

能な場合がある。応急入院の指定医療機関は保健所、都道府県で把握しているが、不明な場合はその地区の各精神医療機関で判明することがある。県によっては応急入院指定医療機関がないので、その場合は市町村長の同意を得るしかない。

搬送にあたっては、事前に電話などで連絡をとっておくこと。搬送中はできるだけ本人の不安を引き起こさないように、本人の質問には簡潔に答えるようにするが、同伴者から必要以上に声をかける必要はない。

処置の記録に関して、その理由を含め、職務上の記録に記載する。本人の利益のために、同意が得られない状況で、本人の意思に反した処置や通報をする場合、職務上の記録に状況と理由を詳細に記載しておく。

警察官による保護に関して、本人への説得に成功しない場合、精神症状など病気を疑う合理的な理由があり、切迫した危険がある場合、警察官職務執行法第3条により保護することができる。保護するだけの要件を満たさない場合でも、深夜の普通でない行動（例えば、過量飲酒による問題行動）なら、警察官から本人に注意することはできる。現場で質問することが交通の障害になる場合、警察署に同行を求めることができる。

### 動きの少ない、反応の乏しい者への対応

特徴：動きの少ない、反応の乏しい状態、閉じこもる、食事をとらない、身体が衰弱しているなどの状態がどのような原因によって生じているかの鑑別が重要である。つまり、気分が憂鬱なためか、意識レベルが低下しているのか、薬物などの服用があるのか、などを見分けることが重要である。このような状態は、抑うつ状態、昏迷、解離、緘黙、意識障害、知能障害などの状態で見られる。一般に、大学生の場合、うつ状態の可能性が高いと考えられる。

対応のポイント：うつ状態であると考えられた場合、具体的な対応は以下の通りである。

- ・ 暖かく、受容的で共感的に接する。
- ・ 相手に十分な注意を払い、相手の自尊心を育てるように静かな場所へ移動する。
- ・ どのような援助を望んでいるかを尋ねてみる。
- ・ 相手が返答できるように間をもつようにする。
- ・ 自殺の可能性について評価しておく。
- ・ 質問に（はい、いいえ以外の）具体的な答えができるように工夫する。
- ・ 悲しみ、怒り、フラストレーションなど、どのような感情を持っているかを把握し、それを言葉で表現できるように促す。
- ・ 安全で、しかも守られていることを相手に保証するようにして安心してもらう。
- ・ 家族への十分な説明を行い、治療の場の選択を決定する。（身体的消耗が激しい場合、精神科と身体科との連携が必要となる場合があり、あらゆる科が併設されている総合病院への入院が望ましい）

### パニック発作・不安発作・過呼吸発作の対応

特徴：自ら、体調や気分の悪さを訴え、自分の意志でコントロールできない過呼吸や動悸などの身体症状を訴える。一部の学生では、自ら、救急車を要請し、身体的救急として受診することがある。たびたび発作性に繰り返し、救急受診することもある。身体的に異常所見がなければ、「パニック障害」である可能性が高くなる。

対応のポイント：本人は混乱し、時に興奮していることを理解しておく。対応する者は落ちついた態度で、てきぱきと心電図などの検査を進める。検査の内容やその必要性を説明する。身体疾患を除外した後に、「特に身体に異常はない。精神的なもの」という説明が往々にしてなされているが、この言葉は本人を不安に陥れたり、医療者への不安を与えてしまうことがある。望ましい説明は、例えば、「生命の危険になるような身体的異常はありませんが、自律神経を介した身体の働きの異常であることが考え

られます」などの身体の機能障害による病気であることをわかりやすく説明してあげることが大切である。本人は、「一時はどうなるかと思った」などの恐怖体験に共感し、「薬で症状のコントロールができる」と確実な対処方法があることを伝える。「心身の疲れやストレスが多いときに起こります」と、症状の誘因となる背景について知識を与えてあげることが望ましい。大学によって向精神薬を処方できるセンターとそうでないセンターでは、一部対応が異なるが、少量の抗不安薬を処方し、「また何かあれば、いつでも相談に来るように」と保証を与える。この一言が安心感により、症状再発の予防にもなる。しかし、一般に、パニック発作は1回で終わることはほとんどなく、できるだけ精神科医を紹介しておいた方がよい疾患でもある。

#### 薬物乱用・依存及び薬剤性精神病への介入

特徴：単なる乱用・依存レベルの急性中毒なのか、不安焦燥などの神経症レベルなのか、幻覚・妄想・混乱・興奮などの精神病状態なのか、離脱状態による症状なのか、状態像を評価して、鑑別診断を行う必要がある。

対応のポイント：急性中毒の場合、身体的救急または精神科救急として医療機関へ搬送する。乱用・依存の場合、原則的には精神科救急の対象外とする。神経症レベルの場合、医療で対応するか、司法への届出（薬物の種類による）、判断が分かれるところであり、スタッフで慎重に話し合う。精神病状態の場合、精神科救急の対象となるが、あくまで精神病症状に対する治療が中心である。離脱症状の場合、程度により精神科救急の対象となる。特に、混乱・興奮が著しいとき、身体的に衰弱しているときなどが該当する。

ここで、薬物が絡んだ問題の場合、対応に注意を要することを以下に列記する。

- ・ 安請け合いをせず、学務部などの学生を担当する部署と連携をとり、事務的に対応すること。

- ・ 今、何ができるか、精神科救急の必要性があるかを考慮する。
- ・ 家族が「入院させたい」という相談を依頼してきた場合、それ自体は救急ではないので、その地区の保健所を紹介する。
- ・ 家族の情報は、一般に正確さに欠ける点があることを考慮しておく。
- ・ 匿名者の相談は救急性を正しく判断できづらいため、積極的に受けづらい時がある。この場合、平日に精神保健福祉センターあるいは保健所に電話してもらうように指導する（専門の相談部署がある）。
- ・ 自殺企図は精神保健福祉法に準じて対応する（自傷他害の恐れがあれば、措置入院の通報、それ以外なら、精神保健指定医がいる精神科専門医療機関への紹介など）。

なお、薬物に関しては現行の法律による対応が定められており、麻薬および向精神薬取締り法、あへん法、大麻取締法、覚せい剤取締法、薬物及び劇薬取締法、酩酊者規制法などの関連法規を知っておくことが望ましい。

#### おわりに

廣中平祐氏（数学者、元山口大学長）の講演（第39回全国大学保健管理研究集会、愛媛大学担当<sup>3)</sup>）を聞いて、精神科救急の在り方に関する忘れられない話がある。先生がハーバード大学におられた頃の話であるが、チャールズ・リバーという川は冬になると、凍りつくが、川の中央は氷の厚みが薄く、危険である。その最も危険な川の中央に自殺しようと四十絡みの男性が走った。その風景をみて、共倒れになることは明らかであるから、誰も助けに行こうとしなかった。しかし、ある20歳代の男性が危険を顧みず、川の中央まで走り、その男性を助けた。その知らせを聞いた町はその若者を表彰することにした。しかし、その表彰式の前日に、助けられた男性は森の中で首をつって死んだという。廣中氏は「その若者は表彰に値するかどうか」の宿題を提案した。

廣中氏はそれ以上のことをコメントしなかったが、この話は我々保健管理センターの教職員にとって、精神科救急の在り方について貴重な示唆を与えている。つまり、その場面（瞬間）にどの程度、最善を尽くしたのかが重要であって、その後の結果ではない。精神科救急というのは、我々保健管理センターの教職員が、その後の結果を後悔しないように、その瞬間にベストを尽くすという姿勢を忘れないことが最も重要な対応であるように思える。

#### 引用文献

- 1) 内田千代子. 21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防への手がかりを探る—. 精神神経誌 2010; 112: 543-560.
- 2) 佐藤 武, 加藤博之, 瀧 健治: こころの110番—外来における対応のポイント—. 永井書店; 大阪: 2002. P.1-243.
- 3) 廣中平祐: 特別講演Ⅱ「出会いと学び」. CAMPUS HEALTH 2002; 38 (2): 35-42.

