

職務研修	資格試験に合格した者に対して協会が実施する 20 時間の職務研修
資格証交付	資格試験に合格し、研修を受けた者に発送

2) SSWr 資格試験と資格取得者の現状  
 韓国では、2005 年から SSWr 資格制度が導入され、2008 年まで計 4 回の資格試験がすでに実施された。4 年の間、全国で SSWr 資格試

験を受けた者は 973 名で、そのうち SSWr の資格を取得した者は 360 名である。歴代の受験者数と資格取得者数の詳細は表 3 の通りである。

表 3 SSWr 資格試験の現況

	05 年(第 1 回)	06 年(第 2 回)	07 年(第 3 回)	08 年(第 4 回)	計
受験者	259	360	115	239	973
書類合格者	218	340	112	234	904
筆記・面接合格者	97	201	96	146	540
資格取得者	91	176	93	143	360

3. 韓国におけるスクールソーシャルワークの実施

専門家、教育・諮問家、媒介・連携者、調整・仲介者、擁護者、支援開発者、共助・協力者、調査研究者、政策提案者である。SSWr の役割と活動内容の詳細は表 4 に示している。

1) SSWr の役割

SSWr 協会が示した SSWr の役割は、臨床

表 4 韓国における SSWr の役割

役割	内容
臨床専門家	個別・集団相談および治療的介入
教育家・諮問家	・学習や進路のための情報提供 ・社会性、学習戦略、コミュニケーション訓練、各種予防教育
媒介・連携者	学生と家族に必要な資源の発掘と連携
調整者・仲介者	・学生、家族、教師間の理解増進、葛藤解消の調整 ・専門チームの管理と調整を通し、効果的・効率的なサービスを提供
擁護者	学生および家族の人権を保障するための擁護活動
支援開発者	学生、家族、学校に必要な地域社会資源の発掘および開発促進
共助者・協力者	教師を含む多様な専門家、関連機関との協力・共助
調査研究者	実態調査および効果性研究を通して、効果的な福祉サービスを提供
政策提案家	学生に関する福祉を増進するため、多様なレベルでの政策監視と提言

2) SSWr によって提供されるサービス

SSWr が提供するサービスは、ケースマネジ

メント、個別介入、集団介入、家族介入、地域社会との連携およびその他の研究・ボランティア活動である。SSWr によって提供されているサービスの種類と内容は表 5 の通りである。

表 5 SSWr によるサービスの種類と内容

サービス	内容
ケースマネジメント	複雑で多様な問題とニーズを持っている学生に、多様な支援方法を活用し、学校内外の資源を連携することで、効果的に問題を解決し、ニーズが満たされるよう、あらゆるサービス過程を運営する社会福祉実践
個別介入	面接相談、メールまたは電話相談、心理検査、情報提供
集団介入	共通のニーズ、または問題を抱えている学生集団に対し、各種のプログラム、または学級単位での予防教育的なプログラムを提供
家族介入	家庭訪問および父母への面談を通して、学校と家庭間の連携を支援し、生活支援に必要なサービスを連携
地域社会連携	学校福祉を増進するため、学外資源の開発および関係者ネットワークを構築し、地域社会に対する学校の奉仕も促す
その他	実態調査、ニーズ調査、研究およびボランティア活動など

### 3) スクールソーシャルワークの実施状況

2008 年に、SSWr 協会によって実施されたスクールソーシャルワーク事業は以下の5つである(表6)。

第 1 は、保健福祉家族部支援による「SSWr 派遣事業」である。本事業は 2007 年から 2 年間実施されてきたが、2009 年度には担当部署の変更によって予算が確保できず終了となった。事業の内容は、96 ヶ所の対象校に SSWr を派遣することによって、学生と学校および家庭間に生じる様々な課題を解決しようと努めるものである。

第 2 は、社会福祉共同募金会の支援による「障害学生への社会福祉サービスモデル事業」である。本事業は 3 ヶ所の学校で実施されており、障害学生を支援するために、学内外の支援体系を構築することを目的としている。

第 3 は、太平洋福祉財団の支援による「私

たちが作る幸せな世界事業」である。本事業は、社会福祉教育を普及することを目的に、22 ヶ所の学校で実施されている。

第 4 は、社会福祉共同募金会およびウリ銀行の支援による「欠食児童への昼食費支援事業」である。本事業は、欠食児童への昼食費支援および管理を通して、対象児童の心身健康に寄与するもので、58 ヶ所の学校で実施されている。

第 5 は、キョウボ生命教育文化財団の支援による「夢 to U 事業」である。本事業は、貧困学生に対して、経済支援および SSWr による各種支援活動を提供することを目的に、3 ヶ所の学校で実施されている。

以上の内容は、韓国 SSWr 協会ホームページ <http://www.kassw.or.kr/> を参照に作成した。

(本章担当:趙香花)

### 第3章 早期介入におけるアメリカ合衆国 のスクールソーシャルワーカー

#### 1. はじめに

長期に渡り精神疾患の保護的なアプローチが中心となっていたわが国の精神医療保健福祉も、地域を中心とした総合的かつ包括的なアプローチが主流となってきている。そしてさらに、その一歩先を進む早期発見・早期介入に関する試みは、従来の精神医療保健福祉関係者により形成されるネットワークという枠を超え、学校や職場などといった異なる社会環境における啓発活動にまで及んでいる。

こうしたなか、精神疾患に罹患する患者の多くが、幼少期や青年期で何らかの精神的な診断に該当する症状を呈しているという傾向をみても、児童と密接な関係を築く学校環境という場における医療福祉専門家としてのアプローチは重要であると考えられ、近年になり諸外国における学校環境を対象とした様々な取り組みが着目されている。したがって本報告では、100年以上前より学校環境における医療福祉的アプローチをスクールソーシャルワーカー(以下、SSWr)という専門職を通じて実施しているアメリカ合衆国に焦点をあて、その内容について報告すると共に、わが国で発展段階とされるSSWrについて検討する。

#### 2. スクールソーシャルワーカーの歴史

アメリカで初めてSSWrが誕生したのは1907年のニューヨーク市であると言われており、その後はハートフォード、コネチカットの順で全国に広がっていった。それぞれの地域におけるSSWrの位置づけは異なり、ハートフォードのグループはメンタルヘルスクリニックに所属し、学校内における心理社会的問題を持つ児

童への支援を中心に行っていた。また、ニューヨークのグループは移民や難民、児童労働や貧困状態にある児童を中心としたセツルメント的なアプローチを中心に、家庭と教育のつながりを支援する伝統的な福祉活動を主とした支援を重視していた。こうした運動の継続が世間的に認められるようになり、ニューヨークでは教育委員会によりその業務が予算化され、次第にSSWrが学校制度のなかに含まれていったのである(Constable et al., 1999)。

1920年代から1950年代にかけ、SSWrは更なる発展を遂げ、訪問教師(Visiting Teacher)として独自の協会を設立していたSSWr団体も全米ソーシャルワーク協会(NASW: National Association of Social Work、以下NASW)の一部として、その専門性を追求することになった(Constable et al., 1999)。こうしたなか、現場では大恐慌を乗り越え、ケースワークに対する概念も個人を対象としたケースワークから、個人と社会環境におけるケースワークとして展開されるようになり、さらには学校と地域をつなぐソーシャルワーカーの活動が中心になっていった。

