

大学生のメンタルヘルス全キャンパス調査2007

西村 由貴* 岩佐 好恵* 田中由紀子*
藤井 香* 高山 昌子*

はじめに

著者は、大学生のメンタルヘルス調査の必要性について示し¹⁾、2006年度A大学の2つのキャンパスを対象にメンタルヘルススクリーニングを実施し予備調査結果を報告した²⁾。その研究では、社会不安障害 Social Anxiety Disorder (SAD) の時点有病率が2.8%、大うつ病 Major Depressive Disorder (MDD) の時点有病率が3.9%、自傷行為が0.6%との結果を得た。また、学部によって有病率に差があることも指摘した。このように大学生においてSAD、MDDの有病率が高いこと示し、また学生に対する啓発活動としての意義も果たすことができた。

2007年度は全キャンパスにおいて「メンタルヘルススクリーニング調査」を実施すること、および学部による有病率の格差の再現性を検証することを目的とした。本稿では、パニック障害は、スクリーニング用大項目2項目のみでは該当者がかなり多くなること、有病率が高く出る傾向が見られるため、今回は時点有病率に焦点を当ててSADとMDDの2つおよび青年期の深刻な問題である自殺の危険について考察を行うこととした。

方 法

2007年4月および5月にA大学全4キャンパスで学生健康診断を実施の際、受診者全員を対象に「学生のメンタルヘルス調査」(図1)を実施した。健診会場で記入を求め、回収箱にて即日回収した。本研究は、有病率の把握と保健管理センターで精神科の診療活動の啓発を目的とする旨を示し、氏名・学生番号など個人情報の記入は求めなかった。また調査への協力の同意を書面で得ており、実施を拒否する場合はそのまま回収箱へ返却を願った。

なお、本調査は保健管理センター内の倫理審査を経て承認を得たものである。

調査票

学生のメンタルヘルス問診票(図1):これは、精神疾患簡易構造化面接法 The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)³⁾を自己診断用に用いたものである。M.I.N.I.は本来、うつ、パニック障害など23の精神障害の診断を行うための構造化面接法で、「精神疾患の診断・統計マニュアル」DSM-III-RおよびIV、「国際疾病分類」ICD-10との相関性が確立されている³⁾。妥当性に関しては欧米の精神科医と一般臨床医だけでなく、日本国内でも検証が行われ⁴⁾、臨床現場における信頼性、妥当性ともに証明され

* 慶應義塾大学保健管理センター

図 1

学生のメンタルヘルス調査(無記名)にご協力おねがいします

2006年三田・日吉の学生健診で、学生のメンタルヘルス調査を実施した結果、社会不安障害は3%強、うつ病4%弱、パニック2%自傷行為0.6%のリスクがあり、学部差があることがわかりました。この調査は、青年期に発生しやすい症状、学生生活に支障をきたすメンタル面の問題を全塾でどの程度存在するかを調べ、保健資料とする目的で行います。ご協力よろしくおねがいいたします。

なお、今回、この調査で知り得た情報は統計的に処理するののみであり、それ以外の目的で一切使用いたしません。

この調査の趣旨を理解し、協力致します(○で囲み、以下ご記入ください) 協力致しません(○で囲み、回収箱に用紙を返却してください)

以下の該当箇所を○で囲んで下さい。

性別：(男性・女性)

