

原著

## 統合失調症の大学生に対する 卒業をゴールとしない支援 — 学生相談のもう一つの方向 —

山本佳子 (福島県立医科大学)・仁平義明 (東北大学)

大学を卒業しなかった、あるいは相談開始から長期的な経過後にようやく卒業できた統合失調症の学生の4つの学生相談ケースから、卒業を必ずしもゴールだと思えない支援について考察した。4つのケースに共通した問題と支援は、大別すると以下のA・B・Cの3段階と、それぞれの段階を構成する下位の10のステップから成り立っていると考えられた：(A)「疾患に関する心理教育を中心に行う段階」(①学業等の大学生活がうまく進まない現実の認識、②自分が直面している問題と自分の障害との関連についての理解)、(B)「大学生活が要求するものと疾患の特徴をうまく調整する努力の段階」(③自ら管理できる部分についての対処と、適切な支援の受けいれ)、(C)「現在及び将来可能なことと不可能なことについての適切な認識と新たなアイデンティティの構築支援の段階」(④自分の障害の重篤さと問題が修学の継続可能な程度を超えていることと対処の限界の認識、⑤卒業ができそうにない可能性の認識、⑥卒業をゴールとしないことを選択、⑦今まで考えてきた人生設計・目標、特に職業生活が変わることを認める、⑧新しい将来生活を思い描き、目標を変える、⑨現在の病状を考えながら、大学以外の手段で、将来の目標のために具体的にできることを見つける、⑩新しい道に踏み出す)。この10のステップは、統合失調症の学生の支援を考えていく際に、一つのモデルになることが期待される。

キーワード：学生相談、統合失調症、卒業をゴールとしない支援

### 1 問題と目的

学生相談で出会う中で、卒業できないまま大学を中退していった学生は少なくない。それでも、彼ら・彼女らは人生の敗北者とは限らず、その相談も失敗だとは限らない。統合失調症という疾患によって、アイデンティティの再構築をせまられ

た学生を相談の中で支援し、その結果、学生が入学時に目指した学歴や職業を持った者としてではなく生きていくために、新たなアイデンティティの萌芽を得て大学を去ることができれば、その支援のあり方は肯定してもよいかもしれない。それは、「疾患とつきあいながら生きていく自分」と

いう新たな自分であり、もう一つはたとえば「医師（教師）ではない自分」のような新たな自分である。本稿では、特に大学の中退にしばしば結びつくことがある統合失調症を抱えた学生に対して、大学の卒業をゴールとしない時、学生相談で、どのような支援が必要になるかをケースの検討を通じて考えることにしたい。

2001年の世界保健機構（WHO）の報告によると、統合失調症は、「新しい薬の開発と心理社会的ケアの進歩によって、患者のほぼ半数は完全かつ長期的な回復を期待できるようになった」と明記されている（World Health Organization, 2001）。

そもそも、「学生相談」が対象とする青年期は、統合失調症を最も発症しやすい時期である。統合失調症治療の進歩に鑑みると、福田（1996）も「精神分裂病の場合、可能であれば普通の大学生活を続けながら治療するのが趨勢」であると言うとおり、病をかかえながらも大学生活を続けるケースが多くなったと考えられる。とはいえ、統合失調症は依然として継続的な治療を要する疾患である。多くは在学中だけでなく卒業後も長期に継続的な通院や服薬が必要となる。

峰松ら（1984, 1996）は、統合失調症学生に住みごこちのよい居場所を提供し、療学援助を試み、鶴田（2001）や武田（1997）らは、卒業までのサポートを各部署との連携の下に成功させている。しかし、内田（2005）によると、87国立大学の2002年度在籍全数（12.4万人）に対する休学率が5.8%、退学率が4.8%、留年率が9.0%に上り、それらの半数程度には学業不振や無気力などの消極的理由や精神障害といった問題が存在する。このように、精神疾患による退学はまだまだ存在し、こうした理由で中途退学する学生への支援にどのような基本的要素が含まれているかについては、あまり、明示的には語られていない。

