないよう、自分の性格・行動パターンを自覚して対処することが必要です。

2) ライフサイクルとストレス

人の一生のライフサイクルには、各年代に応じた課題・ストレスがあり、子ども時代については第1章で述べた通りです。

職業人は、ライフサイクル上、成人期(20才~40才)、中高年(40才~65才)に当たります。

成人期には、就職、結婚などの課題があり、決断をし、新しい世界へ自分を適応させ、社会的な責任を果たしていくことが要求されます。また、子育てや職業生活を通じて、生産活動を満足させる年代でもあります。

中高年になると気力、体力の衰えを感じ、社会的にも限界が見えてきて、上昇志向的に考えることが出来なくなります。生活習慣病を指摘されて健康に不安を抱くこともあります。それまでは、加齢に伴って地位も上がり、収入も増加し、獲得するものが増加してきましたが、そうではなくなった自分に気づき(上昇停止体験)、自分の選んだ職業、家族、価値観などに改めて目を向け、その有り方を問い直す心境が生まれてきます。また、思春期・青年期が、親離れと自立が課題であったのに対し、中高年はむしろ親との和解、里帰り心理が課題になります。更に女性の場合、閉経の前後で内分泌系の不均衡が起これ、それによるめまい、発汗、情緒不安定など様々な心身症状を呈することがあります。

(2) 家庭の要因

ストレス反応においては、個人の要因に加え、家庭の要因もまた検討されなければなりません。家庭が安全で安心感を得られる場であり、家族の支えが得られれば、ストレス反応において緩衝要因となりますが、反対に夫婦の不仲や嫁姑問題があり、家庭が争いの場であれば大きなストレ

スとなります。

また、子どもが思春期を迎えると、子どもの反抗や行動化を通してそれまで曖昧にしてきた家庭の問題に直面させられることもあります。子どもの受験、独立、結婚などもストレスとなります。人間にとって、愛情や依存の対象を失う対象喪失は大きな苦痛であり、中でも配偶者との死別、離婚や親密な家族の死など、人生上の出来事(ライフイベント)は、重大なストレスとなります。

(3) 職場の要因

職場のストレスには、過重な仕事量や適性の問題、対人関係など、どの職業にも共通するストレスもありますが、教職員特有のストレスもあります。

1) 子どもの指導上の問題

子どもは常に成長し変化する存在であるため、それに自分を適応させるだけでもエネルギーを要します。また近年、文化、環境の変化のスピードが速く、自分の価値観が通用しないという問題もあります。

不登校や授業不成立、いじめ、非行など対処に悩むこともしばしばです。

2) 保護者とのトラブル

核家族化や共働きの増加などで、家庭の「抱える機能」の低下が言われていますが、その分、学校への期待も大きくなっています。

ややもすると「我が子」の利益を優先しがちな保護者の中には、教職員の客観的な判断や助言を受け入れず、担任を超えて校長や教育委員会へ連絡されることもあります。たとえ教職員が、困難を呈した子どもの家庭に問題を感じていても、保護者の理解や協力は得るまでには相当の時間や労力を必要とする場合があります。子どもの成長のために保護者と教職員が協力し合う体制を作ることが大切なことは理解していても、うまくいかないことがあります。

3) 職場環境

望まない転勤や、遠距離通勤もストレスになります。

住居が職場に近いと、私生活においても子どもや保護者に出会う機会が多く、プライバシーが保ちにくくなりがちです。一個人としてより、教職員として行動することを要求されているように感じやすく、自由な言動が行いにくくなります。

以上のように、教職員のメンタルヘルスを考える際には、自分がどのようなストレス状態にあるのか判断し、心身の不調や職場不適応を起こさないよう、セルフコントロールしていくことが必要です。更に、子どもや保護者の問題については、日頃からこまめに報告、連絡、相談を行い、一人で抱え込まないようにすることが大切です。

管理職にとっては、相談しやすい環境作りや、経験や抱えている問題に応じてサポートしあう態勢作りも重要な役割になります。当然のことですが、相談することは決して能力が劣っていることではなく、また、助言することは決して非難することではありません。教職員にとって、本音を言いやすく、相談や助言を行いやすい環境は、子どもにとっても同じような環境と言えるでしょう。子どものこころの健康を支援するには、まず教職員自身が心身共に健康で、学校が教職員同士で支援しあえる環境であることが必要不可欠です。