## 特集 「五月病」を考える

## 成熟の観点から考える\*

● 佐藤 武\*\*

**Key Words** : May disease, homesickness, freshman, flat share, maturity

## 五月病とは

石井完一郎・著「自立のすすめ—学生相談27年から—」の興味深い記述がある。 「昨日まで尊敬していた両親が、大学に入ってからこんなにくだらん両親とは思わなかった。家出したい」として来談しましたが、翌日、お母さんが血相を変えてとんでこられて眼がしらおさえながらいわれるには、「これまで、ながくよい子と思った息子が大学に入ったとたん文句ばかりいうようになって、家出するというのですが」とのこと。石井氏はその翌日、本人には「親のアラが見えるほどに一人前になれたかとよろこべないのか」と。次の日、母親には「息子が親に文句をいえるほどに一人前になれたかと喜びませんか」と。ここに大学生と母親における母子分離を背景とした成熟の問題が象徴されているように思える。

五月病は、桜花ほころびる4月にルンルン入学したものの、若葉萌える5月頃から一時的になんとなくもの憂く軽うつ状態となって授業だけ出ずに、アルバイトなどはなんとかこなしながら、下宿でごろごろしている状態である。さらに石井氏は、次のような喩えを記載している。「受験戦争で高水圧下にある海のなかに『鉛の服』をきてもぐっていた潜水夫、船のうえでは両親

が塾や家庭教師の応援をえてポンプをおしながら、やっと上陸できて急に服をぬいだとたんに、手足のシビレ・呼吸困難・仮死状態などに陥る『潜水夫病』(ケーソン病)になぞらえることができる」と述べている。いわば、高圧からの徐々の減圧でなくて、急な減圧による一過性失速でエア・ポケットに落ちた状態とも比喻している。その要因として、高校生活とは落差が大きく入学後の解放感もあり、クラブ活動、レジャー、アルバイトだけに励んで勉強にはいっこう身に入らない大学生も広い意味で、「五月病」の範疇に該当する。さらに、多くの五月病の学生はああでもない、こうでもないとホックをかけ直したりして一過性に通過しジャングルジムに再適応していくが、なかには失速中に「自分とはだれか、何のためにどこへ」というアイデンティティの原点に立ち返って、新しくしたたかに出立し直していく学生も少なくない。五月病は、余病を併発しやすく、最悪の場合には落命する危険もある一方、一層抵抗力を強めてしたたかになれることもあって「両刃の剣」、むしろ「青春のハシカ」としての「学生病」というべきであると述べている。成熟の観点から考えると、五月病は「成熟の始まり」とでもいえる時期なのであろう。

## 五月病とhomesickness

五月病は、欧米ではMay diseaseと翻訳されて

\* To think of May disease in terms of maturity.

\*\* Takeshi SATO, M.D., Ph.D.: 佐賀大学保健管理センター〔☎840-8502 佐賀県佐賀市本庄町1〕; Health Care Center, Saga University, Saga 840-8502, Japan.

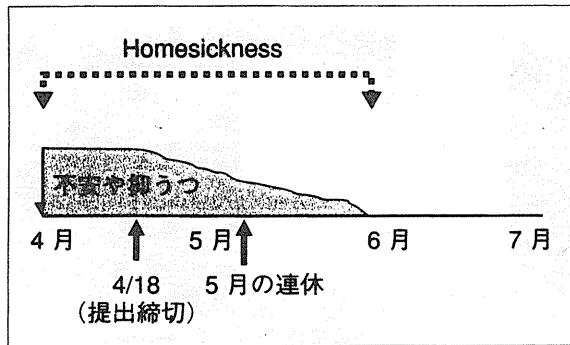


図1 一般的な五月病の自然経過

いるが、日本でいわれている五月病に近い概念は、homesicknessである。ニュージーランドのオタゴ大学Student Health Serviceの玄関に置かれていた新入生パンフレットとして、Homesicknessというタイトルの冊子が置かれていた。そこには、「大学生の約70%が1度か2度は、homesicknessに罹る。通常、1週間以上続くが、homesickness学生の18%は、2カ月以上続くこともある。Homesicknessは、環境変化に伴う正常なプロセスである。友人やクラブなどの人間関係によって、自然に回復する」と記載されている。五月病と関連が深いhomesicknessはその定義が難しいが、一般には両親、家庭、友人、自分の身近な人々あるいは家庭の温かさを愛おしく感じ、極度に不安定な気持ちに陥ることを指している。この状態は一般によくみられる現象で、欧米の報告では50~75%の人は人生で少なくとも1度は経験するといわれている<sup>2)</sup>。故郷への愛着を切り離せない、家庭の温かみがなくなってしまう結果としての抑うつなどのために生じる一過性の心理的な反応ともいえるであろう。

Homesicknessに関する欧米の報告をみてみよう。有病率、その要因(個人の性格や環境)、学生に与える影響などを調べると、文化や年齢、研究者による定義も異なり一般化することは困難であるが、イギリスの学生を対象とした調査では、大学新入生の男女とも、30%から60%がhomesicknessを体験すると報告されている<sup>3)</sup>。Brewinら<sup>4)</sup>の報告では、40%の学生がhomesicknessに悩み、Fisherら<sup>5)6)</sup>は30~35%が軽度から重症のhomesicknessに罹り、65~70%の新入生はそうではなかったと報告した。新入生の60%がhomesicknessに罹ったという高い罹患率を報

告した例もある<sup>7)</sup>。その他の国における新入生の報告では、アメリカの学生は19%が、トルコの学生は77%がhomesicknessに陥っていたと記載されている<sup>8)</sup>。しかし、homesicknessの定義が不明確であり、有病率がばらばらであることは否めないが、いずれの報告も高い率であることがわかる。Homesicknessと五月病が同じ概念であるとすれば、日本だけの問題ではなく諸外国も同様な現象が認められるようである。

## 五月病の具体例

自宅外でアパート一人暮らしをする一般的な学生は、図1に示すように4月から5月にかけて家族から離れた一人暮らしの生活の中で、孤独感、寂しさ、不安、不眠などを一過性に経験する。当初、自宅に何度も電話したりして家族が不安を感じることもあるが、クラブ活動やチューター制度などを通じて友人ができ、一人生活に慣れれば、五月病に罹ることもなく自然に大学生活に適応していく<sup>9)</sup>。しかし、ごく一部の学生は5月の連休に数日実家に戻ると、再び実家から離れた土地での一人暮らしのアパート生活に適応困難な状態に陥る学生もいる。いわゆる、五月病という病的な状態に陥るケースである。その具体例を以下に紹介する。

〔症例〕18歳、新入生。

母親の相談：5月の連休で一時実家に戻り、元気に過ごしていた。連休後に一人暮らしのアパートに戻って1週間後頃から、頭痛、不眠、食欲不振、ときどき動悸などがあり、「体調が悪い。大学を辞めたい」と突然、母親へ何度も電話するようになった。もともと、真面目で、こだわりがあり、ストレスを発散できず、自分を追い詰めるような性格。なかなか友人もできないようである。どうすればよいであろうか。

本人と母親との同席面接：治療者に会った瞬間から、「一人暮らしが嫌です。一人でのいるのが、すごくつらいです。大学を辞めることに決めました」と泣き叫んだ。性格的に、物事へのこだわりが強く、強迫的な性格傾向がうかがえた。しばらく休学したらどうでしょうかと勧めたが、翌年の3月まで休学したいと強く希望した。父親も強く休学を希望され、家族および本人の希



図2 Flatの同居者を求める掲示板



図3 Flatの空き家の掲示

望が一致し、チューターの先生の承諾も得て、休学した[この時点で行ったZungのSelf Depression Scaleは44点(神経症圏内)であった]。

1年後の調査：翌年の4月に学籍簿を確認したところ退学の申し出があり、チューターの先生の承諾も得られて地元の大学に入学することになったという。

### ニュージーランドにおける大学生の実態

筆者は日本学術振興会の推薦を受けて、ニュージーランドのオタゴ大学医学部Wellington校に客員研究員として派遣された(2007年8~10月末, 3カ月間)。そこで大学生とともに生活する中で、日本と大きく異なる生活習慣を学んだ。

ニュージーランドの大学生の90%以上は、フラットで集団生活(flat share)を送る。フラットとは、一軒家を借りて数人で生活する家のことである。大学の掲示板には、一緒に同居してくれる友人を探すビラがたくさん掲示してある(図2)。掲示板に書かれたビラを切り離し自分で電話連絡して、気が合った友人が見つかったら数人で共同生活を行うことになる。図3に示した家は2009年に空き家になることを意味している。学生たちはこのような空き家を探して、だれと一緒に生活するか情報交換を行っていた。この長年の習慣は、五月病を防ぐためのこれまで培われた文化なのであろうか。日本では、自宅外の学生はほとんど一人でアパート生活をするため、集団ではなく個人で生活を送る学生が多く、そのために五月病に陥りやすい傾向があるであろう。この点をニュージーランドの学生

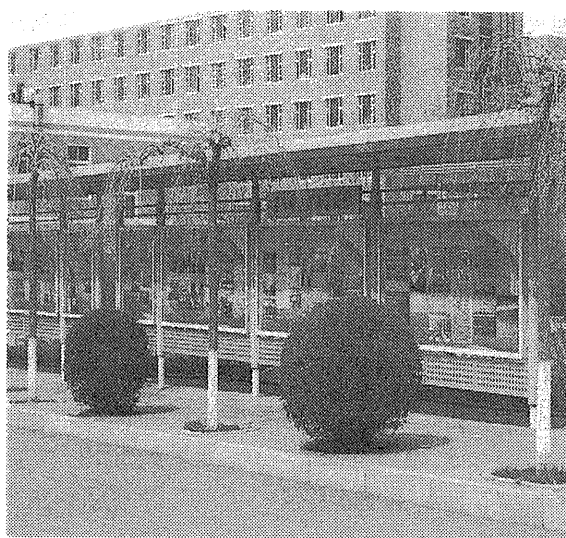


図4 中国の寮の外観(長春中医薬大学)

に尋ねると、「日本人は大学時代を一人で生活するのはですか？ 私たちにはできない」と不思議な表情をしていた。成熟するということは、どのような環境においても、どんな人とでも、人間関係を形成できる能力を持てるようになることを意味するのであろう。そういう意味で、ニュージーランドは大学生の集団力を高めるための伝統的な大学生生活空間が成熟を促しているように思われた。

