

精神障害のある学生の支援 ～現状と課題～

一橋大学保健センター
丸田伯子

1. 精神障害のある学生の支援
2. 精神障害のある学生の概数
3. 大学でのメンタルヘルス対応
4. 大学生にみられる精神障害

1. 精神障害のある学生の支援

精神障害のある学生の支援(1)

〔診断と支援〕 症状や経過の個別性が高く、支援内容の決定が難しい。

〔病名開示〕 対教員。 ⇒

〔学期途中の支援申請〕 ⇒

〔支援のための診断〕 受診の予約・検査や診断確定まで時間がかかることも。

〔主治医と連携〕 支援開始後に病状が変動する場合。

⇒ 学生、教員、支援者の合意形成が大切。「合理的配慮は組織の決定」

学生の意思尊重。

配慮内容の決定を迅速に行う仕組み。

⇒ 学内専門家の判断で暫定的な対応が有効。

⇒ 診断書。学期中に休学開始もあり得る。

精神障害のある学生の支援(2)

〔休学〕半年単位 ⇒

〔在籍年限〕休学や留年などで学籍を失う.

〔支援前の評価リスク〕⇒

〔支援室利用の前提〕⇒

援助希求行動が難しいケースでは時間がかかる.

〔合理的配慮の不提供〕
についての学内規則(例)

1か月単位が合理的?

⇒再入学, 転学, 通信性大学への接続.

詐病, 過小な評価.

①障害を含めた自己理解

②制度やルールを理解

③配慮要請のスキル

④専門的な学びの意欲

⇒職員の懲戒処分

差別禁止(試験評価)

精神障害のある学生の就労支援

〔現状〕 精神障害者の就労は定着率が低い。約半分が1年未満で退職（ハローワーク）。3年未満の離職率66.6%（平成27年，東京都産業労働局）

〔安定した就労を目指す準備〕 体調管理，服装と身だしなみ，働く力，ルールとマナーの遵守，コミュニケーション力，ストレス・コーピング。

〔大学の対応方針〕 一般雇用⇔障害者雇用，本人の希望からスタートとなることが多い。留年や休学の経験者も少なくない。保護者の理解とサポートも必要。中・卒業後もしばらくは，安心してサポート（相談・情報提供）を受けられる仕組みは有用であろう。

2. 精神障害のある大学生の概数

精神障害のある大学生の概数

①患者調査(平成26年10月)
閲覧第147表(その1)
総患者数(全国)千人
年齢階級×傷病大分類

	総数	15～24歳
V 精神と行動の障害	3,175	154
統合失調症等	773	27
気分障害等 (躁うつ病を含む)	1,116	37
神経症性障害等	724	43
その他	598	48

②受療率算出に用いる人口

	総数 (単位:千人)
15～19歳	6,005
20～24歳	6,203
15～24歳	12,208

③15～24歳の精神疾患患者率

$$154 \div 12,208 = 1.26(\%)$$

④大学生の推計患者数

大学生の数は2,855,529人(総務省「日本の統計2016」)
 $2,855(\text{千人}) \times 1.26(\%) = 35.97(\text{千人}) \Rightarrow \text{約}36,000\text{人}$

→障害学生として把握されている学生よりはるかに多い。

[参考]休学者と職場における長期病休者との比較

大学の実態調査(77校)によれば、精神障害を理由とする学部生の休学割合は0.26%(平成25年度)。

◇長期病休者とは、調査年度において引き続き1か月以上の期間、傷病のため病気休暇、病気休職などにより勤務していない者をいう。

	長期病休者数 (長期病休率)	精神・行動の障害による数 (長期病休率)
国家公務員* ¹	5,370(1.95%)	3,468 (1.26%)
企業(全国)	(0.45%)* ² (0.51%)* ³	(0.39%)* ⁴
教員* ⁵	8,660 (0.94%)	5,407 (0.59%)

