

大学生の精神的不健康の実態と自殺予防に関する研究

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡大学学術院教育学領域 公開日: 2018-06-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 鈴江, 毅 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00025365

大学生の精神的不健康の実態と自殺予防に関する研究

Study about Mental Unhealthiness of University Students and Suicide Prevention

鈴 江 育
Takeshi Suzue

(平成 29 年 10 月 2 日受理)

I はじめに

我が国の自殺者数は、平成10年に年間3万人を超えて以来、その後も連続して高値を更新してきたが、2012年に15年ぶりに3万人を下回った。しかしながら2016年以降にも今だ2万以上の自殺者があり、そのうち男性が全体の約7割を占めている。また年齢階級別では、40歳代が2割弱と最大を占め、次いで50歳代、60歳代の順となっている¹⁾。特に最近では、就職活動の失敗を苦に自殺する10～20歳代の若者が急増しているとの報告がある²⁾。平成27年7月25日閣議決定された自殺総合対策大綱においても、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すなかで、具体的な対策として、若年層向けの対策や、自殺未遂者向けの対策を充実することが謳われている³⁾。学校保健の分野においても様々な取り組みが行われている⁴⁾。

大学生においても、高学年生に心の健康度や疲労度の悪化が危惧されており⁵⁾、メンタルヘルス不調に対する早期発見や治療、支援に向けての取り組みが始まっている⁶⁾。また大学生の自殺防止対策についても複合的・重層的対策が求められている⁷⁾。現在我が国では自殺予防のためのゲートキーパー活動が提唱され、各地で職場、地域の人々、医療関係者、教育者などを対象にゲートキーパー養成講座が開講され、有効性が検証されている^{8～10)}。一方若年層に対する自殺予防教育は、大学の教職員対象のものや大学生を対象にしたものなどが若干報告されている^{11～13)}。

本研究では、大学生の精神的不健康について調査し、男女別、学年別、学部別にその実態をあきらかにし、もって自殺予防・対策の一助とすることを目的として、調査・解析を行った。

II 方法

1. 調査対象

A大学の大学生・大学院生6,602名である。A大学は地方に存在する平均的な国立大学であり、医学部を含む総合大学である。

2. 調査方法と調査時期

2011年1月～2月にかけて、A大学の大学生・大学院生全員6,602名を対象にアンケート調査用紙を配布した。

3. 調査票

①基本属性：

性別、学年、所属学部、同居の家族数、「主観的健康感」、「幸福感」、「暮らし向き」、「現在の健康状態」、「人と交流する機会」などの調査を行った。

②メンタルヘルス傾向の評価：K 6 質問票日本版（以下K 6）：

K 6は、「神経過敏に感じましたか。」「絶望的だと感じましたか。」「そわそわ、落ち着きなく感じましたか。」「気分が沈みこんで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか。」「何をするのも骨折りだと感じましたか。」「自分は価値のない人間だと感じましたか。」の6項目であり、それぞれ5件法で点数化している^{14,15)}。得点は0～24点の範囲であり、高得点ほど気分・不安障害の可能性が高い。またK 6が9点以上の群には50%の確率で気分・不安障害が認められるとされている¹⁶⁾。

統計学解析は、対応のないt検定、一元配置分散分析を行い、有意水準は5%とした。統計ソフトとしてはIBM SPSS 24とMicrosoft excel 2013を使用した。

あなたは過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。それぞれの質問に対して、そういう気持ちをどれくらいの頻度で感じていたか、最もあてはまるものに○印をつけてください。

	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
(1) 神経過敏に感じましたか。	1	2	3	4	5
(2) 絶望的だと感じましたか。	1	2	3	4	5
(3) そわそわ、落ち着きなく感じましたか。	1	2	3	4	5
(4) 気分が沈みこんで、何が起こっても 気が晴れないように感じましたか。	1	2	3	4	5
(5) 何をするのも骨折りだと感じましたか。	1	2	3	4	5
(6) 自分は価値のない人間だと感じましたか。	1	2	3	4	5

図1 K 6調査票

4. 倫理的配慮

回答はすべて無記名とし、回答しなくても回答者が不利益を被らないこと、調査結果はすべて統計的に処理し、本研究の目的以外には使用しないことを説明し、了承を得た。またあらかじめ香川大学医学部倫理委員会の承認を得た（倫理委員会承認番号：H22-54）。

III 結果

大学生・大学院生2,057名から結果用紙を回収した。その中でK 6及び社会的・心理的因子にすべて回答した者は1,706名であった。回収率31.2%、有効回答率は79.1%であった。

