

精神的な不調を感じた大学生が精神科治療を 継続するためのプロセスと大学の役割

—精神保健福祉を専攻した学生へのインタビュー調査から—

The study of the roles of universities to support students who have
mental health issues receiving and continuing psychiatric treatment

— Interviews of students majoring in mental health welfare —

鹿内 佐和子 谷口 恵子 姜 壽男
(Sawako SHIKAUCHI Keiko TANIGUCHI Soonam KAN)

Abstract :

The purpose of this study is to find out the help and the obstacles that university students who felt mental health issues visit psychiatry and continue treatment.

Three people who visit psychiatry during study in universities majoring in mental health welfare and diagnosed as one of the mental and behavioral disorders of ICD-10 were interviewed and results of the interviews were analyzed by TEA (Trajectory Equifinality Approach).

We found out that to visit psychiatry “the knowledge of mental disorders has led to make their own decision”, “their family’s understanding about going to psychiatry may become a booster”, and “family member or teacher may be needed to accompany them” and to continue treatment “attending physician who listen to and respect them is inevitable.”

All three interviewees have felt need to visit psychiatry themselves with some support mentioned above and all of them are able to continue to receive medical treatment in a positive attitude. One of the reasons they could visit psychiatry with their own decision is that they had correct knowledge about mental illness. Therefore we may need to think about how to give the correct knowledge about mental illness and mental health to college students who are considered to be in prevalent age of mental illness.

As a support for students, it is important for universities to provide support system in order to recognize signs of mental health issues of students such as absence of classes as early as possible listening to their situation well, and to contact family members or connect medical institution as needed. Also, universities need to enhance regional coordination system with the mental health and welfare institutions to support students being able to continue education in universities or finding their new future receiving psychiatric treatment.

キーワード：大学生、精神科治療、複線径路等至性アプローチ

Keywords：university students, psychiatric treatment, Trajectory Equifinality Approach

1. 研究の背景

日本学生支援機構の「平成29年度 大学、短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書」¹⁾によれば、精神障害学生は8,289名、発達障害学生は5,174名おり、合わせて障害学生数31,204名の43%を占めている（図1）。また、両学生とも年々増加している（図2）。

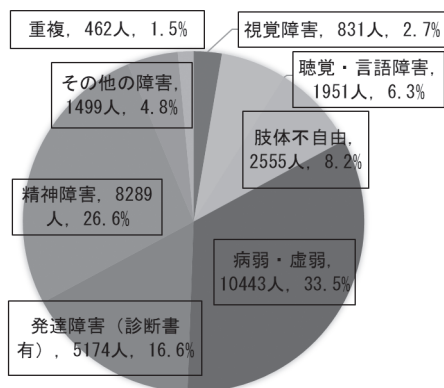


図1 平成29年度障害学生種別割合

報告書によれば、授業支援について「聴覚・言語障害」に対しては、「ノートテイク」41.3%、「FM補聴器・マイク使用」41.1%、「パソコンテイク」30.2%など具体的な配慮が多く教育機関でなされている。一方で「精神障害」に対しては、「出席に関する配慮」50.5%、「教室内座席配慮」32.2%、「授業内容の代替、提出期限延長等」26.2%が具体的な支援であるが、「履修支援」25.7%、「学習指導」24.3%については内容の記載はなく、個別に対応していると考えられる。「発達障害」に対しても、「履修支援」40.0%、「学習指導」38.9%、「講義に関する配慮」32.7%と個別対応の支援が多くなされている。

同じ授業支援内容を障害別で比較した場合、「実技・実習配慮」について、「肢体不自由」では41.5%に対して、「発達障害」23.5%、「精神障害」18.9%である。日本学生支援機構の「平成28・29年度 障害学生修学支援実態調査・分析協力者会議合同ヒアリング報告」²⁾では、発達障害や精神障害の学生は実習中に来られなくなる、実習対象者とトラブルを起こすなど実習先

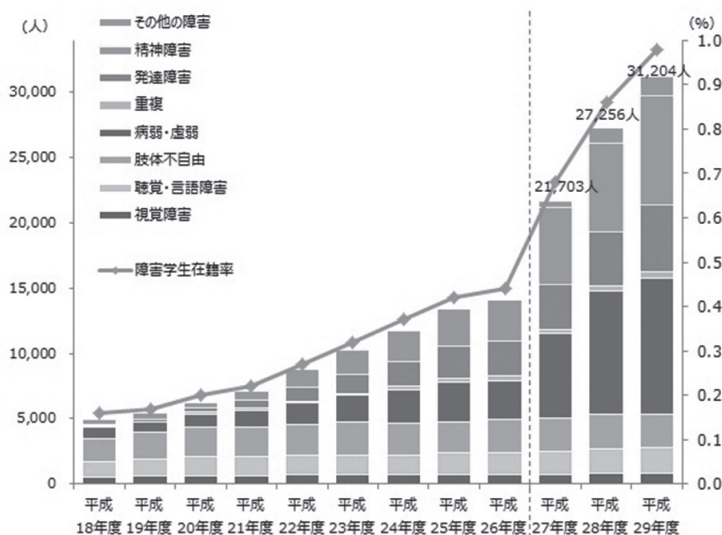


図2 平成18年度～平成29年度障害学生数の推移（障害種別）

でトラブルを起こしたケースが多く報告されている。

発達障害や精神障害の学生は、臨機応変に対応が必要とされる実習に限らず、様々な場面で困難が予想され、個別対応が必要とされるが、身体障害に比べ、「どのような配慮が必要であるのか」が具体的に見えづらく支援もしづらいという状況になっていると考えられる。