### 中国(長春)における大学生の実態

中国の大学では、大学生は一般的に4年間寮生活を送る。1つの部屋に4~8人の学生が集団生活を送ることになる(以前は8人で生活を送っていたが、最近では4人になっている)。この中で、自分と異なる価値観や生活習慣を有する同

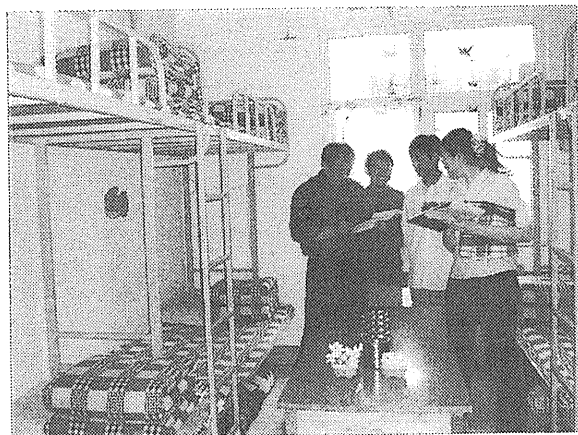


図5 寮生活の衛生検査風景

僚と対立あるいは妥協しながら、共同生活を通じて人間関係能力を形成していく。図4は筆者が講演に行った際に紹介された長春中医薬大学の寮である。寮の中では、図5に示すように数人が共同生活しており、定期的に衛生検査が行われていた。気が合う同僚やそうでない同僚とともに4年間共同生活を行えば、いろいろなトラブルが遭っても孤独や寂しさなどの五月病が生じる頻度は日本よりも少ないことが予想される。しかし、中国のネットサイトにも「五月病」(<http://baike.baidu.com/view/1005246.htm>)があり、日本と同様な五月病に類似した病態が紹介されている。どの国にも共通した現象があるようである。

### 成熟の観点から考える五月病

五月病で相談に訪れた学生のこれまでの筆者の経験では、成熟することが不十分で、人間関係形成能力が低い学生が新しい環境で友人を見つけることができず、さらにクラブ活動にも加わらず、一人でアパート生活を送っている学生が五月病に罹るリスクが高いように思われる。この傾向は、最近の大学生が幼少期に集団で遊ぶ機会を逸し、ゲームや携帯などの一人遊びに熱中するあまり、人と人とがぶつかり合う機会が少ないために、ある意味では成熟する機会が乏しいことに起因している可能性がある<sup>10)</sup>。

欧米のフラット生活、中国の全寮制、韓国や台湾の兵役義務(韓国:2年,台湾:1年)など、両親から離れて他の人との集団生活を通じて成熟のための経験を積むわけであるが、日本にはこのよ

うな習慣が乏しく、成熟した人間としての自我確立をどのようなシステムで形成していくのかはなほ疑問である。受験戦争というのが自我確立に大きな影響を与えることは事実であるが、難しい受験問題に通過することが成熟につながるであろうか。やはり、人と人との価値観や物の考え方の違いに気づくことが大切であり、人の差異性(difference)を認識し、互いに尊重したり、受け入れたり、拒絶したりできる個人としての人間関係のあり方を身につける機会を、日本全体で考え直す時期に来ていると筆者は感じている。

### おわりに

日本では、五月病は厳しい受験戦争を経験した後に目標を失い空白の時間に生じる病であるとともに、両親から離れて自立した生活ができるかどうか新しい人間関係の形成が必要とされる成熟の病でもある。ここでは、欧米と中国の大学生がどのような形でこの時期を乗り越えているのか、その一部を紹介した。現在、日本ではネットや携帯などの新しい情報機器が普及する中で、人間関係調整能力が低下している可能性が示唆されるが、集団力を形成する新しい形の大学生活スタイルを考える時期に来ている。そのヒントとして、日本でも「flat share」の生活スタイルが広がることで大学生の成熟がよりよいものとなり、五月病を貴重な体験として受け入れられるようになることを強調した。

### 文 献

- 1) 石井完一郎. 自立のすすめ—学生相談27年から. 東京: 弘文堂; 1984.
- 2) Fisher S. Homesickness, cognition, and health. London: Erlbaum; 1989.
- 3) Stroebe M, Vliet T, Hewstone M, et al. Homesickness among students in two cultures: Antecedents and consequences. *Br J Psychol* 2002; 93: 147-68.
- 4) Brewin CR, Furnham A, Howes M. Demographic and psychological determinants of homesickness and confiding among students. *Br J Psychol* 1989; 80: 467-77.
- 5) Fisher S, Hood B. The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological

- disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *Br J Psychol* 1987 ; 78 : 425-41.
- 6) Fisher S, Hood B. Vulnerability factors in the transition to university : Self-reported mobility history and sex differences as factors in psychological disturbance. *Br J Psychol* 1988 ; 79 : 309-20.
- 7) Fisher S, Murray K, Frazer N. Homesickness, health and efficiency in first year students. *J Environ Psychol* 1985 ; 5 : 181-95.
- 8) Carden A, Feicht R. Homesickness among Americans and Turkish college students. *J Cross Cult Psychol* 1991 ; 22 : 418-28.
- 9) 佐藤 武. 保健管理を体系化・可視化する : 業務指針の提案 5. *メンタルヘルス メンタルヘルスの指針の試作*. *CAMPUS HEALTH* 2009 ; 46 : 67-71.
- 10) 佐藤 武. パーソナリティ障害—ナルシズム, こころの発達障害, こころアレルギーの関係—. *CAMPUS HEALTH* 2010 ; 47 : 60-5.

\* \* \*



■第30回日本社会精神医学会(奈良): シンポジウム4「キャンパスメンタルヘルスの現代的課題と将来的展望 — 21世紀におけるメンタルヘルス—」

## 大学生のメンタルヘルス: 諸外国との比較からみた日本の問題

佐藤 武

抄録:

まず, 米中韓の高校生と比較した, 日本の高校生の「自信欠如」の問題に関する調査結果を紹介した。この背景には, インターネットやゲームの登場から, 一人遊びの習慣が生じるようになり, 集団で行動する力が低下している可能性を示唆した。大学生におけるネット依存の有病率をまとめ, ネット依存に関する佐賀大学(日本)における最近の調査結果を提示した上で, この問題はさらに深刻化する可能性を示唆した。これまでの約10年間の大学生を対象とした心理相談の経験を通じて, 「こころアレルギー」の現象を紹介した。自尊心の低下は, 諸外国の結果と比較した結果, 明らかであり, 高校生の調査結果と同様であった。特に, とらわれ型が占める割合が高かった。以上の問題を解決するための対策として, ①運動のすすめ(運動は自尊感情を高める), ②自信づけ(クライアントの思考や行動におけるポジティブな面に目を向けさせ, 褒め, 自尊感情を高める), ③共同生活 shared house の重要性を強調した。

日社精医誌 20 : 387-392, 2011

索引用語: *college mental health, lack of confidence, social connectedness, preoccupied thinking, shared house*

### 日本人学生の自信欠如

財団法人日本青少年研究所が2011年に報告した調査結果<sup>3)</sup>では, 日本の高校生は「自信がない」と答え, 米中韓と大きな差が認められた。日本の高校生は自分の能力に自信が持てず, 親や教員からも認められていないと感じている。この調査

は, 2010年日米中韓の高校生7,233人に実施された。調査によると, 自分は価値のある人間だと思うかとの質問に「全くそうだ」と答えた生徒は, 米国57.2%, 中国42.2%, 韓国20.2%に上ったのに, 日本は7.5%。日本の生徒は「まあそうだ」と合わせても36.1%にとどまった。「自分を優秀だと思うか」との問いに「そうではない」と回答した日本の生徒は83.2%に達し, 米国の11.2%, 中国の32.7%と比べて大きな差がみられている。一方, 「学校には私を理解してくれる先生がいる」と考える日本の生徒は52.7%で, 4カ国中最低であった。「親は自分をよく分かってくれる」としたのは68.0%で, 韓国の66.2%に次いで低かった。同研究所のコメントによれば, 「日本では家庭や学校で積極性を引き出すための教育が展開されず, 自分への肯定感が低いのではないかと分析されている。

英文タイトル: College Mental Health: Problems in Japan in Comparison with Foreign Countries

著者連絡先: 佐藤 武(佐賀大学保健管理センター 所長・教授)