表1に対象者の背景を示す。男女別では、男性941人、女性765人であった。学年別では1年生436人、2年生318人、3年生409人、4年生350人、5年生16人、6年生3人、大学院生172人であった。所属学部（含大学院）の内訳は、教育学部286人、教育学研究科22人、法学部135人、法学研究科1人、経済学部295人、経済学研究科1人、医学部医学科69人、医学部看護学科120人、医学研究科23人、工学部342人、工学研究科89人、農学部229人、農学研究科54人、地域マネジメント研究科21人、連合大学院17人であった。表1にはすべての研究科（大学院）を大学院（生）としてカウントした。また学部別の解析は表1の内訳に従って行った。

表1 対象者の背景

		人数	%
性別	男性	941	55.2
	女性	765	44.8
学年	1年生	436	27.6
	2年生	318	20.2
	3年生	409	25.9
	4年生	350	22.2
	5年生	16	1.0
	6年生	3	0.2
	大学院生	46	2.9
学部	教育学部	286	17.4
	法学部	135	8.2
	経済学部	295	17.9
	医学部	189	11.5
	工学部	342	20.8
	農学部	229	13.9
	大学院	172	10.4

全体では、K 6得点は 11.3 ± 4.8 （平均±標準偏差）であり、日本人の一般住人の報告 3.5 ± 3.8 に比べて高値であった¹⁶⁾。図1にK 6の得点の全体像を示した。最も人数が多いのは最低点の6点（272名）であり、次に多かったのは7点（155人）であった。以下得点が高くなるにつれ徐々に人数は減少し、15点（63人）、24点以上では10人以下となり、最高点は30点（3人）であった。気分・不安障害が50%の確率で含まれるとされる9点以上者（高値者）の割合は、教育学部16.6%、法学部8.0%、経済学部16.6%、医学部医学科3.0%、医学部看護学科6.9%、工学部22.2%、

農学部13.4%、研究科（大学院）13.3%であり、工学部が最も高値者が多く、経済学部、教育学部がそれに続き、最も少ないので医学部であった。

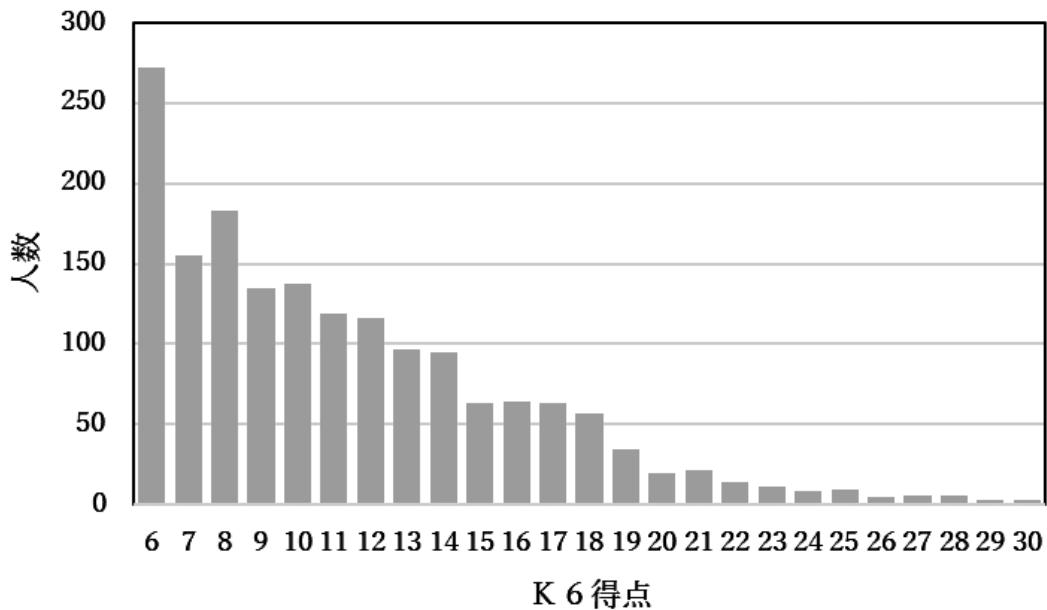


図2 K 6得点 全体グラフ

K 6 の得点を性別で見てみると、男性 11.4 ± 4.9 （平均値 \pm 標準偏差）、女性 11.4 ± 4.9 であり、性別では有意な差は認められなかった（対応のないt検定； $p = .357$ ）。