筆者と共同研究者は、発達障害・精神障害を持ちながら社会福祉士・精神保健福祉士の資格取得を希望する学生が増加している中、学生が精神疾患ゆえの困難を抱えながら、どのような環境やサポートがあると実習等の課題を乗り越え、仕事に従事していくのか明らかにしたいと考え、2016年から研究を行ってきた^{3) 4)}。

これらの研究は、精神科に通院し、国際疾病分類第10版 (ICD-10) の精神及び行動の障害 (F00~F99) にあてはまる診断をされたことがあり、ソーシャルワーク実習を体験し、福祉職に就いた大学卒業生にインタビュー調査を実施、複線経路等至性アプローチ (TEA: Trajectory Equifinality Approach) によって分析を行った。結果として、「精神科治療をし、回復しつつ、病気や障害と向き合うことは、病気を持ちながらの人生を歩む土台となる」「自身の病気の体験から福祉系大学に入学し、教員や同級生の影響を受けながら学びを深めていた」「福祉実習前には、自分の病気や障害について実習先に理解してもらい、利用者からの肯定的フィードバック、実習課題の達成などの実習体験から自信を得て、卒業後に福祉職に就いていた」「就職後の体調不良や利用者・同僚との関わりなどから自分なりの生き方を模索していた」ことなどが明らかになった。どのような疾患でも早期治療が早期回復につながることはよく知られているが、精神的な不調を感じたときに精神科治療を継続することは、回復しつつ病気や障害と向き合い、病気を持ちながらの人生を歩む土台となる。一方で、精神科受診へのハードルが高いことは、筆者も病院や地域の事業所で精神保健福祉士として働いており、実感しているところだった。

精神科領域では、1990年代より、明らかな陽性症状の顕在化から適切な治療までの期間を精

神病未治療期間 (DUP: Duration of Untreated Psychosis) とし、広く用いられるようになった。山澤の「早期介入の意義—DUPと予後—」⁵⁾ では、東京都内 2 施設の調査で DUP 平均が 13.7 ± 20.2 ヶ月となり、また DUP が長いと回復が不良になるという、海外の先行研究とほぼ同様の結果であった。精神疾患への治療開始が遅れることは、その予後に対して悪影響を及ぼすため、一般社会に対する精神疾患および精神科サービスに関する十分な情報提供が不可欠であると述べている。

精神科受診の抵抗感について、矢作らの「インターネットを用いた精神障害の動向調査」⁶⁾ では、精神科の専門機関を受診しない理由で多かったのは、「受診に抵抗がある」22.7%、「どこに行けばよいかわからない」18.8%、残りは「自分で解決したい」「忙しい」「こころの悩みを他人に知られたくない」の順であり、精神障害全般の正しい知識や、未受診群のアクセスを容易にする治療者側の情報提供が重要であると述べている。小池らの「自尊感情と自己効力感が大学生の精神科受診意図に与える影響」⁷⁾ では、症状が病気であるとの認識の有無が受診行動の生起に重要であり、受診に対する否定的な認識を改善し、受診行動の取り組みやすさを向上させる働きかけが必要であると述べている。また、山藤⁸⁾、奥村⁹⁾ らの研究でも同様の結果が出ており、先行研究からは、精神的な不調を感じてから早期に精神科治療を開始することは、回復とその後の社会参加に必須であるにもかかわらず、受診には抵抗感があり、精神疾患や治療の有効性についての知識や精神科にアクセスできるような働きかけが必要だと言える。しかし、実際に精神科に受診した人がどのような経験を経たのか、どのようなことが後押しになって、受診につながり、通院継続し、回復していくのかは明らかになっていない。

2. 研究目的

研究目的は、精神的な不調を感じた学生が、精神科に受診し通院治療を継続するまでには、どのような経験があり、どのようなことが後押しや阻害になったのか、さらに、どのような支援が必要なのか明らかにすることである。そし

て、大学における学生支援につなげていきたいと考えた。

3. 研究方法

大学福祉学科精神保健福祉専攻の在学中に国際疾病分類第10版(ICD-10)の精神及び行動の障害のいずれかの診断名にて精神科に初診した3名に協力いただき、2018年3月~8月にインタビューを実施した。ICD-10では、発達障害は精神及び行動の障害の中に入っており、本研究においても発達障害を含む精神障害として捉えている。インタビューは逐語録に起こし、複線経路等至性アプローチ(TEA: Trajectory Equifinality Approach)にて分析を行った。