法人化後の大学では、明確に社会に貢献する「人材養成」を大学の目標に掲げることが多くなって

いる。それゆえに、学生相談の機能として学業を達成し卒業をゴールとする学生支援が基本的な方向として想定されることが起こる。Turner & Berry（2000）も、「学生の在学継続と卒業への大学のカウンセリングセンターの貢献」と題する論文の中で、自分たちの研究ではカウンセリングセンターの役割が学生の在学継続と卒業の割合を高めることにあるという仮説が検証されたとして、大学のカウンセリングセンターの重要なゴールを学生の在学継続率と卒業率のアップにおいている。

その一方で、学生相談を「学生の人間形成を促すものとして大学教育の一環に位置づけ」るのであれば（大学における学生生活の充実に関する調査研究会, 2000）、卒業そのものが学生相談の最終的なゴールだとは必ずしも考えなくてもよいことになる。

今回分析の対象とした学生たちは、自らの疾患を理解し、最終的には入学時に自分で設定した卒業とその後の進路とは異なる、自分に合った新たな進路を選んだ。彼らの面接の意味と、大学での学生相談の果たす役割、とくに卒業を前提としない支援の基本的なプロセスについて考察したい。

## 2 方法

平成12年度から平成16年度の5年間に、A大学・B大学の学生相談室で第一著者が関わった統合失調症の4ケースについて、相談記録を分析し、それらのケースが卒業しないという選択をし、その後退学または卒業するまでの支援のプロセスについて検討を加えた。これらのケースは、学生相談としては比較的長い経過をたどり、最終的に卒業しなかったケース（3ケース）、あるいは休学などをはさみ最終的に卒業したケース（1ケース）であった。

A大学は文科系の3学部を持ち、昼間主と夜間主の課程がある。総学生数は4,000人ほどで1

キャンパスにまとまっている。学生相談室は週3日それぞれ3～4時間の開室で、学内の保健管理センターや地域の精神科系医療機関と連携をとりながら相談を行ってきた。

B大学は、医学部と看護学部の2学部で、学部学生の総数は800名ほどである。学生相談は、学生課で予約を受け、随時相談を受け付ける方式をとっていた。兼務で精神科医も相談を担当していた。また、学内の付属病院や地域の精神科系医療機関とも連携がとられている。

分析の対象となる学生は、それぞれ医療機関において「統合失調症（精神分裂病）」と診断された学生であり、本人あるいは家族からの申告があった。

### 3 結果

#### (1) ケースの概要

個々のケースの詳細な経過は「(2) 支援のプロセス」の部分で述べるが、発症から来室、退学（あるいは卒業）までの概略を4つのケースごとに、あらかじめ述べておくこととする。

##### 1) ケースⅠ 女性

20歳（1年生）時、仲間とのグループ活動中、突然妄想的言動が出たため、即刻、実家に帰省の上受診、入院となり、2年間休学。その休学中、復学の時期について学生課に相談があったことを契機として、カウンセラーも関わりを持ち始める。復学までの期間は十分なリハビリテーションに励み、家事全般を滞りなく行いながら、スポーツジムに通う生活を送った。病名告知は当初されていなかったが、リハビリ中に診断書を自分で見て病名を知った。その後、疾患についての知識を積極的に得て、休学中に「自分が再発しないように見守っていてほしい。症状が出ると自分では分からなくなりそうなので、客観的に見ていてほしい」と来室した。

復学後は、修学に必要な自分の集中力や理解・

記憶力の低下と、修学による負荷が症状の再燃を誘発することから無理ができないことに悩んでいた。相談では、まずこのように疾患を抱えた自分を受け入れるための支援が行われた。さらに、こうした能力の低下の中で可能な範囲の学習を行うスキルを身につけるようになった。また、生活上のストレスへのコーピングについては、発症前から趣味が多く（水泳・洋裁・料理・ビデオ鑑賞）、ストレス・コーピングのための手段をたくさん持っていたことがプラスに働いた。

陰性症状も目立たず、主治医との連携による支援を受けながら、学生生活を送り、無事卒業した。就職では、自分の限界を認識することで、負荷がかかりにくい職場を選び、就職していった。休学を含めて、付加的な在学期間は3年であった。

