

本学における学生相談の経緯と現在の活動について

大谷真弓

知的財産学部 知的財産学科

<2004年9月30日受理>

The Past and Present of a Student Counseling at OIT

by

Mayumi OTANI

Department of Intellectual Property, Faculty of Intellectual Property

(Manuscript received September 30, 2004)

Abstract

The purpose of this article is to describe the past and present activities in student counseling at OIT.

The thoughts and behaviors of students in Japan have been changing according to the changes of society and adolescence. When student counseling started, the students usually solved their own psychological troubles by themselves supported by counselors. The number of students that aren't conscious about their own anxiety has recently increased. In our campus, such students are also increasing.

As a result, the teaching and office staffs have begun to encounter such students. As a result of the change, every office in the campus is required to communicate mutually and to establish a system to support students in the campus. Counselors must play the role of 'interpreters' among offices in the campus. At OIT, the system to support students is being organized gradually.

はじめに

日本の大学における学生相談活動は、社会や青年期の変化を反映しつつ変遷しながらこれまで続いてきた。

最近では、日本で学生相談を担当する場合、その応募資格として臨床心理士であることが明記されることも多くなっている。しかし、身分規定については教員の場合、事務職の場合等さまざまな形があり、職務内容においても授業等の教育活動を含む場合もあれば相談活動に限定されている場合もある¹⁾。こういった状況であるため、学内における学生相談員の役割や機能は大学によって異なっている。

本稿では学生相談の変遷と現在の一般的な動向を知り、本学の学生相談室の歴史と現状をまとめたい。

1、日本の学生相談活動の歴史

日本の学生相談活動は、1951年以降の厚生補導^{*1}研究集会でカウンセリングの必要性が認識されたことから始まった。東京大学を皮切りに、国公立大学、その後各地の私立大学に学生相談室が開設されていった²⁾。

学生相談室が立ち上げられた当初は、専任カウンセラーがカウンセリングを行うことは稀で、学生に対する教育的情熱にあふれた教職員が相談業務に携わるのが現状であった³⁾。その後全国的に大学内の相談専門機関ができたことと、カウンセリングが学問的に専門化して発展したことがあいまって、学生相談は一つの専門分野として確立していった。

その間、学生相談活動の対応モデルは「医学モデル(病理モデル)」^{*2}の方向に傾いた時期を経て、現在は「成熟・自己実現モデル」^{*3}へと変化しつつある。

「医学モデル(病理モデル)」とは、相談者の「疾病」を治療対象とし、疾病を病因との因果関係からとらえて正確に診断し、確立された治療法を順次施行することによって疾病を「治す」という考えかたである。医学モデルによる治療は、効率よく多くの疾病に対して平等な対応を行うことが可能であり、即効性が期待できるという点で必要である。

他方、「成熟・自己実現モデル」においては相談者を疾病や悩みを抱え、社会の中で生き

*1 「厚生補導」とは、大学の正課教育の外において学生の適応や成長を助ける計画的な活動やサービスの総称である。1958年の学徒厚生審議会答申「大学における学生の厚生指導に関する組織およびその改善について」において、その基本的な構想が打ち出された。しかし現状では、厚生補導についての教職員の認識と責任の自覚も、課程外教育の意義に対する学生の理解も不徹底であるといわれる²⁾。

*2 「医学モデル(病理モデル)」は、19世紀半ば以降の病原細菌学の進歩とそれに基づく特定病因説に負うところが多い。正確な診断が下されることによって、確立された治療法が順次施行され治療に至るといふ考えかたがその背景に存在する。

*3 「成熟・自己実現モデル」においてカウンセラーは、相談者という存在に対してできるだけ開いた態度で接し、相談者の心の自由なはたらきを妨害しないと同時に、それによって生じる破壊性があまり強力にならぬように関わる。

ている「一人の人間」として捉え、問題解決の主体は相談者自身だと考える。そして、相談者が自分をとりまく環境をうまく生かして、社会の中で生きる術を身につけることを目標とする。治療者は相談者の「治る」力、つまり自己治癒力を支える役割を果たす。

学生相談では、こうした「成熟・自己実現モデル」による活動が欠かせないものであるにもかかわらず、日本の学生相談は「医学モデル」による関わりに重点を置いてきたという歴史的経緯がある。こうした経緯をふまえて、現在の学生相談においては「他動的に規定されてきた従来の心理臨床活動を、自主的・主体的に構築」し、個々の大学事情にふさわしいかたちでの学生相談システムを構築するモデルを実現することが求められている¹⁾。