(1) 分析方法

TEAとは、複線経路等至性モデル(Trajectory Equifinality Model: TEM)、歴史的構造化ご招待(Historically Structured Inviting: HSI)、発生の三層モデル(Three

Layers Model of Genesis: TLMG)を統合・統括する考え方である¹⁰⁾。

TEM(複線経路等至性モデル)は、TEAの中核を為すモデルである。TEMは「個々人がそれぞれ多様な経路を辿っていたとしても、等しく到達するポイント(等至点)があるという考え方を基本とし、人間の発達や人生経路の多様性・複雑性の時間的変容を捉える分析・思考の枠組みモデル¹¹⁾である。研究目的にもとづき等至点として設定したある行動・選択やそこに至った人々を研究の対象として、インタビューを行い、対象者から聞き取りした「等至点に至るまでの経過」をTEMに関する概念ツールを使って経路を描き、分析を行う。図3は、経路を描いたTEM図である。本研究では、「精神科治療を継続する」を等至点とし、精神的な不調を感じた学生が、精神科を受診し、等至点に至るまでのプロセスを理解したいと考えた。

TEMの用語と本研究における意味は表1に示している。最初に研究者が設定した等至点

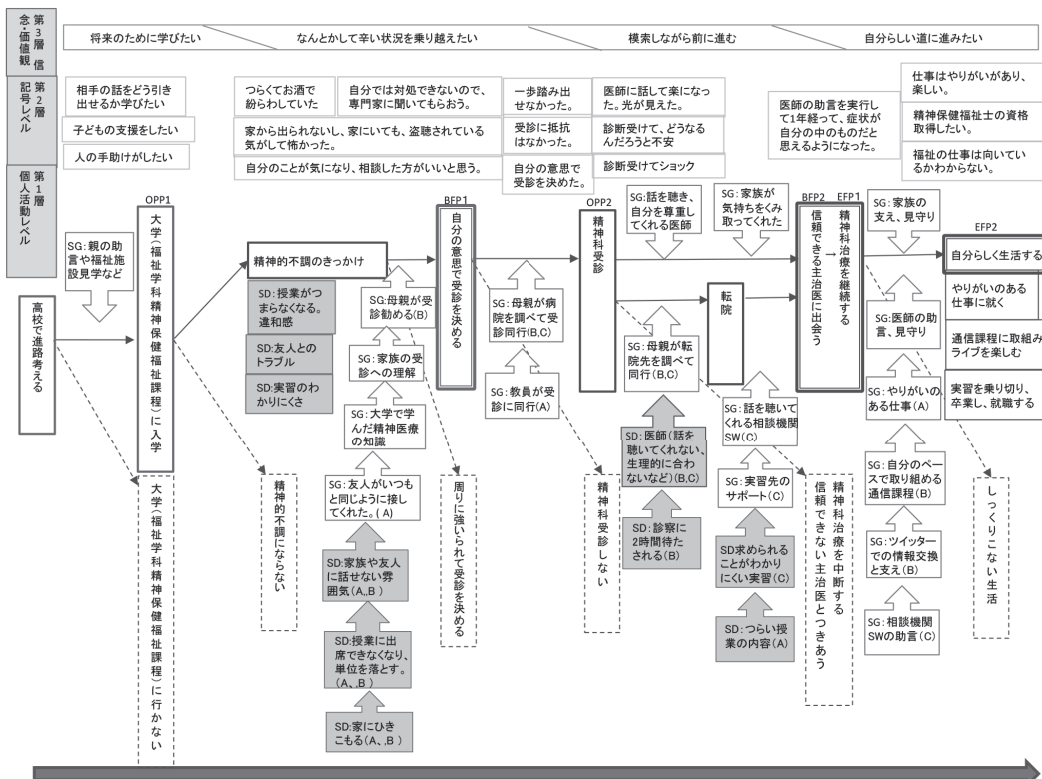


図3 TEM図

表1 TEAの用語と本研究における意味

用語	本研究における意味
等至点: EFP (Equifinality Point) 個々人がそれぞれ多様な径路を辿っていたとしても、等しく到達するポイント	精神科治療を継続する
セカンド等至点: EFP2 (Second Equifinality Point) 分析によって析出された対象者にとって意味のある等至点	自分らしく生活する
両極化した等至点: P-EFP 等至点と対極の意味を持つ	精神科治療を中断する
分岐点: BFP (Bifurcation Point) 等至点に向かうきっかけになった経験	BFP1: 自分の意思で受診を決める BFP2: 信頼できる主治医に出会う
必須通過点: OPP (Obligatory Passage Point) 人がある経験をするにあたり、必ずゆきあたる出来事や突きつけられる行動選択	OPP1: 大学(福祉学科精神保健福祉課程)に入学 OPP2: 精神科を受診する
社会的方向づけ: SD (Social Direction) 等至点に向かうのを阻害する力となる事象	精神的な不調のきっかけや影響 本人に関わる人や環境の課題
社会的助勢: SG (Social Guidance) 等至点への歩みを後押しする力となる事象	本人に関わる人や環境の強み