##### 2) ケースⅡ 女性

高校時代の発症。大学入学後は家族の協力で治療継続し、優秀な成績で問題も目立たずに経過していた。発症前から趣味として「小説」を書き、急性症状が出ている時でも、比較的まとまりあるものを書いていた。しかし、大学2年時から妄想・幻覚が強くなり、その後2回の再発、休学を繰り返した。その後の面接開始当初、病識・病感はまったくなかったが、家族の紹介で来室。価値観、考え方に比較的柔軟性があったが、幻聴など陽性症状が残り、学生生活の中で、被害的な傾向もあり対人関係上の問題が起こった。さらに、集中力や思考力の低下、運動系の症状が出ていたことで細かい作業が困難であったため、実習でもつまづいた。相談では、まず、病識が次第に明確化され、次に学業に必要な集中力、思考力、課題に持続的に取り組む能力の問題が自覚されていった。治療経過でも、この改善が困難であったことから、卒後の進路については柔軟に考えるようになり、卒業・資格・望んだ職業は断念した。そして退学し、将来の進路の候補を考えながら、リハビリテーションに専念する道を選択していった。

家族も、柔軟な価値観、考え方をもち、この選択を支えた。入学から退学まで、合計8年間在学。

### 3) ケースⅢ 男性

19歳(1年生)時、発症。休学しないまま入院を含む治療に入った。勉学に復帰する際、かかっている医療機関からの紹介で相談室に来室。

症状は自己管理しにくく、対人場面ではつねに被害的に受け止めるために、他の学生と共に学ぶことは困難であった。こうした以前とは違う自分に戸惑いながらも努力を重ねたが、相談とともに、次第に疾患による自分の特徴を受け入れるようになった。疾患の理解とともに、それまで子どもの問題を理解しにくかった親にも、口頭で自分の状態について伝えられるようになった。地域の活動に参加するなど、できることを探し本人のペースに合わせた生活をしていった。しかし、疾患の特徴は修学を可能にする程度には改善されなかった。その結果、在学期間の限度を超えることとなり、自らも納得の上、退学することとなった。入学から退学まで8年間在学。その後、本人の疾患を理解するようになった親のもとで、家業を手伝っている。

### 4) ケースⅣ 男性

21歳(3年生)時、一人暮らしのアパートで幻聴等により隣室のガラスを破るなどの問題を起こし、受診、入院、さらに休学し自宅療養後、復学。復学時に、家族とともに相談室を訪れた。来室時には、対人不安の強さ、眠気・体力低下が目立った。相談とともに、相談室のサロンで休息することが多かった。

相談では、主治医とのやりとりの仕方の指導・支援、対人不安への具体的対処方法の指導が行われた。対人不安の症状は解消されず、遠距離の自宅からの通学を試みたが、眠気・体力低下などから授業参加が困難となり単位の取得には結びつかなかった。そして、大学を卒業して学卒という資格を持ったビジネスマンになるという価値観を転

換し、自分の得意な部分を活かす専門学校を見つけることになった。試し通学を半期ほどした後、専門学校で資格取得を目指すこととし、自主退学。家族は協力的で選択を応援する姿勢を見せた。入学から退学まで5年間の在学。

## (2) 支援のプロセス

4つのケースには、以下に述べるような統合失調症の学生に特有な問題と支援プロセスが共通に存在していた。

支援プロセスは、①～⑩の下位のステップから構成されており、大別するとA・B・Cの3つの段階にまとめることができるだろう(表1)。ステップは4つのケースのプロセスを対照させ、いわば「重ね焼き」をした結果浮かび上がってきたものであり、10のステップが4つのケースすべてに共通しているわけではないことに注意が必要である。

また、最終的に卒業した1ケースをこの分析に含めたのは、卒業には至ったものの、他の3ケースに共通する問題を多く含んでいたからである。

支援プロセスをケースごとに詳細に述べると紙数を大幅に超過してしまうため、また、各ステップの意味を理解しやすくするために、それぞれの段階とステップを述べながら、そこに各ケースが該当する問題を埋め込んでいくという記述の仕方をとる。I、II、III、IVは、それぞれのケースの番号である。