1970年代以降、児童の教育へのアクセスを保障する法律が制定されたことにより、SSWrの社会的位置づけにも変化が起こる。特に、全障害児教育法(Education for All Handicapped Children Act)では、今まで公立学校での教育が受けられなかった障害のある児童への教育を受ける権利を保障した。この法律により、多職種チームによるアセスメントを基礎として個別教育プログラム(Individual Educational Program: 以下IEP)の作成が義務付けられ、ソーシャルワーカーもチームの一員として加わるようになった。また、1990年代に全障害児教育法が障害児教育法

(Individuals with Disabilities Education Act: 以下 IDEA)として再制定されてから、学校における SSWr の役割がさらに明確化され、その数も次第に増加していった。その結果として、学校のスタッフとして直接雇用される体制が一般的となり、学校システムの一員として組み込まれていった(半羽2006)。

### 3. スクールソーシャルワーク実践と資格制度

アメリカにおけるソーシャルワーク実践の現場はわが国の現状と大きく異なる。アメリカ労働局調査による2006年全米ソーシャルワーカー業務の総数は595,000件であり、その業務の詳細は、以下のように記されている。①児童・家族・学校におけるソーシャルワーカー業務 47%、②医療・公衆衛生に関するソーシャルワーカー業務 21%、③精神保健・依存症のソーシャルワーカー業務 21%、④その他のソーシャルワーカー業務 11%である(U. S. Department of Labor)。この結果から、アメリカの社会福祉実践は児童・家族・学校関係に比重が置かれているという特徴が見られる。

これらの現場の多くは社会福祉修士(Master of Social Work: MSW)が要求されており、ソーシャルワーカーとして現場実績を積みながらキャリアアップに繋げるのではなく、大学院へ戻り修士を取得することで、業務の幅を広げながら社会的地位を確立する流れになっている(U. S. Department of Labor)。したがって、現場で実践している SSWr のほとんどが社会福祉修士を取得しており、その専門性が重視されているのである。

また、SSWr の資格制度は国家基準として定められていないものの、その大半は、主に各州の教育局の基準によって定められているのが現状であり、ここではその一例としてのミ

シガン州の認定資格要件を紹介する。

- ① ミシガン州教育局が認めるソーシャルワーク大学院の修士号
- ② スーパーバイズ付の500時間以上の現場実習
- ③ 大学院 SSW プログラムからの推薦状
- ④ SSWrとして1年間勤務した証明書

また、正式なSSWrとなるために、以上の認定後1年間は認定SSWrのスーパーバイズを受けながらの実践活動が必要とされる(Michigan Department of Education Office of Special Education & Early Intervention Services)。

こうした州の基準とは別に、NASW では、SSWr の質の向上に向けて SSWr スペシャリスト(School Social Workers Specialist)という資格を定めている。その資格要件は以下のとおりである。

- ① ソーシャルワーク教育協議会(Council on Social Work Education: CSWE)認定の修士号もしくは博士号を取得
- ② 卒後、最低2年間のスーパーバイズを受けた SSW 経験
- ③ SSW 専門分野試験の合格

アメリカでは、SSWr の質と専門性を確保するためにこうした基準を定めており、高度な専門性を要する職種としての位置づけを明確にしている。また、こうしたスーパーバイザーレベルの人材を育成することにより、次世代の SSWr 養成の役割も担っているのである。

### 4. SSWrの役割

1990年に制定された障害児教育法(IDEA)の制定により、障害をもつ児童を支援する専門家として、SSWr を含めたスクールカウンセラーやスクールサイコロジストなどによる多職種チームが組織化されるようにな

った。このIDEAでは、アセスメントの結果をもとに適切な教育プログラムの提供を目指す個別教育プログラム(IEP)の作成が求められているため、学校内での専門職チームによる共同が不可欠となっている。こうした枠組みを持つSSWサービスの特徴は以下の通りである。

- ① 障害をもつ児童の生育歴や発達状況の把握
- ② 障害をもつ児童やその家族への個人およびグループカウンセリング
- ③ 児童の行動の妨げとなり得る生活環境(学校・家庭・地域)の改善に向けての保護者・教師との協働
- ④ 児童の教育プログラムをより効果的にするための学校や地域の資源開発
- ⑤ 効果的な介入プランの構築のサポート(半羽 2006)。

これらのサービスは先天性の障害のある児童だけに限定されるものではなく、ADHD/ADDや適応障害、行為障害や不安障害などの症状を呈している児童に対しても行われており、学校・家庭・地域を結ぶサービス提供者として、その専門的な知識と技術が求められている。NASWが規定しているSSWサービス基準42項目のスタンダードにも、「SSWrは、メンタルヘルスサービス提供者・地域医療提供者との連携を促進するものであり、児童によるこれらのサービス利用を手助けする役割がある」と定義されており、さらには、「SSWrは、生徒が教育目標を達成できるよう、地域医療・メンタルヘルス・ソーシャルサービス提供者とのパートナーシップを基礎とし、地域の教育機関において展開・調整するものである」と規定している(NASW)。

また、大学のSSWプログラムとして、ワシ

ントン大学の例を挙げると、22項目に及ぶSSWrとしての専門技術を提示しており、これらはアセスメントやカウンセリングといったケースワークだけでなく、危機介入や危機予防、そして家庭訪問やサービスの連携などといった包括的なケースマネジメントにも焦点をあてている。多様なリスクに直面している児童に対するカウンセリングや精神保健サービスを専門的な知識と技術をもって提供することにより、迅速かつ適切な対応をおこなうことができると考えられているのである。

## 5. その他の専門職との関係

アメリカの学校には、SSWrの他にも、児童の教育を円滑に支援するための専門家としてスクールカウンセラーやスクールサイコジストが学校に配置されている。SSWrとスクールカウンセラーは幼稚園・小学校・中学校・高校に配置され、それぞれの役割を明確に分類することが困難なほど、その専門性は重なる部分が多いが、支援する個人と環境の関係性に焦点をあてるソーシャルワーク的なアプローチと個人の問題に焦点をあてるカウンセリング的なアプローチの違いが考えられる。スクールサイコジストは幼稚園・小学校・中学校・高校だけでなく、大学・クリニック・病院・犯罪科学・刑務所・プライベートプラクティスなど、幅広い分野で勤務することが多く、主に博士課程修了者は学校環境以外の職場に勤務することが多い。高校までの学校環境におけるスクールサイコジストの業務は心理テストやその分析が中心となっており、特別学習・行動問題の支援を主におこなっているという特徴がみられる(ABPP, n.d.)。

こうした児童の学校生活を支える専門家はいずれも100年以上の歴史と高い専門性持

ちながら、お互いが対立することなく連携してケースに取り組んでおり、児童の健全な社会生活と教育を支えるという共通目標を達成することに努めているのである。

## 6. まとめ

アメリカのSSWは1900年代からの歴史を重ねながら、学校社会におけるその専門性を追求し、専門職としての業務を確立することにより、社会的信頼を獲得してきた。また、専門家養成教育としても大学院レベルのプログラムを提示し、他の専門職と連携を図りながら、次世代のSSWr養成に努めているのである。