次に学生相談活動の対象の変化について述べる。学生相談は、相談室に自ら足を運んだ来談学生に対する心理面接から始まった。そのため、相談の対象はその個人に絞られることが多かった。当時の大学生は、一対一で大人と向き合い自分の思いを言葉にして伝え、悩みを主体的に抱えて葛藤に取り組むことが可能であった。このような「悩み方」は、従来の心理療法になじみ、カウンセラーが来談者と向き合うことで面接が深まり悩みは解決へと向かっていった。

その後学生や学生を取り巻く環境の変化に伴い、学生相談が対象とする領域は変化し、一般学生を対象にグループワークを試みたり、学内全体を視野に入れた活動を取り入れる必要が生じてきた。

対象が広がっているため、学生相談のあり方は変化を求められたが、大学組織との関連で援助方法を開発することが難しかった。なぜなら、学生相談が「社会的関係に対して閉鎖的なシステムである治療構造を前提とする心理療法（カウンセリング）モデルのみに拘わり」やすく、学生が生きている社会的状況を取り入れた視点が欠如していた⁴⁾ためである。

これまでの学生相談は、「医学モデル（病理モデル）」から始まったという外的要因と、閉鎖的な側面を持っているという内的要因から、組織化に向かいにくい傾向にあった。

2、現代の大学生

学生相談活動の対象となっている大学生の、最近の一般的な傾向を簡単に述べる。

(1)「悩めない」学生

以前、青年期は子どもと大人との狭間で、苦悩、逸脱、反抗、不適応を生じ、神経症的、精神病的、あるいは非社会的な症状を形成するものだと考えられていた*⁴。ところが、最近では適応的で順応性のある平穏な青年期を過ごす者が多く⁵⁾、以前の青年像とは様相が大きく異なってきている。

*⁴ 青年心理学者Hall⁷⁾が、青年期の不安定さを「疾風怒濤の時代」と呼び、それ以来青年期は、反抗、混乱、不適応の時期として記述されてきた。

これは、青年が悩まなくなったのではなく、彼らの悩みが「あまりにも深すぎて、本人が意識的に他にわかるように表現できるようなものではない、と考えるほうが適切」⁶⁾である。

青年の自覚としては、「自分は悩んでいるのだ」という主体的な感じを持つというよりも、「何となくだるい」感じであり、裏返せば本意であっても「何とか生きられてしまう」と知覚される。それだけに、自分でもよく分からないまま言葉にならないものを抱えていくこととなる。筆者が講義で出会う一般学生においても、心理学的に自己を振り返る課題を前にすると、「考えること自体」を避ける傾向がうかがえる。現代青年はこのように「悩めない」青年として存在している⁴⁾。

(2) 学生数の減少と学生の質的多様化について

18歳人口の減少に伴い、2007年には入学希望者全員が大学に入学できるといわれている。入学者の中には、それまでの学校生活の中でいじめにあったり問題行動を起こしたり、精神的に苦しい時期を経てきた、という学生もみられる。また、大学の門戸が広がり、社会人、留学生が増加し、多様な学生が入学してきている。大学生が大学に求めるものは必ずしも学業のみではなくなり、友人を得ることや、各種資格試験の勉強等をはじめ役に立つ実用的知識を求める傾向へと変化している¹⁾。

このような学生の質的多様化に加えて、高校までのカリキュラムの改編や週休二日制の導入等が重なり学生の学力が低下し、学業不振あるいは学習意欲不振の学生、留年・休学・退学の学生が増加していることが指摘されている³⁾。

3、本学の学生相談の歴史*⁵

本学では、1960年4月より学生相談室を開室した。当時は学生課員が相談業務にあっていた。その約5年後の1965年12月には学生主事制度が開始された。これは、各学科の教員の中から選ばれた学生主事が学生生活一般の相談を受ける制度であり、学生一人一人との間に細やかな関係を築くために設けられた。

*⁵ この部分は二橋茂樹氏からの聴取および、学生課資料(会議資料・業務ファイル・相談記録用紙・学生課年報)をもとに記述している。資料間で件数が異なるものは、信頼性の高いデータを優先した。

本稿では、カウンセリングを担当する専任教員の在籍する、大宮校地の学生相談室の歴史と現状に限定して論を進める。

なお、本学の情報科学部(枚方校地)は1996年に開学し、学生相談室はそれと同時に立ち上がった。初年度の相談室の構成は、女子学生担当主事・留学生担当主事・学生体育会設立顧問・学生文化会設立顧問であり、それぞれ教員が担当していた。97年度には、学生担当委員会が設立され、各学科の教員が相談を担当した。専任のカウンセラーや専任教員はこれまで在職しておらず、1998年5月から2002年度まで非常勤カウンセラーが1名、それ以降は2名で学生相談室を運営している。