### (A)「疾患に関する心理教育を中心的に行う段階」

①学業等の大学生活がうまく進まない現実の認識  
—問題の整理と客観化に導く支援—

相談の初期段階では、学生生活上の不安、心配なことを丁寧に聞き出し、学生が自分の状態について客観的に捉え、理解することを促進した。

相談は、3ケースが休学を契機に、あるいは休学後に開始された。1ケースは休学しないまま学業を中断していた後に開始された。休学や中断後

表1 卒業をゴールとしない支援の10ステップ

(A)「疾患に関する心理教育を中心的に行う段階」
①学業等の大学生活がうまく進まない現実の認識
②自分が直面している問題と自分の障害との関連についての理解
(B)「大学生活が要求するものと疾患の特徴をうまく調整する努力の段階」
③自ら管理できる部分についての対処と、適切な支援の受け入れ
(C)「現在及び将来可能なことと不可能なことについての適切な認識と新たなアイデンティティの構築支援の段階」
④自分の障害の重篤さと問題が修学の継続可能な程度を超えていることと対処の限界の認識
⑤卒業ができそうにない可能性の認識
⑥卒業をゴールとしないことを選択
⑦今まで考えてきた人生設計・目標、特に職業生活が変わることを認める
⑧新しい将来生活を思い描き、目標を変える
⑨現在の病状を考えながら、大学以外の手段で、将来の目標のために具体的にできることを見つける
⑩新しい道に踏み出す

に大学生活を再開する本人は、最初は、漠然とした「うまくいかなさ感」しか持っていないことが多かった。相談の過程で浮かび上がった大学生活上の問題は、次のような対人関係上の問題と学業・履修上の問題であった。

a. 対人関係上の問題

- ・不自然な距離のとり方 (I)
- ・緊張や疲れの強さ (II、IV)
- ・被害感で関係を悪く解釈する (II、III)
- ・客観的には理由のない攻撃性を他者に向けてりして、対人トラブルとなる (II)

b. 学業・履修上の問題

- ・教室に行けない・居られない (III、IV)
- ・集中できない・理解しにくい・理解できない (I、II、III)
- ・思うように頭に入らない・覚えられない (I、II、III)
- ・準備できず、ゼミに参加できない (III、IV)
- ・実習で周りの動きについていけない (II)

これらの多くは発病後に現れたもので、学業や他の大学生活に必要ななんらかの機能低下を認めることは本人にとって辛いことであった。

支援で特に注意を払ったのは、本人がうまくいかないことで自分を責めることがないように配慮し、症状やそこから来る対人関係上の問題、学業・履修上の問題を客観視できるようにすることであった。

②自分が直面している問題と自分の障害との関連についての理解—疾患の影響の理解を促す支援—

①で述べたような症状からくる大学生活・学習上の問題は、頑固に継続する場合が多かった。ほとんどの場合、告知されていなくても、疾患名についておおよその理解はあったが (I、II、IV)、詳しくは知らない状態であった。疾患名を学生とカウンセラーはお互い口にするのはほとんどなかった。しかし、上記の問題点が発症後生じていることから、「症状だと思われる」ということを伝えながら疾患と関連があることを明らかにし、疾患自体を受容できるように支援していった。疾患に関する心理教育は、a. 発症率や原因論等についての一般的理解から、自分だけの体験ではないことを理解すること、b. 経過や治療についての一般的理解から、疾病管理 (服薬を含む) の重要性を理解すること、c. 発症時やその後の経過から、

具合が悪くなる時の注意サインとその対処法について理解すること、d. 持続する症状や薬の副作用について知り、対処法を考えることなどが中心となった。

問題が、本人の努力不足等ではなく、疾患のためであると理解することで、本人の立場が救われる部分もあったが、「前は～だったのに!」「どうして……?」という無念さ・自分の能力等についての疑問が出てきたり、疾患や治療についての拒否的・否定的思いが出ることもあった(Ⅱ、Ⅲ)。しかし、日々現実の大学生活は進行しており、十分に聞き取り、支持しながら、一つ一つ対策を考える③につなげることで、自己理解をしていくこととなった。少なくとも、得体の知れない不安感について、対処を考え向かい合っていくことを可能にし、希望を失わないように配慮した。この段階で学生が意識しなければならなかった問題は、注意機能障害・記憶機能障害・思考障害などからくる生活障害や陰性症状から来るものであった。

#### (B)「大学生活が要求するものと疾患の特徴をうまく調整する努力の段階」

##### ③自ら管理できる部分についての対処と、適切な支援の受けいれ—対処スキルの形成支援・大学生活と疾患の関係の調整—

本人が感じている困難を詳細に聞く中で、睡眠の問題や症状・副作用等医学的に対処しなければいけないことがあるにもかかわらず、主治医に十分伝わっていなかったり、主治医からの必要な指示が得られていなかったりすることが明らかになってくることがあった。そこで、本人を通して主治医との連携を密にできるように配慮した(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)。