まとめとして、専門職体制が確立されているアメリカのSSWを参考にしながら、わが国におけるSSWrの位置づけを検討し、以下の3点を挙げる。

### 1). SSWrの社会的認知

日本におけるSSWは導入初期段階であり、その存在は学校内ですらあまり認識されていない現状がある。児童や家族のケースワークが主体となるSSW業務のなかで、教師や学校関係者、家族や地域との連携は不可欠であり、その連携は信頼関係が基礎となって成り立つものとされている。一方、アメリカのSSWは長い歴史を経て学校システムの一部として認知されてきたという特色があるため、こうした学校環境における関係づくりは比較的容易となっている。したがって、日本のSSWrが相談を受けてから短期で関係者との信頼を築いていくためには、専門家としての社会的認知が不可欠であり、特に学校システムに属さないSSWrは、部外者の立場で業務を行わなければならない

い難しさもある。「専門家」という社会的な認知を高めることにより社会的信頼度も上がると考えられることから、SSWrの社会的認知を上げることは今後の課題だと言える。

### 2). SSWrの役割と業務の明確化

発展段階にある日本のSSWは、役割や業務に関しても関係者の理解が乏しい。学校の中で、SSWrがどのような問題や課題について、どのような支援をするのかあまり理解されていない環境で、その役割を存分に発揮できるとは考えにくい。学校内の問題や課題は児童個人からSSWrへ繋がるケースもあるが、その多くは担任教員からのものである。例えば、担任教員が精神・心理的な問題を抱える児童とSSWrをすぐに繋げることができれば、早期発見・早期介入に繋がる可能性もあるが、担任教員が誰にも相談することなく、単独で精神・心理的な問題を抱える児童や家族と向き合い、SSWrに繋げることができなければ、その専門職としての存在意義が低くなってしまう。SSWrの支援や介入によって、調整し得るものがどのような課題なのかを判断するためにも、SSWrの役割と業務をよりわかりやすく明示し、理解を深めることが求められていると考えられる。

### 3). SSWrの知識と技術の確保

昨今、SSWが福祉専門職の中でも着目されるようになり、研修や講座が行われるようになっている。しかしながら、わが国にとってSSWは開拓段階であり、その知識と技術をもってスーパーバイズしていく人材そのものが不十分という現状がある。アメリカのSSWrが認定資格として認めら

れるためには500時間以上の現場実習とSSWrとしての勤務経験が実践として求められている。この条件と比較しても、日本で同じような認定資格を定めるのは不可能であり、短時間で多くのSSWrを養成するためにも日本独自の養成カリキュラムを検討する必要がある。その手段として、日本社会福祉士養成校協会では、平成21年度からSSWr養成課程認定事業として、SSWr養成課程修了者の認定登録制度を導入する。しかし、この認定登録制度を持っていたとしても、その知識と技術を一定のレベルで確保することは極めて困難であると考えられる。こうした開拓分野における質の向上は容易ではなく、知識と技術の確保が大きな課題となっている。

このように、わが国ではほとんど存在していなかった学校分野での社会福祉専門職について、これから展開していくことは容易ではない。学校環境という場において、ソーシャルワークのアプローチを展開していくことは、複雑化している現代社会の中で、多様なリスクと向き合っている児童の問題や課題の早期発見と早期介入につながると考えられる。医療か福祉かという断片的な視野ではなく、社会福祉専門職の価値である総合的かつ包括的な視点で支援を展開するSSWに大きな期待が寄せられている。

#### <文献>

American Board of Professional Psychology(n.d.). Specialty certification in school psychology. Retrieved on December 18, 2008 from

- <http://www.abpp.org/>.  
Constable, R., McDonald, S., and Flynn, J(eds.).1999. School Social Work: Practice, Policy, and Research Perspectives: Lyceum Books, INC.  
National Association of Social Work. 2002. Standards for School Social Work Services  
半羽利美佳(2006)「アメリカにおけるスクールソーシャルワークの現状と課題—host settings—」での実践を通して(特集:スクールソーシャルワークの理論化を目指して)『ソーシャルワーク研究』32(2), 102-107.  
Michigan Department of Education Office of Special Education & Early Intervention Services. Full Approval for School Social Worker Policy & Criteria. Retrieved on February 11, 2008 from [http://www.michigan.gov/documents/FASocialWorker\\_65839\\_7.pdf](http://www.michigan.gov/documents/FASocialWorker_65839_7.pdf)  
U.S. Department of Labor. Retrieved on March 30, 2008 from <http://www.bls.gov/oco/pdf/ocos060.pdf>

(本章担当:平澤恵美)

## 第4章 早期介入におけるケースマネジメントと地域連携

### 1. 早期介入チーム

豪国や英国の早期介入チームでは、サービス利用者(以下、利用者)とその家族のニーズに最大限応えるため、またチーム内外の関係者と適切に連携するため、ケースマネージャー(以下、CMer)によるケースマネジメント(CM)の提供が重要視されてきた。そのため、現在諸外国で展開されている早期介入サービスの多くは、利用者1人につき必ずCMerが割り当てられ、主治医ではなく、CMer(看護師やソーシャルワーカー多い)が支援の中心的役割を担っている。ここでは豪国 EPPIC のケースマネジメントハンドブックから、早期介入に必要なCMのポイントを整理する。

CMは、一般的に「brokerageモデル」か「therapeuticモデル」に分けられる。「brokerageモデル」では、CMerは他のスタッフや機関より提供されるケアのコーディネーターとして行動し、「therapeuticモデル」では、利用者の主要な治療者として行動する。EPPICでは原則「therapeuticモデル」をベースとしているが、両モデルの要素を組み合わせ、求められる支援や利用者の回復度によって柔軟に対応することとなっている。「主要な治療者」と言っても、必要なサービスの全てをCMerが提供しなければならないのではなく、CMerは、サービスが全てうまくいっているかどうかを確かめることに責任を負う。

CMerの目標と責務を以下に示す。

- ・ 利用者の精神状態を常にモニタリングすること
- ・ 適切な服薬を促すことも含め、active psychosisの期間を最小限にするよう支

援すること

- ・ 入院に関するトラウマや不安を軽減すること
- ・ 二次疾患や併存する精神疾患の適切な治療を積極的に探し求め、それを利用者に勧めること
- ・ 病気による、心理社会的環境(例:人間関係、住居、教育、仕事、経済的問題)への悪影響を軽減すること
- ・ 利用者の回復、社会復帰、通常の発達曲線への復帰を促進させること

その他ハンドブックでは、急性期(最初の数週間)、回復期早期(1ヶ月~3ヶ月)、回復期後期(1年)それぞれにおけるCMerの役割が記されているが、全期間において強調されているのが、①詳細なアセスメント、②信頼関係、適切な治療関係の構築 ③利用者・家族への適切な情報提供と心理教育である。CMerは、上記の目標と責務を達成するため、利用者や家族への直接的な支援の他、チーム内外の関係者と連携し、包括的な支援を提供することに最大限努める。

### 2. 学校場面

(学校での事例検討会から)

2008年5月、三重県津市の公立中学校で事例検討会を行なった。リストカットや軽い暴力行為を行う女子生徒の事例を挙げ、校長、教頭、担任、学年主任、養護教員、スクールカウンセラー、教育委員会職員等で議論したが、それぞれの立場から色々な声が聞かれた。

教員からは「病気であるなら病名を知りたいが、学校で何が出来るかわからない」、「外部のどこと連携すればいいかわからない」、「問題行動について、本人にストレートに聞いていいかわからない」、というような、なんと