1970年代半ばに、二橋茂樹氏（当時の工学部一般教育科、心理学担当教授）が専任教員として着任し、その後1999年まで24年間にわたって、専門的な対応の必要な学生の相談を一手に引き受けていた。教員の立場で専任のカウンセラーを大学に配置するというのは、日本でも比較的早い取り組みであった。

カウンセラーによる学生相談活動は、二橋教授の講義を受講していた学生が個人的な相談をするために研究室を訪れたことが始まりであった。講義を担当して数年後からのことであった。当初は重篤な事例が多く、統合失調症^{*6}を抱えるケース、派手な行動化^{*7}を伴ったり人を混乱に巻き込むような境界性人格障害^{*8}、妄想のある重度の対人恐怖症などの相談が大半であった。これらの重篤な事例には長期間関わることになるため、結果として相談者の延べ人数は多く実人数は少なかった^{*9}。

1970年代に出現したといわれる「アパシー」^{*10}の学生が相談に訪れることは少なかった。広汎性発達障害^{*11}の学生との面接は、二橋教授の在任期間に数件であった。対応に苦慮した教員の勧めで心理面接が始まり、学科の教員や職員との連携を密に行いながら、相談活動が進められた。

面接は二橋教授の研究室で1984年3月まで続けられた。この頃の面接は、相談室という組織としての関わりというより、教授と学生との個人的な関わりという側面が色濃かった。1983年4月には、心療内科医による相談が始まった。

活動を続けるうちに相談事例が増加したため、1985年4月から非常勤カウンセラー^{*12}が任用されるようになり、面接室は教授の研究室から学生相談室に移行した。1984年から現在までにカウンセラーが担当した相談件数は表1のとおりである。1983年以降の、相談総件数（学生課、学生主事、心療内科医、カウンセラーの対応の総数）および、各部署の担当件数は図1および図2のとおりである。

1985年から1995年までは専任・非常勤のカウンセラーあわせて2名、1996年から現在までは3名の体制で、学生相談室活動を行っている（表2）。そのうち1996年から4年間はカウンセリングを担当する専任教員が2名在職していた。個人的な活動から始まった学生相

*6 統合失調症は躁うつ病と並んで原因不明の内因性精神病である。主に青年期に発症し、思考障害、感情障害、人格障害等がみられる。2002年に精神分裂病から名称が変更された。

*7 行動化とは、言語化することを主とした心理面接を受けている相談者が、葛藤を相談室内外で言語でなく行動によって表現することである。相談者は自分のしていることの意味についてほとんど気付いていない。

*8 境界性人格障害については第5章を参照のこと。この障害は現在、以前よりも軽症化してきているといわれている。

*9 公式記録がないため、二橋氏からの聴取による。

*10 アパシーは、1970年代にキャンパスの病理として登場した。主体的な試行錯誤を行わず、学業に対して無力となり、何となく不登校を続ける状態である。

*11 広汎性発達障害については第5章参照のこと。

*12 1985年度から2001年度まで非常勤カウンセラーは非常勤講師を兼ねていた。カウンセリングのみを担当する嘱託カウンセラーは、2000年度から採用されている。

談が、学生相談室という組織としての活動へと徐々に形を変えていった様子が伺える。

二橋教授退職後の2000年度は専任教員がカウンセラーの一人として在籍していたが、その後2001年4月から筆者が着任する2003年4月までの2年間は、専任教員が不在で3名の非常勤講師兼カウンセラーおよび嘱託カウンセラーによって学生相談室が運営されていた。

表1 カウンセラーの相談対応件数の推移 (単位 = 人)

年度	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
延べ人数	約200	318	-	239	263	201	351	289	243	330	312	421	426	365	343	368	285	282	268	455
実人数	-	-	-	-	-	18	17	14	14	21	19	37	33	37	35	34	40	34	23	35

注) 1983年度以前の記録は残っていない。それ以外で記録の残されていない箇所は、-で示してある。

表2 カウンセラーの人数の推移 (単位 = 人)

年度	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
専任カウンセラー	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	0	0	1
非常勤講師 兼カウンセラー	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
嘱託カウンセラー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	2
計	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3

注) 1975年度から1983年度までは専任カウンセラーが一人で相談を担当していた。

表3 2003年度 各部署の相談対応件数 (単位 = 人)

