

現代の若者の精神保健の動向(1)

——精神保健上の変化について——

中 藤 淳

【目的】

筆者は、これまでに随時相談で得られたデータを分析して『学生相談室が設置された1978年と比べると最近の相談件数は著しく増加し、とりわけ1999年から2001年の3年間の相談件数が急激に増加している』、あるいは『相談内容別でも、1978年当時の「心と身体の健康」に関するものから、精神保健、学業、就職に関するものが増加し、全体の7割を占めている。なかでも学業に関する相談が著しい』などの結果を報告した(中藤、2002)。

また、本学で実施された健康調査カード(University Personality Inventory: UPI)を分析・考察する中から上記と同様の傾向である『1995年から1998年までの4年間と1999年から2004年までの6年間との間に顕著な差がある』ことを明らかにした(中藤、2004、2005)。すなわち、1998年及び1999年頃に精神保健上の変化があったことが示唆される。

こうした結果が導き出された背景や、その要因を探ることは、精神保健に関する研究や今後の学生相談を進めるにあたって充分に意義があると考えられる。そこで本研究では、これらの分析・検討を試みる。

【方法】

これまで行ってきた健康調査カード(UPI)のデータと、精神保健に関係するデータで、しかも1998年及び1999年頃の差、もしくは変化を検討することができるデータを収集し、それらを比較検討して分析・考察を進める。

【結果及び考察】

1) 健康調査カード(UPI)について

本学の学生相談は1978年5月から始まり、1995年からは健康調査カード(UPI)も5月前後に行う健康診断の折に併せて実施(回答・非回答は自由)している。そして、結果を見て本学保健師2名(その内1名は嘱託)が対応(例:保健師が呼び出して面接を行う、あるいは、必要に応じて各学科教員、カウンセラー、精神科医へ繋げるなど)している。

UPI(表1)自体は、WISC(Wechsler Intelligence Scale for Children)やWAIS(Wechsler Adult Intelligence Scale)といった知能検査などに代表される厳密な意味での心理検査と比較すると、妥当性・信頼性・客観性の面に若干問題を含んでいるので、その解釈には慎重さが求められるが、15年以上にわたって精神保健上の調査が行われ、数多くの客観的なデータが蓄積されている。

こうしたデータは、たとえば、抑うつ傾向を示す10項目:項目10)11)25)26)40)41)55)56)70)71)、神経症傾向を示す10項目:項目51)~60)に注目して抑うつ傾向3項目以上チェックした者や神経症傾向6項目以上チェックした者を要フォローの目安としている。あるいは30以上の項目をチェックした者、希死念慮を示す項目25)をチェックした者、相談を希望する項目72)73)をチェックした者、なども要フォローとしている。

このように精神保健上の問題を抱えていることが窺われる学生をスクリーニングすることに用いられ、そのこと自体は有益な用いられ方ではあるが、本研究のように年度や学年でのデータを分析する、といった形での分析はなされてこなかった。

表1 UPI 項目とその内容

項目	内 容	項目	内 容
1	食欲がない	38	ものごとに自信がもてない
2	吐気、胸やけ、腹痛がある	39	何事もためらいがちである
3	わけもなく便秘や下痢をしやすい	40	他人にわるくとられやすい
4	動悸や脈が気になる	41	他人を信じられない
5	いつも体の調子がよい	42	気をまわしすぎる
6	不平や不満が多い	43	つきあいが嫌いである
7	親が期待しすぎる	44	ひげ目を感じる
8	今まで自分や家庭は不幸である	45	とりこし苦勞をする
9	将来のことを心配しすぎる	46	体がだるい
10	人に会いたくない	47	気にすると冷汗が出やすい
11	自分が自分でない感じがする	48	めまいや立ちくらみがする
12	やる気が出てこない	49	気を失ったり、ひきつけたりする
13	悲観的になる	50	よく他人に好かれる
14	考えがまとまらない	51	こだわりすぎる
15	気分が波がありすぎる	52	自分のやったことを、確かめずにはいられない
16	不眠がちである	53	汚れが気になって困る
17	頭痛がする	54	つまらぬ考えが頭から離れない
18	首筋や肩がこる	55	自分がへんな匂いを出しているのではないか気になる
19	胸が痛んだり、しめつけられる	56	他人に陰口をいわれる
20	いつも活動的である	57	周囲の人が気になって困る
21	気が小さすぎる	58	変な目で見られているような気がする
22	気疲れする	59	他人に相手にされない
23	いらいらする	60	気持ちが傷つけられやすい
24	おこりっぽい	61	今までに体重が極端に変動したことがある
25	死にたくなる	62	のどに不快感がある
26	何事も生き生きと感じられない	63	アレルギーで困っている
27	記憶力が低下している	64	食欲がコントロールできない
28	根気が続かない	65	つねに冷静である
29	ものごとを自分では決められない	66	完璧にやらないと気がすまない
30	人に頼りすぎる	67	一度落ち込むとなかなか立ち直れない
31	赤面して困る	68	人を傷つけるのではないかと気になる
32	吃ったり、声かふるえる	69	親に反対されたらやりたいことでもあきらめてきた
33	体がほてったり、冷えたりする	70	自分を傷つけたくなくなる
34	排尿、性器、生理のことが気になる	71	むちゃなことをしたくなる
35	気分が明るい	72	その他、困っているいること、気になっていること、相談したいことがある
36	なんとなく不安である	73	今すぐ話したいことがある
37	独りでいると、落ちつかない		

そもそも UPI は筆者が学生相談室運営委員の一員だった1994年度に吉野要先生（臨床心理学）と一緒にその実施を提案した。その後、吉野先生は他大学へ異動されたため、実施を提案し、なおかつ本学に残った者の責任としてせめて結果は簡潔にまとめておこう、として取り掛かった。

検討したUPIのデータは、1995年1年生の354名からはじまり2010年1年生の618名まで16年間にわたって数多く、しかも各年度の学生もそれぞれ異なっている。従って、データの分布も多岐にわたり、そこに一定の傾向や規則性があるなどは予想しなかったが、結果はそれに反するものであった。