*1: 人事院. 平成23年度国家公務員長期病休者実態調査結果の概要。

*2: 財団法人労務行政研究所. 2010年4月調査実施

*3: 独立行政法人労働政策研究・研修機構(JILPT). 平成25年6月発表値

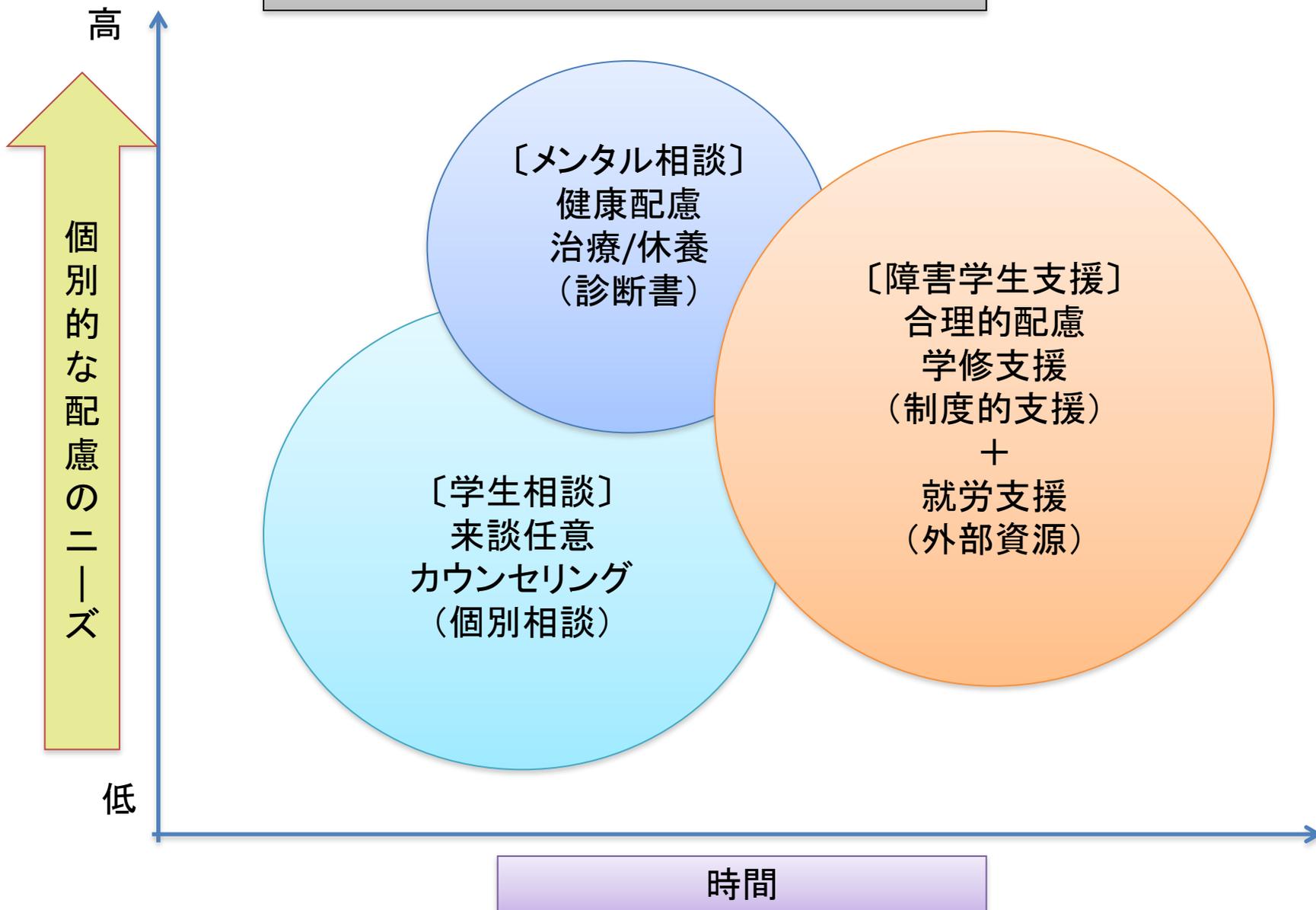
*4: 労働安全衛生総合研究所作業条件適応研究グループ。

2011年11月調査実施

*5: 文部科学省. 「平成22年度教育職員に係る懲戒処分等の状況について」

3. 大学でのメンタルヘルス対応

精神障害のある学生の支援(イメージ)