〒840-8502 佐賀県佐賀市本庄町1番地

TEL: 0952-28-8181 FAX: 0952-28-8184

E-mail: satot@cc.saga-u.ac.jp

Corresponding author: Takeshi Sato

Health Care Center, Saga University

1 Honjo-machi, Saga, Saga 840-8502, Japan

佐賀大学保健管理センター

Takeshi Sato: Health Care Center, Saga University

一方、2009年7月6日朝日新聞夕刊に掲載された「便所飯」の記事がある。学生食堂において一人で食べている姿をみられたくないという悩みから、トイレで昼食をとる大学生がいるという記事が紹介された。その心理的背景に、ランチメイト症候群という現象がある(町沢静夫による、学会で認められた正式な名称ではない)。その主な症状は、「一人で食事することへの恐れと、食事を一人であるような自分は人間として価値がないのではないかという不安である。学校や職場において、一人で食事をするはその人には友人がいないということだ。友人がいないのは魅力がないからだ。だから、一人で食事すれば、周囲は自分を魅力のない、価値のない人間と思う」。この症状の当事者たちはこのように考えがちで、こうした考え方が主な症状である恐れと不安を誘発する。さらに、断られることを(「価値のない自分」への不安を惹き起こすから)恐れているので自分から誰かを食事に誘うこともできない。ランチメイト、つまり食事相手を確保できない者は、一人で食事をする姿を学友や同僚に見られないように図書館などで隠れて食べることがある。中には食事の様子を見られそうになってトイレに隠れたり、ひどい場合は仕事を辞めたり就職を諦めたり学校へ行けなくなる。ネットを対象としたアンケート調査では、1, 2割の男女が一人での食事に抵抗を感じていることが明らかになっており、また女性に多い傾向であることも紹介されている。

### コンピューター・ゲームの弊害

このような現代における大学生にみられる社会現象はどのような問題が背景にあるのだろうか。おそらく、対人関係の能力が低下している可能性がある。コンピューター・ゲーム、携帯中毒や過保護などで友だちと遊ぶ時間が少なくなっており、社会的な連帯力(群れる力)の低下(Decreased social connectedness)が示唆されている。日本人の対人関係も徐々に変化してきている。人と交われないタイプの人は生きにくくなってきた。昔の日本人にとって「話さないこと」は

自然だった。奥ゆかしかった。今は、このようなタイプの小中学校生は、いじめの対象となっている。人とうまくコミュニケーションがとれない人が生きづらい世の中になっている。

どうして、大学生を含めた学生における人間関係がこれまで大きく変化したのか。私の考えでは、その原点にスペースインベーターゲームの出現がある。1978年に広く普及したが、当時のこのゲームでは、画面の中央やや上方に縦に5段、横に11列の計55のインベーターに見立てた敵キャラクターが現れる。敵キャラクターはまとまって横移動をしながら、端にたどり着くたびに一段下がって再び逆方向に進行する。これを繰り返すことによって、だんだんと下に降りてくる。敵キャラクターが画面最下部のプレイヤーの位置まで降りてきたら占領されたことになり、残機があってもゲームオーバーとなるために、それまでに敵キャラクターを全滅させなければならない。このようなゲームの問題は、人間が本来持っている破壊願望を助長し、さらには一人遊びが可能となった。米国の学者が、コンピューター・ゲームに熱中することで、破壊願望が露呈されることを証明した。

その後、ゲーム依存と発達障害の関係を証明した報告が、英国心理学会で2009年に報告された<sup>1)</sup>。そのタイトルは、「Computer game addicts like people with Aspergers (コンピューター・ゲーム中毒者とアスペルガー患者との類似性)」である。つまり、ゲーム中毒の傾向が強い人ほど、通常アスペルガー症候群の特徴とされる3つの性格特性(神経症的傾向、同調性の欠如、外向性の欠如)を示す確率が高かった。つまり、ビデオゲームばかりしている人は、1つのことにとらわれやすく、内向的で、人付き合いが苦手な傾向にあることが実証された。

このような問題点が指摘される前後に、「秋葉原通り魔事件(2008年6月8日)」が生じていた。携帯サイトの掲示板で約1,000回の書き込みがなされ、心のよりどころを携帯サイトの掲示板にするも、次第に孤立感を深め、次第に殺人を予告した。「秋葉原で人を殺します」とのタイトルで「車でつっこんで、車が使えなくなったらナイフを使

表1 インターネット依存に関する有病率<sup>5)</sup>

調査年	発表者	国	対象	対象者数	有病率	評価尺度
1997	Scherer	South America	college	531	13.0	Internet dependency
2000	Chou & Hsiao	Taiwan	college	910	5.9	IAT
2000	Morahan-Martin & Schumacher	US	college	283	8.1	PIU scale
2001	Anderson	US	college	1,300	9.8	Internet dependence
2001	Wang	Australia	college	293	9.6	IAD
2002	Mingyi	China	college	500	6.4	IAD
2002	Lin & Tsai	Taiwan	high school	753	11.7	Chinese IAS
2004	Johansson & Gotestam	Norway	12-18 years	3,237	10.7	IAT 40 or more
2004	Sato	Japan	college	242	9.1	IAT 40 or more
2005	Niemz et al.	UK	college	371	18.3	PIU scale
2006	Kim et al.	Korea	high school	1,573	39.6	IAT 40 or more

(IAT : Internet Addiction Test, PIU : Pathological Internet Use, IAD : Internet Addiction Disorder)

います みんなさようなら」との犯行予告し、その後、沼津から犯行現場まで移動する間に約30件のメッセージを書き込んでいたネットで予告したといわれている。ネット中毒に陥っている大学生の特徴をあげると、①現実の人間関係に破綻している。②仮想社会に対するファンタジーを抱いている。③生の人間と衝突しない非現実的な空間で自己実現を求めている(現実拒否)。④自分を認めてもらいたいという空間を捜し求めている、などがみられる。このゲーム依存の現象は日本だけではない。中国では「ネット中毒」の治療に、軍事訓練(朝日新聞2007年1月6日)を課しているという。しかし、楊教授(北京大学カウンセリングセンター)によれば、ゲーム依存に軍事訓練を行っても、その効果は一時的である。その本質的な解決は親子関係の修復にある」と指摘している。日本だけではなく、中国や韓国でも、若者のゲームやネット依存は深刻化しているのが現実であるようだ。

### インターネット依存の有病率と最近の変化

「ネット依存」はどの程度いるだろうか？ Kimberly Youngによる定義によれば、IAT (Internet Addiction Test) 40点以上がそのリス

クを有していると報告される<sup>5)</sup>。

インターネット中毒の有病率に関する調査結果を表1に示した。診断基準やスクリーニング法に違いがあるものの、1997年～2005年の間では、5～20%の範囲にあるが、2006年に行われた韓国における高校生の調査では、39.6%と異常に高い。IATを用いた調査は現在も継続されているが、2009年に日本(佐賀大学)の大学生を対象に行われた農学部および文化教育学部における調査結果では、40%を超えていた。まだ、インターネット中毒の問題は今後さらに深刻な問題へと発展することは疑いない。

今後も、各国でインターネット中毒に関する調査は継続して行われると思われるが、インターネット中毒の有病率がとりわけ高い国は、韓国と日本である。そのいくつかの理由として考えられることは、若者における自尊心が低い国であること(自己イメージがネガティブな学生が多い)、自殺率が高い国であること、うつ病の罹患率が高い、経済的に不安定であること、などがあげられるだろう。

### 「こころアレルギー」と自尊心の低下

人と人々が触れ合うと、心理的に調子がわるく

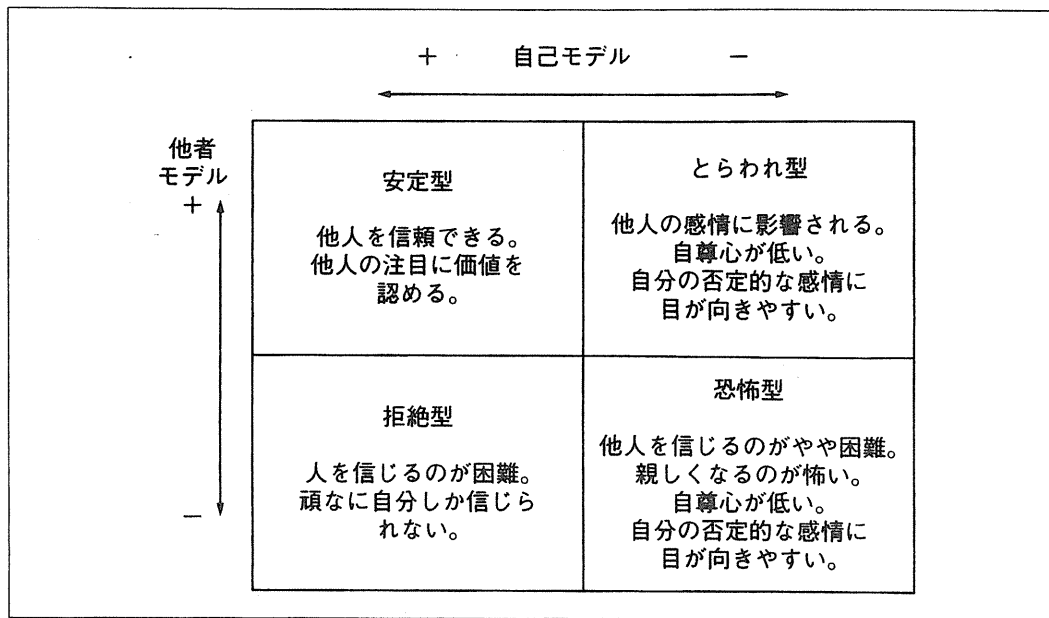


図1 人間関係の在り方に関する4つの分類 (Bartholomew Kらによる)