筆者が本学に赴任して16年以上経ち、その間に多

数の学生の教育に携わってきたが、正直なところそのような差を意識することはなかった。しかし、後述のように、データが示すところは明白である。

筆者は上記のような理由からUPIの分析・検討に至ったが、これらのデータもその機会がなければ一定の期間保管された後に廃棄される運命にある。もちろんUPIもその例に漏れず、本学の初期のデータは既に破棄されている。

筆者はたまたま学生相談室運営委員としての役割を果たす中で、自らが導入したUPIを分析・検討して記録にとどめたが、本学ではUPI以外にも様々なデータを蓄積していると思われる。しかし、それらは単年度だけ見ても判然とせず、数年あるいは数十年の推移を見

て改めて明らかになる事柄も多いのではなかろうか。

2) 健康調査カード (UPI) データに認められる精神保健上の変化

UPI が実施された1995年から2004年のデータ (中藤、2004、2005) に最近のデータを追加して修正・整理した。いくつか興味深い点はあるが、本論文の目的である『1995年から1998年までの4年間と1999年から2004年までの6年間との間に顕著な差がある』に関するデータを中心に分析する。

表2に2010年までのUPI上位10項目の在学期間内推移を示す。表2の内、1995年から2002年までは1

年生から4年生までの在学期間全ての、2008年は1年生から3年生までの、2009年は1年生から2年生までの、2010年は1年生のみの、データ及びその推移である。

学年の横の数値は回答者数を表す。たとえば、1995年の1年生は354名が回答し、彼らがチェック (肯定) したUPI項目は上位から35) 5) 68) ……の順であり、それぞれ354名の60%、54%、44%を占め、彼らが2年生になると359名が回答し、チェック (肯定) したUPI項目は上位から35) 5) 18) の順であり、それぞれ58%、48%、38%を占めることを表す。

表2 UPI 上位10項目の在学期間内推移

1995年								1996年							
1年 354名		2年 359名		3年 305名		4年 263名		1年 499名		2年 299名		3年 143名		4年 372名	
項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%
35	60	35	58	35	53	5	61	35	59	35	57	5	64	18	37
5	54	5	48	5	52	35	57	5	51	5	53	35	62	5	25
68	44	18	38	20	40	18	40	68	45	20	43	20	43	27	23
18	41	15	36	18	40	50	37	20	41	68	37	18	41	35	20
22	41	27	36	15	33	65	33	18	39	18	36	50	36	22	19
20	40	22	35	27	32	20	30	22	38	50	31	65	27	28	18
28	38	20	35	22	32	27	30	15	36	65	31	27	25	36	18
52	36	68	33	28	30	22	27	28	36	22	31	22	24	12	17
15	34	28	33	68	29	28	25	50	35	28	28	68	24	20	17
50	33	23	31	50	29	36	25	52	32	52	28	28	22	14	17

1997年								1998年							
1年 471名		2年 77名		3年 253名		4年 384名		1年 557名		2年 505名		3年 498名		4年 569名	
項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%
35	58	35	58	18	45	18	41	35	62	18	35	18	34	18	31
5	54	5	47	27	30	27	22	5	59	27	22	27	20	5	22
68	42	18	47	22	28	15	19	68	43	5	21	22	19	27	17
18	39	20	42	35	28	28	18	20	41	22	21	15	17	22	15
20	38	52	36	5	26	23	17	18	41	15	21	48	16	15	13
22	36	22	32	15	23	45	17	22	34	28	21	5	15	20	13
15	35	50	30	23	23	48	17	50	33	35	21	20	13	35	13
28	34	15	29	48	22	13	16	28	31	12	19	28	13	36	12
45	33	68	29	20	21	22	16	48	31	48	18	35	13	12	12
52	32	45	27	36	21	9	16	52	30	23	18	12	13	45	11

1999年								2000年							
1年 581名		2年 511名		3年 501名		4年 662名		1年 643名		2年 551名		3年 595名		4年 679名	
項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%
18	37	18	34	18	33	18	30	18	37	18	34	18	34	18	31
15	28	27	23	22	17	27	19	15	26	22	23	27	25	27	18
22	27	22	21	15	17	5	15	22	26	27	23	22	19	12	15
48	24	15	20	27	16	12	13	27	23	15	23	15	19	22	14
68	24	28	17	5	16	22	13	48	22	48	20	12	17	15	14
27	22	12	17	12	14	9	12	38	22	12	18	46	16	36	14
13	21	48	16	48	14	20	12	68	22	13	17	3	15	3	12
38	21	46	15	17	13	15	12	28	21	28	17	28	15	9	12
28	20	14	15	46	13	35	11	30	20	23	16	48	14	14	11
46	20	38	15	45	12	48	10	45	20	38	16	13	14	28	11

2001年								2002年							
1年 589名		2年 565名		3年 551名		4年 673名		1年 650名		2年 570名		3年 581名		4年 715名	
項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%
18	35	18	33	18	32	18	31	18	36	18	33	18	29	18	31
48	28	15	22	27	21	27	20	15	26	27	24	27	20	27	18
22	26	27	22	15	19	12	15	22	26	15	23	15	18	22	15
15	26	22	22	22	17	9	14	48	24	12	21	12	17	12	14
38	25	12	19	28	17	22	14	27	24	22	21	22	16	36	13
68	25	48	19	14	15	15	14	68	23	28	19	28	15	28	13
27	22	28	19	23	15	36	14	28	22	23	18	23	15	15	13
13	22	23	17	12	15	14	14	36	22	14	17	14	13	9	12
30	22	38	16	36	14	17	12	13	22	46	17	46	12	20	12
28	22	13	15	46	14	48	12	12	21	48	17	48	12	48	11