か生徒を支援したいと思いつつもどうすればいいのかわからないといった声が多く聞かれた。また事例の生徒には教員が交代でマンツーマンの対応をしているが「人的負担が大きく、いつまで今の体制を続ければいいのかわからない」と校長や教頭も不安を語った。スクールカウンセラーは、「勤務時間の都合上あまり密接な関わりができず、他の教員がそこまで困っているとは知らなかった」と話した。このように、教員それぞれはなんとか生徒を支援したいと奮闘しているにもかかわらず、対処方法がわからない、自分の対応が正しいのかわからないと悩んでいる、学校内でうまく情報が共有されず何が問題なのかが不明確なままである、という事実が明らかになった。学校としての方針を明確にし、外部資源と適切に連携するためにも、①学校内での連携体制の整備、②ケースカンファレンスの実施が必要という結論に至った。

この議論によって、生徒の為にも教員の為にも、教育分野にケースマネジメントが必要であることがある程度明らかになったと思われる。もちろん、1で述べたケースマネジメントと教育分野で必要なケースマネジメントは全く同じではないが、生徒や家族を取り巻く環境やニーズを包括的にアセスメントし、適切な外部資源と連携しながら、生徒の学校生活を支援していくことが可能となる体制が必要である。また、ケースマネジメントはメンタルヘルスの問題に直面する生徒に限らず、あらゆる問題に直面する生徒の学校生活を支援する際にも非常に役立つものであろう。

### 3. 地域作り

(headspace 視察報告から)

本年 10 月に豪国 "headspace" を視察した。

headspace は、精神障害や薬物使用障害をもつ若者(12歳~25歳)への早期介入を促進することを目的として、2006年に設立された。ビクトリア州メルボルンに本部があり、2008年10月現在、豪国全土で30のheadspaceが活動している。財源は豪国政府より5400万ドル以上もの資金が投入され、実際の運営はメルボルン大学のORYGEN Research Centre、Australian General Practice Network、Australian Psychological society、シドニー大学のBrain and Mind Research Instituteから成るThe headspace consortiumという共同体が担っている。

筆者が訪れたのは、ビクトリア州 Western Melbourne にある Western Melbourne headspace (以下、WMh)である。WMh は Brimbank、Maribyrnong、Hobsons Bay、Wyndham の4つの地区を担当し、12歳~24歳の若者は約74,000人である。文化的多様性が高く、人口の約55%が英語を母国語としないことや、貧困層が多く住んでいることが地域の特徴である。

WMhの狙いは、

- ・若者のメンタルヘルスや物質使用の問題について、地域の意識を高めること
  - ・地域の若者向けサービスへのアクセスを高めること
  - ・効果的な evidence-based intervention の理解を促すこと
  - ・コラボレーション—専門サービス従事者と一次医療従事者が、地域の中でより協働して働けること
- となっており、図1で示すような形態で活動を行っている。

WMh は研究機関や GP のグループ、就労支援を行う団体など、複数の地元関連団体から

構成される委員会によって運営されている。その下で実際に現場を統括するのが Leadership Team で、後述する3つのサービスそれぞれの責任者で構成されている。実際の WMh は、同じ建物に、法科大学院の学生が運営する法律

相談所や、ハウジングセンターなどが入っており、その建物に入りやすいよう工夫されていた。さらにエントランスホールは吹き抜けとなっており非常に開放的で、スティグマを感じさせない雰囲気だった。

(図 1)



3つのサービスそれぞれの内容と特徴を簡単に以下に示す。

① Direct service delivery (Client Services)

- ・多職種によるアプローチを採用
- ・シンプルな介入、ケースマネジメントはしない。(あくまでも適切な資源へつなげるまでの役割)

② Capacity Building (Community Services)

・地域のサービスやサービスへのアクセスに関する問題を調査

- ・既存の資源同士の連携を促す
- ・地域の専門職の研修に関するニーズを明確にする(医療・福祉従事者、警察など)
- ・自ら研修を行う他、研修を行なう他機関をコーディネートする
- ・地域の意識を向上させる戦略を開発する

### ③ Research and Evaluation

・アセスメントや早期介入の新しいツールを開発する

・evidence-based approach に関する研究を進める

WMh について最も注目すべきなのは、headspace の活動内容が既存の資源と重ならず、役割が非常に明確であるという点である。つまり、集中的・継続的な治療やケースマネジメントは、ORYGEN など既存の臨床サービスに任せ、地域資源間の連携促進やサービスへのアクセスを高めるための活動、地域のニーズ調査、サービス提供者の教育など、地域全体をマネジメントする役割に徹しているのである。このような地域を包括的に捉え活動する headspace、実際に若者へ治療や支援を提供する機関があつて初めて、若者への早期介入は実現するのではないだろうか。日本で早期介入を行う場合にも、単に早期介入チームを設立するだけでなく、何らかの形で地域全体をマネジメントする機関が必要だと思われる。

### 4. 考察

以上、早期介入における医療・教育・地域に必要なマネジメントについて簡単に述べた。重要なポイントは、医療・保健・福祉・教育など、若者を取り巻く各領域それぞれの中に、CM を提供できる人材が求められており、まずはこれらの人々が CM の基礎を習得し、それぞれの立場性や環境によって柔軟にアレンジすることが必要である。そして headspace のような、地域の若者を取り巻く環境を包括的に整備する(地域全体をマネジメントする)機関も必要であろう。早期介入チームを創設するだけでは、精神病未治療期間を短縮することや、地域精

神保健サービスの質を向上させることも難しい。医療・保健・福祉・教育など、若者を支援する関係機関の役割分担を明確化することと同時に、早期介入チームが整備されて始めて、若者に役立つ早期介入サービスとなると思われる。

(本章担当:石倉習子)

## 第5章 大学の学生相談における早期介入の可能性

### 1. 学生相談室で経験した事例からみた早期介入(発見、相談、支援)の課題

#### 1). 学生相談室で出会う精神病の前駆症状を疑われる学生たち

学生相談室に来談した学生から、精神病の前駆的症状ではないかと疑うような話を聞くことは珍しくない。大学キャンパスは、眼差しと声にあふれ、多くの学生に不安や恐怖などを惹起させる空間でもある。たとえば教室では、自分の悪口を言われている、笑われている、無視されている、よそよそしいとか、キャンパスの通りすがりでは、自分の悪口を言われた、視線が意味ありげに思える、声を出して臭いと言われた、また独居しているアパートや下宿では、自分の声が漏れている、自分の悪口を言われているなどの訴えはこと欠かない。

しかし、大学キャンパスの内外には自意識過剰など思春期(後期)心性を刺激しやすい空間が存在し、学生の訴えが精神病の前駆症状なのかどうか、問題にしていまいかどうか、見極めにくいことも多い。

たとえば、大教室での学生同士の私語はめずらしくないので、後ろから聞こえてくる声が気になることはあるだろう。また、大抵の大学には学生や教職員同士がお互いの視線にさらされなければ通過できない通路もあるだろう。隣室との壁の薄いアパート下宿では、相手の声や生活音が、はっきりではないかもしれないが、微妙に聞こえてくるし、マスターベーション時の振動が伝わったのでないかと心配になってしまう学生もいる。また、アパートや下宿の整備されていない駐車場に停めた車が傷つけられたのは、なにかの復讐やあてこすりではないのかなど、気になり始めると際限がなくなる。さらに、大学キャンパスは、様々な臭いにあふれているので、自己臭的な悩みをもつ学