なる。つまり、こころにおける湿疹様の症状がみられる学生(筆者は「こころアレルギー」と命名した)が増えていることを報告した。実は、現代人はこころアレルギーの問題だけではない。Riedler Jら(2001)<sup>4)</sup>による農村地帯における調査では、農家の子供は農家以外の子供と比べて(馬小屋での生活や農場の牛乳消費量の関係)、喘息が1%対11%、花粉症が3%対13%、アトピーが12%対29%で、極端に農家の子供はかなりの割合でアレルギー疾患が少ないことが証明された。その後、幼い頃に家畜の糞から舞い上がる細菌の死骸成分が多く漂う環境の中で1歳になるまでに過ごした経験があると、アレルギー疾患になりにくくなる可能性があるといわれている。つまり、「からだアレルギー」になりにくいというわけである。

こころとからだは密接に関係するが、日本の場合、からだアレルギーが増加している要因として、汲み取り式便所が少なくなり、水洗便所が一般的となり、ハエも少なくなってきた。また、畳の減少もあり、ダニもない超清潔な生活空間となっている。一方、こころアレルギー<sup>6,7)</sup>が増加している要因として、現代人の人間関係もからだ

と同様、超清潔な人間関係になってきたといえる。いずれのアレルギーも免疫力および集団力の低下と関連していると思われる。

この「こころアレルギー」の背景には、日本人は本来、自尊感情が外国人と比較して、極めて低い傾向がある。Relationship Questionnaire (Bartholomew Kらによって作成)を用いた研究報告(図1および図2)でも明らかのように、日本人は自分に対してネガティブな感情を抱きやすい<sup>8,9)</sup>。人間関係の在り方を自己と他者の評価から分類すると、自己の捉え方をポジティブ(+)とネガティブ(-)、他者の捉え方を同様に(+)と(-)とした場合、自己/他者の評価は(+)/(+) (安定型)、(-)/(+) (とらわれ型)、(-)/(-) (恐怖型)、(+)/(-) (拒絶型)に分類される。

勿論、自分も他人も(+)に評価できる安定型が一番よいが、図2にみられるように、日本人は欧米人や中国人と異なり、自分に対しては(-)で、他人に対しては(+)である「とらわれ型」が多いのが特徴である。

このパターンをもつ人は、①自尊心が低い、②他人の感情に影響されやすい、③自分の否定的な感情に目が向きやすいと指摘されている。また、

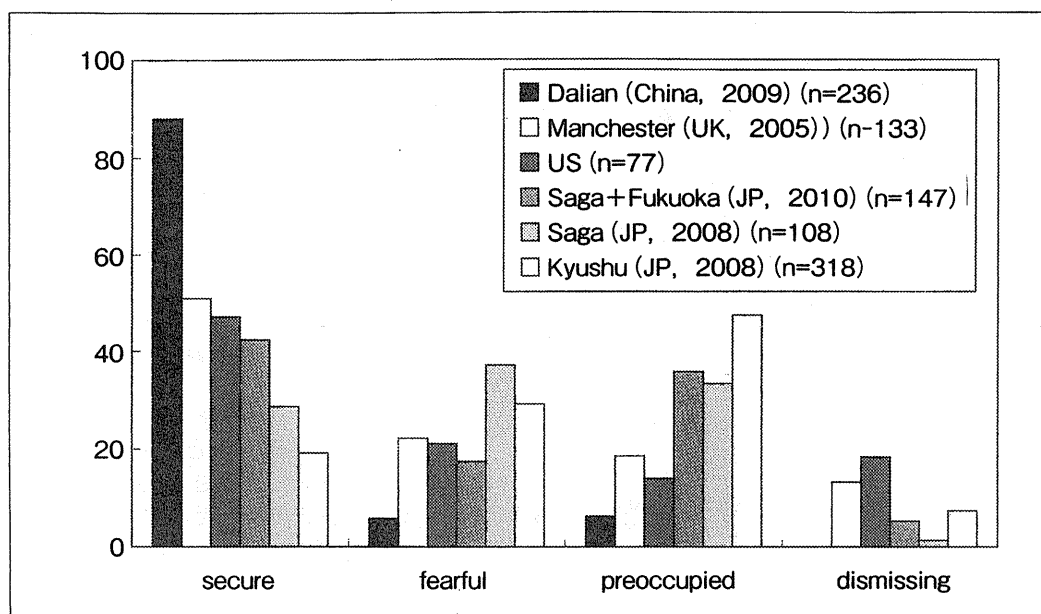


図2 日本および諸外国の大学生における人間関係の比較

(secure : 安定型, fearful : 恐怖型, preoccupied : とらわれ型, dismissing : 拒絶型)

相手の言葉や評価に敏感なため、相手への気遣いが強くなり、自分の思っていることを自由に表現できず、人間関係に疲れやすい傾向が認められる。その背景として、日本では親が子供へ批判的な感情を投げやすく、褒めることが苦手な親も多いといわれている。結果として、自尊感情が低い国民性にくわえて、子供の行動に批判的な親、人間関係の希薄化による社会的なつながりの低下 (decreased social connectedness) がそろえば、日本における大学生は他の国の大学生と比べて、うつ状態、うつ病に罹患しやすいといえるだろう。最近、日本人の人間関係が希薄化し、人間関係における免疫力が弱くなり、些細なことで自信を失う「こころアレルギー」の現象が見受けられる。こころアレルギーとは無意味に自分を責め、自信喪失状態に陥り、対人関係を維持できづらくなっている状態で、自分をわけもなく無意識に攻撃し、自尊心が著しく傷つけられ、低下している状態である。この背景には、台湾の報告でも指摘されているが、両親が子供に批判的なメッセージを与えすぎる傾向 (被批判感情 perceived criticism) が問題とされている<sup>2)</sup>。欧米の日常会話では、「Perfect」「Good」「Excellent」「Fine」な

どのポジティブな褒め言葉が頻用されるが、日本ではどちらかという「ダメ」「違う」「つまらん」などのネガティブな言葉を知らず知らずのうちに、子供たちに投げかけているような気がする。また、一方では、日本人は自分に対しても、他人に対しても、ポジティブな面よりも、よりネガティブな面を見ているような人が多いような気がする。これから私たち日本人がより自信をもって人と接することができるようになるには、幼い頃より、褒め言葉のシャワーをもっとかけてあげることが重要である。

### これからの対応

以上のような特徴をもつ最近のメンタルヘルスが低下している大学生をサポートするには、3つのアプローチがあると筆者は考えている。①運動のすすめ (運動は自尊感情を高める、動物実験で脳内のセロトニンを増加させることが証明されている)<sup>10)</sup>、②自信づけ (クライアントの思考や行動におけるポジティブな面に目を向けさせ、褒め、自尊感情を高める)、③共同生活 shared house の重要性 (一人ではなく、集団で行動およ

び生活する体験をもたせる、共同生活が不能なら、クラブ活動の参加を促す)である<sup>11)</sup>。このような働きかけによって、SSRIや抗不安薬による薬物治療に加えて、付加的な効果をもたらし、最終的には薬物治療だけに頼らず、積極的に自分で治していくという姿勢を引き出してくれるものと考えている。

## 文 献

- 1) Charlton, J. : Computer games addicts like people with Aspergers [abstract]. Br Psychol Society 2008 ; 3 April
- 2) Lue, B.H., Wu, W.C., Yen, L.L. : Expressed emotion and its relationship to adolescent depression and antisocial behavior in northern Taiwan. J Formos Med Assoc 109 : 128-137, 2010
- 3) 日本青少年研究所 : 高校生の心と体の健康に関する調査—日本・アメリカ・中国・韓国の比較—. 2011年2月 (<http://www1.odn.ne.jp/youth-study/>)
- 4) Riedler, J., Baun-Fahrlander, C., Eder, W., et al : Exposure to farming in early life and development of asthma and allergy : A cross-sectional survey. Lancet 359 : 1129-1133, 2002
- 5) 佐藤 武 : 嗜癡行動障害 5. インターネット依存 (携帯電話依存). 脳とこころのプライマリ・ケア (監修 : 日野原重明, 宮岡 等). 432-441, (株) シナジー出版事業部, 東京, 2011
- 6) 佐藤 武 : こころアレルギーの提唱. 平成18年度九州地区大学保健管理研究協議会報告書 36 : 107-110, 2006
- 7) 佐藤 武 : パーソナリティ障害～ナルシズム, こころの発達障害, こころアレルギーの関係～. CAMPUS HEALTH 47 (2) : 60-65, 2010
- 8) 佐藤 武 : I. 最近の大学生の精神保健 最近の動向とトピック. 精神科 17 (4) : 325-329, 2010
- 9) 佐藤 武 : 最近のうつ病の特徴とその対応. CAMPUS HEALTH 48 (1) : 65-67, 2011
- 10) 佐藤 武, 郭 偉, 伊藤奈々 : 慢性疼痛とうつ病. 総合臨床 59 (5) : 1268-1272, 2010
- 11) 佐藤 武 : 「五月病を考える」成熟の観点から考える. 精神科 18 (4) : 441-445, 2011

## abstract

### College Mental Health : Problems in Japan in Comparison with Foreign Countries

Takeshi Sato

First, compared to American, Chinese, Koreans high school students, high school students in Japan were manifested "lack of confidence" in their findings on the issue. In this background, the Internet and games addiction will play a role on this phenomenon. It also suggests that Japanese students may tend to decrease the ability of social connectedness. The prevalence of net addiction among college students was summarized. Especially, students at the Saga University (Japan) showed the recent findings on the increase of prevalence concerning the net addiction. Through the experience of counselor for college students during about 10 years, I introduced the concept of "mind allergy". It is based on low self-esteem among Japanese students. Compared with other countries, Japanese college students showed that the rate of preoccupied pattern of interpersonal relationship was significantly high, indicating the similar findings (lack of confidence) among high school students. As measures to solve the above problems, I emphasized the following countermeasure : 1) exercise (it enhances self-esteem and self-confidence, 2) to promote the self-confidence (it turns to look at the positive aspects of clients' thinking and behavior by praise), 3) shared house (I want to stress the importance of social connectedness).

