

大学精神保健の営み—精神保健とその周辺—

岡田 暁宜¹⁾

I. はじめに

平成18年度全国大学保健管理協会東海北陸地方部会保健管理担当職東海地区研究会は、愛知教育大学保健環境センター保健師の荒武幸代氏が世話人となり、平成18年11月8日に愛知教育大学大学会館にて開催された。本稿は同研究会の中で、筆者が行った講演「大学精神保健の営み—精神保健とその周辺—」の記録である。

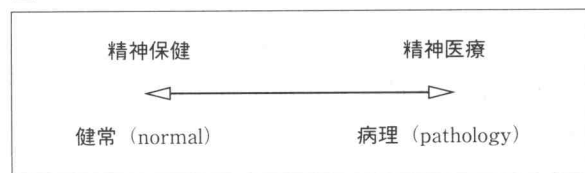
II. 大学精神保健と大学精神医学

大学の保健管理施設で、学生を対象に行っている主な活動は保健活動である。保健管理施設とは、大学の規模などで異なるが、保健管理センター、保健室、学生相談室などがそれに当たる。保健は大別して、メンタルヘルス (mental health) とフィジカルヘルス (physical health) に分けることができる。メンタルヘルスは精神保健と同義語である。ちなみに全国レベルで行なわれている大学保健管理の集会として、前者については、『全国大学メンタルヘルス研究会』が中心となり、後者については『フィジカルヘルスフォーラム』が中心となり、専門的なレベルの様々な研究が行なわれている。

本稿では大学における精神保健を大学精神保健 (campus mental health) と呼ぶことにする。大学精神保健に携わる者には医師、保健師、看護師、臨床心理士、教育職員、事務職員などの職種がある。保健について論じる際には、常に「医療」や「福祉」との区別や関連が重要となる。それは精神保健と精神医療、あるいは精神保健と精神医学の区別や関連である。精神医療や精神医学は概ね患者を対象にし、疾病とその治療を中心に置いているのに対して、精神保健は概ね健常者を対象にし、健康とその予防を中心に置いている。公衆衛生 (public health) の概念を

用いると、予防には一次予防、二次予防、三次予防がある。大学精神保健において、一次予防は健康増進 (health promotion) である。これは健康な学生がさらに健康でいられるようにする営みである。これは、主に「健康文化」のような文化的活動あるいは「健康な生き方」のような生き方の領域である。二次予防は精神障害を早期に発見し、治療に結びつける営みである。これは、主に質問紙を用いたアンケート調査などである。三次予防は精神障害に罹った学生が学業へ復帰し、適応しながら、再発・再燃しないようにする営みである。これは、主にリハビリテーションやノーマライゼーションなどの支援活動である。精神保健の三つの予防は、精神医学あるいは精神医療と連続していることが重要である (図1)。この精神保健と精神医療の連続性は、大学精神保健の担当者が学生を見る際の“見方”として有用である。

図1



III. 心の健康

既に精神保健の三つの予防と精神医療の連続性について述べたが、ここでは心の健康について触れたい。「心が健康である」とはどういうことか。精神分析的視点から、人の心のあり方を捉えると、人の心は、健常な部分 (normal part) と病理的な部分 (pathological part) からなる。前者は健常な部分 (正気の部分) で、後者は病気の部分 (狂気の部分) である。この二つの心の部分は、どんな人にも必ず存在する。人は、しばしば「心が健康な人とは病気の部分が全くない人である」と考えるかも知れない。だがこれ

¹⁾ 愛知教育大学保健環境センター

は一つの幻想にしか過ぎない。健康な人とは、健全な部分が病気の部分よりも相対的に優勢である人のことである。健全な部分が病気の部分を適切に補っている人が健康な人である。しばしば人が「心が健康な人とは病気の部分が全くない人である」という幻想を抱くの中には、それなりの理由がある。それは人は誰しも自分の心の中に狂気があるということを認めたくないからである。心の中の狂気は人の心の一つの真実である。だが自分の心の中の狂気存在を否認すること自体が、人間の本质でもある。心の健康を取り戻す営みは、心の本质を知ろうとすることから始まる。そして真の心の健康とは、正気と狂気のバランスを取り戻すことである。