生はつらい思いをすることもある。

#### 2). 個別学生の事例

しかし、こういった学生の「関係妄想的」な訴えや症状のなかには、環境の問題や思春期心性の問題だけではその強さや、奇妙さを了解できない学生もいる。

以下、統合失調症など精神病の前駆症状を疑われる精神病様症状の体験をしていると思われ、学生相談室で継続的な面接を行った事例を挙げる。つまり、“サブクニカルではあるが卒業まで、統合失調症を発症しなかったものの、今後どう推移するかわからなかった事例”と“後に統合失調症としての治療が始まった事例”である。以下の事例についてはすべて、個人が特定できないよう記述している。

#### (1) サブクニカルではあるが卒業まで統合失調症を発症しなかったものの、今後どう推移するかわからない事例

##### ① <事例1> サークルの対人関係がもとで不安定になった学生

中学時代にクラスのグループから疎外され、「人間は結局ひとりだ」と、できるかぎり孤立して過ごそうとしてきたが、大学入学前から付き合い始めた相手から暴力を受けたことをきっかけに来談。サークル内で孤立するという話が續くなかで、自分を疎外するサークルの仲間に対して強い暴力性が語られるようになり、後になると性の問題が隠れていることもわかってきた。突然、精神不安定になって落ち込んだり、サークルのことで殺されるのではないかとおびえたり、便秘がひどくなると毛穴という毛穴から臭いが漏れだしてしまうのではないかと恐れたり、原因不明のひどい蕁麻疹が出たりする。彼の話を聞き流してしまう母親との関係の問題は窺われたが、家族歴に大きな問題はみられなかった。カウンセリングの中で、自分が相手の暴力性を引き出しているのではないかという気づきもあったが、基本的には

「何か事が終わると、済んだことは忘れてしまう」と語るなど、深く追求すると危うくなりそうな学生であった。卒業前に自分のことを支えてくれる仲間を発見し、仲間の支えが期待できる就職先を決めて卒業していった。

## ②<事例2>幻視を経験した女子学生

夜中に目覚めると、横に立っていたり、壁から半分身体が出たりしている人間が見えるという女子学生だった。そのため独居が耐えられず同棲をするが、妻子のある相手のためかえて疑心暗鬼になり苦しむ。面接を開始し2年ほどたって、中学時代にいじめにあった頃から、腸の調子が悪くて、そこから便や臭いがもれ出ているのではないかと悩み続けてきたと語る。この夜中の幻視は卒業まで断続的に続いたが、「愛情あふれた、めぐまれた家族」のいる地元の企業に決まり帰省した。中学時代から苦しくなると、「助けて！」と教師の名前を心の中で唱え、大学時代は相談者の名前を唱えて乗り越えてきたという。

両名とも危うさを感じたが、<事例1>では服薬にまでおよばず、<事例2>では軽い精神安定剤を服薬していて、卒業まで顕著な精神病の症状は出現しなかった。

このように、自我の脆弱性が見られ、危うい経験をしながらも大学を卒業はしたが、今後発症するかどうかわからないままにいる学生は多い。しかし一方で、次の<事例3>のように、在学中に問題がなかったわけではないが、卒業後に統合失調症が発症したと聞き、驚いたケースもある。

## ③<事例3>卒業後に統合失調症の発症が分った事例

入学前まで特に心配するようなエピソードは報告されなかった。ルームシェアをしていた友達との関係で被害的になったり、訳もなく悲しくなったりするという訴えで来談した女子学生である。在学中はサークルのまとめ役として活躍していた。帰省中に父親と顔を合わせる事が怖いので助けてほしいと、急に電話をよ

こすことはあったが、大抵は落ち着いており、実習も問題なくやり遂げていた。しかし、卒業後実家に帰って数ヶ月たったところで、興奮状態で強制入院したという知らせを聞いた。

父親と一緒にいると著しく被害的になるという話などにひっかかる点があったが、どこかでその詳細を聞いてはならないような気持ちに相談者になっていた事例であった。

## (2) 明らかな精神病様症状があり、後に統合失調症としての治療が始まった事例

### ①<事例4>「大学を続けるのが難しい、電車に乗れない」と来談した女子学生

中学生3年時で、友達との関係で疲れていたときに、男2人に次々襲われる夢を見た。本人は、相手は父親と弟が襲ったと確信したと言い、弟が不意に近づいたりするとパニックになってしまった。その後、身体がだるくなり、何をしても楽しくなくなり、うつ状態になったというが、高校では家事をこなし、きょうだいの面倒を見て、やさしい母親をやっていたという。母親を支えているのは自分だと思っ一方で、自分は、母親になれるなら父親の妻にもなれるはずだ、自分なら父親に酷いことをいう母親の代わりに父親を幸せにできると思ったという。しかし、彼女の家でのがんばりも家族からは当たり前のように思われ、母親と祖母の関係はよくならなくて疲れてしまったという。

大学に入った頃から、ふいに寂しくなることがあり、中年のおじさんに声をかけてほしいと、繁華街を歩くようになり、父親を求めているのだろうかと自問し始めたころから電車にまったく乗れなくなった(大学4年生開始時)。これを契機に病院に行くが診てもらえなかった頃、死んだ女性が乗りうつった夢を見たり、性器にヘルベスができたのは中学の時の夢で性器をなめられたからではないかと疑い始める。

母親には母親が高校生の時に自殺した妹がいた。母親は彼女が調子を崩す度に、その妹と同じことにならないかと、「霊がとりついた

んじゃないの？お祓いしてもらったほうがいい」とか、すぐ受診しろと言い始めた。しかし、彼女は話をじっくり聞いてくれない母親に反発して病院には行かないと言い続けた。実習をこなした後、甘えたい自分と、そんな自分を殺したい自分が同時に出てくるようになり、切羽つまった状態で精神科の病院に行き始めることになった(大学4年の12月頃)。投薬が始まると、突発的に死んでしまいたいという衝動は収まってきた。卒業後に、統合失調症だと確定診断されたという報告があった。陽性症状の発現を大学4年春とし、治療の開始を大学4年12月とすると、DUP(精神病未治療期間)は約8ヶ月であった。

② <事例5> あこがれていた海外旅行先で発症した学生

中学の部活の同級生からいじめを受けたが、それがいつでもどこでも思い出されてしまう、自分は劣っている、このままだと一人前になれない、ふがいない自分を強く見せるために中学時代から葉巻を吸い、東京まで自転車旅行に単独で出かけたこともあった。来談後に、「馬鹿にされている」という被害的な言動が気になって精神科のクリニックに紹介すると抵抗なく受診し、服薬も継続していたようだった。学外の自助グループでは献身的に役割を果たすが、大学サークルは対人関係で悩んで辞めてしまう。3年生になり、自立を目指して一人暮らしをはじめ、スポーツカーに乗る。周りの声が気になり、車の小事故も起こすが、アパートの同級生や先輩などに支えられなんとか過ごし、大学の単位も卒業に向けて積み重ねた。自分は馬鹿にされているという思いは頭から離れず、「さむい(寒い)」という言葉が、馬鹿にされている意味だと言い始め(3年生の秋頃)、冬になりキャンパスの中で頻りに交わされる「さむいね」という言葉を聞くことに耐えられなくなる。しかし、就職活動をする前に、中学時代に見た大学生のバックパッキングの旅を「自分探し」のために自分もやってみたく、

周りの反対を押し切って海外に渡る。数週間後宿泊先で「組織」に狙われたと連絡があり帰国をするが、帰りの飛行機内で興奮状態になり保護される(4年生の秋)。半年後退院し単位をとり卒業した。陽性症状の発現を3年生の秋とし、治療の開始を4年生秋とすると、DUP(精神病未治療期間)は約1年であった。