*Jpn Bull Soc Psychiat 20 : 387-392, 2011*

*Health Care Center, Saga University*

■第30回日本社会精神医学会(奈良): シンポジウム4「キャンパスメンタルヘルスの現代的課題と将来的展望 — 21世紀におけるメンタルヘルス—」

## 「健康白書2005」に見る日本の大学生の精神的不具合と、 就職氷河期におけるメンタルヘルス支援の課題

粥川裕平<sup>1)</sup>, 安宅勝弘<sup>2)</sup>, 佐藤 武<sup>3)</sup>, 杉田義郎<sup>4)</sup>, 影山任佐<sup>2)</sup>

### はじめに

学校精神保健に関して、いじめ、不登校、ひきこもりアパシーなどの問題を除いてキャンパスメンタルヘルス学会で取り上げられる機会はなかった。その意味で社会精神医学会が誕生して30年目にして、次代のわが国を担う人材育成の最終段階である大学メンタルヘルスがシンポジウムに採択されたことは画期的である。本稿では、「『健康白書2005』に見る日本の大学生の精神的不具合と、就職氷河期におけるメンタルヘルス支援の課題」について論述する。

### I. 「健康白書2005」に見る日本の大学生の精神的不具合

1961年に東京大学で新入生全員を対象に精神科医による面接が施行されたのが、わが国における大学生のメンタルヘルスケアの始まりである<sup>1, 13)</sup>。1970年頃にわが国独自の学生の精神的健康チェック表 University Personality Inventory (UPI)<sup>5)</sup>も開発された。1984年から10年毎に健康

白書が報告されてきた<sup>3, 4, 13)</sup>。2005年の健康白書<sup>11)</sup>は、国立大学における学生の精神医学的課題の特徴を明確にし、その健康支援の課題を明らかにする「根拠に基づく健康政策」<sup>17)</sup>を目指したものである。

### 1. 対象と方法

バブル崩壊後十数年続いた就職氷河期で学生のメンタルヘルスも悪化傾向にあることは想像に難くないが、景況感が幾らか回復基調といわれはじめた時期の2005年、1995年に続いて10年ぶりの大規模な健康白書作成の取り組みが国立大学保健管理施設協議会によって行われた。2005年わが国の大学生は287万人(うち国立大学生62.8万人)、大学院生25.4万人(うち国立大学院15.1万人)と報告されている。

21世紀になって初めての全国一斉の精神保健実態調査を行い、メンタルヘルス支援の課題を明らかにするために、全国87の国立大学に在学する学生、院生全員を対象として、2005年の1年間に保健管理センター学生相談室を利用した学生

英文タイトル: Mental Dysfunction Revealed by Report on University Students' Health in Japan 2005 and the Issues of Mental Health Care at the Unprecedented Ice Era of Employment

著者連絡先: 粥川裕平(名古屋工業大学大学院産業戦略工学専攻, 名古屋工業大学保健センター)

〒466-8555 愛知県名古屋市昭和区御器所町

TEL: 052-735-5108 FAX: 052-732-3018

E-mail: kayuchan@nitech.ac.jp

Corresponding author: Yuhei Kayukawa

Health Support Center, Nagoya Institute of Technology

Gokiso-cho, Showa-ku, Nagoya, Aichi 466-8555, Japan

1) 名古屋工業大学保健センター

Yuhei Kayukawa: Health Support Center, Nagoya Institute of Technology

2) 東京工業大学保健管理センター

Katsuhiko Yasumi, Jinsuke Kageyama: Health Service Center, Tokyo Institute of Technology

3) 佐賀大学保健管理センター

Takeshi Sato: Student Health Center, Saga University

4) 大阪大学保健センター

Yoshiro Sugita: Health Support Center, Osaka University

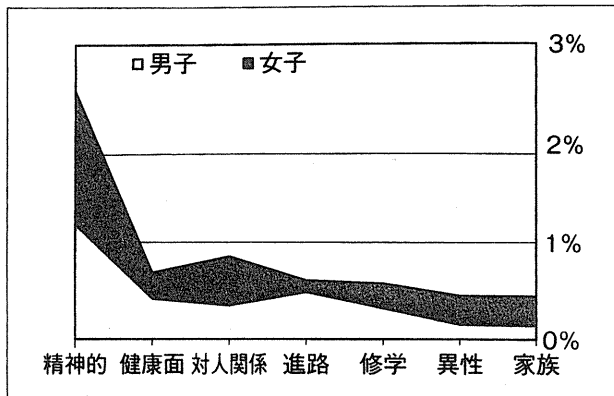


図1 学部生の相談件数と性差  
n = 241,390 (m : 153,528, f : 87,862)

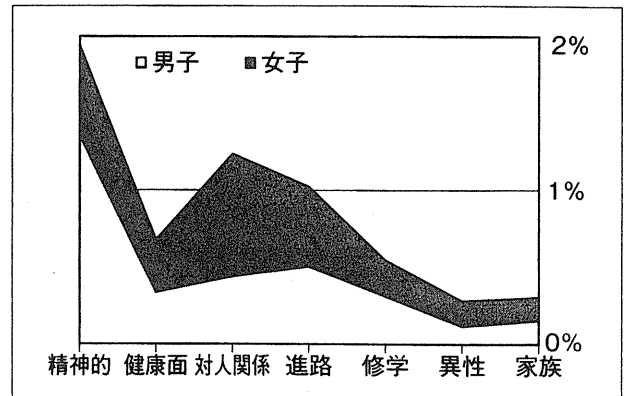


図2 院生の相談件数と性差  
n = 71,763 (m : 51,939, f : 19,824)

数、相談内容、精神医学的診断 (ICD-10)、および休学・留年・退学などの不適応について調査を行った。

#### 統計解析

統計解析は、Chi-square testを用いた。OR ; Odds Ratio (オッズ比), 95% CI ; 95% Confidential Interval (95%信頼区間)を示す。

## 2. 結果

53大学から回答が得られたが、設問が難しくなるに従ってアンケート記載が減少して、有効回答は以下に示す結果になった。調査は Q1 学生相談件数および相談内容統計調査, Q2 学生相談室における精神医学的診断 (病名別, 性別), Q3 精神疾患の中での休学・留年・死亡などの発生件数の3つからなっている。

#### 1) 学生相談件数および相談内容統計調査

学生相談室の相談件数、相談内容に関しては、48大学 学生総数 313,153 人 (男子 205,467 人 ; 女子 107,686 人) から有効回答が得られた。

##### a. 学部生の相談件数、相談内容と性差

48大学の学部生 241,390 人 (男子 153,528 人, 女子 87,862 人) の相談件数は 9,771 件 (男子 5,260 件, 女子 4,511 件) で、相談比率が有意に女子に多か

った ( $p < 0.0001$ , OR = 0.656, 95% CI : 0.630-0.683)。進路の悩みでは男性に有意に多かった (OR = 1.137) 以外は、全て女性に有意に多かった。対人関係 (OR = 0.489), 学業・勉強など修学上の問題 (OR = 0.763), 恋愛や性などの異性問題 (OR = 0.562), 精神的な問題 (OR = 0.521), 健康面の不安 (OR = 0.837), 家族関係についての相談 (OR = 0.410), などの結果であった (図1)。

##### b. 大学院生の相談件数、相談内容と性差

48大学の大学院生 71,763 人 (男子 51,939 人, 女子 19,824 人) の相談件数は 2,926 件 (男子 1,734 件, 女子 1,192 件) で、相談比率が有意に女子に多かった ( $p < 0.00001$ , OR = 0.540, 95% CI : 0.501-0.582)。大学院生では、精神的な問題 (OR = 0.705), 進路の悩み (OR = 0.520), 対人関係 (OR = 0.351), 健康面の不安 (OR = 0.495), 学業・勉強 (OR = 0.581), 家族関係についての不安 (OR = 0.489), 恋愛・性 (OR = 0.310), などいずれも女性に有意に多く認められた (図2)。

#### 2) 精神医学的診断について

精神医学的診断については、44大学 学生総数 285,788 人 (男子 187,537 人 ; 女子 98,251 人) から有効回答が得られた。ICD-10による精神医学的診断名を用いた。