	学生課および 学生主事	心療内科医	カウンセラー	総計
延べ人数	692	16	455	1163
実人数	527	15	35	577

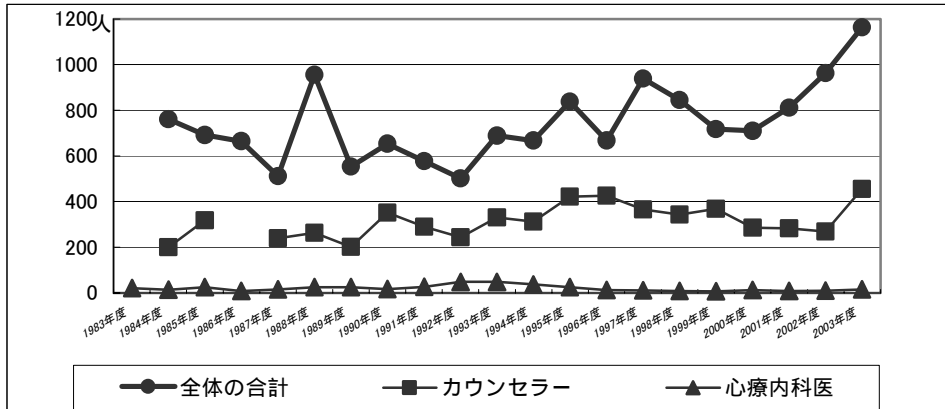


図1 各部署の相談対応件数の推移 (延べ人数)

注)「全体の合計」とは、学生課、学生主事、カウンセラー、心療内科医の対応件数を合わせたものである。2001年度以前の学生課と学生主事の対応件数が併せて記録されていたため、このような表示方法をとった。記録のない箇所は空白としている。

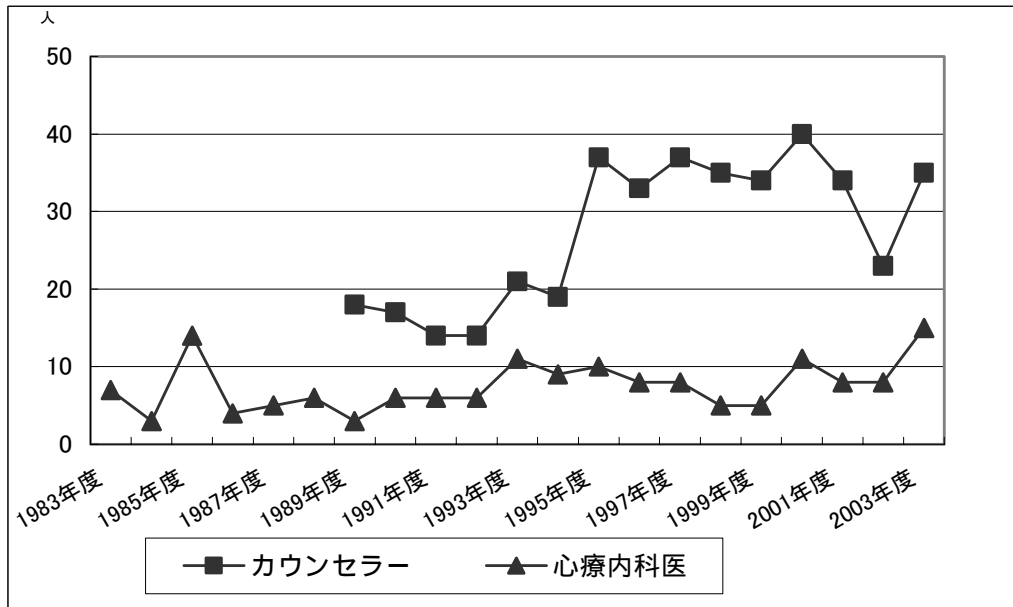


図2 カウンセラーおよび心療内科医の相談対応件数の推移 (実人数)

注) 1988年度以前のカウンセラーの対応件数 (実人数) は記録が残されていない。1984年度から1988年度までの対応件数 (延べ人数) は表1を参照のこと。

4、本学学生相談室の現状 ～2003年度の本学学生相談室の取り組み～

(1) 2003年度の個人面接

2003年度の学生課・学生主事・心療内科医・カウンセラーそれぞれの相談対応件数は表3のとおりである。専門的な関わりの必要な学生に対しては心療内科医またはカウンセラーが対応した。カウンセラーの相談延べ人数は455名、実人数は35名であった。

個人面接は学生相談室で行い、相談時間は基本的に1人週1回50分から60分である。面接は、1回限りのガイダンスで終わる場合から数年にわたって面接が続く場合までさまざまである。相談内容や学生の病態水準、深層心理面接の適応となるか否か、などによって面接の頻度や継続期間は異なる。