出身地域：(都道府県)直接お書きください。

学部：文・経済・法・商・理工・医・看護・環境情報・総合政策

学年：1・2・3・4

年齢：(満 歳) 数値を記入してください。

大学院：修士・博士・法科・KBS

A	(いいえ⇒がっついたら、Bに進む)	はい	いいえ⇒	はい	
A1	この1ヶ月間に、人から見られたり注目をあびることに恐怖や戸惑いを感じたり、恥をかきそうな状況をおそれたりしましたか？(人前で話したり、人前で食事をしたり、他人と食事をしたり、誰かに見られているところを書いたりといったことなどの、社会的状況に対する恐怖)	はい	いいえ⇒	はい	C3c 毎日のように、普段に比べて話し方や動作が鈍くなったり、またはいらいらしたり、落ち着きがなくなったり、静かに座っていらなくなりましたか？
A2	その恐怖は、自分でも怖がりすぎているとか、常軌を逸していると感じていますか？	はい	いいえ⇒	はい	C3d 毎日のように、疲れを感じたり、または気がないと感じましたか？
A3	その状況は、わざわざ避けたり、じっと我慢しなければならぬほど怖いものですか？	はい	いいえ⇒	はい	C3e 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、罪の意識を感じたりしましたか？
A4	その恐怖により、通常の仕事や社会生活が妨げられていたり、著しい苦痛を感じていますか？	はい*	いいえ⇒	はい	C3f 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？
B	(いいえ⇒がっついたら、Cに進む)	はい	いいえ⇒	はい	C3g 自分を傷つけたり自殺することや、死んでいれればよかったですと繰り返し考えましたか？
B1	大抵の人は何でも無いような状況で、突然、不安、おびえ、居心地の悪さ、息苦しさを感じるような発作を1回以上経験したことがありますか？	はい	いいえ⇒	はい	D 1 この1ヶ月間に、死んだほうがよい、死んでいれればよかったのにと考えましたか？
B2	その発作は10分以内に頂点に達しましたか？	はい	いいえ⇒	はい	D2 この1ヶ月間に、自分を傷つけたいと思いましたが？
C		はい	いいえ⇒	はい	D3 この1ヶ月間に、自殺について考えましたか？
C1	この2週間以上、毎日のようにほとんど一日中ずっと憂うつであったり、冷めた気持ちでいましたか？	はい	いいえ⇒	はい	D4 この1ヶ月間に、自殺の計画をしたことがありましたか？
C2	この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	はい	いいえ⇒	はい	D5 この1ヶ月間に、自殺を試みたことがありましたか？
C3a	C1、またはC2どちらか一方が「はい」である (いいえ⇒がっついたら、Dに進む)	はい	いいえ⇒	はい	D6 今までの人生で、自殺を試みたことがありますか？
C3b	毎日のように食欲が低下または増加していませんか？または無意識のうちに体重が減少または増加していませんか？	はい	いいえ⇒	はい	その主な原因は何ですか？もしよろしければ余白に記入してください。
	毎晩のように、睡眠に問題がありましたか？(寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目が覚める、寝すぎしてしまうなど)	はい	いいえ⇒	はい	ご協力ありがとうございました。気になることのある方は各キャンパスの保健管理センターまでご相談ください。

ている。本来構造化面接に基づく精神疾患診断用ツールであるが、本人の自己診断のためにも用いられている。今回は、社会不安障害、大うつ病性障害、自殺の危険の3つについてとりあげた。

統計処理には SPSS ver.15.0 を用いた。尺度変数の差の分析にはカイニ乗検定を用いた。本研究では、基本的に有意水準 1% で報告しており、有意水準 5% の場合は数値に * を付して記載した。

結 果

A 大学在籍者は 32571 名であり、学生健康診断受診者は 27268 名 (受診率 83.7%)、回答を得た調査票は 16282 件 (回答率 59.7%) であった。性別は、男性 10716 名 (65.8%)、女性 6132 名 (33.2%)、160 名 (1.0%) が無回答で、男女比 2:1 であった。平均年齢は、21.0 才 (SD=3.1) であった。出身地域は東京都 29.2% と神奈川 21.6% ほか全都道府県にまたがっていた。学部による回答率は概ね 6 割だが、環境情報学部と総合政策学部だけが低くなっていた (表 1)。

表 1 2007 年学部別学生健康診断受診率と調査回答率

	受診率	回答率 (%)
文	81.6	72.4
経済	76.7	64.1
法	83.3	64.4
商	72.5	66.3
医	98.5	66.8
理工	90.0	60.1
総合政策	94.0	32.8
環境情報	94.3	32.2
看護医療	98.7	40.3
修士	86.7	62.8
博士	64.2	60.6
法科	82.3	65.8
KBS	93.6	55.5

1. 社会不安障害 SAD

A4 が「はい」となった場合を SAD として分析を行った。今回対象中 0.9% (n=153) がこれに該当した。性別により有意差はみられなかった。学部別にみると環境情報学部 (2.3%)、総合政策学部 (1.9%)* で有意に高い割合を示した。(表 2)。