は、研究前の視点の反映でしかなく、面接と分析を通じて、研究者ではなく対象者にとって意味のある等至点が設定できるようになる¹²⁾。それをセカンド等至点 (EFP2: Second Equifinality Point) という。両極化した等至点 (P-EFP: Polarized Equifinality Point) は、等至点と対極の意味を持つポイントを設定することで、経験の複線性・多様性への理解を促す意味がある¹³⁾。分岐点 (BFP: Bifurcation Point) は、非可逆的時間の中で人の歩みが分岐する転換点である¹⁴⁾。必須通過点 (OPP: Obligatory Passage Point) は、ある状況や行動・選択に至る上で必ず通るポイントのことを指す¹⁵⁾。

TEMは、システム論に依拠しており、人間を環境から孤立した閉鎖システムとしてではなく、環境と常に交流・相互作用している開放システムとして捉えている¹⁶⁾。径路選択の過程では、対象者の信念・価値観の変容に、環境から等至点に向かうのを阻害する力である「社会的方向付け: SD (Social Direction)」と等至点への歩みを後押しする力である「社会的助勢: SG (Social Guidance)」が影響するとされている¹⁷⁾。本研究では、「精神科治療を継続する」までのプロセスでの「社会的方向付け」と「社会的助勢」を明らかにし、学生支援で求められることを明らかにしたいと考えた。

歴史的構造化ご招待とは、研究者が興味を持った等至点的なイベントを経験している実在の人をお招きして、その話を聞くという手続きである¹⁸⁾。

発生の三層モデルは、個人の内的変容を3つの層から考える。図3のTEM図では、第1層の個人活動レベルで、対象者の行為や出来事を、第2層で行為を意味づける対象者の気持ちや思いを、第3層で対象者の信念や価値観について記載した。発生の三層モデルとTEMを合わせて検討することで、行動を変容する個人のメカニズムへの理解を深めることができるとされている¹⁹⁾。

(2) 調査協力者

協力者は表2の3名。3名とも大学福祉学科精神保健福祉専攻中に表の診断名で精神科に初診している。対象者の数はTEAにおいて、 1 ± 0 は個人の生の歴史性を詳細に描き出す、 4 ± 1 は共通性と多様性を捉えることができる、 9 ± 2 は径路の類型化が可能となるとされている²⁰⁾。本研究においては、共通性と多様性を捉えることができるとされる4マイナス1の3名の協力者にインタビューを行った。

インタビュー1回目は、大学に入学してから精神的な不調の時期、精神科受診し、通院を継続

表2 本研究における協力者

現在年齢、性別	診断名 (診断時期)	進路	現在
Aさん 20代女性	躁うつ病 (大学3年次)	大学3年次に半年休学。復学し、半年後退学。	服飾メーカーにて勤務。
Bさん 20代女性	統合失調症 (大学2年次)	大学3年次に通信教育課程に転籍。	通信課程に在籍。精神保健福祉士資格取得を目指す。
Cさん 20代男性	発達障害 (大学3年次)	社会福祉士と精神保健福祉士資格取得し、卒業。	知的障害者施設に1年勤務後、退職し、再就職。

して現在までの時間軸に沿って、各時期に大変だった経験とその時に助けになったこと、印象に残る経験やよかったと思える経験とそのときの気持ち、自分なりに取り組んだこととそれにまつわる気持ちについて半構造化面接で聞き取りを行った。協力者のうち2名は、2回インタビューさせていただき、1回目インタビューに基づきTEM図を作成したものについてのコメント、深めたい部分の聞き取りを行った。

(3) 倫理的配慮

本研究は、東京福祉大学倫理・不正防止専門部会より承認を得ている。(東福大倫審2018-05号) 調査協力者に対しては、研究の目的及び研究結果の使用・個人情報の保護遵守・調査はいつでも中止できることなどについて書面で説明し、同意を得た。

4. 結果

大学の福祉学科に入学し、精神的不調を感じて精神科受診し、通院を継続し、体調が落ち着いた現在までの体験プロセスを図3のTEM図に表した。TEM図は、協力者が辿ってきた径路を、時間軸に視覚化して表したものである。3名に共通する必須通過点(OPP)・分岐点(BFP)を区切りに、行動・出来事に影響したと考えられるSD(社会的方向づけ)とSG(社会的助勢)を抽出した。