(谷山 純子)

参 考 資 料

- 1 参考文献
- 2 全国精神保健福祉センター連絡先
- 3 ICD-10 第5章 精神および行動の障害 (F00-F99)
- 4 相談・医療機関等の連絡先

参考資料 1 参考文献

- 1) 伊藤順一郎：「ひきこもりかな？」と思ったら。国立精神・神経センター精神保健研究所
<http://www.ncnp-k.go.jp/division/rehab/index.htm>, 千葉, 2003.
- 2) 西園文：摂食障害治療サポートガイドブック。女子栄養大学出版, 東京, 2002.
- 3) 高橋重宏, 庄司順一：子ども虐待。中央法規, 東京, 2002.
- 4) 伊藤順一郎：統合失調症/分裂病とつき合うー治療・リハビリ・対処の仕方ー。保健同人社, 東京, 2002.
- 5) JSPP（日本小児精神医学研究会）編集委員会：学校における子どものメンタルヘルス対策マニュアル。ひとなる書房, 東京, 2001.
- 6) 清水将之：子ども臨床。日本評論社, 東京, 2001.
- 7) 近藤恒夫：薬物依存を超越してー回復と再生へのプログラムー。海拓舎, 東京, 2000.
- 8) 杉山登志郎, 辻井正次：高機能広汎性発達障害。ブレーン出版, 東京, 1999.
- 9) 精神保健福祉研究会：新しい精神保健福祉法ー新旧対照条文・関係資料ー。中央法規, 東京, 1999.
- 10) 阿部和彦：子どもの心と問題行動。日本評論社, 東京, 1997.
- 11) 吉岡隆：援助者のためのアルコール・薬物依存症 Q&A。中央法規, 東京, 1997.
- 12) 清水将之：思春期のころ。日本放送出版協会, 東京, 1996.
- 13) 融道男, 中根允文, 小見山実：ICD-10 精神および行動の障害ー臨床記述と診断ガイドラインー。医学書院, 東京, 1993.
- 14) 中沢たえ子：子どもの心の臨床ー心の問題の発生予防のためにー。岩崎学術出版社, 東京, 1992.

参考資料2 全国精神保健福祉センター連絡先

北海道立精神保健福祉センター	〒0030027	北海道札幌市白石区本通 16 丁目北 6-34	011-864-7121
札幌市精神保健福祉センター	〒0600042	北海道札幌市中央区大通西 19 丁目	011-622-2561
青森県立精神保健福祉センター	〒0380031	青森県青森市三内字沢部 353-92	017-787-3951
岩手県精神保健福祉センター	〒0200015	岩手県盛岡市本町通 3-19-1	019-629-9617
宮城県精神保健福祉センター	〒9896117	宮城県古川市旭 5-7-20	0229-23-0021
仙台市精神保健福祉総合センター	〒9800845	宮城県仙台市青葉区荒巻字三居沢 1-6	022-265-2191
秋田県精神保健福祉センター	〒0192413	秋田県仙北郡協和町上淀川字五百刈田 352	018-892-3773
山形県精神保健福祉センター	〒9900031	山形県山形市緑町 1-9-30	023-624-1217
福島県精神保健福祉センター	〒9608012	福島県福島市御山町 8-30	024-535-3556
茨城県精神保健福祉センター	〒3100852	茨城県水戸市笠原町 993-2	029-243-2870
栃木県精神保健福祉センター	〒3291104	栃木県河内郡河内町下岡本 2145-13	028-673-8785
群馬県精神保健福祉センター	〒3792166	群馬県前橋市野中町 368	027-263-1166
埼玉県立精神保健福祉センター	〒3620806	埼玉県北足立郡伊奈町小室 818-2	048-723-1111
さいたま市こころの健康センター	〒3380003	さいたま市中央区本町東 4-4-3	048-851-5665
千葉県精神保健福祉センター	〒2600801	千葉県千葉市中央区仁戸名町 666-2	043-263-3891
千葉市こころの健康センター	〒2610003	千葉市美浜区高浜 2 丁目 1-16	043-204-1582
東京都立精神保健福祉センター	〒1100004	東京都台東区下谷 1-1-3	03-3842-0948
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	〒2060036	東京都多摩市中沢 2-1-3	042-376-1111
東京都立中部総合精神保健福祉センター	〒1560057	東京都世田谷区上北沢 2-1-7	03-3302-7575
神奈川県精神保健福祉センター	〒2330006	神奈川県横浜市港南区芹が谷 2-5-2	045-821-8822
横浜市こころの健康相談センター	〒2310017	神奈川県横浜市中区港町 1-1	045-681-2525
川崎市精神保健福祉センター	〒2110035	神奈川県川崎市中原区井田 3-16-1	044-754-4555
新潟県精神保健福祉センター	〒9518133	新潟県新潟市川岸町 1-57-1	025-231-6111
富山県心の健康センター	〒9398222	富山県富山市蛸川 459-1	076-428-1511
石川県こころの健康センター	〒9208201	石川県金沢市鞍月東 2-6	076-238-5761
福井県精神保健福祉センター	〒9100846	福井県福井市四ツ井 2-12-1	0776-54-5161
山梨県立精神保健福祉センター	〒4000005	山梨県甲府市北新 1-2-12	055-254-8644
長野県精神保健福祉センター	〒3800923	長野県長野市若里 1570-1	026-227-1810
岐阜県精神保健福祉センター	〒5008385	岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1	058-273-1111
静岡県こころと体の相談センター	〒4228031	静岡県静岡市有明町 2-20	054-286-9245
愛知県精神保健福祉センター	〒4600001	愛知県名古屋市中区三の丸 3-2-1	052-962-5377
名古屋市精神保健福祉センター	〒4530024	愛知県名古屋市中村区名楽町 4-7-18	052-483-2095

