

訂正：差し換え版

赤字部分が訂正箇所です。

精神保健の課題と支援

I. 精神保健の概要と課題

1. 精神保健の重要性

- (1) 社会の激変＞日本の精神障害者数の増加（1996（H8）年は約 218 万人→2008（H20）年は約 323 万人，認知症や気分障害の増加など／厚生労働省患者調査）。
- (2) 「21 世紀は心の世紀」→2011（H23）年に厚生労働省は地域保健医療計画の対象を 4 疾病から 5 疾病（癌、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病＋精神疾患）とした。
- (3) 生活習慣病や精神疾患においては健康の生活／生活の質モデルが重要＝保健や健康増進，社会福祉の諸課題の重要性。

2. 社会構造の変化と新しい健康観

- (1) WHO 憲章（1946／S21 年）の健康定義「健康とは，身体的，精神的，社会的に完全な良好な状態（well-being）であり，単に病気や虚弱がないことではない」（スピリチュアル追加提案あり）
「今日到達し得る最高水準の健康を享受することは，人種，宗教，政治的信条，経済的ないし社会的状態の如何を問わず，全ての人類に賦与された人間の基本的人権の一つである」⇒健康権
- (2) アルマ・アタ宣言（1978／S53 年）⇒プライマリヘルスケア（Primary Health Care；PHC）の提唱⇒「保健の社会化」
- (3) オタワ宣言（1986／S61 年）⇒ヘルスプロモーション「人々が自らの健康をコントロールし，改善できるようにするプロセス」⇒「社会の保健化」

3. 精神保健の定義

- (1) 公衆衛生としての精神保健を意味し，広義には精神的健康の保持と増進を目的とする諸活動を示し，狭義には精神障害（精神疾患）の治療及び予防し，治療すること。
- (2) ウインスロウの公衆衛生の定義：「組織された地域社会の努力を通して，疾病を予防し，生命を延長し，身体的そして精神的機能の増進を図る技術であり，科学である」。
- (3) カプラン（Caplan, G.）の予防精神医学の視点を日本も取り入れた。
 - ①第一次予防：生活の環境改善を図り，相談及び介入を図ることで精神障害者の発生を予防
 - ②第二次予防：精神障害の早期発見と早期治療に務める
 - ③第三次予防：精神障害者のリハビリテーションや社会復帰を推進する
- (4) コミュニティメンタルヘルス（地域精神保健活動）の取り組みの重要性
- (5) 精神保健活動の 3 つの対象
 - ①積極的精神保健—地域住民を対象として，心の健康づくりを積極的に行う
 - ②支持的精神保健—こころの病に罹患している人等が対象
 - ③総合的精神保健—積極的精神保健と支持的精神保健の統合を目指す実践的な活動
- (6) 「メンタルヘルスとは，単に精神疾患がないということではない。メンタルヘルスとは，人が生活の通常のストレスに対処でき，生産的に実り多く働くことができ，自分のコミュニティに貢献できて，自分自身の潜在能力を実現する良好な状態と定義される」（2007／H17 年，WHO のウェブサイトより）

4. 精神保健の歴史

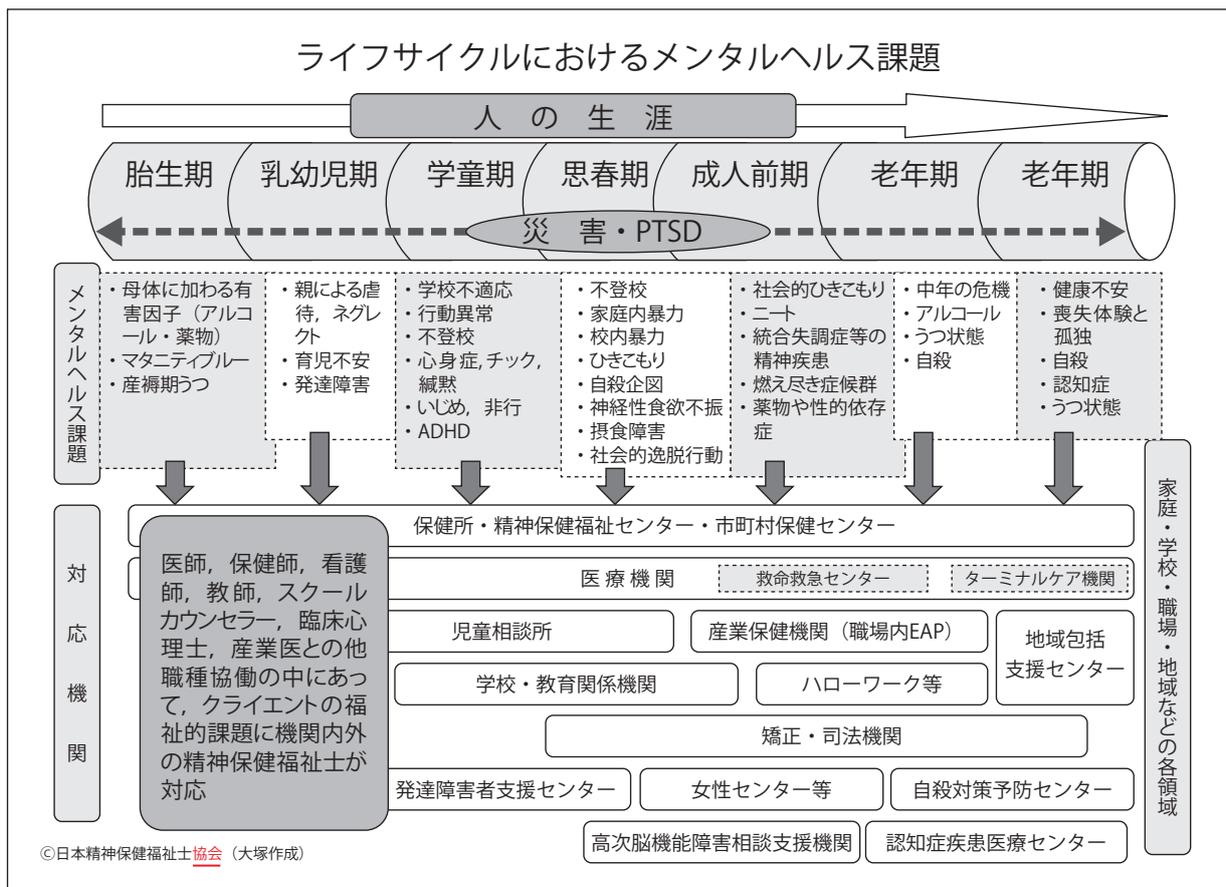
- (1) 1793 年，ピネル（仏の精神科医）：鎖につながれた精神障害者を解放
- (2) ピアーズ（米国 1908 年「わが魂にあうまで」）：権利回復と人権擁護を主張，精神衛生運動を展