③ <事例6> 相談者を「邪悪である」と言い相談室を出ていった男子学生

1年生の前期、親から虐待を受けていると来談。家族のことを聞き始めたところ、突然相談員に、「あなたは裏がある」、「邪悪だ」と言い、憤然と去っていく。その後、特に問題もないままのようであったが、「人を殴る女子学生がいる」「授業中に机や周りの学生を殴る学生がいる」という情報が入り、調べてみるとこの学生だった。今回はソーシャルワーカーが担当することになり、接触をもつことに成功し話を聞くと、「悪口を言われたから、殴りに行った」ということだった。クリニックの受診を勧めると、数日前から近くのクリニックに行き(11月末頃)、薬物治療が始まっていたことがわかる。その後、ソーシャルワーカーの支持的な面接も継続し、悪口など言われても「無視する」、「ぶつぶつ言うだけ」、「その場を逃げる」ことができるようになった。

この学生は、1年時に相談員の探索的な面接に対して、奇妙ではあるものの自分を守るための行動がとれていたが、3年時秋の就職開始になったところで発症したものと思われた。陽性症状の発現を10月中旬とし、治療の開始を11月末頃とすると、DUP(精神病未治療期間)は約1ヶ月強であった。

④ <事例7> 同性愛だと笑われているという男子学生

入学早々の4月に「普通にできない、友達ができない」と訴え、それは自分が同性愛とか性欲が強いということが周りに気付かれているばかりでなく、実際に声に出され笑われているためであると言う。

中学時代いじめにあい、高校入学して自分を変えようと努力したが、高校2年の時、授業中にまわりのことが気になり集中できなくなり中退し、大検の上入学した。高校2年時にクリニックを受診したところ対人恐怖と言われて、服薬したが、「これ効くのかな?」と思い、服薬はすぐ止めたという。

大学では楽しく充実して過ごそうと、春から学習に励み、自動車免許を取得し、バイトも始め、サークルにも加入し積極的に活動した。また自分の目がにやけているのではないかと、かけていたサングラスを外すなど環境にも馴染め始めた。

しかし、アパートや学内で自分のことが笑われている(同性愛に関することが主な内容)、声が聞こえるという経験は続いた。精神的に疲労し、睡眠も十分とれなくなったため受診を勧めた(7月中旬)。しかし、薬も飲んだり飲まなかったりするうちに、室外でしゃべる学生の声が目になり、「馬鹿にするな」と文句を言いに行ったところで人目につくようになった。この出来事をきっかけに、途切れがちであった服薬も続くようになった。その後服薬しながらであったが、自分の望んだ充実した大学生活を送ることができるようになったが、就寝が早いと周りの友達に合わせられないことを悔み、服薬を中止してしまう。しばらくはなんともなかったが、以前と同じような症状が出始めたため、相談員また、これら事例の内容を振り返ると、青年期の一人暮らし、就職、旅など「出立」のテーマも気になる。性的な問題(近親相姦的な問題や同性愛などのセクシャリティの問題)が抑圧されず、そのまま話や行動に出てしまう事例については、統合失調症を発症するリスクが高いという印象をもった。しかし、近親相姦的が語られる事例の中には実際の性的虐待と区別しがたい事例もあり、確かなことはいえない。

一方で、クリニックに紹介しても、日常的に

の説得で服薬が再開した。その後は、「悔しい、残念だ」と言いながらも調子をとりもどした。陽性症状の発現は高校時代で、治療の開始は大学1年の7月中旬とすると、DUP(精神病未治療期間)は年単位になる。

### (3) 事例からみた統合失調症の前駆症状と発症の問題

以上、学生相談室において、自主来談や教職員紹介でやってきた学生の中には統合失調症の前駆的な症状を疑う訴えをする者がいる。その中にはいわゆる「偽陽性」で終わる可能性の学生もいれば、関わっているなかで精神病症状が強くなり、やがて統合失調症と診断された学生も出てきた。

報告者には、〈事例4〉～〈事例7〉の「明らかに精神病様症状体験があり、後に統合失調症としての治療が始まった事例」の経験からみると、「①精神病家族歴をもち、かつ、明らかな機能低下が認められた者、②思考内容の異常性が高い強い者、③猜疑心や被害妄想が強い者、④社会機能上の障害が顕著なもの、⑤物質乱用歴がある者といった特徴をもつ若者の精神病移行率が顕著に高いこと、および、それらの条件に複数該当する際には、その組み合わせによって、発症予測率が最大80%まで上昇する」というNAPL(The North American Prodrome Longitudinal Study)の紹介<sup>1)</sup>は説得力を持っているように思えた。連携していないクリニックに通院する場合は薬の種類さえ聞いていなかったり、連携しているクリニックに通院している場合であっても、薬の効き具合や服薬の継続などを丁寧に聞かないまま漫然と面接を繰り返していたりしたのではないか思える事例もあった。今後は、これらの問題を改善し、学生相談室が早期発見・早期介入のための一翼を担っていけるようになっていく必要を感じる。

3) 個別事例に対する早期介入(発見、相談、

## 支援)の現状と課題

以上のように、学生相談室において継続して関わることができた学生もいるが、学生相談室と統合失調症の学生との関わりの多くは、危機介入の事例として出会う。

### (1)危機介入の現状と課題

国立大学や大規模私学のように保健管理センターを持ちスタッフが豊富であると限らず、多くの日本の大学における学生相談室のスタッフは、孤軍奮闘しているのが現状である。危機介入が必要となった統合失調症などの学生への対応も単独行動で行わざるを得ない大学は多いと思われる。

当大学においても、精神科救急例が多かった1990年代までは、親元から遠く離れ独居している場合、学生の友人や大家さんなどから情報を得て、親と連絡をとるだけでなく、実際に単独でアパートを訪問して、本人を説得し、連携のとれていた入院施設がある病院に受診してもらうことも珍しくなかった。しかし、単独であるため、学生の行動を管理する役割と援助する役割の混乱が起こった。単独では無理があり、地域の保健師などの協力を得た方が妥当な事例も経験した。その後、精神科救急例も減り(下宿生の減少も関係があるだろう)、地域での精神科・神経科のクリニックの開業が相次いだので、入院施設のある病院に直接同行するというより、開業クリニック宛に紹介状を書き、それを学生に持参させることで済むことが多くなっている。今後は、入院などの管理面は主治医に任せながら、地域の精神保健の関係者と必要な連絡を取り合って連携することが大事になっていくであろう。地域精神保健におけるこのような仕事は保健師や精神保健福祉士が担っているが、当大学でもこの連携活動は、今年度から配置されたソーシャルワーカーの重要な仕事の一つとなっていくと思われる。

### (2)修学支援の意義

精神病的な症状や統合失調症をもつ学

生が、入院せずに服薬しながら通学する際や、休学から戻ってきた場合の面接の基本は、洞察的・分析的ではなく支持的な面接であるべきことは言うまでもなく、短い面接時間でも定期的に、できれば面接回数を多くすることに努めている。通院や服薬、副作用などの確認とともに、睡眠や食欲などの質、心身の調子の具合を聞きながら、授業への出席や学業の進み具合などの確認を忘れないという面接を、単調になることを恐れず繰り返すことは大事であると思っている。