週4日開室しており^{*13}、嘱託カウンセラー2名が週1日ずつ、筆者が週2日担当している。相談枠は合計週11コマである(2004年度は増枠して週12コマとなった)。申込件数が増えたため、可能な場合には面接の間隔を隔週や月に1回等に調整し、より多くの相談者を受け入れる工夫をしている。しかし、面接枠のうち90%に予約が入っていたため相談に対応しきれない場合があり、相談申込者に長期間待ってもらったり医務室や学生主事を紹介したりすることもあった。

(2) 連携業務

相談室内での個人面接のみでなく、面接以外の場面で相談活動を行うこともあった。

例えば、症状や障害を持つ学生についての共通理解をもち、今後の対応方法を考えるために基礎ゼミや研究室の教員と話し合う場合。学生の病態水準が重く個人面接や学内の連携のみでは対応しきれないと判断し、学外の医療機関との連携や、家族との連絡を行う場合。緊急の場合には、面接の枠外であっても面接を引き受ける必要が生じたり、教員からの飛び込み依頼が研究室に持ち込まれたりということもあった。また、問題を起こした学生の現場対応に呼ばれることや、突然来学された家族と面接することもあった。

引きこもり学生やそのご家族と学科の教員が面談する場面に同席し、学生の病態水準を査定したり今後の方針をともに話し合ったり、医務室の看護師長や心療内科医と、症状の理解や対応策を話し合うことも必要であった。

学生や学科教員、医務室看護師長、診療内科医、複数のカウンセラー、学生の家族や友人などの間を調整し、時に仲介するのは学生課員の業務であった。来談学生に必要な援助や連携ネットワークの作り方をカウンセラーと相談しながら今後の方針を決め、連携が円滑に進むように綿密な下準備をいただいた。

このような連携業務(個人面接に関連した連携業務、それ以外に教職員から直接持ち込まれた事例に関連する連携業務、学生相談室運営のための連携業務等全てを含む)におい

^{*13} 本学の大学校地は、学生6,700人余りを抱える中規模校である。この規模の大学では、週6日開室している大学が全体の71.4%、週5日開室が5.7%、週4日が2.9%となっている⁹⁾。

て筆者が携わったものは年間あわせて63件^{*14}であり、その連携先は学生主事、学科教員、医務室、本学の心療内科医、職員、嘱託カウンセラー、学外医療機関、学生の家族や友人と多岐にわたった。

5、多様化した心性・症状・障害

社会体制や青年期のあり方は変遷してきたが、どの時代にあっても学生相談活動の目標は学生の全人的な成長であることに変わらない。この目標に照らすと、それぞれの時代によって必要な学生相談に関する知識は少しずつ異なっているため、本章では現在学生相談活動にあたるに際して関係者がとくに注目しておくべき事柄について記述する。

2003年度から2004年度の前期にかけて学生相談活動の中で出会った中で、これまでの学生相談ではあまりみられなかったと思われる例をいくつか取り上げる。プライバシーに考慮して、個人が特定されないよう一般化して述べる。

(1) 境界性人格障害^{*15} ~一定数存在し、現代青年に潜在する傾向~

一時より減少したと言われるが、大学教職員にとっては身近な事例が境界性人格障害 (Borderline Personality Disorder: 以下BPDと略記する) である。

BPDは、米国において1930年代末期から本格的な記述が始まり、1970年前後から爆発的に症例発表が増えている¹⁰⁾。日本では1950年代から米国の研究を紹介するとともに自国の症例検討が始まった。

大学内で出会うBPDの学生の典型は、次のようなものである。最初は教員と驚くほど良い関係を築き、知的で礼儀正しく、理想的な学生と思われることが多い。講義に対して真面目に取り組み、しばしば質問に訪れ、課題を的確に仕上げる。

ところが彼らの行動の裏には、慢性の空虚感、衝動、怒りのコントロールの欠如が潜んでいるため、いつの間にか教員との距離が近くなり、教員が学生のペースに乗せられて、他の学生よりも多くの時間と労力を割くことにもなりかねない。また、一身に尊敬のまなざしを浴びていた教員がある時期を境にひどく罵られたり、価値下げされたりということもよく見られる。

例えば「先生は私のことを1人の学生としか見ていないですよ」「世の中にはどうせいいことなんてないですよ」等のように、彼らは直接的に助けを求めず、挑発するように助けを求めてくる。このような彼らの「強い無力感、空虚感、対象への信頼性の欠如に根ざしている」¹¹⁾のだが、そこに巻き込まれていくと、信頼されないのに信頼を求められ

^{*14} 公式な記録としては残されておらず、2003年度7月から3月までの筆者の個人的記録によるものである。

^{*15} 境界性人格障害はDSM - (アメリカ精神医学会による「精神疾患の手引きと統計の手引き」Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) の診断基準カテゴリーとしては、「人格障害」の下位分類の一つとなっている。