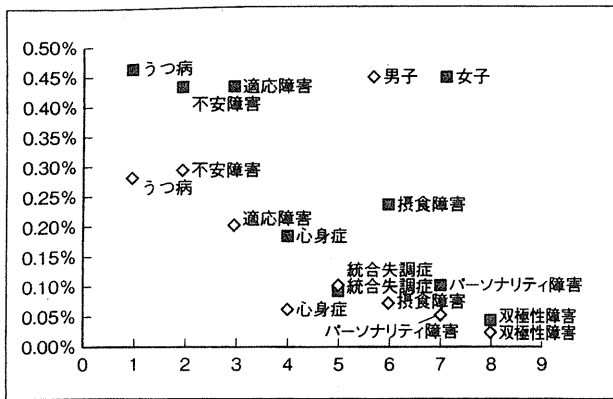


図3 学部生の精神医学的診断と性差  
n = 222,537 (m : 141,585, f : 80,952)

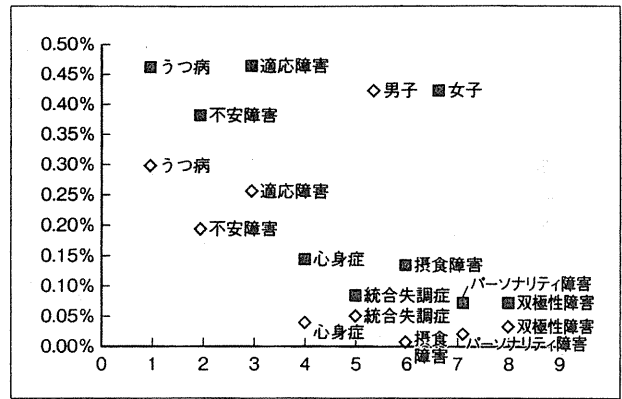


図4 院生の精神医学的診断と性差  
n = 63,251 (m : 45,952, f : 17,299)

a. 学部生の精神医学的診断と性差

精神医学的診断がつけられた学部生は、5,431名(男子2,686名、女子2,764名)で、有意に女子に多かった( $p < 0.0001$ )。診断病名の頻度は単極性うつ病771名(男子398名、女子373名)、不安障害圏763名(男子414名、女子349名)、適応障害675名(男子296名、女子379名)、その他472名(男子235名、女子237名)、統合失調症243名(男子164名、女子77名)、心身症236名(男子89名、女子147名)、摂食障害201名(男子10名、女子191名)、パーソナリティ障害154名(男子74名、女子80名)、分類不能134名(男子77名、女子57名)、双極性障害69名(男子33名、女子35名)の順であった(図3)。統合失調症、と分類不能では性差が認められなかった。統合失調症を除くすべての精神疾患で女性に有意に多く認められた。摂食障害は特に顕著に女性に有意に多く認められた(OR = 0.030)。その他、単極性うつ病(OR = 0.609)、不安障害圏(OR = 0.677)、適応障害(OR = 0.445)、心身症(OR = 0.346)、パーソナリティ障害(OR = 0.529)、双極性障害(OR = 0.539)などの結果で、いずれも女性に2倍から3倍近く多く認められた。その結果を図3に示す。

b. 大学院生の精神医学的診断と性差

精神医学的診断がつけられた大学院生は、1,089名(男子651名、女子430名)で、有意に女子に多かった( $p < 0.0001$ )。診断病名の頻度は単極性う

つ病214名(男子135名、女子79名)、適応障害195名(男子117名、女子78名)、不安障害圏152名(男子89名、女子63名)、その他77名(男子45名、女子32名)、心身症45名(男子21名、女子24名)、統合失調症37名(男子23名、女子14名)、双極性障害26名(男子14名、女子12名)、パーソナリティ障害24名(男子11名、女子13名)、摂食障害23名(男子1名、女子22名)、分類不能20名(男子12名、女子8名)の順であった(図4)。統合失調症では性差が認められなかった。統合失調症を除くすべての精神疾患で女性に有意に多く認められた。摂食障害は特に顕著であった(OR = 0.017)。単極性うつ病(OR = 0.642)、適応障害(OR = 0.564)、不安障害圏(OR = 0.531)、心身症(OR = 0.329)、統合失調症(OR = 0.618)、双極性障害(OR = 0.439)、パーソナリティ障害(OR = 0.318)、分類不能(OR = 0.565)などの結果で、女性に2倍から3倍近く多く認められた。その結果を図4に示す。

3) 精神医学的診断と転帰について

38大学 学生総数 241,436人(男子155,730人；女子85,706人)から有効回答が寄せられた。精神医学的診断毎に、留年、休学、退学、死亡の4つのいずれかが全体に占める割合 = 転帰不良指数 (poor outcome index) として算出した。精神医学的転帰の注目すべき特徴は、以下の2点である。

a. 学部生193,072人(男子120,752人, 女子72,320人)では3,112名の転帰が報告され, 留年234名, 休学168名, 退学69名, 死亡3名であった。3,112名中, 精神障害なし(正常範囲)とされたもの1,028名では留年・休学・退学は38名であった。この精神障害なしの集団を対照群として, 各精神疾患との留年・休学・退学を合計した数値の比較検討を Chi-square test で行った。双極性障害(OR = 24.192), 統合失調症(OR = 18.454), パーソナリティ障害(OR = 14.028), 単極うつ病(OR = 11.030), 適応障害(OR = 5.097), 心身症(OR = 4.342), 不安障害(OR = 4.314), 摂食障害(OR = 2.985)であった。精神障害のない学生に比べて, 不安障害や心身症など神経症圏の学生は2倍から5倍の転帰不良指数を示し, 気分障害圏では, 20倍前後という高い転帰不良指数を示した。統合失調症も20倍近いオッズ比を示した。留年・休学・退学は双極性障害では50%近く, 統合失調症では40%を占めていた。双極性障害, 統合失調症, 単極性うつ病などは, 自殺のリスクが高い精神疾患であるとともに, 学業の停滞や中断をもたらす重篤な精神疾患であることが示された。

b. 院生48,364人(男子34,978人, 女子13,386人)では, 686名の転帰が報告され, 留年30名, 休学57名, 退学34名, 死亡0名であった。686名中, 精神障害なし(正常範囲)とされたもの170名では, 留年1名, 休学3名, 退学2名であった。この精神障害なしの集団を対照群として, 各精神疾患との留年・休学・退学を合計した数値の比較検討を Chi-square test で行った。パーソナリティ障害(OR = 68.333), 双極性障害(OR = 22.778), 単極性うつ病(OR = 13.370), 統合失調症(OR = 9.647), 適応障害(OR = 6.042), 心身症(OR = 5.467), 摂食障害(OR = 5.467), 不安障害(OR = 3.417)であった。精神障害のない学生に比べて, 不安障害や心身症など神経症圏の学生は2倍から5倍の転帰不良指数を示し, 気分障害圏では, 20倍前後という高い転帰不良指数を示していた。双極性障害, 統合失調症, 単極性うつ病などは, 自

殺のリスクが高い精神疾患であるとともに, 学業の停滞や中断をもたらす重篤な精神疾患であることが示された。以上の学部生と院生の不適応率の結果を図5に示す。

### 3. 考 察

対象となった国立大学在学学生では, 男女不平等が, 国立大学在学学生の数値と性差で明らかとなっている(学部男女比2:1, 大学院男女比3:1)。

精神医学的診断の重要な特徴は, 学部生, 院生ともに単極性うつ病, 不安障害圏, 適応障害, 心身症, 摂食障害, パーソナリティ障害では女子学生に有意に多く認められたことである。統合失調症に関しては, 院生では統合失調症は女子学生にやや多く, 学部生では性差が認められなかった。精神医学的診断において, うつ病などの気分障害をはじめとして, 女子学生に有意に多く見られたという事実は, 一般住民における各種精神疾患の性差とも符合する。うつ病の生涯罹患率が女性の20%, 男性の10%で女性が男性の2倍という事実に関して, 女性の方がストレスの多い人生上の出来事に遭遇しやすいのか, それとも, 女性の方がストレスに対する感受性が高い(ストレス耐性が低い)のか, といった課題について検討した Kendlerら<sup>8)</sup>は, 女性は対人関係の問題を, 男性は法や業務に関連したストレスをより多く訴えたけれども, うつ病発症の危険性に影響するストレスに性差はなかったという事実から, 男性よりも女性にうつ病が多いのは, ストレスの多い人生上の出来事が報告される比率が違うためでも, また, それらの病原的な影響への感受性の違いでもない, と報告している。さらに Kendlerら<sup>9)</sup>は, 情緒的に支えられる豊富な社交関係を持っているということは, うつ病の予防的因子であるにも関わらず, 現実に女性の発症率が男性の2倍も高いという原因を明確にすることはできなかったと報告している。いずれにしても女子学生のストレスが男子学生よりも高く, 精神疾患の相談率も有意に高い点は, 今後のメンタルヘルス支援の上で留意すべき点である。