2003年								2004年							
1年 677名		2年 585名		3年 545名		4年 728名		1年 663名		2年 554名		3年 580名		4年 656名	
項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%
18	34	18	31	18	30	18	28	18	32	18	29	18	31	18	32
15	27	12	23	27	19	27	20	22	29	22	25	12	23	27	19
22	24	27	23	23	18	12	15	15	27	15	24	27	22	36	18
48	23	15	22	12	17	36	14	68	26	12	23	15	20	22	18
27	23	22	21	15	17	9	14	48	25	23	22	36	20	5	16
38	22	23	18	22	17	14	13	38	25	14	21	22	20	9	16
12	22	28	18	28	14	28	13	36	24	27	21	28	19	12	16
13	21	14	17	6	14	15	13	12	23	38	20	38	18	15	15
28	21	46	15	46	13	22	13	13	21	28	20	14	18	14	13
14	20	13	15	48	13	20	12	27	21	68	20	23	16	20	13

2005年								2006年							
1年 654名		2年 597名		3年 508名		4年 705名		1年 633名		2年 523名		3年 574名		4年 720名	
項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%
22	33	18	30	18	30	18	31	18	35	18	34	18	30	18	28
18	32	22	28	22	22	36	17	22	33	22	27	27	20	36	17
15	30	12	28	27	22	22	17	38	31	15	25	12	19	9	16
68	28	15	26	15	21	12	16	15	29	27	25	22	19	12	16
38	28	27	23	12	19	9	15	68	27	12	23	15	18	35	16
48	26	28	23	28	18	27	14	13	27	38	22	14	17	27	15
28	25	13	21	36	17	14	14	36	27	48	20	36	17	22	15
36	25	38	21	38	17	15	14	48	26	14	19	28	17	20	15
13	24	14	20	13	17	5	13	30	23	23	19	48	16	5	14
27	23	23	20	9	16	13	13	39	22	36	19	23	15	14	13

2007年								2008年							
1年 542名		2年 570名		3年 538名		4年 688名		1年 649名		2年 516名		3年 581名			
項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%	項目	%		
18	38	18	30	18	31	18	26	22	31	18	30	18	28		
22	33	15	28	15	19	5	17	15	31	15	27	15	20		
15	32	22	25	22	18	36	16	18	30	12	27	12	19		
36	25	27	24	12	18	9	15	36	28	14	23	22	18		
13	25	12	24	27	18	12	15	68	27	22	23	14	17		
48	24	14	21	14	15	14	14	38	27	23	21	36	17		
68	24	28	20	23	14	22	14	48	26	27	21	38	17		
38	24	38	18	36	13	20	13	30	24	38	21	9	17		
27	24	36	18	28	13	35	13	14	24	36	20	27	16		
14	23	23	18	38	13	27	12	13	23	13	19	23	16		

現代の若者の精神保健の動向(1)

2009年			
1年 631名		2年 572名	
項目	%	項目	%
18	33	18	31
22	31	15	24
15	31	12	24
38	26	22	21
36	24	38	19
68	24	28	17
12	23	23	17
30	23	27	16
13	23	5	16
48	22	14	15

2010年	
1年 618名	
項目	%
18	33
22	30
15	29
12	24
38	24
48	23
36	22
68	21
28	21
3	20

また、表2からも分かるように、1995年から1998年までの4年間の1年生の40%以上が意識もしくは自覚(肯定)している(35)気分が明るい、5)いつも体の調子がよい、68)人を傷つけるのではないかと気になる、の上位3項目、とりわけ50%以上を示している項目(35)と5)は、1995年から1998年まで4年間にわたる1年生の精神保健上の基調を示唆する項目である。従って、それら3項目には下線を敷いて示す。

さらに、筆者は1999年から2004年までの6年間における1年生と比較し、「いつも活動的であり、よく他人に好かれる」と意識もしくは自覚している点も1995年から1998年までの4年間における1年生の精神保健上の大きな特徴であると指摘した(中藤、2004)。そこで、その指標である20)いつも活動的である、50)よく他人に好かれる、の2項目を斜体で示す。

他方、1999年から2010年までの12年間では、それ以前の4年間では4位以下だった18)首筋や肩がこる、15)気分が波がありすぎる、22)気疲れする、の3項目が上位3位を占めるようになる。ただし、2001年では22)の代わりに48)めまいや立ちくらみがする、の項目が2位に位置し、2006年も15)の代わりに38)ものごと自信がもてない、が3位に位置している。すなわち、その間の12年の中で、僅かに48)と38)の2項目のみが上位3位以内に位置するだけで、残りは全て18)15)22)の3項目が占めることになる。

また、1995年から2004年のデータに追加された2010年までのデータは、1999年以降のデータと同様の傾向にあることも明らかである。

出現頻度は、18)が30%以上、15)と22)は20%以上を示し、1995年から1998年までの4年間での上位3項目の35)5)68)が示す40%以上と比較するとそ

の値は半減するが、1999年から2010年までの12年間にわたる1年生の精神保健上の基調を示唆する項目である。従って、それら3項目を太字で示す。

このように、1995年から1998年までの上位3位は35)5)68)の3項目が占め、1999年以降はそれらに代わって18)15)22)の3項目が占めることになる。すなわち、1年生の精神保健上の基調を示唆するUPIの項目は、1998年と1999年を分岐点として変化することは明らかである。

そこで、35)5)68)の3項目及び18)15)22)の3項目が1995年から2010年までの16年間にどのように推移したのかを示す(図1及び図2)。

これらのデータから、1995年から2010年までの16年間にわたる新入生の精神保健上の特徴としては、1995年から1998年までの4年間と1999年から2010年までの12年間との間に顕著な差のあることが改めて明らかとなる。このことは、特に注目すべき点である。

すなわち、『1995年から1998年までの4年間と1999年から2004年までの6年間との間に顕著な差がある』は、『1995年から1998年までの4年間と1999年から2010年までの12年間との間に顕著な差がある』と言えよう。

前者の1年生が「気分が明るく、おおむね体の調子はよい。しかし、時として人を傷つけるのではないかと気になる」を基調とし、「いつも活動的であり、よく他人に好かれる」と、自分を肯定的に受け止めているのに対し、後者の1年生は「首筋や肩がこり、気疲れする。しかも、気分が波がありすぎる」を基調とし、「人を傷つけるのではないかと気になり、ものごと自信がもてない」と自分を否定的に受け止めている。また、後者では心理的な否定感のもとより、身体