また、報告者は学業に関する支援(修学支援)は、治療的な意味を持っていると思ってきた。大学の学業については問題ありという統合失調症の学生も確かにいるが、卒業を目標におき、幻聴などの症状や薬の副作用を持ちながらも、単位をとっていくという大変困難な道のりの中で、学生が成功体験を積み重ねて自信をもつことこそ治療的であると考えている。そのために履修登録時には、1日で何科目も受けていたり、朝の1時間目の授業が多くなって無理なものになっていないかを確認をしたりする。また、調子が悪い時には、担当教員に授業を休ませてもらったり、途中退出の許可をとることを勧めたり、相談員が教員と学生の間に入って橋渡しをしたり、代弁することもある。試験時は、一夜漬けなどを避けるようにしながら、別室試験場や試験方法の配慮などを要請する場合もある。しかし、こうした個別的な修学支援の重要さは強調したいものの、やはり限界があることも確かである。現在各大学で行われている学習支援の一環として、このような学生をサポートするシステムづくりやコーディネイト役割を果たす専門的な教職員の存在が必要だろう。また、このような仕事も大学で働くソーシャルワーカーの仕事の一つであると考ええる。

### (3)その他、大学における個別学生に対する早期介入の現状と課題

しかし、大学に在籍する統合失調症の学生



のうち学生相談室で出会う学生はその一部だと考えられる。大学全体としてみた場合、統合失調症などの学生は、急に成績が低下したり、突然大学に来なくなったりという学生の中から発見されることも多く、このような場合は、学生相談室や保健室はもちろん、多くの教職員が気づかず、学期末などの成績発表時などに初めてわかるという現状がある。大学における早期介入の課題の一つは、このような隠れた統合失調症の学生に対してどうやってアプローチするかである。また、最近では、小さなトラブルを起こしたことをきっかけに学生と会って、アスペルガー症候群などの発達障害なのか統合失調症なのかよくわからないまま、医療機関に紹介する事例も増えている。医療機関でも鑑別に時間を要することもあり、発達障害を専門とする医療機関との連携の必要性を感じている。

## 2. 大学における早期介入（発見、相談、支援）のためのプログラムについて

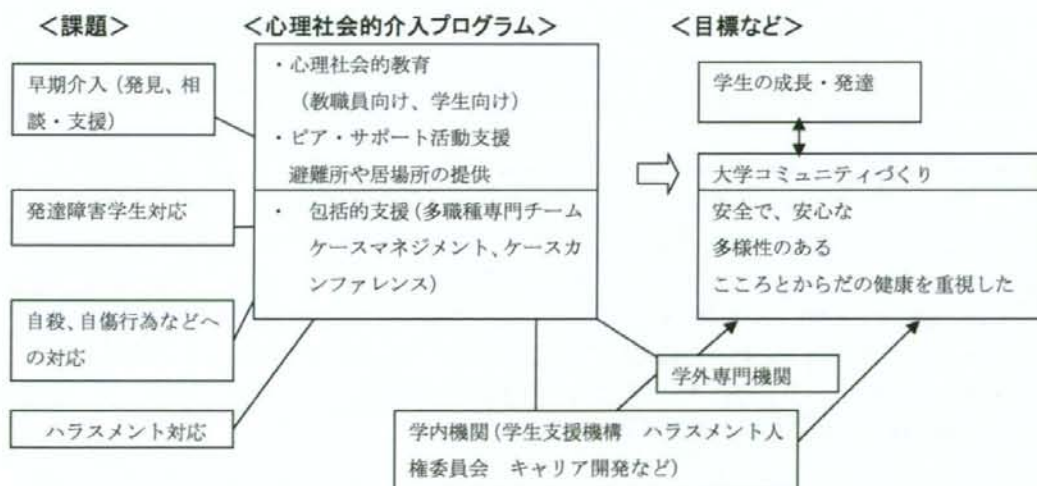
精神病に対する早期介入とは、「①ハイリス

ク集団に対する発病予防、②前駆症状（プロドローム）状態に対する発病予防を含めた支援、③最初の精神病エピソード後のすみやかな治療開始、④精神病発病後2年間における強力な支援」<sup>2</sup>を指すとされる。この基準から見れば、先に報告した経験は、必要とされる早期介入の課題からすれば部分的に過ぎない。当大学の仕組みで、精神病患者に対する早期介入の展開を必ずしも目指したものではないが、結果的には早期介入の課題に対応できる可能性があるプログラムの現状と課題について報告したい。

### 1). 心理社会的介入プログラムについて

当大学では今年度（2008年度）、全国の大学に先駆けてソーシャルワーカーを配置し、ケースマネジメントを共有する保健師と臨床心理士とともに、学生の包括的支援を目指す「心理社会的介入プログラム」（図1）を展開し、①安全で、安心な、②こころとからだの健康を大切にする、③多様性を保障する「3つの大学コミュニティづくり」や、「学生の発達や成長を支えるための支援」を目指すこととした。

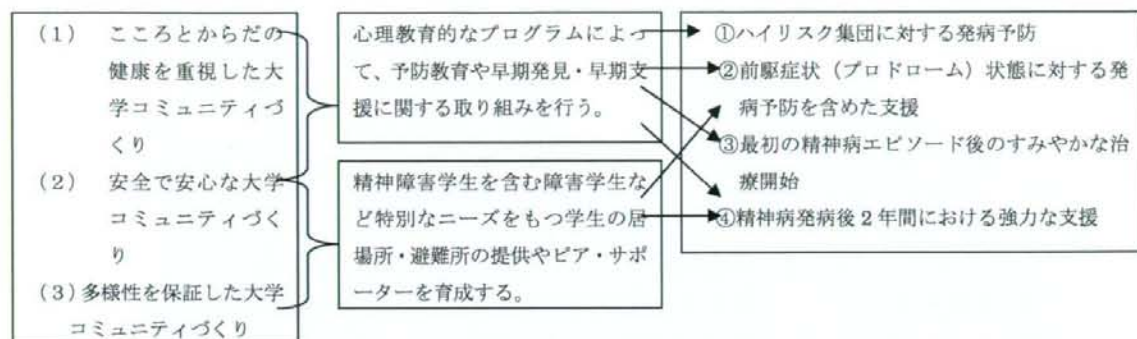
N大学における「心理社会的介入プログラム」（図1）



2). 早期介入と心理社会的介入プログラム 入と本学のプログラムとの対応を考えると以  
 して、先に紹介した精神病に対する早期介 下のようになる。(図2)

早期介入(と本学のプログラムとの対応 (図2)

<大学コミュニティづくり> <心理社会的介入プログラム> <早期介入>

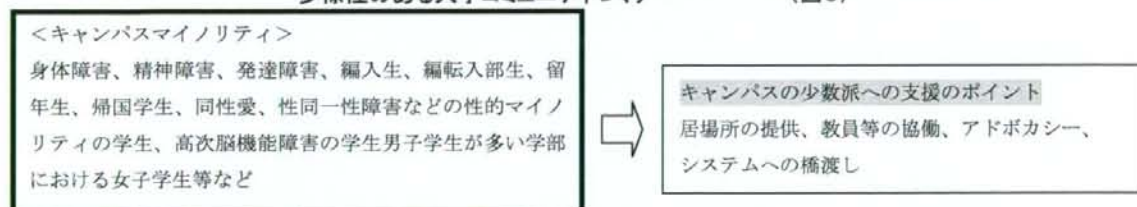


3). 「3つの大学コミュニティづくり」について  
 ここで当大学が目指してきた「3つの大学コミュニティづくり」活動の基本的な考え方を紹介する。

(1) 多様性のある大学コミュニティづくり  
 出発点は大学における少数派(キャンパスマイノリティ)の問題であり、居場所の提供、アドボカシー(権利擁護)、同性愛のグループ