三重県こころの健康センター	〒5141101	三重県久居市明神町2501-1	059-255-2151
滋賀県立精神保健総合センター	〒5250072	滋賀県草津市笠山8-4-25	077-567-5001
京都府精神保健福祉総合センター	〒6128416	京都府京都市伏見区竹田流池町120	075-641-1810
京都府こころの健康増進センター	〒6048845	京都府京都市中京区壬生東高田町1-15	075-314-0355
大阪府こころの健康総合センター	〒5580056	大阪府大阪市住吉区万代東3-1-46	06-6691-2811
大阪府こころの健康センター	〒5450051	大阪府大阪市阿倍野区旭町1丁目2-7-401	06-6636-7870
兵庫県立精神保健福祉センター	〒6520032	兵庫県神戸市兵庫区荒田町2-1-29	078-511-6581
神戸市こころの健康センター	〒6520897	兵庫県神戸市兵庫区駅南通5-1-2-300	078-672-6500
奈良県精神保健福祉センター	〒6330062	奈良県桜井市粟殿1000	0744-43-3131
和歌山県精神保健福祉センター	〒6408319	和歌山県和歌山市手平2-1-2	073-435-5194
鳥取県立精神保健福祉センター	〒6800901	鳥取県鳥取市江津318-1	0857-21-3031
島根県立精神保健福祉センター	〒6900882	島根県松江市大輪町420	0852-21-2885
岡山県精神保健福祉センター	〒7038278	岡山県岡山市古京町1-1-10-101	086-272-8835
広島県立総合精神保健福祉センター	〒7314311	広島県安芸郡坂町北新地2-3-77	082-884-1051
広島市精神保健福祉センター	〒7300043	広島県広島市中区富士見町11-27	082-245-7731
山口県精神保健福祉センター	〒7550241	山口県宇部市東岐波東小沢4004-2	0836-58-3480
徳島県精神保健福祉センター	〒7700855	徳島県徳島市新蔵町3-80	088-625-0610
香川県精神保健福祉センター	〒7600068	香川県高松市松島町1-17-28	087-831-3151
愛媛県精神保健福祉センター	〒7900003	愛媛県松山市三番町8-234	089-921-3880
高知県立精神保健福祉センター	〒7800850	高知県高知市丸の内2-4-1	088-821-4966
福岡県精神保健福祉センター	〒8160804	福岡県春日市原町3-1-7	092-582-7500
福岡市精神保健福祉センター	〒8100073	福岡県福岡市中央区舞鶴2-5-1	092-737-8825
北九州市立精神保健福祉センター	〒8028560	北九州市小倉北区馬借1-7-1	093-522-8729
佐賀県精神保健福祉センター	〒8450001	佐賀県小城郡小城町178-9	0952-73-5060
長崎県精神保健福祉センター	〒8560825	長崎県大村市西三城町12	0957-54-9124
熊本県精神保健福祉センター	〒8600844	熊本県熊本市水道町9-16	096-359-6401
大分県精神保健福祉センター	〒8701155	大分県大分市玉沢字平石908	097-541-6290
宮崎県精神保健福祉センター	〒8800032	宮崎県宮崎市霧島1-1-2	0985-27-5663
鹿児島県精神保健福祉センター	〒8900065	鹿児島県鹿児島市郡元3-3-5	099-255-0617
沖縄県立総合精神保健福祉センター	〒9011104	沖縄県島尻郡南風原町官平212-3	098-888-1443