(1) 精神科受診まで

大学の福祉学科に様々な動機で入学した3名は、SD「授業がつまらなくなる」、「友人とのトラブル」、「実習のわかりにくさ」によって、精神的不調になった。Bさんは「起きられない、寝れないみたいな。やっと起き上がっても夕方まで、結局大学も行けないみたいな。大学に行けなかったから、明日は行こうと思うのに動かない、みたいな」状況になった。Aさんも「考えるともっと自分を傷つけちゃうし、っていうのをわかっているから。だったらそれでどうしようって時に、お酒とかたばこで紛らしていた。でももうそんなことしていても楽しいなんてことは一瞬だから、何してんだらうって、このサイクル。一日ずっとそうです。睡眠も全く取れないし」とつらい状況になった。そして、AさんもBさんも「授業に出席できなくなり、単位を落とす(SD)」「家にひきこもる(SD)」ことになった。しかし、そのつらさをAさんは「家族にも友達にも一切言えなかったです」Bさんは「結構しんどくて、その頃から肩とか見えないうところを切っていたりとかしてんですけど、母にはばれていなくて」と話し、2人とも「家族や友人に話せない雰囲気(SD)」があり、自分でなんとかしようと頑張っていた。

Bさんは「家からも出られないし、家にも盗聴されている気がしてきて、家中探し回ってもなくて、怖くて、暗くした部屋でいたりとか。そういうのが結構あったんで。さすがに

(母親に) 病院行こうって言われて」受診を「抵抗なく」決める。Aさんは「これはダメだと思って。何の対処法もないし、自分では。もうできないから。だったら専門家の人に聞いてもらおうと思って」、Cさんは実習後「なんか自分のことが気になったから。(受診は) 自分の意思で決めました」と話していた。3名とも自分の意思で受診を決めていた。Aさんは「うつの方は自分がうつってことをわからないとかあるじゃないですか。でも自分はその時自分の中で確定していたんです。絶対、自分そういう感じなんだろうなって。(中略)『Aさん、そういう症状出てますよ』と言われてたら、もうしょうがないと思った」と話し、精神保健福祉課程で学んだ精神疾患や精神医療の知識「大学で学んだ精神医療の知識 (SG)」によって、自分が受診した方が良い状態との判断があった。また、Bさん、Cさんは、「家族の受診への理解 (SG)」があり、「母親が病院を調べて受診同行 (SG)」した。Aさんは一人暮らしだったため、自分で「それは、一生懸命 (クリニックを) 探して。でも行くのがとりあえず怖いから。なんかそれで一歩踏み出せなかった。(中略) 先生に相談とか話聞いてもらって、『病院行こうか』と言って行って行ったって感じです。」と、「教員が受診に同行 (SG)」した。受診を一人で行くことにはハードルがあった。

(2) 精神科治療を継続するまで

Aさんは初診で「話を聴き、自分を尊重してくれる医師 (SG)」に出会い、「先生の聴き方がすごく良くて。すぐに助言するとかじゃなくて、うんうんって相槌打ちながら話を聴いてくださってみたい。そういう優しい雰囲気がその当時の自分にはとてもよい環境だったと思う」と通院を継続した。Bさんは「生理的に無理なタイプの男の先生になって、しゃべるのも嫌だし、顔を見るのも嫌だし (生理的に合わない医師:SD)」、Cさんは「その病院で自分が話を聴いてもらった感はないですよ (話を聴いてくれない医師:SD)」と話し、「母親が転院先を調べて同行 (SG)」し、「話を聴き、自分を尊重してくれる医師 (SG)」に出会うことができた。信頼できる主治医に出会うことによって、3名

は通院を継続し、回復に向かった。「家族が気持ちをくみ取ってくれた (SG)」、「話を聴いてくれる相談機関のソーシャルワーカー (SG)」などのサポートも受けて、生活も落ち着いていった。

(3) 自分らしく生活するまで

Aさんは、大学退学後、体調が回復し、精神科通院は終了した。そして、「(母と姉と)『じゃあ、Aはどうしたいの?』」という話になって。(中略) 新しい仕事をしたいとか、いろんな世界、業界を見てみたいと自分で一生懸命決めて、お母さんとお父さん、お姉ちゃん、家族の期待じゃないですけど、大学を卒業することができなかったことまでして自分が辞めたから、何かアクション起こさないとと思って、そこから面接をしまくって」と話し、「家族の支え、見守り (SG)」もあり、希望していた服飾関係の仕事に就き、「やりがいのある仕事 (SG)」に「活き活き」と取り組んでいた。

Bさんは「『被害妄想をちゃんと自分の中の物だと思って、怖いだとか不安だという気持ちに飲み込まれないようにしなさい』と先生に言われて。音が聞こえて、そっち振り向いたら何もなかった、あ、違かったというふうには思えるようになりました」「先生に『(他人に) 引っぱられなきゃ、いい精神保健福祉士になるから、頑張る』と言われたんです」という「主治医の助言、見守り (SG)」や話を聴いてくれる母「家族の支え、見守り (SG)」、「当事者だからわかることって結構あるんで、そういうのも拾い集めて、こうだからこうじゃない?」という「ツイッターでの情報交換と支え (SG)」によって病状が落ち着き、精神保健福祉士資格取得を目指して、「自分のペースで取り組める通信課程 (SG)」で学んでいる。また、好きなバンドのライブに遠出したり、「母もバンドが好きなので。4月にライブやるんですよ。ライブビューイングがあって、その申し込みもして」と母親と一緒にライブに行くなど生活を楽しんでいる。