2. うつ病性障害

少なくとも C1 または C2 どちらか一方が「はい」で C3a から C3g までの項目 5 個以上に該当した者を「大うつ病性障害」とした。今回対象の 1.4% (n=229) がこれに該当し、1.1% (n=172) が不明であった。性別で見ると男性では 1.2%、女性では 1.8% と女性における有病率が有意に高くなっていた。学部別に見ると環境情報学部 (3.6%)、博士 (3.1%)、文学部 (2.0%)* で高く、商学部 (0.7%) で低くなっていた (表 2)。

3. 自殺の危険性

a) 死の願望：今回対象の 5.0% (n=808) がこれに該当した。ただし 4.9% (n=794) が無回答であった。性別による有意差はみられなかった。学部別に見ると、環境情報学部 (9.0%)、総合政策学部 (8.5%)、文学部 (6.6%) で高く、商学部 (3.3%) で低く高くなっていた (表 2)。

b) 自傷念慮：今回対象中 2.2% (n=354) がこれに該当した。ただし 13.5% (n=2192) が無回答であった。性別で見ると、男性 (2.1%) より女性 (3.2%) の方が有意に高くなっていた。学部別に見ると、環境情報学部 (5.2%)、総合政策学部 (4.3%)*、文学部 (3.5%) で高く、修士 (1.4%) と商学部 (1.7%) では低くなっていた (表 2)。

c) 自殺念慮：今回対象中 3.3% (n=539) がこれに該当した。ただし 13.7% (n=2236) が無回答であった。性別による有意差はみられなかった。学部別に見ると環境情報学部

表2 疾患別学部別有病率比較

	社会不安障害*		うつ病**		死の考え**		自傷念慮**		自殺計画**		企業歴**		生涯企業歴**			
	該当 (%)	非該当 (%)	該当 (%)	非該当 (%)	該当 (%)	非該当 (%)	該当 (%)	非該当 (%)	該当 (%)	非該当 (%)	該当 (%)	非該当 (%)	該当 (%)	非該当 (%)		
合計	139 0.8	13488 98.8	227 2.5	11385 97.0	808 3.1	14680 94.8	354 1.1	13731 97.7	539 2.0	13507 95.8	74 0.3	13965 99.5	97 0.6	13978 99.5	387 1.3	14007 96.7
KBS	0 0.0	100 100.0	1 4.2	98 99.0	2 2.1	92 97.9	0 0.0	86 100.0	2 2.3	84 97.7	0 0.0	86 100.0	0 0.0	86 98.8	1 1.2	84 98.8
医学	2 0.5	397 99.5	4 1.0	393 99.0	15 3.9	372 96.1	5 1.4	352 98.6	9 2.5	348 97.5	0 0.0	357 100.0	1 0.3	356 99.7	10 2.8	345 97.2
環境	14 2.3**	587 97.7	22 3.6**	584 96.4	52 9.0**	525 91.0	27 5.2**	495 94.8	38 7.3**	483 92.7	8 1.5**	514 98.5	3 0.6	519 99.4	39 7.5**	482 92.5
看護	2 1.2	170 98.8	5 3.0	162 97.0	12 7.1	157 92.9	3 1.9	154 98.1	11 7.0*	146 93.0	0 0.0	157 100.0	0 0.0	157 100.0	10 6.4*	147 93.6
経済	17 0.6	2625 99.4	33 1.0	2600 98.7	128 5.1	2376 94.9	56 2.4	2243 97.6	73 3.2	2216 96.8	10 0.4	2279 99.6	4 2.0	2281 99.8	62 2.7	2217 97.3
修士	16 1.2	1338 98.8	16 1.2	1329 98.8	65 5.0	1238 95.0	17 1.4*	1193 98.6	43 3.6	1161 96.4	4 0.3	1201 99.7	2 0.2	1203 99.8	33 2.7	1170 97.3
商学	16 0.7	2222 99.3	16 7.0**	2218 99.3	72 3.3**	2087 96.7	33 1.7*	1907 98.3	43 2.2**	1895 97.8	7 0.4	1931 99.6	3 0.2	1983 99.8	35 1.8**	1898 98.2
総合	12 1.9*	606 98.1	15 2.4	607 97.6	50 8.5**	541 91.5	24 4.3*	530 95.7	41 7.4**	512 92.6	8 1.4**	544 98.6	2 0.4	550 99.6	35 6.4**	514 93.6
博士	3 0.7	446 99.3	14 3.1**	434 96.9	17 3.9	415 96.1	9 2.2	394 97.8	16 4.0	387 96.0	4 1.0	398 99.0	1 0.2	402 99.8	11 2.7	391 97.3
文学	25 1.2	2019 98.8	40 2.0*	2001 98.0	128 6.6**	1825 93.4	61 3.5**	1698 96.5	95 5.4**	1660 94.6	7 0.4	1743 99.6	4 0.2	1746 99.8	73 4.2**	1671 95.8
法学	9 3.1	283 96.9	28 5.0	534 95.0	139 5.1	2575 94.9	64 2.6	2376 97.4	76 3.1	2357 96.9	12 0.5	2421 99.5	72 3.0	2355 97.0	23 0.8	2805 99.2
法科	3 1.0	308 99.0	3 1.3	226 98.7	9 3.1	283 96.9	2 0.7	276 99.3	8 2.9	269 97.1	1 0.4	276 99.6	0 0.0	277 100.0	5 1.8	271 98.2
理工	20 0.8	2387 99.2	30 13.1	199 86.9	119 5.1	2194 94.9	53 2.5	2027 97.5	84 4.1	1989 95.9	13 0.6	2058 99.4	5 0.2	2063 99.8	50 2.4	2012 97.6