ているという苦しい立場に追い込まれ、教職員自身が混乱してしまうことがある。

このような学生本人が相談に訪れることは稀であり、対応に苦慮した教職員からの間接的な相談という形をとることが多い。

「BPD心性」は特別な学生のみが有しているものではなく、多くの現代青年の特性として潜在的に存在しているものである。なぜなら青年期とは、表面上平穏に見えても内界には不安定なものを秘めている時期だからである。BPD心性は、相手との付き合い方によって引き出されてしまう場合があるものだという事を、教職員が心に留めておくことで、青年期のBPD心性をいたずらに引き出さずに済む。

(2) 引きこもり^{*16} ~ 社会の変化によって急増している学生 その1 ~

ここ数年で急激に増加しているのが、いわゆる「引きこもり」と呼ばれる学生である。本学においても、学修指導の際に引きこもり状態の学生が見つかったり、引きこもり学生の家族から相談を受けたり、卒業まであと数単位を残した状態で引きこもってしまうという事例に数件出会っている。

斎藤¹²⁾が1983年から1988年まで6年間にわたって行った調査によれば、引きこもりの最初のきっかけとしては不登校が68.8%と最も多い。家庭は中流以上で、最初に問題が起る年齢は平均15.5歳、平均引きこもり期間は39ヶ月である。一般的にほとんど外出せず、自宅でも家族を避けて過ごし、ほとんど自室から出ずに生活していることも珍しくないため、家族でも関わり方が難しい。また、不登校、家庭内暴力、強迫症状、対人恐怖等の症状を伴うことが多い。

引きこもりは、非精神病性のものに限っていえば「豊かで平和で社会福祉を大切にする寛容」な現代社会に特有な社会心理的な背景をもち¹³⁾、自己定義、とくに職業的アイデンティティの獲得を回避し続ける姿である。

引きこもり状態にある人に対して、周囲の人はしばしば説教したくなったり「甘えている」「怠けている」「責任を回避している」などと非難したくなることがある。しかし、引きこもり事例に対応するためにはまず、引きこもっている人が「そこにある」ことを認めることから始まる、とされている。そしてまた、引きこもりは「単なる個人の病理としては捉えきれない」ものだと理解し、家族を含む環境の調整を行い、本人の精神的な成長を促すように周囲が関わるのが治療的である。

彼らは引きこもりという状態であるだけに、学生相談室での個人面接を継続すること自体が難しく、家族をも含めた大学内外のネットワークにのせた対応を考える必要がある。

^{*16} 正式には「社会的引きこもり」Social withdrawal といわれる。引きこもり人口は推定80万~120万人(2001年4月現在。尾木直樹の調査結果より)であり、年々その数が増える傾向にあるといわれている。

(3) ネット依存・ゲーム依存・インターネット中毒

～社会の変化によって急増している学生 その2～

「引きこもり」の背景にみられ、今後増加すると予測されているのが、ネット依存、ゲーム依存¹⁴⁾またはインターネット中毒¹⁵⁾といわれるものである。引きこもりの青少年やその両親のカウンセリングとコンサルテーション^{*17)}を30年余り行ってきた牟田¹⁴⁾によると、最近是不登校で引きこもっている青少年でオンラインゲームにはまり込んでいる事例が急増しているという。本学の学生相談においても、ネット依存と思われる学生数名との関わりがあり、潜在的にはさらに多くの学生が依存傾向を有していると考えられる。

これらの依存・中毒は、コンピュータ化社会の影に隠れて姿が見えないまま広がっており、しかも依存症のような病気の状態にまで至る可能性がある。しかし、このことはほとんど知られていない^{*18)}。

ネット依存・ゲーム依存は、薬物・アルコール依存のように身体依存はなく、使い続けることによる耐性化もみられない。したがって精神医学的に依存症の中に含まれるわけではないが、臨床的には依存症に似た症状を示す。例えば、オンラインゲームやチャットに夢中になって自制心がきかなくなり、睡眠時間や食事時間を削るようになる。さらには不登校や出社拒否になり自宅に引きこもる、極端な場合は興奮死や過労死まで引き起こす^{*19)}というように、依存症と似た状態像を示すことがある。

この依存は行動や行為による依存であるため、依存であることを認識しにくく薬も効かず、その人の根底にある心理的背景を理解して対応していかなければあまり意味がない。

これらの依存に影響を与えている社会的背景としては、次のようなさまざまな側面が挙げられている。高学歴社会、受験中心のつめ込み学習、偏差値教育、家庭の機能不全、雇用環境の変化、不況のために人を育てる余裕が社会にないこと、夢や生きがいを見つけにくい社会であること、希薄な生活実感、表層的な人間関係などである。