そのための具体的方策は、a. 受診の際にポイントになる症状のチェック法(自分の悪化する時の指標「注意サイン」)を知ること、b. 持続する症状の伝え方、自己観察点について知ること、c. ケースによっては主治医への話し方を練習したりする

こと(SST)などであった。

大学生活上の特徴的問題は、①で述べた通り、主に「対人関係上の問題」と「学業・履修上の問題」に分けられた。

「対人関係上の問題」では、本人が孤立しないようにしていくことを支援の中心とした。そのためには、学内、地域のサポートネットワーク(保健管理センター(Ⅳ)・担当教官(Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ)・学生課(Ⅰ、Ⅲ、Ⅳ)・教務課との連携(Ⅱ)、当事者団体(Ⅲ)・福祉的社会資源の紹介(Ⅳ)等)をつくり、利用できるようにすることが有効であった。

「学業・履修上の問題」は、試験前・試験中に特に目立った(Ⅰ、Ⅱ)。勉強の仕方などのアドバイスをすることもあったが、無理に頑張るように仕向けることの弊害の方が大きいように思われるため、自分の今の状態をまず認めること、その上で無理しない範囲で前向きに取り組めるように支えた。「前はもっと頭に入ったのに、今は……」「授業には出ても理解できない」と認めるのは、本人にとって自分らしさを失ったとも言える衝撃的なことであった。しかし、それを否定するあまり、睡眠時間を削ったり、服薬を中断したりなど無理をすると、再発の危険を増大させることにつながる。自分の健康を自分で守ることと、行動選択の優先順位をはっきりつけることに重点をおきながら、自分の障害を少しずつ認められるように相談を進めた。

一般的な対処法としては、a. 気分転換法:感情焦点型コーピング(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)、b. 受け止め方を変える認知療法:特に被害的な考え方や陽性症状への対処(Ⅱ、Ⅲ)、c. 作業療法的な生活時間・場の工夫:安心して居られる場(たとえば学生相談室内サロン等)での意味のある活動を通して達成感や自己効力感を取り戻すこと(Ⅲ、Ⅳ)、d. 対人関係改善のためのスキルトレーニング:少人数のサロンへの参加と慣れ(Ⅲ)、e. 要求水準の適

正化：高い目標を立てず、自己評価を下げないようにすること（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ）、f.生活習慣の見直し：疲れやすさ、眠気に配慮した生活パターンを作り上げること（Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ）などが有効であった。

できる限りの対処をするが、結果が出ない場合に無理をしたり焦りで病状が悪化しないように、注意サインを見逃さないことが必要であった。

(C)「現在及び将来可能なことと不可能なことについての適切な認識と新たなアイデンティティの構築支援の段階」

④自分の障害の重篤さと問題が修学の継続可能な程度を超えていることと対処の限界の認識

—自己の能力の限界を認識するための支援—

(B)の対処をしてもなお、被害的対人認知に悩まされたり(Ⅲ)、やる気のなさ、体力の問題から大学・授業に出てこれられない(Ⅲ、Ⅳ)等の問題が残ることがあった。カウンセラーは、努力によって解決できることと、できないことを判別し限界を受け入れること、しかし、一生できないのではなくリハビリに時間がかかるというように、希望を持ち続けるように注意して支援した(Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ)。

結果的には、卒業することができたケース(Ⅰ)であっても、以前との違いには失望する部分もあり、疾患によって生じた問題と対処の限界を受け入れざるを得ない部分は、他のケースと同様であった。

⑤卒業ができそうにない可能性の認識

—最終判断のプロセスの支援—

大学生活上の最低限の要求をも達成できない状態であることに気づき、認める段階である。登校が思うようにできない(Ⅲ、Ⅳ)、単位が取れないという状態が続き、再発・休学が何度か繰り返され(Ⅱ)、在籍期間が限界に近づいてきたり(Ⅲ)、病状が不安定になったり(Ⅱ)すると、次第に退学は時間の問題になっていった。この現実には本人