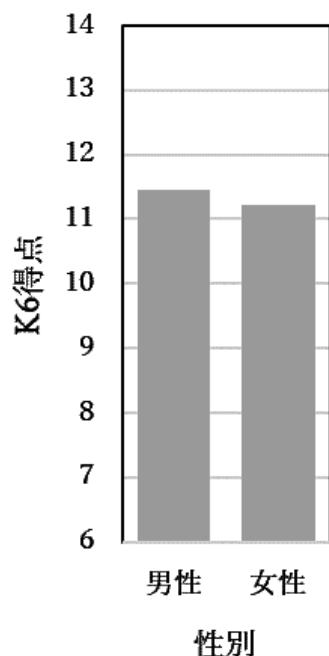


図3 K 6得点 性別比較

学年別にK 6の結果を解析したところ、1年生 10.9 ± 4.6 （平均値±標準偏差）、2年生 12.0 ± 5.2 人、3年生 11.2 ± 4.7 、4年生 11.5 ± 5.1 、5年生 13.0 ± 6.3 、6年生 11.7 ± 3.2 、大学院生 10.9 ± 4.6 であり、有意な差は認められなかったが、学年が高くなるとK 6が高値になる傾向にあった（一元配置分散分析； $p = .054$ ）。

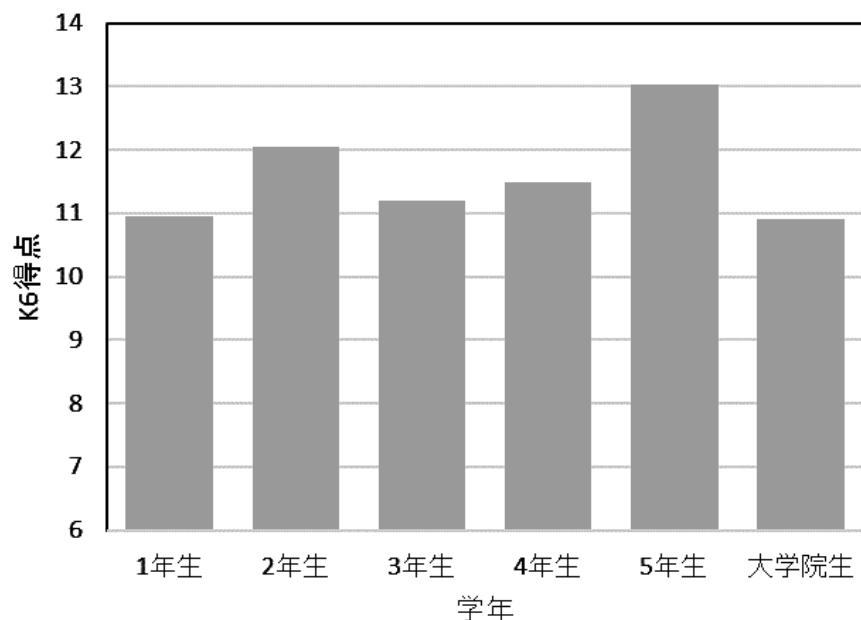


図4 K 6得点 学年別比較

学部別のK 6得点は、教育学部 11.4 ± 4.9 （平均値±標準偏差）、法学部 11.7 ± 5.1 、経済学部 10.6 ± 4.6 、医学部 10.3 ± 4.2 人、工学部 12.3 ± 5.2 、農学部 11.2 ± 4.5 であり、工学部が高く、医学部が低かった（一元配置分散分析； $p < .000$ ）。

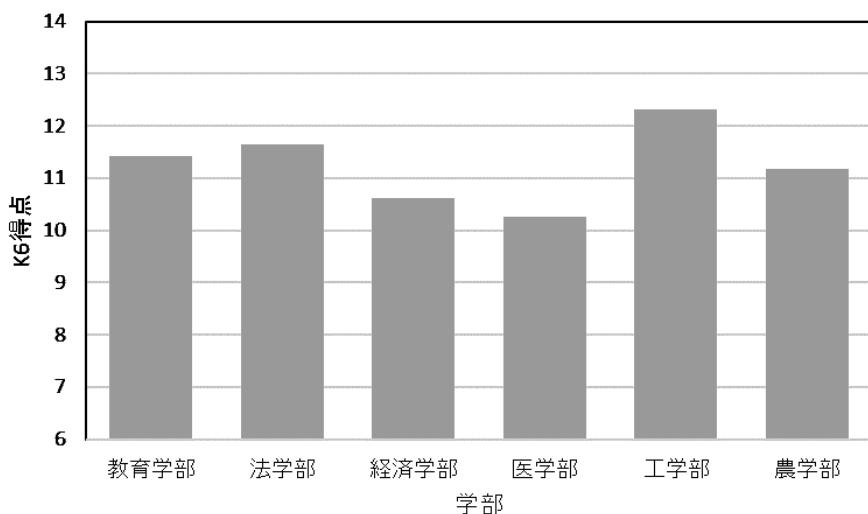


図5 K 6得点 学部別比較

IV 考察

今回、大学生の精神的不健康を調査した結果、全体に精神的不健康の程度は高い傾向にあった。男女別では差はなかったが、学年別では高学年ほど高い傾向にあり、学部別では工学部が高く、医学部が低かった。