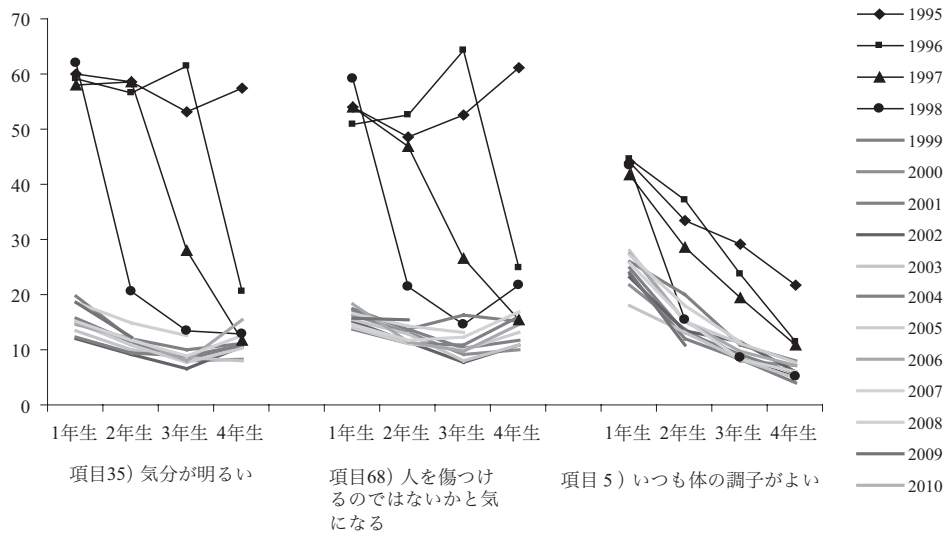


図1 項目35) 5) 68) の在学期間内推移 (出現頻度)

的な否定感が際立っている。

また、1995年から1998年までの学生の精神保健上の基調を示唆する35) 5) 68) の3項目は、「一定の規則性を示しながら1999年から2004年までの6年間の水準にまで減少する。すなわち、1995年から1998年までの4年間における1年生の精神保健の傾向および特徴は、1年生から4年生まで一貫して維持されるのではなく、その程度は年度が進むに伴って減少する。また、学年が進むに伴ってそれが顕著になる」ことも明らかである(図1)。

3項目とも1年生では1999年以降とは明らかに出現頻度に相違が認められ、一様に高い値を示す。しかも、1999年以降はその値がおおよそ20%前後での緩やかな減少傾向を示すのに対し、年度が進むに伴って在学期間内の推移に大きな変化が生じる。

35) 気分が明るい、は1995年では1年生から4年生まで一貫して50%以上の高い出現頻度である。ところが、それは1996年では4年生で、1997年では3年生で、1998年では2年生で、急激な減少に転じる。特に1997年の4年生と1998年の3年生、4年生では、その値は12%、13%、13%となり、1999年以降の値とほぼ等しくなる。

これらのデータは、年度が進むに伴って出現頻度が減少すること、また、そこには規則性があり、学年が進むに伴ってそれが顕著になることをクリアに示している。

5) いつも体の調子がよい、も同様の規則性を示す。1995年は1年生から4年生まで一貫して48%以上の

高い出現頻度である。ところが、それは1996年では4年生で、1997年では3年生で、1998年では2年生で、急激な減少に転じる。1997年の4年生と1998年の3年生、4年生では、その値は15%、15%、22%となり、35)ほどではないものの1999年以降の値とほぼ等しくなる。

これらのデータも年度が進むに伴って出現頻度が減少すること、また、学年が進むに伴ってそれが顕著になることをクリアに示している。

ところが、そうした規則性は68) 人を傷つけるのではないかと気になる、では35) 5)ほどクリアではない。クリアではないが、1995年と1996年の2年生で出現頻度が逆転している以外は年度が進むに伴って、また学年が進むに伴って68)の出現頻度は減少する点では同様である。

1995年から1998年までの4年間における1年生の精神保健の傾向および特徴は、1999年以降とは異なり、自分を肯定的に受け止めていると推測される。それらを指し示す3項目35) 5) 68)の在学期間内推移は、上述のとおり、一定の規則性を示しながら1999年以降の水準にまで減少することが明らかである。

他方、1999年から2010年までの12年間における学生の精神保健上の特徴を示唆する18) 15) 22)の3項目は、「変動が少なく、比較的安定しているといえよう。また、1995年から1998年までの4年間でのそれぞれの出現頻度は、1999年以降のそれよりも概ね高い値である」なども示している(図2)。

1999年以降の出現頻度は、18)が2004年の2年生が

現代の若者の精神保健の動向(1)

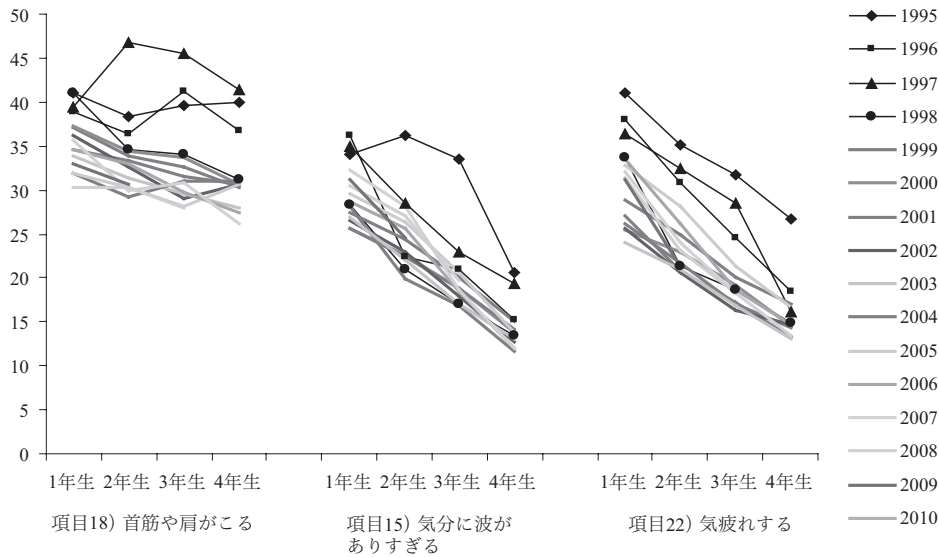


図2 項目18)15)22)の在学期間内推移 (出現頻度)