も失望しがちであった。しかし、本人の努力を十分に認め、家族の支援・同意が得られるように配慮する(Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ)ことによって、卒業できそうにない現実を受け入れられるようサポートした。この段階から⑨段階までは、何度か往復したり、重なり合ったりして進んでいくことが多かった。

⑥卒業をゴールとしないことを選択

—デジジョンの支援—

前段階でなんとなく「卒業は難しいかもしれない」と感じているうちに、在籍の制限時間が迫ったり、越えられそうにもない課題に直面し、「卒業をゴールとしない」ことを選択せざるを得ない時期がやってくる。本人は挫折感・失望感・あきらめ等の陰性の気持ちに陥りやすい。カウンセラーは今まで十分してきた努力を極力認め、本人に合った無理のない人生の可能性を話し合った。このようにして、本人が長い目・新しい視点で将来を見据え希望を失わないように配慮した。また、早急な退学に走ったりすることで、進路変更時の所属先がないまま自暴自棄や症状悪化に陥らないようにも配慮した(Ⅱ、Ⅲ)。

⑦今まで考えてきた人生設計・目標、特に職業生活が変わることを認める

—価値観の転換のための支援—

「卒業しないこと」は、目指してきた職業には就けないこと、生活設計・目標を失うことを意味した(Ⅱ、Ⅲ)。それは、今までの努力が報われないことであり、本人の価値観をも揺るがすことにもなった。また、似たような職業選択が可能であったとしても、以前思い描いていたものとは異なる職業生活にならざるを得ないことが予想された(Ⅰ、Ⅳ)。

青年期というアイデンティティ形成の時期に、やっとそれが固まりかけた段階での崩壊には厳しいものもあった。基になる人生の価値観をどこに置くかというところから考え直し、価値観の転換

をサポートした。これには、親の協力も不可欠であり、親がそうした変更の必要性を認めていることが前提であり、場合によっては、親の子どもに対する夢や価値観の転換も必要となった（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ）。この理解の前提としては、通常、すでに親には病院で疾患の特徴などについて説明がされ、理解されていることが普通であるが、それが不十分な場合には、ここでも親に再度確認し理解してもらった。さらに家族にはカウンセラーと面接する中で、本人に人生の先輩として、様々な価値観・生き方があること、柔軟に考えるべきことなどを提示し、支援してもらえようとした。

また、本人が目指していた教師でなくても地域で子どもと触れ合うことができる活動を見つける（Ⅲ）とか、専門学校で資格をとって同様の仕事に就ける可能性を探る（Ⅳ）など、類似の目標到達手段を模索することで代替的な目標形成をはかったケースもあった。

⑧新しい将来生活を思い描き、目標を変える—新しい自己のアイデンティティの萌芽への支援—

こうした人生目標の建て直しにあたっては、発病前も含むこれまでの生活を総括し、もともとの興味関心と、実現可能性を吟味しながら、新たな道を柔軟に選択できるように支援した（Ⅱ、Ⅲ）。また、必要に応じて、障害者自立支援法の利用や障害者年金や障害者手帳の取得などの福祉資源についての情報提供も行った（Ⅱ、Ⅲ）。

その結果、学生たちは、趣味や特技を生かした新たな夢を持ったり、働く意味や生活を考え直して、楽しみのある無理ない生活を思い描くようになっていった（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）。

⑨現在の病状を考えながら、大学以外の手段で、将来の目標のために具体的にできることを見つける—具体的ステップ確認の支援—

ある程度の将来設計が再構築された上で、退学の決心は固まっていたが、次の希望に沿っての具体的な今後の動きを決定できるように援助を進め

た。必要に応じて、編入学・通信教育・専門学校・就労・援助付就労・アルバイト・授産施設・作業所等の紹介をしていった（Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ）。家庭で家族の援助の下で生活することが基盤となるため、帰省し、その地域に立場を変えて再参加することも支援していった（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ）。

⑩新しい道に踏み出す

—新しい環境への橋渡しとしての支援—

具体的に次の歩みが決まったら、それを試行させると共に、今までの大学生活のストーリーの最終的整理を行った。また、家族には、必要に応じて今までの相談経過や今後の生活上の注意点などの引き継ぎを行い、学生とは、今後通院する医療機関への適応について話し合いを行った（Ⅰ、Ⅱ）。新しい道への試行は、具体的には作業所（Ⅱ）、家業を含む無理せず働けそうな場の決定（Ⅲ）、専門学校（Ⅳ）などであった。