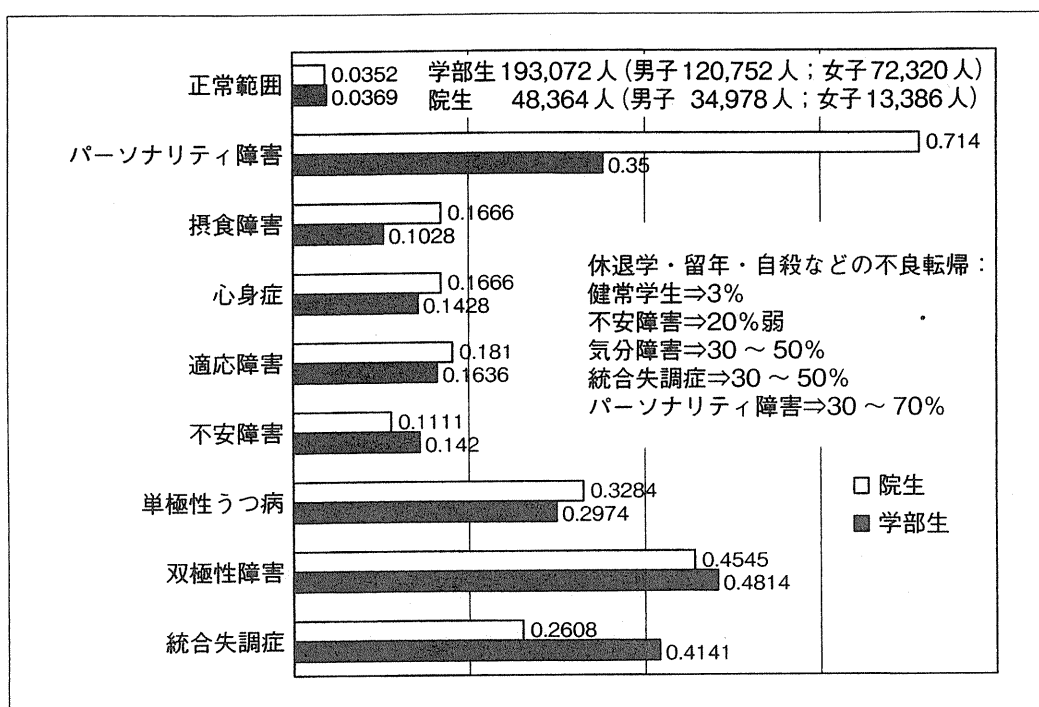


図5 学生の精神疾患と転帰不良指数  
学部生 193,072人 (男子 120,752人；女子 72,320人)  
院生 (男子 34,978人；女子 13,386人)

精神医学的転帰に関しては、留年・休学・退学などの不適応は、気分障害、精神病、不安障害圏の順で多かった。大学院における休学・退学・留年学生に関する調査を行った安宅ら<sup>19)</sup>によれば、統合失調症、うつ病が、男女とも8番目に多い休学理由で、他の精神疾患を併せると休学全体の4.6%がメンタルヘルスの問題であった。さらにメンタルヘルスが問題の休・退学院生への保健センターの関わりは32%であったと報告している。いずれにしても、不適応状態それ自体を減少させるような精神医学的治療技術の向上、復学支援や再発予防のスキルの向上が肝心ではないか。精神障害の分類も、疾病部分に重きを置くICD分類から、日常生活、キャンパスライフ、社会生活、職業生活の快適さや質に視点を置いたICF分類に世界保健機関は21世紀型の分類への移行を提唱している<sup>15)</sup>。留年、休学、退学などの不適応のもたらす心理社会的・経済的損失の大きさを考えれば、わが国の国立大学の学生の精神的健康の障害の問題は決して看過できるものではない。病状の改善までに半年以上を要するケースへの支援な

ど、まだまだ医療的にもすべき課題は山積しているが、病状改善後に単位や卒業研究、そして就職活動、それにバイトやサークルなど多彩な活動をバランスよく展開するまでに社会的機能回復がなされ、充実したキャンパスライフが営めて社会に巣立って行くのと見届ける、卒業後も必要に応じて援助を惜しまず社会的自立を支援するか否かが、最終ゴールとなる。

Koopmans GTら<sup>12)</sup>は、精神的ストレスはメンタルヘルスケアの資源を利用することに関連してはいたが、それは女性特有ということではなくて、女性の方が、身体的不調と同様に精神的ストレスをより多く抱えているために、結果的に健康支援サービスの利用度が高いという大規模な調査研究結果を報告している。Rickwood DJら<sup>14)</sup>は、一般的な援助希求行動は、心理的ストレスの症状の多さ、女性、社会的支援の利便性、専門家の助けを誰が求めているかを知ること、そして自己認識が高く自ら進んで精神的不調を述べることができる性格特性に関連している。結局、メンタルヘルスケアの専門家への相談は、心理的ストレスの

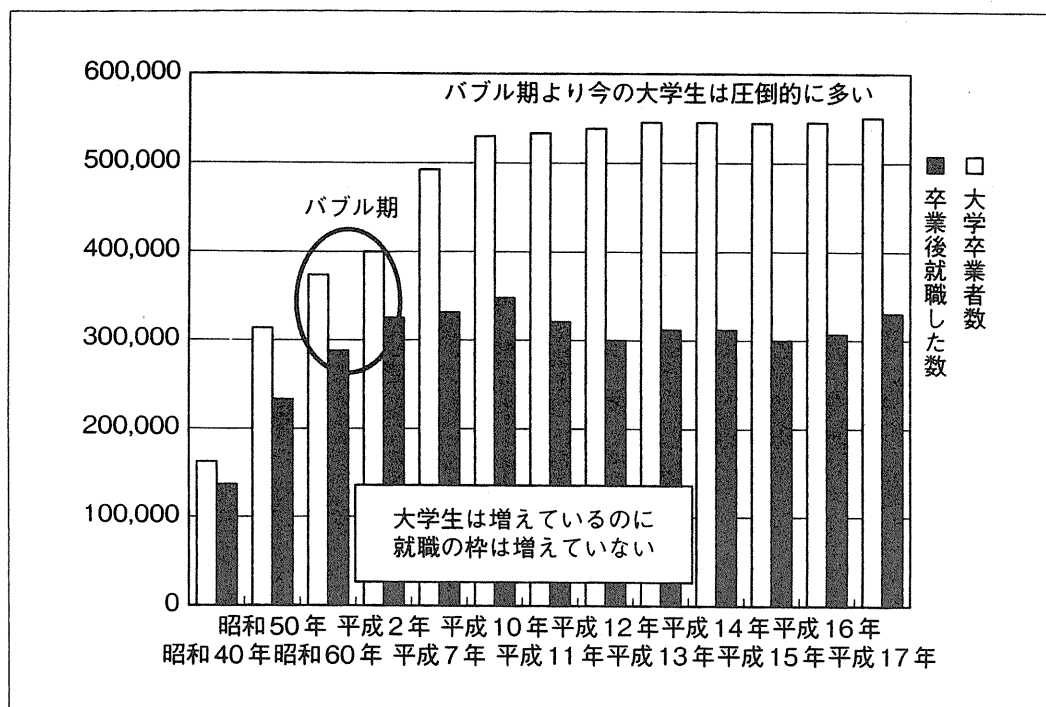


図6 大学卒業生数と卒業後就職した学生の推移

重症度が、唯一の有意な指標であった。援助希求行動の適切な予見因子は、メンタルヘルス支援のネットワークや性格特性よりも、精神症状と性別であることが示されたと報告している。しかしながら、Sen B<sup>16)</sup>は、抑うつ気分を持ち、自傷の危険の高い大多数の男女は、いずれも誰にも助けを求めないことが示されたと報告している。Carlton PAら<sup>2)</sup>も、希死念慮が強ければ強いほど、援助希求行動が少なかったと報告している。援助希求行動の特性とメンタルヘルスケア施設の利便性について、今後のさらに検討すべき課題として残されている。

なお、国立大学の学部生と大学院生の休退学・留年・自殺に関しては毎年調査報告が出されている<sup>10,18)</sup>。国立大学の学部生は全学生の20%弱で、わが国の大学生の実態を反映しているとは言い難い。その点国立大学の大学院生はわが国の大学院生の60%を占めており、その実態は信頼性になる。その点についての報告が毎年されているが、社会経済学的分析に留まらず、精神医学的・疫学的分析などの掘り下げが望まれるところである。

Limitations：本報告は、平成17年度の1年間に保健(管理)センター学生相談室を利用した学部生および大学院生の相談および診療統計データの解析結果に基づくものであり、わが国の大学生全員を対象にした無作為抽出による疫学調査研究ではない。こうした方法論上の問題点があるものの、標本数の多さから、普遍性も含まれている可能性もある。

## II. 就職氷河期におけるメンタルヘルス支援の課題

2010年春には8万人を超える学生が就業も進学もできず、ニートとなった。2011年春はその数が13万人に達した。(図6)こうした就職難を背景に、「就活うつ」の学生も確実に増加している。何社受けても採用されなければ、学習された無気力状態となり、「自分は社会で必要とされていない」という否定的自己認知に陥ってしまう。

こうした大学生の就職内定率が就職氷河期以来の落ち込みを記録する中、文科省は大学設置基準を改正し、2010年度から2014年度までの5年間