29%と30%にわずかに届かないが、それ以外の各年度および各学年ではいずれも30%以上の高い値を維持している。15)はそれとは若干様相が異なり、各年度の1年生ではいずれも26%以上の高い値であるのに対し、学年が進むに伴って徐々にその値は減少していく。22)も15)と同様、1年生では24%以上の高い値であるが、学年が進むに伴ってその値は徐々に減少している。すなわち、18)は項目15)22)と傾向が異なり、一定の高い出現頻度を維持してほとんど減少傾向を示さない。

また、これらの傾向は、2004年までのデータに追加した2005年以降のデータにも当てはまる。

このように1998年以前の特徴を示す35)5)68)の3項目はいずれも年度が進むに伴って、また学年が進むに伴って、それぞれの出現頻度は大きく減少する、という規則性を示したのに対し、18)15)22)の3項目は変動が少なく、比較的安定しているといえよう。

なお、1995年から1998年までの学生の精神保健上の基調や特徴とした項目5)20)35)50)の4項目については、それらをlie scale (虚偽尺度)とする立場と、その扱いをしないとの立場がある。たとえば後者については、これらの項目は必ずしも本来のlie scaleとしては機能していない、むしろ、実際には学生の積極的に健康的な側面を示す尺度として用いられる場合も多い(喜田、高木、2001)。あるいは、これらの項目をlie scaleというよりもそこに示された「心身の快調さ」に対してどのように反応しているかという点に着目し、他の項目と同様に考察の対象とし(沢崎、松原、

1998)、これらの項目を学生の健康な側面を示す項目(中井、茅野、佐野、2007)として検討を進める立場などである。

この点について筆者は、UPIがいわゆる心理検査として厳密に質問項目の妥当性や信頼性、客観性を検討・吟味して構成されているのではないので、これらの4項目をそのままlie scaleとすることはできない、との立場から、本論文でもこれらの項目を学生の健康な側面を示す項目として扱っている。

以上、UPIのデータが示すように、1995年から2010年までの16年間にわたる新入生の精神保健上の特徴としては、1995年から1998年までの4年間と1999年から2010年までの12年間との間に顕著な差のあることが明らかである。

しかも、1998年以前の学生が「気分が明るく、おおむね体の調子はよい。しかし、時として人を傷つけるのではないかと気になる」を基調として、自分を肯定的に受け止めているのに対し、1999年以降の学生は「首筋や肩がこり、気疲れする。しかも、気分が波がありすぎる」を基調とし、「人を傷つけるのではないかと気になり、ものごとに自信がもてない」と自分を否定的に受け止めている、と考えられる。

これらの結果は、1998年及び1999年頃を分岐点として本学学生の精神保健の傾向および特徴が大きく変化した、すなわち、精神保健上の変化があったことを示唆している。

3) 精神保健上の変化を成りさせる要因について

要因の分析については、既に1) 人的環境と2) キャ

ンパス移転などの物理的環境から一部試みたが、必ずしも明瞭な結論が得られなかった(中藤 2005)。その中で「人的環境のみでの説明には困難があり、それ以外の要因として、1998年のキャンパス移転とそれに伴う学制の変更などの物理的環境に改めて着目せざるを得ない」と指摘したが、2005年以降にも2009年には愛知県立大学と愛知県立看護大学を統合し、学部・学科・研究科が再編成された。

その結果、学部は外国語学部(英米学科・ヨーロッパ学科・中国学科・国際関係学科)、日本文化学部(国語国文学科・歴史文化学科)、教育福祉学部(教育発達学科・社会福祉学科)、看護学部(看護学科)、情報科学部(情報科学科)の5学部となる、などの学制の変更を経験したが、上述のように2009年及び2010年共に(18)15)22)の3項目が上位に位置し、1999年以降と同様の傾向を示している。すなわち、こうした学制の変更などの物理的環境も精神保健上の差を生起させる要因ではないことを示唆している。

そもそもUPIのデータが示す1年生の精神保健上の傾向や特徴は本学学生のものではあるが、UPIの実施が入学当初に行われたことからすれば、それらは高校生時代のものである。高校から大学へ進学すること、しかも本学へ進学したこと、すなわち、広い意味での環境や文化・社会的な要因を考慮する必要があるのだろう。

そうだとすると、本論文で得られた結果が、本学学生のみ当てはまるのか、本学学生を含めた現代の若者一般に当てはまるのか、といった視点も重要になる。

そこで、本学に学生相談室が設置された1978年から2010年の間に蓄積された精神保健に関係すると思われるデータ、とりわけ1998年及び1999年頃の変化を検討することができる他大学でのデータなどに着目して分析・検討を進める。

3)-1 他大学でのUPIデータについて

他大学でもUPIが実施され、その検討・分析が行なわれている。

たとえば、年度を経るごとに心理的課題や悩みを有する新入生数が増加傾向になる(喜田・高木、2001)や2000年以降の新入生はそれ以前の新生に比べて精神的、身体的不調を自覚している割合が多い(願興寺ら、2007)などの結果が報告されている。本研究と同様な傾向を示唆してはいるが、1998年と1999年との差(変化)を明瞭に示しているデータは見当たらない。

い。

本研究のように1年生から4年生にわたってUPIを実施して、それを年度や学年毎で分析するのではなく、1年生にのみ実施していることに起因するものと思われる。すなわち、分析の対象や方法の違いが本研究と他大学との違いとして現れたと考えられる。

3)-2 休学・退学、留年学生について

大学生の精神保健の問題は、休学、退学、留年等の就学状況に現れやすい。本学でも精神保健上さまざまな問題をもつ学生が増え、それにより休学・退学する事例が最近多く認められる。また、本学ではあまりないが自殺もその一つである。