先の「心が健康な人とは病気の部分が全くない人である」という幻想を抱く理由には、社会通念の影響がある。社会通念に最も貢献しているのは、やはりWHO（世界保健機構）の健康の定義（1946年）であろう。それには、『Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity』と記載されている。このWHOの定義では、健康とは病気や病弱がないこととして捉えている。視点の違いがあるにせよ、精神分析的視点から見ると、心の健康を病気や病弱がない状態だとするWHOの定義は、些か乱暴にも思えるし、病気を否認する躁的状态のようにも思える。

Ⅳ. 大学精神保健から大学精神医療へ

大学の保健管理施設において、学生の精神保健活動を行う際に、その連続帯である精神医療に、しばしば学生を委ねるべき時がくる。もし大学の保健管理施設が精神科を標榜する診療所として保健所で登録されていて、かつ常勤の精神科医によって薬物療法を行うことができるのであれば、精神保健から精神医療への移行は円滑に進むだろう。本稿では大学における精神医学あるいは大学という指向性をもった精神医学を大学精神医学（campus psychiatry）と呼ぶことにする。

大学保健管理施設で大学精神保健に加えて大学精神医学を専門に行っている大学は、全国的に多いとはいえないし、おそらく減少傾向にあるであろう。それは国立大学が平成16年度より国立大学法人に移行し、大学運営に経済原則が導入されるようになったことで、外部の医療機関への依託（外注化）が加速したからである。

仮に大学精神保健と大学精神医学の両方の機

能を有する大学であったとしても学生の精神障害の病態が重度になれば、入院施設のある精神科医療機関に学生を紹介する必要がある。大学の中で完結する閉じられた大学精神保健や大学精神医学ではなくて、大学の外部（地域）にある医療機関との連携を重視する開かれた大学精神保健や大学精神医療であることが大切であろう。

大学の外部にある医療機関といっても精神科病院、総合病院精神科、精神科診療所など様々な医療機関がある。大学の保健管理施設で、精神保健活動に携わる者として、学生を「いつ」「どのように」「どこへ」を紹介するべきなのか。その判断は、一見単純ようで実は複雑な問題を含んでいる。

例えば、学生が自傷他害をしたり、幻覚・妄想により錯乱状態になったならば、学生本人および周りの人の安全を守るために即座に精神医療につなぐ必要があるだろう。これは精神科救急の範疇の症例である。さらに本人に病識がない時は、担当者が家族に連絡することも必要になるだろう。このような精神科救急の症例は、ある意味で“普通ではない”状態なので、感覚的にも精神医療へ紹介するという判断ができるだろう。その意味では単純といえるかも知れない。

だが精神科救急でなく、より緩徐に問題が起きる症例の場合には、その対応に迷うことがある。学生に明らかに精神症状がある場合、あるいは学生に病識がなくても修学上の不適応状態になった場合には、医療機関を紹介する必要がある。大学精神保健の担当者が精神科医師でない場合には、そのための若干の訓練を受けることが必要である。これは大学精神保健の担当者の専門性をめぐる問題でもある。

だが大学生を対象にする大学精神保健ではさらに複雑な問題がある。既述のように、人の心が健全な心の部分と病気の心の部分の集合だとすると、学生が心の中の病気の部分を治療するのに、最も適した時機（タイミング）が存在すると思われる。学生が現在の自分あるいは状態に対して、異和感をもったり、何らかの症状を自覚する時、学生の中に「病識」が生まれる。「病識」が生まれて初めて患者になることができる。患者になるときが、医療機関への紹介のタイミングである。

さらに進んだものとしてpsychological mindednessという考え方があり、それは心の中に心理的な指向性が備わることであり、精神療法を受け適正の指標になる。これが備わると、治療者

と共に自らの心の中の病気の部分に触れてゆく営みが可能だと判断される。平たく言えば、自分の心の中の動きに関心をもてる時は、精神療法の適応であり、治療効果が期待できる時である。だがこれは誰にでも備わっているわけではない。専門医からみると、この学生には精神科治療（あるいは精神療法）が必要だと判断されても、当の本人はそうは全く感じていないことも多い。大学精神保健に関する研究会などでは、このような局面での対応について担当者から質問されることが多い。学生が病識をもてるようになるには、または自分の心に関心をもてるようになるには、大学の保健管理担当者とのかわりが重要になってくる。学生が精神保健担当者の価値観などの取り入れが起こるような陽性の関係を形成することが大切である。