さらに、本人が希望を持ち続けることができるように、リハビリテーションや、ノーマライゼーションについて話し合い、偏見への対処と覚悟などについても話し合いを行った。

そうした準備が整い、次の大学生活後の見通しもできたところで、相談は終了し、退学等の手続きがとられた。

## 4 考察

### (1) 疾患に関する心理教育の意味

先にも述べたとおり、統合失調症の学生においては、現在では修学しながらの治療が主体になっている。それに伴って、当事者の自己管理が求められるようになってきている。しかし、医療機関での疾患に関する心理教育は、十分大学生活に即したものとは言えない。

濱田（2004）は、「精神病患者である」ことよりも「生活のしづらさがある」ことの方が、患者にとってはるかに認識しやすいことのように述べている。①②のステップはまさにこの段階



である。また、この障害を体験として受け止めることが長期予後を規定する（池淵，2004）と言われている。この疾患を受け入れ、次にこれからの人生を考え、アイデンティティの再構築をはかるには、医療の場ではその大きな作業の援助が乏しい状況である。したがって、その部分の役割は学生が生活の場としている大学の支援機関が担う必要がある。

①②のステップは、疾患に関する心理教育の主要な部分であり、疾患を理解し受け入れることが後の段階のゴールを達成する前提となる。しかし、この疾患の自己管理教育は、必ずしも卒業をゴールとしない支援の場合に限ったものではなく、統合失調症の学生一般に共通する支援である。

## （2）卒業をゴールとしない支援の必要性

統合失調症そのものの発症率は、0.7～0.8%程度である（上島・丹羽，2001）。その中で大学などの高等教育機関に在学している学生の割合について正確な統計はない。しかし、学生相談に携わる者の感覚では、統合失調症の治療を受けながら修学している学生は少ない。現代の精神科医療が外来中心になったことを考えると、修学を継続しているからといって学生の疾患が必ずしも軽度であるとは限らない。また、統合失調症を罹患した学生の退学数を調べることは事実上不可能ではあるが、ここで報告したケースのように、治療が大学の卒業につながらないケースも無視できない数に上ると推測される。統合失調症では、妄想型であっても破瓜型であっても、注意・記憶・思考機能の障害に至る可能性が強い（丹羽，1996）。認知機能の障害が起こる時には、大学での学業生活が要求する課題は、疾患を持った学生にとって、どのようなサポートがあっても過重となることがある。疾患を発症してみると、大学生は卒業までに、意外に多くのことが要求されているとわかる。

当然、学生相談は当初は卒業を目指しながら行われるものであり、それが困難であることが客観的に明らかになってきてもカウンセラーは退学を「勧める」ことを相談のゴールにするものではない。本人自身が下した卒業できないという判断に基づいて、次に卒業しないという自己決定を行ったときにはじめて、将来の人生が少しでも円滑に進行するようにアイデンティティの再構築をはかる支援を行うことになる。そのような状況を考慮すると、今回ここで提示したモデルは、統合失調症の学生の支援にとって一つの参考になるとと思われる。

もし、余儀ない退学の時点でもなお学生たちが卒業や当初目指した職業だけにこだわり続け、その後の人生に何の心の準備もなく退学していくことになる、「元」学生はその精神的苦痛から立ち直れないことになる。その結果、自らの命を絶つたりすることも起こり得ないとは限らない。その可能性を考慮すると、統合失調症の学生の相談では、カウンセラーは、卒業をゴールとしない支援の道にいつ切り替わってもよい準備をしておくことが必要であろう。

卒業をゴールとしない支援で、どうしても必要になるもう一つの問題がある。それは家族からの支援である。卒業は本人のゴールであっただけでなく、家族のゴールでもある。本人が卒業をゴールとしない進路決定をしても、家族が卒業や以前の職業上の目標を捨てきれないと、本人と家族の間に葛藤が生じる。この葛藤の解決は、本人に任されるには、統合失調症を抱えた学生には余りにも大きな課題になる。したがって、卒業をゴールとしない支援は、本人だけでなく、家族が真に協力者になるような支援を含む必要がある。