大学生の休学・退学(死亡を含む)、留年学生などに関する調査は、茨城大学保健管理センターが事務局として集計、分析、まとめを行っている。1978年から実施され、現在は国立大学83校中74校が参加している(内田、2009)。

対象とした在学学生総数は、たとえば2006年度が403,399名で、内訳は男子260,756名・女子142,643名である。その内、休学者は9,931名、退学者は6,018名、留年学生は22,355名であった。

在籍学生数に占める休学・退学学生の比率はそれぞれ2.5%・1.5%であり、休学率は1995年度頃から急増傾向にあったが、2001年度より横ばい傾向で、2004年度より3年連続減少している。退学率は1994年度頃から急増傾向にあったが、2000年度にやや下がり、その後横ばいから減少傾向にある。

そこでの特徴は、1989年度で退学率と休学率が入れ替わって休学が退学を上回り、それ以降休学率の方が高い傾向が続いていることである。また、留年率は5.5%で、1990年度から増加傾向であったが2002年度より減少傾向にある。

しかし、そこでも本研究で認められた1998年と1999年との差(変化)は見られない。但し、「1998年の頃から経済的要因による休学理由が急速に増えている」との指摘がなされている点は注目すべきだと思われる。

自殺についても報告がなされている。たとえば、2006年度の死亡学生は118名(内女子30名)であった。経年推移を見ると全死亡率は減少傾向にあることが窺える。また、全死亡に占める自殺、事故死、病死の死亡率の変化で特記されるべきことは、1996年度から、自殺が死因の中で一番高い状態が続いている、という点である。中高年の自殺のように急増してはい

ないが、死因の第一位を占めている。なお、ここでも1998年と1999年との差(変化)は見られない。

すなわち、大学生の精神保健の動向を全国規模で調査しているデータでは、「経済的要因による休学理由」以外に本研究で見られた1998年と1999年との差は明らかではない。

上記3)-1と2に示したように、他大学でのUPIデータと休学・退学、留年学生からは、本研究で得られた『1995年から1998年までの4年間と1999年から2010年までの12年間との間に顕著な差がある』への明確な支持は得られなかった。

大学生では以上のような結果となったが、大学生を含む若者一般や国民全体の精神保健に関係すると思われるデータはどうか、以下に示す。

3)-3 自殺について

前項の大学生の自殺では、死因の中で自殺の割合が一番高いことが示された。また、日本の自殺者が3万人を超えた1998年は、大きな社会問題にもなった。すなわち、本研究で着目する1998年と1999年との前者がここで挙がる。

そこで、改めて自殺者の推移を内閣府の平成23年版自殺対策白書から見てみたい(図3)。

第二次世界大戦後のしばらくの間、日本の若者の自殺率は世界的にも非常に高く、20代が60代以降の高齢者と共に高い山を形成していた。最初は1958年の23,641人をピークとする1954年から1960年にかけての山であり、高度成長期には14,000人台前半まで減少した。その後は増加傾向となり、1975年以降は、

20,000人前後で推移していた。次いで、1962年の20,668人から1983年の24,985人に増加した後、1986年の25,667人をピークとする二つ目の山を形成した。

その間、20代も60代以降の高齢者と共に高い山を形成していたが、1970年には20代の自殺率の山はなくなり、年齢が上がるのに伴い自殺率が高くなる傾向となった。そして、日本の自殺者が3万人を超えた1998年には、特に50代60代男性の自殺者が急増し、それと同時に各年代でも増加が見られた。

男女別にみると、男性は、1983年に16,876人となって以降、1991年までは減少傾向にあったが、その後増加傾向に転じ、1998年に前年の15,901人から6,448人(40.6%)増加して22,349人となって以降は、2万人を超える状態が続いている。

女性は、1986年に9,168人となってから、1994年まではゆるやかな減少傾向にあったものの1998年には前年の7,593人から1,813人(23.9%)増加し、これまでで最多の9,406人となり、その後は8~9千人台で推移している。

ここでは1998年が自殺者の推移での大きな節目であり、本研究が問題とする1998年と1999年の差より1年前ではあるが、注目すべき年であることを改めて指摘しておきたい。

3)-4 不安や悩みについて

大学生を含む若者に限定した不安や悩みについての全国的なデータはほとんどないが、平成23年版厚生労働省に収められた内閣府「国民生活に関する世論調査」には全国民のデータが収集されている(図4)。

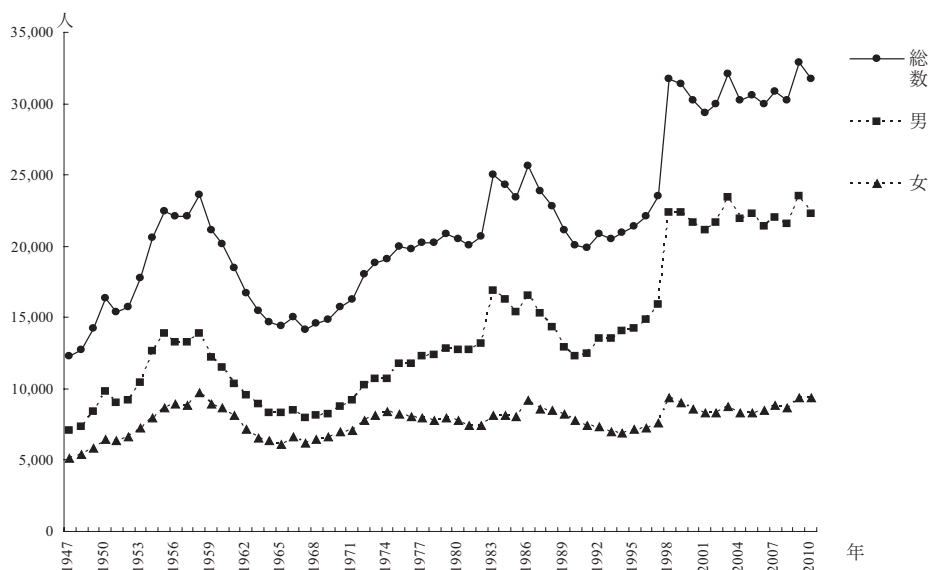


図3 自殺者数の推移(厚生労働省「人口動態統計」より作成)