だがその陽性の関係を形成することは、容易なことではない。そのためには、青年期の特殊性を知ることが重要である。学生はライフサイクルの中で必死で青年期を生き抜こうとしている。そこには青年期特有の葛藤がある。学生は青年期の一瞬の時期を大学で過ごすのである。大学での生活は人生の中でほんの一瞬であろう。担当者は、学生の人生のほんの一瞬にかかわるといふ現実感をもつ必要があるだろう。但し、そのほんの一瞬は学生にとって貴重な一瞬であるということも忘れてはならない。僅かだが貴重なかわりというものが、大学精神保健の特徴だろう。

さらに大切なことは学生の多様性である。学生が無意識で何を必要としているのかは学生によって異なる。よって大学精神保健において、学生に何を提供すべきかは、その症例によって異なるので、絶対に正しいという答え（正解）はない。生きた人間を対象にしている精神保健では、料理のようにマニュアル化されたレシピは存在しないし、対象の多様性のために、何が真の正解なのか、本当には誰も知らない。さらに青年期は未知の可能性をもった時期である。学生自身も自分の可能性を本当には知らないし、大学精神保健の担当者も本当には知らない。故に「正解がないことが正解である」ことが青年期の特徴といえる。よって大学精神保健の営みは「不十分であることが十分なこと」であり、「不完全であることが完全である」というある種の逆説（paradox）を常に含んでいる。大学精神保健に携わる者はこの逆説に耐えなくてはならない。

V. 大学精神保健担当者の心性について

次に大学精神保健に携わる担当者自身の精神保健について若干触れたい。大学精神保健の特徴は1) 非医療機関であることと2) キャンパスであることの二つであろう。

1) 非医療機関であること

全国の大学保健管理施設の多くは非医療機関である。学生の病態は、精神保健と精神医療の連続の中にあるが、保健施設の機能としては精神保健と精神医療の二つの領域が連続してないことが多い。故にそれを補うには、大学保健管理施設と外部の医療機関との連携が必要となる。これを“組織外連携”と呼ぶ。大学を取り巻く「地域」という視点が必要である。それは大学近隣の医療機関との連携を積極的に進めることである。その際、大学保健管理施設と外部の医療機関との治療的連携に務めなくてはならない。そこでは大学精神保健の担当者として外部の医療機関の医師とのある種の信頼関係が求められる。

一方で学生は様々な立場の人に囲まれて大学生活を送っている。例えば、指導教員、講義の担当教員、部活の部長、大学事務職員（学生支援担当、教務担当など）、実習先のスタッフ、友人、家族など、様々である。必要に応じて、学生が安定して修業できるように学内の関係者と連携することが重要である。これを“組織内連携”と呼ぶ。大学精神保健では、それぞれに大学保健管理施設の実状に応じて、学外および学内の治療的連携を柔軟に行うことが求められる。その際、大学精神保健の担当者が自らの専門性を自覚し、自分の立場（権限や責任など）をよく理解することが大切である。その上で自分が現在行っている大学精神保健活動の意味を知ることが必要である。

だが学内および学外の治療的連携を行うことは、それほど容易なことではない。なぜなら学生の必要性に応じて適切な判断が求められるからである。学生の必要性と一口に言っても意識レベルでの必要性と無意識レベルでの必要性は必ずしも同じではない。学生にとって現在、何が必要なかという判断に影響を与える要因には、学生の病理、大学精神保健担当者の病理そして学生と担当者の関係性という3つがある。大学精神保健の担当者はこの3つの要因を自覚する必要がある。

さらに本稿で特に触れておきたい点は、大学精神保健担当者の万能感と無力感についてであ

る。大学精神保健担当者の万能感が肥大化すると、学生に対する万能的救済者となってしまう。例えば学生の代理人になったり、過剰に介入し過ぎるなどのかかわりをしてしまう。これは時に学生の自立性を阻むことになる。一方、大学精神保健担当者の無力感が肥大化すると、学生への支援が冷淡になったり貧困になったり、担当者の挫折体験になったり、場合によっては担当者が虚無主義に走ることもある。このような場合には、学内および学外との連携が困難になる。

つまり大学精神保健担当者の連携への取り組みを阻むものは、担当者の万能感と無力感である。そして精神保健に携わる者はしばしば万能感と無力感の二つの極の間を動揺する。大学精神保健の担当者はこの動揺に耐えなくてはならない。