Cさんは「先生は自分のやっていることを尊重してくれる。薬とか (の調整)。見守るって感じですね」という「主治医の助言、見守り

(SG)」、「(親には)話を聞いてもらったりとかかな。助けというか、迷惑かけたなという感じの方が強い。いろいろ言ったり、心配させたなという感じですかね」という「家族の支え、見守り(SG)」、「こういう困りごとがあったときはどうしたらよいか、と聞いたりとか」という「相談機関のソーシャルワーカーの助言(SG)」などのサポートを得て、精神保健福祉士実習・社会福祉士実習を修了し、2資格取得し、大学を卒業し、就職した。

医師・家族・ソーシャルワーカーなどの見守りや支援を受けて、3名とも希望する進路に進み、自分らしい生活を送っていた。

5. 考察

TEAでは、後戻りしない時間の流れを「非可逆的時間」とし、そうした時間の流れの中で生じる、径路が分かれゆくポイントを分岐点(Bifurcation Point)と概念化している¹⁴⁾。等至点に向かうきっかけになった経験でもある。本研究では、分岐点が二つ見出された。

(1) 分岐点「自分の意思で受診を決める」

先行研究では、うつや不安障害等の症状が重症と推測される人達でも、医療機関はどこに行ったらよいかかわからず、こころの問題は自力でなんとかするものであると考える未受診者が多いという結果^{6) 8)}があり、一般的に精神科受診はハードルが高い現状がある。しかしながら、協力者3名が自分で精神科受診を選択したのは、精神保健福祉課程で精神疾患・精神科治療について学び「大学で学んだ精神医療の知識(SG)」、自身が精神科を利用した方がよい状況であり、専門家のサポートを得ることでつらい状況を打開できると判断できたからだと考えられる。自分で決めた受診は精神科医療への前向きな姿勢につながり、以降の治療継続にもプラスになると考えられる。先行研究のように精神疾患の正しい知識が精神科受診には大切であることが示唆された。大学生は精神疾患の好発年齢でもあるため、大学として精神疾患や精神科治療についての正しくわかりやすい情報提供を行うことが必要である。そして、学生が精神的不調を感じたときに、「授業に出席できなくな

り、単位を落とす(SD)」などのサインに教員が早めに気づき、学生相談室や医療機関につなぐ体制づくりが求められる。

また、「家族の受診への理解((SG)」も大切である。中野はスクールカウンセリングや学生相談で精神科医療機関と連携した事例の分析を行い、保護者の同意を得た方がその後の経過がよいと述べている²¹⁾。筆者も家族が精神科受診に抵抗感が強く、学生本人の受診までに時間を要した経験があり、また医療機関に勤務していたときも症状が出てから初診までに数年以上要した方々に多く出会った。家族の理解と支援は、学生が治療につながり、回復し、自分らしい生活をしていくには大切な要となる。本人は家族に心配をかけまいと「家族や友人には言えない雰囲気(SD)」があり、言い出しにくいことが多いため、その場合は自分の辛さを家族に伝えられるように、教員や学生相談室のスタッフなどが支援し、本人と家族の橋渡し役を行う等、働き掛けを行う必要があると考える。

また、本人が精神科に受診を希望しても、体調不良の中、医療機関を調べ予約する、決まった日時に行くことは負担になる。そして、受診を決めても、一歩踏み出すには勇気がいる。そのため、「家族や教員などが調べる・同行する(SG)」ことが必要とされる。

(2) 分岐点「信頼できる主治医に出会う」

主治医に対して、Aさんは「先生と初めてお話をしたときから人に話すとか自分の悩みを話すのはこんなに楽なんだって、この時初めて知ったんですよ。その時に、ちょっと光が見えたみたいですね。(中略)そんな下手に薬も処方もないし。自分が寝れない時の症状とか、ちゃんと聞いた上でお薬くれたりするから。そういう意味ではとても信頼のおける先生だったかな」、Bさんは「本当にちゃんと話を聞いてくれた上で、解決策も話してくれて、みたいな感じで。基本的に眠れないとか起きられないとかは、めっちゃあるんですけど、とりあえず睡眠薬の方は変えないけど、安定剤、抗不安薬として出している薬は徐々に減らしていったという感じです」、Cさんは「今の先生は話をいろいろと聞いてくれる」「先生は自分のやっているこ

とを尊重してくれる。あとは薬とかの調整です」と3名の主治医は、話をしっかりと聴き、助言し、その上で薬の処方をするなど本人を尊重した関わりをしていることが共通している。