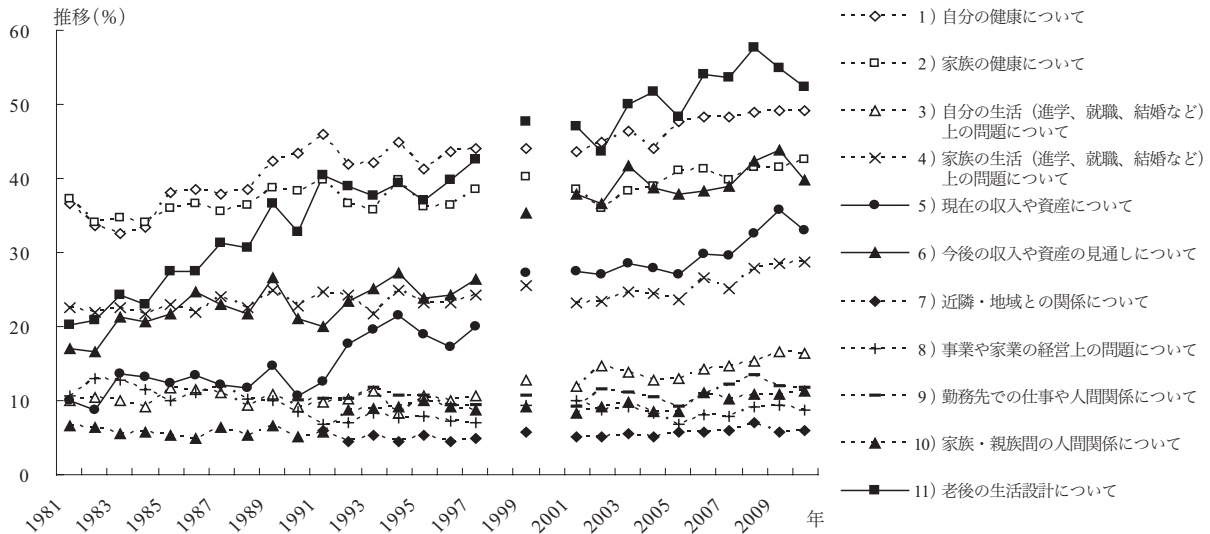


図4 悩みや不安の推移 (資料：内閣府「国民生活に関する世論調査」より作成)

それでは、国民はどのようなことに悩みや不安を感じているのかを見てみる。

1981年から2010年までの悩みや不安の内容の推移をみると、1990年までは「自分の健康」「家族の健康」といった健康問題を挙げる者が最も多かったが、80年代から90年代にかけて「老後の生活設計」を挙げる者が急上昇し、2003年以降「自分の健康」に替わり第1位を占めるようになった。

1998年と1999年との差については、1999年及び2000年のデータを残念ながら欠いてはいるが、1997年から1999年の間で「現在の収入や資産」が20.1%から27.2%へ、「今後の収入や資産の見通し」が26.4%から35.3%へ、「老後の生活設計」も42.6%から47.6%へと5%以上も上昇し、1999年以降もその傾向は変わらない。とりわけ「今後の収入や資産の見通し」は急激に上昇し、2010年も42.4%と国民の約4割が不安に感じている点が注目される。

ここでも本研究で注目している1998年及び1999年頃を分岐点として悩みや不安の急増が確かめられる。

3)-5 精神疾患の患者について

平成20年版障害者白書によると、精神疾患により医療機関にかかっている患者数は、近年大幅に増加しており、2008年には総数が323万人に達している(図5)。厚生労働省は患者数が多く死亡率の高い、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病を「4疾患」に指定していたが、2011年7月に新たに精神疾患を加えて「5疾病」とした。

精神疾患は、がん患者(152万人)の約2倍、4疾

病で最も患者数が多い糖尿病(237万人)よりもはるかに多い数である。なお、表の精神疾患には、うつ病などの気分障害や、統合失調症、認知症などICD-10で「精神及び行動の障害」に分類されるもののほか、てんかん・アルツハイマー病を含んでいる。

内訳は、多い順から、うつ病(104.1万人)、統合失調症(79.5万人)、不安障害(58.9万人)などとなっており、近年は、うつ病や認知症などの著しい増加がみられる。

注目すべきは、1996年の患者総数は218.3万人から1999年の204.1万人へと一端は減少したが、1999年からは一転して増加傾向にある点である。その間、上述のうつ病は1996年の43.3万人から、44.1万人、71.1万人、92.4万人、104.1万人と推移し、1996年を100とすると、それぞれ101.8、164.2、213.4、240.4と、2008年には2.4倍とまさに急増していることが分かる。それ以外の統合失調症が110.3、不安障害が126.1、その他が143.8なので、その違いが際立つ。

ここでも残念ながら3年毎のデータのため1998年のデータなどを欠くが、やはり1999年を分岐点として精神疾患の患者数、とりわけうつ病の急増が確かめられる。その原因の一つは医療技術の進歩で診断しやすくなったことや、症状が知られて受診する人が増えたことも挙げられるが、精神保健の面で不調を抱える人が増えていることは明らかだろう。

上述の通り、3)-1から5で示した精神保健に関するデータの内、大学生を対象とした1と2では、本研究で得た1998年及び1999年頃の変化を明瞭に示す

現代の若者の精神保健の動向(1)