訂正：差し換え版

赤字部分が訂正箇所です。

- (14) 1994 (H 6) 年 地域保健法
- (15) 1995 (H 7) 年 精神保健福祉法、障害者プランノーマライゼーション7カ年戦略
- (16) 1999 (H11) 年 精神保健福祉法改正
- (17) 2002 (H14) 年 世界精神医学会の横浜開催。日本精神神経学会が精神分裂病を統合失調症へ改称
- (18) 2004 (H16) 年 厚生労働省が国民向け指針「こころのバリアフリー宣言」を公表

II. ライフサイクルにおける精神保健



<ライフステージ（発達段階）と発達課題と精神保健>

各段階	エリクソンの発達課題	その他の発達課題概念や各段階における精神保健課題
胎児期・周産期		・少子化・出産の施設化 ・妊産婦：マタニティーブルー、産褥期精神病、産後うつ病
乳児期（口唇・感覚期）	基本的信頼 vs 不信	・ボウルビイの愛着理論：ホールディング、リミッツ・セッティング、デタッチメント ・マラーの分離・固定化 ・ピアージュの発達心理学：感覚運動期、前操作期、具体的操作期、形式的操作期
乳児期前期（筋肉・肛門期）	自立性（自律性） vs 恥、疑惑	・集団生活、ギャングエイジ、幼児虐待 ・子育て（しつけ、母乳栄養、母性神話）
乳児期後期（運動・性器期）	積極性（進取性） vs 罪悪感	・子どもと社会、女性の社会進出 ・遊びの意義 ・学級崩壊、いじめ、身体的・心理的課題
学童期（潜伏期）	生産性（勤勉性） vs 劣等性	・分離不安、性格、障害の問題 ・非行

訂正：差し換え版

赤字部分が訂正箇所です。

- 5) 障害者虐待（障害者虐待の防止，障害者の養護者に対する支援等に関する法律）2013（H25）年成立

身体的虐待，性的虐待，心理的虐待，放置，経済的虐待の5分類

全ての自治体に「市町村虐待防止センター」が設置され，都道府県には「都道府県権利擁護センター」が置かれる。

- 6) ひきこもり

内閣府，厚生労働省ともに緊急に本格的な支援を必要とする者を20～30万人と推計。

- (1) 「ひきこもり」の定義：「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」2010（H22）年5月厚生労働省

「さまざまな要因の結果として社会的参加（義務教育を含む修学，非常勤職を含む就労，家庭外での交遊など）を回避し，原則的には6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）を指す現象概念である」「なお，ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが，実際には確定診断が為される前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである」

2. 精神保健の視点から見た学校教育の課題とアプローチ

- (1) 教育を受ける権利（憲法第26条），健康で文化的な最低限の生活を営む権利（憲法第25条）

- (2) 教育基本法，学校教育法，文部省設置法，学校保健法

- (3) 保健教育（保健学習・保健指導），保健管理

- (4) 不登校，いじめ・自殺

・不登校の定義：何らかの心理的，情緒的，身体的あるいは社会的要因・背景により，児童生徒が登校しない，あるいはしたくともできない状況にあるために年間30日以上欠席した者のうち，病気や経済的な理由によるものを除いたもの。①精神病圏内の不登校，②ひきこもり型，③新不登校，④保健室・相談室登校の不登校，⑤登校しても学校周辺でたむろしている不登校，⑥非行・犯罪型不登校

・いじめの定義（2006／H18年）：当該児童生徒が，一定の人間関係のある者から，心理的・物理的な攻撃を受けたことにより，精神的な苦痛を感じているもの。なお，起こった場所は学校内外を問わない

・いじめ対策推進法（2013／H25年）：重大な事案に対する調査システム

- (5) 学級崩壊

- (6) 特別支援教育

- (7) 教師の問題

- (8) 不登校への対策：保健室登校，スクールソーシャルワーカー，スクールカウンセラー，社会サポート

- (9) 児童相談所（児童福祉法）：メンタルフレンド

- (10) 親の会，民生委員，主任児童委員，弁護士，オンブズパーソン，警察

- (11) 単位制高校，定時制高校，通信制高校，大検

3. 精神保健の視点から見た勤労者の課題とアプローチ

- (1) 1947（S22）年 労働基準法（伝染病や金属中毒の予防）

- (2) 1972（S47）年 労働安全衛生法（2005／H17年11月改正：過重労働及びメンタルヘルス対