参考資料3 ICD-10 第5章 精神および行動の障害 (F00-F99)

「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (以下「ICD」と略)」とは、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関（WHO）が作成した分類である。

最新の分類は、ICDの第10回目の修正版として、1990年の第43回世界保健総会において採択されたものであり、ICD-10（アイシーディーテン）と呼ばれている。

F00-F09 症状性を含む器質性精神障害

- F00 アルツハイマー<Alzheimer>病の痴呆
- F01 血管性痴呆
- F02 他に分類されるその他の疾患の痴呆
- F03 詳細不明の痴呆
- F04 器質性健忘症候群、アルコールその他の精神作用物質によらないもの
- F05 せん妄、アルコールその他の精神作用物質によらないもの
- F06 脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害
- F07 脳の疾患、損傷および機能不全による人格および行動の障害
- F09 詳細不明の器質性または症状性精神障害

F10-F19 精神作用物質使用による精神および行動の障害

- F10 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害
- F11 アヘン類使用による精神および行動の障害
- F12 大麻類使用による精神および行動の障害
- F13 鎮静薬または催眠薬使用による精神および行動の障害
- F14 コカイン使用による精神および行動の障害
- F15 カフェインを含むその他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害
- F16 幻覚薬使用による精神および行動の障害
- F17 タバコ使用<喫煙>による精神および行動の障害
- F18 揮発性溶剤使用による精神および行動の障害
- F19 多剤使用およびその他の精神作用物質使用による精神および行動の障害

F20-F29 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害

- F20 精神分裂病
- F21 分裂病型障害
- F22 持続性妄想性障害

- F23 急性一過性精神病性障害
- F24 感応性妄想性障害
- F25 分裂感情障害
- F28 その他の非器質性精神病性障害
- F29 詳細不明の非器質性精神病

F30-F39 気分[感情]障害

- F30 躁病エピソード
- F31 双極性感情障害<躁うつ病>
- F32 うつ病エピソード
- F33 反復性うつ病性障害
- F34 持続性気分 [感情] 障害
- F38 その他の気分 [感情] 障害
- F39 詳細不明の気分 [感情] 障害

F40-F48 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

- F40 恐怖症性不安障害
- F41 その他の不安障害
- F42 強迫性障害<強迫神経症>
- F43 重度ストレスへの反応および適応障害
- F44 解離性 [転換性] 障害
- F45 身体表現性障害
- F48 その他の神経症性障害

F50-F59 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

- F50 摂食障害
- F51 非器質性睡眠障害
- F52 性機能不全、器質性障害または疾病によらないもの
- F53 産じょく<褥>に関連した精神および行動の障害、他に分類されないもの
- F54 他に分類される障害または疾病に関連する心理的または行動的要因
- F55 依存を生じない物質の乱用
- F59 生理的障害および身体的要因に関連した詳細不明の行動症候群

F60-F69 成人の人格および行動の障害

- F60 特定の人格障害
- F61 混合性およびその他の人格障害

- F62 持続的人格変化、脳損傷および脳疾患によらないもの
- F63 習慣および衝動の障害
- F64 性同一性障害
- F65 性嗜好の障害
- F66 性発達および方向づけに関連する心理および行動の障害
- F68 その他の成人の人格および行動の障害
- F69 詳細不明の成人の人格および行動の障害