大学生のメンタルヘルス対応の現状(例)

入学時：新入生健康診断(スクリーニング, 既往歴聴取, カウンセリング案内)
→後日, 出身学校や主治医への照会(支援関係)

翌年以降：在校生健康診断(自記式の健康調査票配布)

健診フォローアップ：有所見者を呼び出し, カウンセラー/学校医が面接
→カウンセリング継続/医療機関へつなぐ(保護者への連絡)



教務担当職員の気づき：履修科目, 出欠, レポート提出, 追試, 休学・留年等の状況
支援担当職員の気づき：サークル活動, 寮生活, 奨学金応募等に関する情報

教育職員の気づき：出欠, テストやレポートの評価, 学生からの個人的な相談,
ゼミや講義での様子, 周囲の学生からの情報

カウンセラー・学校医：

- ①学生の来談希望に応じて, 関与しながらの観察の継続,
- ②要治療の判断.
- ③教職員・家族の相談に対応し, または本人の来談を促す工夫を助言する.

…………⇒それぞれの段階で課題として考えられることがありそう…………⇒

大学生のメンタルヘルス対応の課題(例)

入学時健診：入学直後は、スクリーニングで所見が出にくい傾向がある。既往歴が確認されても、その時点で自覚がなければ将来の自発来談を待つことになる。
在校生健診：受診率が低い。休学や留年を機に受診しなくなる例が散見される。

健診フォローアップ：呼び出し(郵送, 電話)を複数回しても来談する学生は一部。

教職員・カウンセラー・学校医等が連携するにあたっては、ケアすべき学生についての十分な情報共有と一貫した対応方針が必要となる。日頃から、どのような学生に注意すべきかを啓発することが有用である。

また、ケアすべき対象とされる学生の一部は、メンタル不調の自覚や支援の必要性についての理解が乏しい場合があることを対応する者は認識しておく。

①カウンセリングにつなげるケース：紹介先が学生相談室等の場合、初回を含めて来談するかどうかは学生の任意であり、②医療につないだ場合：治療中断は学生の判断で生じる。③定期的な情報共有の仕組みがなければ、健康管理のレベルで状況を把握し続けることは難しい。



…………⇒健康配慮(安全配慮)としての対応が気になる場合は?…………⇒

大学生のメンタルヘルス対応において健康配慮が求められる場面

カウンセラー・学校医のスタンス: 基本は自主性尊重. ①②は限定的な対応.

①自主的な来談が中断した場合, 電話やメールで来談を促してみる.

②メンタル不調によるリスクが高いと考えられる場合は, 安否確認を行う.

⇒下宿先訪問, 保護者に下宿先を確認してもらう, アルバイト先に連絡する等

外部医療機関につなぐ場合: 初診が数週間～数か月先になることがある. 一部の学生は, 通院開始後, 服薬への忌避感, 経済的事情, 家庭事情, 多忙, 自己判断等を理由に, 治療を中断する.

⇒明らかな自傷他害のリスクが予見されないと, 通院は本人任せになりがち.

援助希求行動が乏しい学生の存在: 休学・留年・退学を経験することになって, 不安や葛藤を抱え, 心身の不調をきたす学生がいる. 不本意な状況にあるため, 多少の落ち込み, 意欲の低下や興味の喪失があっても, 異状とは自覚しにくい. 周囲も不連続な変化を見過ごしやすい. うつ症状が潜在している場合がある.

⇒教職員がキーパーソンとなって関与と観察を続ける中で気づくことが大切. 変化を見出したらすみやかに専門家と連携して対応方法を検討する.