2) キャンパスであること

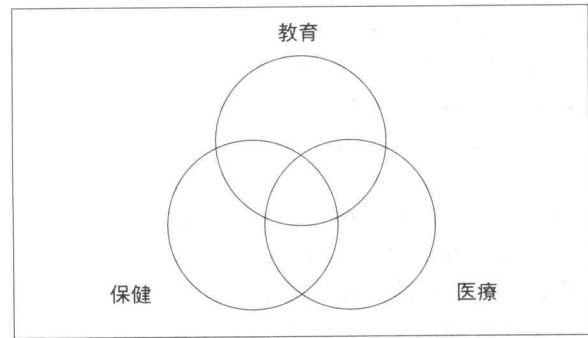
大学保健管理の活動は大学キャンパスである。大学キャンパスであることには、二つの特徴がある。一つは「教育機関であること」であること、もう一つは「青年期を対象にしている」ことである。

i) 教育機関であること

大学精神保健に携わる者には、医師、保健師、看護師などのように、元々は医療従事者であった者が多い。本来、治療に携わる医療従事者は、治療（治すこと）に親和性があるが、教育（教えること）には親和性が少ない。従来、医療の対象は患者であり、患者は治療を必要としている人である。最近では、医療の中でも教育が重要視されるようになった。糖尿病の教育入院などがその代表である。精神医療においても、思春期症例に対する家族ガイダンス（family guidance）や心理教育（psycho-education）などのように、教育的行為も含まれるようになった。このような近年の動向の以前には、元来、治療と教育は相異なるものである。

大学精神保健の特徴として、教育への比重が高いことが挙げられる。つまり「保健」と「医療」と「教育」の重なり合う場所が、大学精神保健の特徴といえる（図2）。今まで医療機関で治療に携わって来た者が、大学キャンパスのような教育機関で勤務する際には、この教育的視点に欠けることがある。大学精神保健担当者はこの教育的視点を学ぶ必要がある。

図2



その一方で、医療従事者の中でも大学キャンパスのような教育機関に勤務する人は、大なり小なりは、教育への親和性が高いということもいえる。教育への親和性とは、他人に教えるのが好きで、教えることにやりがいをもてる、と意識していることもあるし、教えるのが好きではないが本当は教えたい、と教えることへの無意識的願望を持っていることもある。その逆に、他人から教えられたい（あるいは学びたい）という無意識的願望を持っていることもある。あるいは教えたり教えられたりすることに無意識的な怒りを抱いていることもある。筆者はこのような教育にまつわる様々な無意識的葛藤を称して、「教育コンプレックス」と呼びたい。大学精神保健担当者は、自らの「教育コンプレックス」を自覚することが必要である。

ii) 青年期を対象にしていること

大学キャンパスは青年期の居場所である。大学精神保健に携わる者は、意識的にも無意識的にもキャンパスを職場として選択している。大学精神保健に携わる者は大学キャンパスへの親和性が高い人たちである。つまり大学精神保健担当者の中には、無意識の青年期心性が存在することが多い。時に担当者の中に、未解決の青年期の病理が存在することもある。青年期心性は、青春のような若々しさから、大人になれない未熟さまで、ポジティブなものからネガティブなものまで様々な形で表現される。大学精神保健担当者の理想的なあり方は、自らの青年期心性を自覚し、それを学生への理解や共感に役立てることである。

以上のように、大学精神保健の担当者は、自分が職場として、医療機関ではなく、教育機関を選択したこと、あるいは大学キャンパスで青年期の支援をしたいと思うようになったことの意味を自覚することが大切である。そして自らの病理が、学生への対応において、ネガティブの影響を与えないように留意することが必要で

ある。さらに自らの病理性を生かし、学生への対応において、ポジティブな影響が与えられることが望ましいが、それは容易なことではないかも知れない。

Ⅵ. ま と め

「大学精神保健の営み－精神保健とその周辺－」というタイトルで、筆者が日頃行ってい

る大学精神保健活動を紹介した。大学精神保健として“実践していること”と“実践していないこと”を自覚することは、自らの活動を等身大で自覚することになる。それこそ我々が対象にしている青年期の真っ直中にある学生に求められることでもある。大学精神保健を営む者は、自らが等身大の精神保健的生き方をすることが重要である。