最近の調査研究から、現代の日本の大学生の精神的健康は良好とはいえず、自殺者も少なからず存在していることが判明している。大学生を対象とした全国調査では、ある1年間に在籍学生のうち2.4%が休学、1.3%が退学している。このうち、精神疾患を理由とするものは休学する学生の9.6%、退学する学生の4.7%を占める。また、自殺する学生はある1年間に在籍学生1万人当たり約18人とされている¹⁷⁾。大学生の自殺の理由については健康問題（うつ病などの悩み・影響）、学校問題（学業不振、進路の問題など）、経済・生活問題（就職失敗など）が多くみられている¹⁾。今回の調査のK 6の結果からも、大学生の精神的健康は極めて不良であることが示唆された。これら大学生の精神的健康の悪化を受けて、自殺予防については、各大学でも様々な予防策・対応策が打ち出されている¹⁸⁾。

今回の結果からは、学年が高いほど精神的不健康の程度が高い傾向が認められたが、これは卒業を控えて、就職や進学などの不安が影響を与えていた可能性がある。最近では大学の保健管理センターなどで留年、休学対策やカウンセリングなどが実施されている¹⁹⁾。

また就職に関しては、今回の結果でも就職に不安の少ないと考えられる医学系学部の学生は精神的に良好で、反対に就職に不安を抱えると推測される工学部などの学生は精神的に不良傾向にあった。このことからも就職に関する問題が将来不安の大きな要素になっていることが推察された。一般に大学生の職業的不安が問題となってきていることから、多くの大学では就職相談室などが設置されており、これらの利用が促進されることが期待される²⁰⁾。しかしながら、これらの既存サービスの利用のみでは十分ではなく²¹⁾、今後さらに人間関係の改善や将来不安を払拭する具体的な支援など包括的な自殺対策が大学生に対して行われる必要があると考えられた。また自殺予防教育も今後、学部、大学院を問わず推進していく必要があると考えられた。

研究の限界

第1に、今回の調査研究ではA大学の全学生を対象に調査票を配布し、教員にも趣旨説明するとともに学生には調査への協力を呼び掛けたのだが、結果的に回収率は31.2%にとどまった。調査の周知を徹底し、提出を呼び掛ける、調査票の内容を簡単に解答できる項目にする、など更なる改善が必要と考えられた。

第2に、今回ある特定の1大学内の調査であり、この結果が国内の全ての大学生の傾向とは断言できない。大学の規模、大学の所在地（都市部なのか地方なのか）、学部・学科のバランス、などにより差が生じる可能性も残されている。複数の大学での調査などが必要であると考えられた。

第3に、K 6を代表的な精神的不健康の尺度として今回の解析を行ったが、精神的不健康を測定する尺度は他にも多く使われている。K 6以外の尺度で測定すると違った結果が得られる可能性がある。しかしながら、精神的不健康についてある程度は推測できたのではないかと考えた。

今回の検討は、K 6のみを解析したものであり、調査票に含まれる他の指標についても解析

を進め、今回の検討結果と合わせて、より詳細な大学生の実態と自殺予防につながる知見を得たいと考えている。また今後は他の複数の大学や、大学生以外の若年者、無職の若者など主に若年者・青年等のハイリスク群を対象とした調査・解析を進めていきたい。

V まとめ

1. 大学生を対象に精神的不健康的実態について検討した。
2. 大学生は全体に精神的不健康的程度が高く、男女別では差はなかったが、学年別では高学年ほど高い傾向にあり、学部別では工学部が高く、医学部が低かった。
3. 大学における自殺予防に向けたメンタルヘルス対策としては、学部の特徴や、学年などを考慮に入れて、対象にあった支援（自殺予防教育など）を重視していく必要があると考えられた。