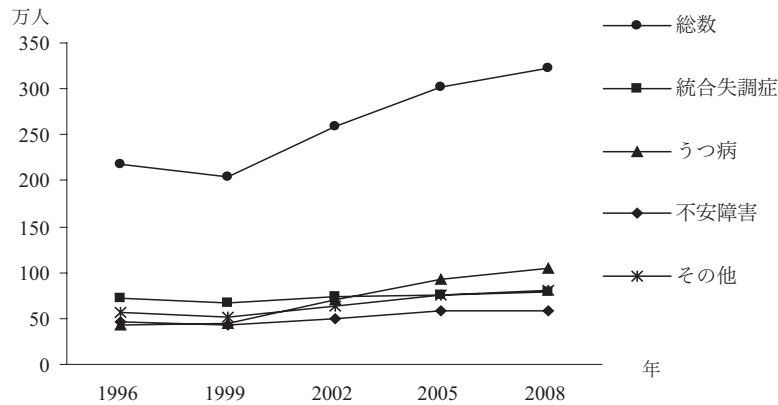


図5 精神疾患の患者数の推移

ものはなかった。

しかし、大学生を含む国民一般を対象としたデータでは、1998年であったり、1999年であったりと若干のずれはあるが、そうしたずれも含めた1990年代後半が分岐点となって、精神保健に大きな影響を与える要因が存在することを示唆している。筆者は、既に述べたようにこの要因を学内の人的環境やキャンパス移転などの物理的環境に求めたが、今回のデータは改めて、その限界を示したものと思われる。すなわち、大学内にその要因を求めるのではなく、別の視点からの要因分析が必要だと考えられる。

この点について、社会学の山田（2004）は、自殺者が2万人台から3万人台に急増した1998年に着目し、その年の特異性を1998年問題と呼んでいる。その根拠として、自殺者や青少年の凶悪犯罪、児童虐待相談処理件数などを挙げ、それらに関するデータが1998年を起点に数字が転換、それも、望ましくない方向に転換していることを示している。その原因については、グローバル化、IT化などによってニュー・エコノミーの浸透が日本にも始まり、雇用が不安化した結果だと考え、1998年問題とは、将来の生活の不確実化に直面し、それに耐えきれない人々が起こす問題だと主張している。

経済学の原田泰（2004）も、ニュー・エコノミーのマイナスの側面が一気に噴出したのが1998年であり、同年が日本経済の一つの節目であることを強調している。

この経済面からの視点は、たとえば、前掲の内田は自殺率と景気変動について「不景気時に自殺率上昇とまではいえないものの、景気との関連が見られる。バブル期といわれる1988年～1991年は自殺率に比べて

事故率が高かった。1996年からは、毎年自殺率の方が高く、つまり、景気低迷に自殺率が死因の第一位を占めている状態が続いている。」と述べている。また、3)-4 不安や悩みでも「現在の収入や資産」や「今後の収入や資産の見通し」、「老後の生活設計」などの経済に関するものが大きく影響することを示している。

こうした経済面からの視点は、筆者が専門とする分野ではないが、その影響を改めて考えなくてはならない。これらの文献では、いずれもその背景として「グローバル化、IT化などによってニュー・エコノミーの浸透が日本にも始まり、雇用が不安化した」などの経済上の変化を挙げている。

しかし、そうした経済上の変化が本研究で対象とする大学生の「精神構造の変化」の直接の規定要因とするのは無理がある。経済的な困難は、たとえば、2008年のリーマン・ショックなども挙がるが、そこでのUPIに大きな変化は認められない（たとえば、図1を参照）。

すなわち、1990年代後半での経済上の変化は若者の精神構造の変化のきっかけにはなったが、それ以外の精神保健上の質的变化が起こったと考える方が自然である。

より重要な点は、そうした経済状況の変化により、人々の間に「努力したところで報われない」との意識が強まり、そうした人々から「希望」が消滅している、との前掲の山田の主張や、平成23年版厚生労働白書で、今日の日本を取り巻く社会経済環境は、「豊かになったが『不安』を抱えている時代」といえよう、と指摘されている点である。

現在のところ筆者には、平成23年版厚生労働白書がいうところの「豊かになったが、『不安』を抱えて

いる時代」のまさに（経済的な困難さを背景としての『不安』が的を射た要因ではないかと考えている。

だとすると、それを明らかにするのは容易ではない。通常、そうした不安を測定する MAS (Manifest Anxiety Scale) や STAI (State-Trait Anxiety Inventory) などでは上述の『不安』は扱えず、それ以外の方法を用いる方が有効だと考えられる。

従って、今後はその点を補う方法を用いて上述の要因の分析・検討を進める必要がある。

文 献

- 1) 中藤淳：2002 愛知県立大学における精神保健の現状と課題(1)―学生相談の資料を中心に―、愛知県立大学文学部論集、第51号、pp. 1-14.
- 2) 中藤淳：2004 愛知県立大学における精神保健の現状と課題(2)―健康調査カード (UPI) による新入生のデータ―、愛知県立大学文学部論集、第53号、pp. 129-148.
- 3) 中藤淳：2005 愛知県立大学における精神保健の現状と課題(3)―健康調査カード (UPI) による在学生のデータ―、愛知県立大学文学部論集、第54号、pp. 77-98.
- 4) 喜田裕子・高木茂子：2001 学生相談から見た大学生のメンタルヘルスと心の教育―富山国際大学における過去10年間のUPI調査をもとに―、富山国際大学人文社会学部紀要、VOL. 1、pp. 155-165.
- 5) 沢崎達夫・松原達哉：1988 大学生の精神健康に関する研究(1)、筑波大学心理学研究、第10号、pp. 183-190.
- 6) 中井大介・茅野理恵・佐野司：2007 UPIから見た大学生のメンタルヘルスの実態、筑波学院大学紀要、第2集、pp. 159-173.
- 7) 願興寺礼子・小塩真司・桐山雅子：2007 中部大学新入生の心理的健康の年次的変化―UPIの得点、健康や精神衛生上の問題・治療歴の有無、悩みの有無・内容について―、中部大学教育研究、No. 7、pp. 63-68.
- 8) 内田千代子：2009 大学における休・退学、留年学生に関する調査 第29報、第30回全国大学メンタルヘルス研究会報告書、pp. 70-85.
- 9) 内閣府 平成23年版 自殺対策白書
- 10) 内閣府 平成20年版 障害者白書
- 11) 厚生労働省 平成23年版 厚生労働白書 社会保障の検証と展望―国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀―
- 12) 山田昌弘：2004 パラサイト社会のゆくえ、ちくま新書
- 13) 原田泰：2004 「大停滞」脱却の経済学、PHP 研究所