F70-F79 精神遅滞

- F70 軽度精神遅滞
- F71 中等度精神遅滞
- F72 重度精神遅滞
- F73 最重度精神遅滞
- F78 その他の精神遅滞
- F79 詳細不明の精神遅滞

F80-F89 心理的発達の障害

- F80 会話および言語の特異的発達障害
- F81 学習能力の特異的発達障害
- F82 運動機能の特異的発達障害
- F83 混合性特異的発達障害
- F84 広汎性発達障害
- F88 その他の心理的発達障害
- F89 詳細不明の心理的発達障害

F90-F98 小児<児童>期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

- F90 多動性障害
- F91 行為障害
- F92 行為および情緒の混合性障害
- F93 小児<児童>期に特異的に発症する情緒障害
- F94 小児<児童>期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
- F95 チック障害
- F98 小児<児童>期および青年期に通常発症するその他の行動および情緒の障害
- F99 精神障害、詳細不明

参考資料 4 相談・医療機関等の連絡先（1）

連絡先	電話番号	担当者など
学校医 ()		
スクールカウンセラー ()		
教育センター ()		
児童相談所 ()		
保健センター ()		
保健所 ()		
精神保健福祉センター ()		
精神科診療所 ()		
総合病院精神科 ()		
大学病院精神科 ()		
精神病院 ()		
心療内科 ()		
心理相談室 ()		

相談・医療機関等の連絡先（２）

連絡先	電話番号	担当者など
都道府県業務課 ()		
警察少年課 ()		
警察少年サポートセンター ()		
少年鑑別所 ()		
保護観察所 ()		
()		
()		
()		
()		
()		
()		
()		

分担研究報告書

精神障害者の就労支援システムに関する研究

分担研究者 池末亨 (東京学芸大学教授)

研究要旨 本研究は 現在厚生労働省で行われている精神障害者の就労支援に関わる五つの事業 (1)職場適応援助者(ジョブコーチ)による支援事業(2)医療機関などと連携した精神障害者のジョブガイダンス事業(3)地域雇用支援ネットワークによる精神障害者職業自立支援事業(4)障害者就業・生活支援センター(5)グループ就労を活用した精神障害者の雇用促進モデル事業、の分析を行い、精神障害者の総合的な就労支援の構築に向けて、これらの事業のシステム化を図ることにあるが、今年度は2002年5月法定事業になった(1)(4)についてのここ2年間の実施状況及び課題について掘り下げた研究を行った。その結果二つの事業とも精神障害者に対する取り組みは、知的障害者に比べわめて不十分で、他の事業も含めて精神障害者に対する就労支援システムの構築には課題が山積している。この状況を打開するための提言を最後に行う。

A. 研究目的

精神障害者に対する就労支援は、身体障害者、知的障害者に対する就労支援に比べて極めて立ち遅れている。そこで本研究では現在厚生労働省で行なわれている以下の事業について現状を分析し課題を整理し、精神障害者の就労支援システムの今後の方向性を探ることを目的とした。

- (1) 職場適応援助者(ジョブコーチ)による支援事業
- (2) 医療機関などと連携した精神障害者のジョブガイダンス事業
- (3) 地域雇用支援ネットワークによる精神障害者職業自立支援事業
- (4) 障害者就業・生活支援センター
- (5) グループ就労を活用した精神障害者の雇用促進モデル事業

B. 研究方法

14年5月法定事業になった(1)(4)について、ここ2年間の実施状況及び課題について掘り下げた研究を行った。具体的には、知的障害者を主な対象にしている42カ所の障害者就業・生活支援センターに対するアンケート調査、精神障害者を主な対象にしている2カ所の就業生活支援センターに対する聞き取り調査、ジョブコーチの実施状況については、障害者職業総合センター・職業リハビリテーション部指導課(井口氏)への聞き取り調査などである。

倫理面への配慮については、今回の研究では個別事例を扱うことはなかった。

C. 研究結果と考察

まず障害者就業・生活支援センターの精神障害者に対する関わり方の実態を分析し(含ジョブコーチの関わり方)、課題を検討する。次にジョブコーチの精神障害者に対する関わり方の実態と課題を分析する。