参考文献

- 1) 平成28年中における自殺の状況. 厚生労働省H P.
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokkyokushougaihokenfukushibu/h28kakutei_1.pdf (2017年8月15日 アクセス可能)
- 2) 厚生労働省. 改正自殺対策基本法 (平成28年3月30日公布)
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/H18HO085.html> (2017年8月15日 アクセス可能)
- 3) 厚生労働省. 自殺総合対策大綱 (平成29年7月25日閣議決定)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172203.html> (2017年8月15日 アクセス可能)
- 4) 鈴江 毅. 【子どもの自殺を予防せよ!】わが国の自殺の現状と対策の動向 子どもの自殺を予防せよ!. 学校保健研究2016; 57 (6) : 280-285.
- 5) 依田健志, 小澤久仁男, 横山勝教, 他. WHO SUBIを用いた法学部学生の心の健康度・疲労度の検討. 地域環境保健福祉研究. 2015;18 (1) :45-49.
- 6) 三宅典恵, 岡本百合. 【現代の若者のメンタルヘルス】大学生のメンタルヘルス. 心身医学. 2015;55 (12) :1360-1366.
- 7) 清水馨, 渡辺慶一郎. 【子どもの自殺をめぐって】大学生と自殺. 児童青年精神医学とその近接領域. 2015;56 (2) :148-158.
- 8) 三島徳雄, 永田頌史, 清水隆司, 久保田進也, 森田哲也. 職場におけるうつ病・自殺予防マニュアル及び教育プログラムの開発. 産業ストレス研究2004; 11 (3) :155-162.
- 9) 廣 尚典. 産業保健スタッフ向け自殺防止マニュアルの開発について. 産業ストレス研究. 2004;11 (3) :149-154.
- 10) Hashimoto Naoki, Suzuki Yuriko, Kato Takahiro A., Fujisawa Daisuke, Sato Ryoko,

- Aoyama-Uehara Kumi, Fukasawa Maiko, Asakura Satoshi, Kusumi Ichiro, Otsuka Kotaro. 日本の大学職員に対する自殺予防ゲートキーパー訓練の有効性 (Effectiveness of suicide prevention gatekeeper-training for university administrative staff in Japan) (英語). Psychiatry and Clinical Neurosciences 2016;70巻 (1-2) :62-70.
- 11) 市瀬晶子, 引土絵未, 李 善恵, 大倉高志, 山村りつ, 全 海元, 高 仙喜, 倉西 宏, 尾角光美, 木原活信. 大学生の自殺予防教育プログラムに向けた「悩みとその対処方法」に関する調査 相談することへの抵抗感に着目して. 人間福祉学研究2014;7 (1) :115-127.
 - 12) 大西 勝, 児山志保美, 妹尾明子, 河原宏子, 清水幸登. 【各領域から考える自殺予防と精神保健-大学、病院、企業における現状と課題-】大学生の自殺予防とメンタルヘルス. 精神神経学雑誌2016;118 (1) :22-27.
 - 13) 杉岡正典, 鎌野 寛, 永尾 幸, 森 知美, 富家喜美代, 泉 慎子, 野崎篤子, 中村晶子, 村上智郁. 大学生の抑うつと自殺の捉え方が自殺傾向に与える影響. CAMPUS HEALTH 2014;51 (2) :205-210.
 - 14) Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002; 32:959-976.
 - 15) Furukawa T.A., Kawakami N., Saitoh M., Ono Y., et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. Int J Methods Psychiatr Res. 2008; 17:152-158.
 - 16) 川上憲人、近藤恭子、柳田公佑、他. 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書
<http://ikiru.ncnp.go.jp/report/ueda16/ueda16-8.pdf> (2016.10.1アクセス可能)
 - 17) 内田千代子. 第32回全国大学メンタルヘルス研究会報告書. 2011:80-94.
 - 18) 大西勝, 児山志保美, 妹尾明子, 他. 【各領域から考える自殺予防と精神保健-大学、病院、企業における現状と課題-】大学生の自殺予防とメンタルヘルス. 精神神経学雑誌. 2016;118 (1) :22-27.
 - 19) 石川正憲, 太刀川弘和, 石井映美, 他. 【大学生とメンタルヘルス-保健管理センターのチャレンジ】筑波大学保健管理センターにおける留年, 休学対策 学生リスタートプロジェクトについて. 精神医学. 2014; 56 (5) :423-428.
 - 20) 杉浦雄策, 村上弘子, 橋口倫子, 他. 大学生の職業的不安に関連する心理社会的要因 (その1) 属性別の検討. CAMPUS HEALTH. 2013;50 (1) :545-547.
 - 21) 船津静代. 【青年期の臨床現場でいま何が起きているか 社会の変化と新たな病像】大学のキャリアカウンセリングルームから見た最近の学生の状況と周辺環境. 精神科治療学. 2006;21 (12) :1359-1365.