奥村らの「大学生におけるうつ病治療の選好構造」⁹⁾では、投薬よりも心理療法の方が好まれる結果が出ており、その理由として、「投薬は問題の本質を治すことができない」「投薬は危険である」といった、投薬への強い偏見が根付いていると述べている。そうした偏見や不安を持っているのは当然のこととして、偏見や不安が軽減できるように主治医が本人の話をしっかりと聴き、信頼関係を築き、処方するという基本的姿勢が大切であると改めて感じた。

そうした「話を聴き、本人を尊重した助言をする医師(SG)」によって、3名は信頼して治療継続し、回復に向かったと考えられる。逆に言えば、本人が医師を信頼できない場合は、周囲は本人が医師と関係性が築けるよう本人の思いを伝える、医師の説明を通訳するなどの橋渡し役を担う、または転医を検討するなどのサポートを早期に行うことが大切であると考えられる。

(3) 精神科治療を継続するプロセスについて

本研究から、精神的な不調を感じた学生が、その状況を精神科治療の助けを得た方がよいと自分で受診を決め、信頼できる主治医に出会うことで、精神科治療を継続し、回復し、自分らしく生活していくプロセスが明らかになった。そのプロセスはリカバリーに向かうプロセスでもあったと考える。

リカバリー研究の第一人者であるウィリアム・A・アンソニーによると、「精神病または障害からリカバリーするというコンセプトは、苦しみが消えたり症状の全てがなくなったりすること、完全に病気が回復するという意味ではない。〔中略〕病気が原因となって生じる制限があるにしろないにしろ、充実し、希望に満ち、社会に貢献できる人生を送ることである。リカバリーは、人が精神疾患からもたらされた破局的な状況を乗り越えて成長するという、その人の人生における新しい意味と目的を発展させることである」と説明している²²⁾。また、山口らは、

リカバリーを臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーという2つの側面から整理している²³⁾。臨床的リカバリーとは、病気の寛解を目指すことを目的に、具体的には症状の改善や機能の回復をいい、パーソナル・リカバリーとは、利用者が希望する人生の到達を目指すプロセスを扱う。

本研究では、Aさんは精神科治療を必要としないほど回復し、希望していた服飾関係の仕事に就き、生き生きと取り組んでいた。Bさんは病状が落ち着き、精神保健福祉士資格取得を目指して取り組み、好きなライブに行くなど生活を楽しんでいた。Cさんは実習上感じる困難を医療・福祉のサポートを得ながら乗り越え、希望した社会福祉士・精神保健福祉士の2資格取得し、福祉職に就いていた。Aさんの精神疾患は治癒し(臨床的リカバリー)、パーソナル・リカバリーのプロセスを辿っている。Bさん、Cさんは、病気が落ち着いているため、それぞれが臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーのプロセスを辿っていると言える。

精神科治療につなぎ、通院継続する支援に加え、学生が自分の希望を叶えられるように周囲がサポートすることで、精神疾患による困難な状況から回復し、再び自分らしい生活をしていくことができると考える。

(4) 大学の学生支援体制について

大学の学生支援として、精神疾患や精神科治療についての正しくわかりやすい情報提供を学生全員に行うこと、授業の欠席などのサインに教員は早めに気づき、本人の話をじっくり聴く、不眠や抑うつなど心配な症状があるときには、本人の了承を得た上で家族や学生相談室・障害学生相談室などと連携しながら医療機関につなぐことが必要だと考える。そのための学内における連携・学生支援体制づくりが求められる。

また、学内での取組みに加えて、Cさんが相談機関の助言や支援を受けて、実習を乗り越え卒業したように、学生が地域の相談支援機関につながり、学生生活や就職に必要なサポートを利用していくことも有益だと考える。近年では、精神的疾患や不調を訴えている若者に特化

したサポート機関も増えつつある。社会福祉法人巣立ち会のユースメンタルサポートCOLORでは、精神科治療が必要な若者に対しては、医療機関の紹介、受診の同行、医師との関係作りにも協力し、学習支援・就学支援や就労支援、居住支援、訪問・同伴支援、家族支援等を行い、若者の生活上の課題に寄り添い、疾病・障害からの回復を支援している²⁴⁾。また、若者に特化していないサービスでも、発達障害の学生の就労に向けて障害者就業・生活支援センターや地域障害者職業センターと連携している大学の取組みも報告されている²⁵⁾。筆者も地域活動支援センターで、大学に通学している利用者の支援をした経験もあり、利用できる地域の支援機関は多くある。

大学が地域の相談支援機関と積極的に連携し、学生支援をしていくことは、学生に有益なだけでなく、大学職員の過度な負担の軽減にもつながる。学内の学生支援体制に加え、学外での地域の支援機関との連携体制についても検討していく必要があると考える。