を含めいくつかのグループ活動の支援を行った。当大学には身体障害をもつ学生が多く在籍しており、彼らの障害は日常的に「目に見える」が、精神障害の学生は「目に見えない」障害であった。精神障害の学生が自らの居場所の確保を目指し、リストカット、引きこもり、長期留年の学生たちとともにグループ活動した経験もある。

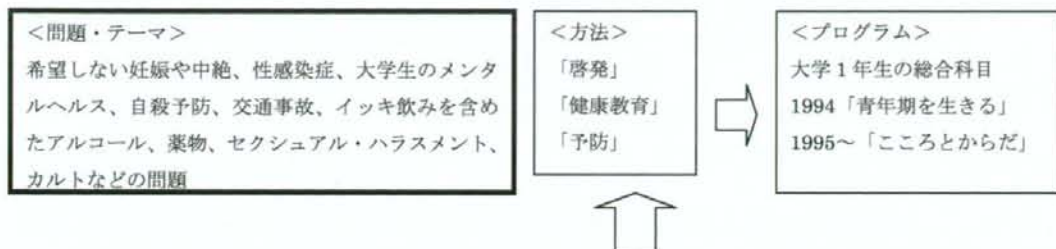
多様性のある大学コミュニティづくり (図3)



(2) ころとからだの健康を大切にする大学コミュニティづくり  
 この出発点は、希望しない中絶、アルコールのいっき飲み、セクシュアリティの問題などであった。大学生のメンタルヘルスや自殺予防の問題も大きなテーマであり、啓発や健康

教育な「心理教育」の一つとしての授業を行っている。大学生が経験する可能性の高い問題について専門家が講義をして、揺さぶられることを契機に、より主体的に学習してもらうことをねらっている。(図4)

こころとからだの健康を大切にす大学コミュニティづくり (図4)



(3) 安全で安心

このコミュニケーションの目的は、レイプやデートDVなどの問題であった。大学コミュニティにおいて、精神障害学生にとって何よりも必要なのは安全で安心して

健康教育における「揺さぶり」「受け皿」モデル  
 ①<受信>「こころとからだ」等の講義やワークショップでは、学生相談室や保健室に  
 来談する学生の声をもとに学生の経験に近いテーマをとりあげる。②<揺さぶり>講  
 義などで学生を啓発する。③<受け皿>や関心、問題意識を深めたり、持続させたり  
 することができる「受け皿」を提供する(サロン活動など)。④<発信>問題意識を高  
 めた学生が、友人などに広めたり一緒に考える機会をつくる。⑤<反映>サロン活動し  
 ている学生たちの声を聞き「こころとからだ」の講義に反映させていく。

らえるようなプログラムの実施やハラスメントのガイドラインづくりに関わっている。(図5)

安全で安心な大学コミュニティづくり (図5)



①身体的・心理的に安全で安心な大学生活を送ることは、学生にとって基本的な権利であることを明確にする。②学生一人ひとりが、自分の権利・安全の確保のために、自分の力を発揮し、とるべき行動について選ぶことができる、とりわけ本人の意に反することは誰に対しても「NO」という選択ができるということを強調する。③知識を力として生かすために、自分の権利や安全が脅かされる状況に立ち向かうための利用可能な具体的な知識・技法について提供する。④学生同士が助け合う際のポイントや、利用できる支援・援助する機関を具体的に示す。

4). 早期介入と大学コミュニティづくりの課題

以上のように、結果的にはあるが、当大学では「大学コミュニティづくり」を通じて、直接的および間接的に、精神障害をもつ学生を抱える環境を整えてきた。しかし、これらの活動は、関心をもつ学生や教職員だけに

支えられてきたため、学生も卒業し、教職員も異動が避けられない事態の前に、活動の継続性が危うくなることが毎年のように起きている。今回のソーシャルワーカーの配置は、これらの活動を人的に継続させるための処置でもあった。

しかし、当大学では未だにソーシャルワーカーの活動拠点としての空間(部屋)が、確保されていない問題があるので早急に実現していかなければならないが、その他、早期介入を本学で前進させるためには、以下のような課題が考えられる。

(1) 心理教育的プログラムの充実を図る必要がある。

1) 学生に対する講義『「ころとからだ」における「大学生のメンタルヘルス」に関する内容』をあらためる必要がある。

① 授業内容を統合失調症や精神病の前駆的な症状の知識、その治療可能性や治療法についての知識を学生が持てるようにすることが必要である。また、「精神疾患に最も否定的な群は若者であり、同時にアンチスティグマ活動の恩恵を最も受けるのも若者であろうと推測される」とすれば、学生間の偏見や差別などをなくす内容にしていく必要がある。

② 5月連休明けなど、大学生の適応不全(不適応、過剰適応)が生じ易い時期に、学生の精神的な状況や知識に関するアンケートをとり、後期試験や夏休みを迎え、「大学生が大学生になっていく」時期(危機ともいえる)である7月頃の授業にその結果を返すという工夫をすれば、このアンケート結果が効果的に生かせるであろう。

2) 教職員用の心理教育的プログラムも実施しているが、今年度は、主に「発達障害学生の理解と関わり方」をそのテーマにしたが、今後は統合失調症などの早期介入、特に早期発見のためにも、ゼミの担当や学生関係窓口の担当者の理解を進め、「気になる」学生の発見や学生相談室への紹介のコツを伝えていく必要がある。

(2) 学内にシステムとして精神障害の学生を支援する仕組みを作る必要がある

「見えない障害」である精神障害の学生

に対する支援は、自分の障害をオープンにしたい場合も多いため、身体障害学生に対する支援のように、「見え易く」いかないことも少なくない。たとえば、「(人の気配がしない)環境で集中して試験に臨みたい」ということで、医療機関から証明書をもって試験の別室受験配慮を願い出ても、試験担当者に理解されて実現できるとは限らない。そのためには、相談者からの代弁が必要になることもあるが、このような配慮が明文化されていないと試験担当者の個人的な配慮で左右されかねない。システムや制度として認められる必要がある。

しかし一方で、ソーシャルワーカーの働きとして、このようなシステムや制度へと橋渡しすることは重要だが、システムや制度ができあがると、形骸化して新しい事態に対応できなくなってしまう欠点には留意したい。精神障害に限らず少数派(キャンパスマイノリティ)の学生にとって過ごしやすい大学生活を送るためには、システムや制度が形式的で機械的にならないように、絶えず問題提起をしていく必要がある。

5) 早期介入に向けたピアサポート活動の課題

これらの「3つの大学コミュニティづくり」を担う中核にいるのは、何らかのニーズを持つ学生自身であり、彼ら/彼女らを支え、ともに大学生活を送っている学生(仲間)たちである。ピアサポート活動の支援とは、こういった学生たちを育成し、活動を支援していくことを目的としている。今後の「大学コミュニティづくり」の発展は、このピアサポート活動の発展にかかっていると考えている。

(1) ピアサポート活動と早期介入

精神病に対する早期発見に関しても、学生(ピア=仲間)が、仲間の精神的な異変に早く