p < 0.01**

p < 0.05*

(7.3%), 総合政策学部(7.4%)*, 文学部(5.4%)で高く, 商学部 (2.2%), 法学部 (3.1%)*で低くなっていた (表 2)。

d) 自殺の計画: 今回対象中 0.5% (n=74) がこれに該当した。ただし 13.8% (n=2243) が無回答であった。性別による有意差はみられなかった。学部別に見ると, 環境情報学部 (1.5%), 総合政策学部 (1.4%) で高くなっていた (表 2)。

e) 自殺企図歴: 今回対象中 0.2% (n=31) がこれに該当した。ただし 13.8% (n=2254) が不明であった。性別および学部による有意差はみられなかった。

f) 生涯自殺企図歴: 今回対象中 2.7% (n=436) がこれに該当した。ただし 14.1% (n=2289) が無回答であった。性別で見ると, 男性(2.5%)より女性 (4.3%) の方が有意に高くなっていた。学部別に見ると, 環境情報学部 (7.5%), 看護学部 (6.4%)*, 総合政策学部 (6.4%), 文学部 (4.2%) で高く, 商学部 (1.8%) で低くなっていた (表 2)。

4. 合併症状

SAD 該当者のうち, MDD を併発していた者は 19.9%, 死の願望は 43.7%, 自傷念慮は 27.5%, 自殺念慮は 30.4%, 自殺の計画は 10.8%, 自殺企図歴は 4.9%, 生涯自殺企図歴は 19.6% が同時に該当するとしていた。

MDD 該当者のうち, SAD を併発していた者は 12.9%, 死の願望は 52.8%, 自傷念慮は 30.0%, 自殺念慮は 40.3%, 自殺の計画は 10.4%, 自殺企図歴は 3.8%, 生涯自殺企図歴は 19.4% が同時に該当するとしていた。

5. 所属別回答率との相関

学部により有病率に有意差がみられるため, 学部の健診受診率, 回答率 (表) の影響を検討するため, 受診率および回答率と有病率との相関を検討した。受診率は全ての疾病有病率と相

関を有していなかった。ただし, 調査回答率は MDD, 死の願望, 自殺念慮, 生涯自殺企図歴と負の相関 (順に $r = -.703; -.764; -.804; -.814$; $p < 0.01$) を有していた。