## 5 結 論

統合失調症が大学生にもたらす問題の一つは、さまざまな意味で新たな進路選択を余儀なくさせ

ることにある。これは、修学を継続できて卒業という中期的なゴールを達成できたとしても、その後の進路展望の中でも再び起こりうる問題である。卒業をゴールとしない支援の目標には、幅広い人生設計・人生観に関わる認知的転換を目指すキャリア・カウンセリング機能も含まれると考えられる。

この3つの段階とそれらを構成する10のステップにそって支援を記述するやり方は、統合失調症の学生の支援を考えていく際に、そのプロセスを分かりやすくする役割を果たしてくれることが期待される。しかし、この10のステップは、卒業をゴールとしない支援を行うための、最初の作業仮説として提案されたものである。現実には、10のステップすべてを達成できない段階でも退学が起こりうること、またすべてのケースがこれらのステップの順序通りの進行にならない可能性にも注意が必要だろう。また、この仮説的なモデルはあくまでも典型的だと考えられる4つのケースに基づいたものであるという制限条件を考慮しておく必要がある。

今後、他の相談者による多くの実践の中で、もっと重要なステップの追加やこのモデル自体の修正がされていくことが必要だろう。

卒業をゴールとしない支援は、当然ながらこれまで他の統合失調症学生の支援や、統合失調症以外の学生の支援の中でも実践されてきたことである。しかし、あえてここで「卒業をゴールとしない支援」という考え方を強調したのは、それらを考える枠組みがこれまで明確化されてこなかったからである。

## 文 献

大学における学生生活の充実に関する調査研究会  
2000 大学における学生生活の充実方策につ

いて一学生の立場に立った大学を目指して—  
文部省高等教育局。

- 福田真也 1996 学生相談と精神科医療の連携。  
東海大学学生相談室報告, 29, 70-82.
- 濱田龍之介 2004 統合失調症を有する人の病  
識と障害認識. 精神サービス, 4, 298-303.
- 池淵恵美 2004 障害の主観的体験とその受容.  
精神科臨床サービス, 4, 304-310.
- 峰松修 1996 治療援助による心理支援: “治療”  
でない支援とは. こころの科学, 69, 64-69.
- 峰松修・山田裕章・冷川昭子 1984 分裂病圏  
の学生とPSYCHO-RETREAT. 健康科学, 6,  
181-186.
- 丹羽真一・伊藤光宏・白瀧光男 1996 精神障  
害と認知障害 1. 臨床的視点から. 臨床脳  
波, 38(3), 191-195.
- 武田隆綱・渡辺泰雄・渡会昭夫 1997 就学援  
助により改善のみられた思春期発病 精神分裂  
病の1症例. 精神医学, 39(4), 395-401.
- 鶴田一郎 2001 精神分裂病寛解期にある男子  
学生との6年間のかかわり—「間主観経験」  
を中心に—. 学生相談研究, 22(3), 298-307.
- Turner, A. L. & Berry, T. R. 2000 Counseling  
center contributions to student retention and  
graduation: A longitudinal assessment. Journal  
of College Student Development, 41(6),  
627-635.
- 上島国利・丹羽真一 2001 統合失調症および  
妄想性障害. NEW精神医学. 南江堂, 181-199.
- 内田千代子 2005 大学における休・退学、留  
年学生に関する調査. 第26回全国大学メン  
タルヘルス研究会報告書, 33-45.
- World Health Organization 2001 Fact Sheet:  
Mental and neurological disorders.

---

Support for Students with Schizophrenia that is not Aimed at their Graduation: An Alternative Direction for Student Counseling

Yoshiko YAMAMOTO (*Fukushima Medical University*), Yoshiaki NIHEI (*Tohoku University*)

Support for schizophrenic students may not necessarily be aimed at their graduation. Here we examine such an approach based on the counseling of four schizophrenic students who either did not graduate from college or graduated long after the start of counseling. Roughly summarized, three counseling stages (A, B, and C) were common to all four cases, and these consisted of a total of ten constituent steps; (A) Self-management of, and self-education about, schizophrenia, (B) Efforts to reconcile the requirements of college life with the characteristics of schizophrenia, (C) Recognition of limitations and establishment of a new identity. We believe that this three-stage model will assist in identifying the optimal process of supporting schizophrenic students.

**Key words:** student counseling, schizophrenia, support for not aimed at the graduation

---