ネット依存・ゲーム依存はその心理的背景や依存までの経緯によってタイプや対応方法が異なるため、理解を深め、それぞれの事例に合った対応をしていく必要がある。

*17 コンサルテーションとは相談者の精神的・身体的状態を見極め、必要に応じてその相談者に合う他の専門の医療機関や専門の医師、施設等を紹介することである。

*18 ゲーム依存・ネット依存は、精神医学的には依存症に含まれていない。しかし、牟田によればゲーム依存・ネット依存を、依存症ととらえるかどうかで、その後の対応方法が違ってくるといふ。ゲームやネットにはまっている人には、その状況を依存症ととらえて依存症の治療法を行うことが最適であるといわれている。

*19 2002年韓国で86時間オンラインゲームをし続けた24歳の男性が死亡。同年中国では高校生がオンラインゲームをプレイ中に興奮死した¹⁴⁾。

(4) 広汎性発達障害および注意欠陥/多動性障害^{*20}

～少子化全入にともなって増えた事例～

知能水準が正常範囲内（IQ70以上）であるが、社会性、情緒面の認知に障害のある広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorders：以下PDDと略記）といわれる自閉症類似の病態が、1990年代に入って多くの臨床場面で急増しているといわれる。大学においても、「大学の大量化、あるいは大学進学率の増加に伴い大学生の中では増えている印象を受け」¹⁶⁾、大学保健管理センターで相談を受ける年間150例の中で発達障害と思われるケースは、年に3～4例（1991～1993年の3年間で合計10名）であるという。

本大学の学生相談においても、この1年半の間にPDDまたは下に記すようなADHDとみられる学生自身からの相談や、学生に関わる教職員、学生の家族や友人、クラブ仲間等からの相談が数件寄せられている。

これまでのいわゆる自閉症についての一般的な理解は、言葉をしゃべらなかつたり、対人関係を持たず孤立していたり、というものであろう。これと比較してPDDの行動特徴を見てみると、言葉をしゃべるが奇妙な使い方や形式ばった話し方や紋切り型の会話である、人と関わろうとするが相手の表情や身振り、冗談が理解できず、的外れな応答や場にそぐわない態度をとる、曖昧なことが理解しにくく臨機応変が見られない、などである。

このPDDと同じく最近注目が集まり、大学生にも増えてきているのが、注意欠陥/多動性障害（Attention Deficit Hyperactivity Disorder：以下ADHDと略記）である。ADHDとは、不注意、多動性、衝動性の三つを特徴とする、生物学的要因を有する疾患であり、7歳以前に現れ、年齢とともに基本症状が減少する傾向にあるといわれる。大学でみられるのは、細かいことに集中できなかつたり不注意であったりする、質問が終わる前に相手をさえぎって答えてしまう、課題などを順序だてて行うことが苦手、ものをよく失くす等の症状である。

PDD、ADHDは、障害の特徴を周囲が理解し、長所を把握して伸ばしていくこと、具体的な工夫をすることで、生活状況が改善される。PDD、ADHDの学生は今後も一定数大学に入学すると考えられ、今後大学全体で理解を共有しサポート体制を作っていくことが求められる。

これらの障害を持つ学生が自ら学生相談室を訪れるのは稀であり、普段の生活場面で本人や周囲の人たちが困る場合が多い。現在は相談のあった場合、学科の教職員、医務室医

^{*20} 広汎性発達障害に関しては、最近の研究をもとにして「自閉症スペクトラム」仮説という考え方が出てきている。この仮説では、重度の自閉症から高機能自閉症、アスペルガー症候群までを社会的・コミュニケーション障害の連続体上にあるとらえる。このスペクトラムに共通するのは、他者との関係づくりが困難 コミュニケーションの障害 特定の物へのこだわりや、ごっこ遊びができないなどの想像力の障害、という3領域にわたる障害である。数学者や科学者の中にはアスペルガー症候群の人が多くではないかという指摘もみられる。

師や看護師、学生課職員、時には外部の医療機関と連携しながらサポート体制を模索している。理解の共有、学内の組織化、連携の工夫等が今後の課題である。

以上、2003年度から2004年度前期にかけて本学で出会った事例について述べた。このような例は、本学独自の傾向ではなく、日本の多くの大学で見られる傾向である。

現代の学生相談活動の糸口は、悩みを顕在化させた一部の学生と学生相談室でカウンセラーが出会う場面のみでなく、教室、課外活動、学内の各窓口、個々の教職員と学生との関わり等さまざまな場面に遍在している。それゆえに幅広い場面で多くの人々の関わりが必要となってきた。