考 察

今回調査は, 学生のメンタルヘルス調査を A 大学全キャンパスで実施することで, 青年期から若年成人期への過渡期での高い有病率と学部間格差に関して先行研究結果を検証することを目的とした。しかし今回調査協力に同意を得る形式をとることによって回答率が約 6 割となり, 自殺の危険関連の項目については概ね 14% が回答不明と欠損値の割合が高くなった。以上のように, 2007 年度調査結果は 2006 年度と比較するには相当条件が異なっており, 今回調査結果が 2006 年度の社会不安障害 (SAD) および大うつ病性障害 (MDD) 時点有病率より低めに出ていることをそのまま解釈することはできないことを念頭に置く必要がある。

SAD の時点有病率は, 米国の全国調査で 8%⁵⁾, 厚生労働省の一般地域住民を対象とした DSM-IV 診断に基づく疫学調査で 0~0.5%⁷⁾ とされ, 本研究の 0.9% は米国一般人より低い。イランの 0.82% (男性 0.4%; 女性 1.3%)⁸⁾ と同程度, 日本の成人より高いといえそうである。うつ病の時点有病率は, 厚生労働省の一般地域住民を対象とした DSM-IV 診断に基づく疫学調査で 0~0.9%⁷⁾ とされ, 本研究の 1.4% は日本の成人より高いといえそうである。

社会不安障害とうつ病の合併についても, SAD 者のうつ病併発率は非 SAD 者に比し有意に高くなっており, 自殺の危険の並存は MDD 者と同程度の危険を有していることが示された。

今回調査では新たに 2 キャンパス分の学部が加わったが, 今回も学部によって SAD, MDD, 自殺の危険関連項目それぞれの有病率に有意差

がみられた。殆どの項目に対し環境情報学部と総合政策学部が有意に高い有病率を示していた(表2)。しかしこの学部間格差は、調査票回答率と高い負の相関を有していた。これは、調査票の回答率が低い学部ほど有病率が高いことを示しており、健康な学生が調査を回避している場合も、病的素因のある学生が回答を回避している場合も、両者の混合の可能性もある。いずれにしても、回答率の低い学部の本来の有病率に変化が生じる可能性もあることを示唆している。特にSADやMDDは、重症なほど健診会場に来られなくなることが1つの特徴的症狀であるため、本調査に参加していない学生の中に有病者が潜在している可能性が強く内在している。

自殺の危険関連項目は、上記同様の要因を想定すると、有病率が更に上昇する可能性がある。さらに、自己記入式質問紙の場合、面接による診断と異なり、回答の中断やそこだけ回避することができるため、評価に困難が生じる。

総 括

本人の同意を得て実施した今回の全キャンパス調査の回答率は6割であった。SADとMDDの有病率は、日本の成人よりやや高いと言えそうであり、自殺関連項目の有病率は欠損値が多いものの、有病率は高かった。SADとMDDは相互に合併率が高く、いずれも自殺の危険関連項目の同時発生率が同程度に高くなることがわかった。環境情報学部と総合政策学部は、全疾

病の有病率が有意に高くなっているが、調査への回答率と負の相関が強くみられた。このことより、今後できるだけ全数調査を実施する必要性があるという課題と同時に、特定学部に対する調査回答を積極的に支援するか、就学上のリスクとして積極的介入を提案していく必要があると言えよう。

文 献

- 1) 西村由貴, 他: 学校ベースの精神保健医療のあり方. 慶應保健研究 24: 111-118, 2006
- 2) 西村由貴, 他: 学生のメンタルヘルス調査2006: 予備調査の結果報告. 慶應保健研究 25: 59-66, 2007
- 3) Sheehan DV, et al: Mini-International Neuropsychiatric Interview. 1990 (大坪天平, 上島国利訳『精神疾患簡易構造化面接法 日本語版』5.0.0, 2003)
- 4) Otsubo T, et al: Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. Psychiatry and Clinical Neurosciences 59: 517-526, 2005
- 5) Keller MB: The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. Acta Psychiatr Scand 108: 85-94, 2003
- 6) Mohammadi M-R, Ghanizadeh A, Mohammadi M, et al: Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. Depression & Anxiety (1091-4269), 23: 405-411, 2006
- 7) 吉川武彦 (主任研究者): こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業. 4月2003