6. まとめ

精神的な不調を感じた学生が、その状況を精神科治療の助けを得た方がよいと自分で受診を決め、信頼できる主治医に出会うことで、精神科治療を継続し、回復し、自分らしく生活していくプロセスが明らかになった。それはリカバリーに向かうプロセスとも言える。

大学の学生支援として、学生に対する精神疾患・精神医療についての正しい知識の伝達、精神的不調の学生に早期に関わり、医療機関につなぐ学内の支援体制とともに地域の支援機関との連携体制が必要である。

今後の課題として、協力者3名とも精神疾患についての知識と自分の状況の理解力、必要な支援を選択できる力のある学生であり、かつ家族も精神科治療について理解があった。今後は、精神疾患の知識のない学生や家族が精神科受診に抵抗感が強いなど、さらに様々な経過を得た方々にインタビューをし、精神的な不調を感じたときに精神科受診し、治療を継続するまでのプロセスについて明らかにしたいと考えている。

また、協力者のうち2名は自分なりに考えた結果、進路変更のため退学、通信課程への転学を選択したが、大学を続けたい意向のある学生に、大学としてどのような学修支援が必要か、今後研究を進めていく予定である。

【謝辞】

本研究に際し、複数回インタビューにご協力くださり、本稿の校正にも携わっていただきました3名の協力者の方々に心より感謝申し上げます。

【引用文献】

- 1) 独立行政法人日本学生支援機構「平成29年度(2017年度)大学、短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援における実態調査報告書」pp.32-42(2018)
- 2) 独立行政法人日本学生支援機構「平成28・29年度 障害学生修学支援実態調査・分析協力者会議合同ヒアリング報告」p.5(2018)
- 3) 谷口恵子 鹿内佐和子 姜壽男「精神疾患を有する学生の実習教育に必要な要素—相談援助職として現場での体験から実習教育に必要な要素を見出す—」平成28年度上廣倫理財団研究助成報告書(2018)
- 4) 鹿内佐和子 谷口恵子 姜壽男「精神疾患を有する学生のソーシャルワーク養成教育に関する研究—ソーシャルワーク実習教育を中心に—」目白大学総合科学研究, 14, pp.11-22(2018)
- 5) 山澤涼子「早期介入の意義—DUPと予後—」精神神経学雑誌, 111(3), pp.274-277(2009)
- 6) 矢作千春 太刀川弘和 谷向知 根本清貴 遠藤剛 芦澤裕子 田中耕平 石井竜介 石井徳恵 橋本幸紀 水上勝義 朝田隆「インターネットを用いた精神障害の動向調査」精神医学, 49(3), pp.301-309(2007)
- 7) 小池春妙 伊藤義美「自尊心と自己効力感が大学生の精神科受診意図に与える影響」カウンセリング研究, 48(1), pp.11-19(2015)
- 8) 山藤奈穂子「受診しないうつ—うつ病の受診行動」医学のあゆみ, 219(13), pp.1108-1113(2006)
- 9) 奥村泰之 坂本真土 岡隆「大学生におけるうつ病治療の選好構造: コンジョイント分析を用いて」日本社会精神医学会雑誌, 16, pp.3-12

- (2007)
- 10) 安田裕子 滑田明暢 福田茉莉 サトウタツヤ編「TEA理論編-複線経路等至性アプローチの基礎を学ぶ」新曜社, p.4 (2015)
 - 11) 荒川歩 安田裕子 サトウタツヤ「複線経路・等至性モデルのTEM図の描き方の一例」立命館人間科学研究, 25, p.97 (2012)
 - 12) 前掲書10) pp.5-6
 - 13) 前掲書10) p.34
 - 14) 前掲書10) pp.35-36
 - 15) 安田裕子 サトウタツヤ 編著「TEMでひろがる社会実装 ライフの充実を支援する」誠信書房, p13 (2017)
 - 16) 前掲書 10) p.14-15
 - 17) 前掲書 10) p.38-39
 - 18) 前掲書 15) pp.5-6
 - 19) 前掲書 15) p.19
 - 20) 安田裕子 滑田明暢 福田茉莉 サトウタツヤ編「TEA実践編-複線経路等至性アプローチを活用する」新曜社, p.58 (2015)
 - 21) 中野良吾「精神科医療機関との連携が必要なクライアントへの対応—スクールカウンセリング・学生相談の事例から—」精神分析, 18, pp.67-90 (2010)
 - 22) William A. Anthony, (1993) Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (4), p.15
 - 23) 山口創生・松長麻美・堀尾奈都記「重度精神疾患におけるパーソナル・リカバリーに関連する長期アウトカムとは何か?」精神保健研究, 62, pp.15-20 (2016)
 - 24) 田尾有樹子「ユースメンタルサポートCOLORの活動 地域相談支援機関における早期支援」精神障害リハビリテーション, 16 (1), pp.27-32 (2012)
 - 25) 仲律子「大学における発達障害学生支援の文献研究から—支援の実際と課題—」鈴鹿国際大学紀要, 21, pp.159-176 (2014)