6、今後の課題 ～むすびにかえて～

従来の心理面接では、来談者が何らかの悩みを持って来談し、カウンセラーとともにその悩みを話し合うことが面接の中心に置かれていた。学生は、学内の諸部署とは切り離された、安心できる場として学生相談室を利用し、悩みをカウンセラーと伴に抱えながら乗り越えていった。

ところが最近では、「悩めない」学生と日常場面で出会い、対応に困った教職員や友人から相談が持ち込まれるケースが増えている。BPDや引きこもり、ネット依存・ゲーム依存、PDD・ADHDなどの場合もまた、本人が学生相談に訪れることは稀であり、日常生活の中で問題をはらんでいることが多い。従来の学生相談とは少し異なった傾向が出てきているといえる。これらの学生が学生生活を順調に営むには、個人面接に加えて「ネットワークによって学生を抱える」という視点が必要となってきた。

現在は、個々の教職員がその場その場で学生への対応を日々行っている状態であり、その間のつながりが少ないのが現状である。まずは各部署が連携することによって、現在大学内で起こっている学生の変化や求めているもの、困っていることについての情報や対応策を蓄積し共有していくことが学生相談活動の第一段階として必要だろう。現在行っている学生相談室の連携業務を継続、拡大していくことがこれに該当する。その上で、蓄積されたものをもとにして、学生の変化や求められているものに対応する体制づくりをしていくことが活動の第二段階となるだろう。どのような体制が適当か、各部署と相談しながら大学の特徴をふまえて考えてゆきたい。

こうした中で大学の学生相談室に求められている役割は、プライバシーを十分考慮した上で提供できる資料や情報を示し、学生一人一人にあったサポートを目指した連携活動を、個人面接と並行して行うことだと考えている。

謝辞：本論文を作成するにあたり、二橋茂樹氏には本学相談室の経緯を丁寧にお教えいただきました。学生課末川博之氏には学生相談活動全般にわたるデータ提供の労をとっていただきました。記して厚く御礼申し上げます。

同氏にはまた、迅速な対処、細やかな気配りによって学生相談活動が円滑に機能するよう強力なサポートをしていただいています。日々の学生相談活動を支えていただいている学生部長、学生課長、係長、課員の皆様、医務室の方々、学生主事の先生方、学科の先生方、職員の方々、多くの気付きを与えてくれる相談者の皆様、その他本学の学生相談に関わってくださっている多くの方々に心より感謝申し上げます。

文 献

- (1) 藤原勝紀：大学における学生相談システムの構築，学生相談と心理臨床106 - 17，金子書房（1998）
- (2) 松原達哉：日本の学生相談活動の歴史，現代のエスプリ61 - 86，至文堂（1991）
- (3) 峰松修・村山正治・安藤延男他：キャンパスライフと学生相談の役割，現代のエスプリ5 - 30，至文堂（1991）
- (4) 下山晴彦：これからの学生相談，現代のエスプリ46 - 60，至文堂（1991）
- (5) 杉原保史：「平穏な青年期」を生きる青年の諸相，京都大学カウンセリングセンター紀要，第30輯23 - 36（2000）
- (6) 河合隼雄：青春の夢と遊び，岩波書店（1994）
- (7) Hall, G. S. :Adolescence ,vol. , ,Appleton 元良勇次郎・中島力造・速水渥・青木宗太郎訳：青年期の研究，同文館（1910）
- (8) 松原達哉：学生相談を如何に活性化するのか，第31国学生相談研究会議報告書28 - 31，宮崎医科大学（1998）
- (9) 松原達哉：日本の大学における学生相談活動，筑波大学心理学研究，第5号，95 - 120，(1983)
- (10) 成田善弘：青年期境界例，金剛出版（1989）
- (11) 館直彦：思春期青年期の発達と青年期境界例，境界例1 - 10，岩崎学術出版社（1995）
- (12) 斎藤環：社会的ひきこもり，PHP研究所（1998）
- (13) 小此木啓吾：ひきこもりの社会心理的背景，青年のひきこもり，岩崎学術出版社（2000）
- (14) 牟田武生：ネット依存の恐怖，教育出版（2004）
- (15) Young Kimberly S. : caught in the net ,John Wiley & Sons Inc Published（1998）
小田嶋由美子訳：インターネット中毒，毎日新聞社（1998）
- (16) 福田真也：大学生の広汎性発達障害の疑いのある2症例，精神科治療学11(12)、1301 - 1309（1996）

研究室紹介

Faculty & Research