業務上の接点だけでは対応が難しい局面:

休学から復学まで, 留年から進級まで, 退学から再入学まで, 等のプロセス
⇒学生相談の継続, 家族との連携, 復学までのリハビリ計画, 支援導入等.

留学生のメンタルヘルス対応

いろいろな場面と対応方針

①メンタル不調時

学内外との連携(国際課×医療×寮)
家族への連絡(方針決定)
医療につなぐ(外国語対応)
生活支援(通院・服薬)
経済的支援(医療費, 渡航費)
修学支援

②留学受入時

事前相談(診断書)
治療方針(薬物治療の検討)
生活支援(通院・服薬)

③留学(一時)中断

一時帰国の手配
家族に迎えに来てもらう
職員が同伴しての帰国

精神症状によっては、母国語での対応が望ましい。通訳の手配や家族に来日してもらう場合もある。

入院や通院が一定期間にわたると、留学中の経済的な不安が生じる。

修学支援制度(対象疾患と支援内容)の可視化(外国語)が望ましい。

来日前に治療薬の変更を依頼する場合がある(発達障害, うつ病等)。

寮生活で支援を要する場合がある。

日本での治療継続が難しければ、帰国を検討する。国際線での移動が単独で心配な場合、保護者に渡航を依頼する。国際線の搭乗には相応の配慮が必要となる。

4. 大学生にみられる精神障害

精神と行動の障害(国際疾病分類, ICD-10)

…大学生の年代で診断される可能性が一定程度あるもの…

高次脳機能障害(F04,F06,F07)

精神作用物質(アルコール, 大麻, 幻覚薬等)使用による障害(F10)

統合失調症, 統合失調症型, 妄想性障害(F20-29)

気分障害(F30-39)

不安障害, 外傷後ストレス障害, 適応障害(F40-49)

摂食障害(F50)

睡眠障害(F51)

特定的人格障害(F60)

習慣及び衝動性の障害(F63)

学習能力の特異的発達障害(F81)

発達障害(広汎性, アスペルガー症候群)(F84)

多動性障害(F90)

自殺に関する統計(内閣府, 平成26年度)からの示唆

学生・生徒等(大学生を含む)の自殺者は874人(男性658, 女性216)
うち大学生は446人(男性123人、女性68人)

→若年者の自殺は、大学生が過半数を占めている。

大学生の自殺の動機(実数)

家庭問題:親子関係の不和(10)

健康問題:うつ病(53), 統合失調症(17), その他の精神疾患(30),
身体疾患(11), 身体障害(2)

経済・生活問題:就職失敗(27), 負債(5)

男女問題:失恋(25), 交際(10)

学校問題:進路(70), 対人関係(20)

その他:犯罪発覚(3), 孤独感(6)

→うつ病を始めとする精神疾患の悩みが動機として多い。

〔参考1〕 うつ病の増加

平成26年度の患者調査

⇒気分障害:111万6千人. 生涯有病率:15人に1人

前回調査(平成23年度)より受診患者数は約16%増加, 調査以来最多. 平成8年と比べると約2.6倍であり, 糖尿病(約1.5倍), 高血圧(約1.4倍)と比べて著しく増加している.

⇒うつ病は common disease であり, 受診患者数は急激に増加している.

〔参考2〕 自殺とうつ病

既遂者の80%以上が, 気分障害などの精神疾患に罹患していた可能性があるとする(日常臨床における自殺予防の手引き, 日本精神神経学会, 2013). また, 治療を受けていないうつ病患者が多く, 日本の疫学研究で未受診者が75%に上る地域があるとする報告もある(川上憲人ら, 3地区の総合解析結果, 2003).

若年の自殺者が多い:15歳から39歳までの死因の第1位は自殺となっている. 気分障害の患者数は, 15~24歳で増加傾向にあり, 早期発見と治療が課題である.

⇒若年者の自殺を減らすためにうつ病など精神疾患の対策が重要.