

江戸川大学生のメンタルヘルスに関する調査報告

— 2009年度から2012年度までの健康診断時間診票の継時的分析 —ⁱ

松田 英子*・日浅 美由紀**
鈴木 秀生***・中村 真*・高澤 則美*

要 約

大学生のメンタルヘルスの悪化は、学業不振や留年、中退につながる重大な問題である。江戸川大学では、在学生に関するサポート体制の一環として、毎年4月の健康診断時に問診票を配布し、心身の健康状態の把握と相談体制の紹介を行っている。在籍学生全体の特徴、学科別特徴、学年別特徴、国籍別特徴を整理した結果、人間心理学科の学生、日本人学生に対し相対的に留意する必要性が確認された。また、2011年度以降在籍学生の全般的なメンタルヘルスの低下が確認された。一般的には、精神的不調に先行して身体的愁訴がみられることが多く、今後深刻化する前の支援や、学業不振の予防に、本データを活用しようと考えられた。

キーワード：メンタルヘルス、学生相談室、医務室

1. 本報告の目的

大学生のメンタルヘルスの悪化は、学業不振や留年、中退につながる重大な問題である。とりわけ、大学生の中退率は大学評価にかかわる重要な指標である。そのため、近年の高等教育機関において大学生のメンタルヘルス対策の強化が指摘されている（大島・青木・駒米・楡木・山口，2007）。本学においても2008年11月に学生相談室が組織化され、医務室および安心生活サポート窓口との連携が強化された（松田・鈴木・日浅・高澤，2010）。本学では毎年4月に健康診断を実施しているが、その際持病を持つなど身体の健康上不安を抱える学生、また心理的な問題を抱えて入学す

る学生に対し、大学の提供するサポート機関を紹介する目的で、メンタルヘルスについての問診を2009年度より実施している（松田・高澤，2010）。他大学等との比較参照データはないが、学内での学生のメンタルヘルスの特徴および経年の動向をつかむ基礎資料として、調査結果を報告することを目的とする。

2. 方 法

2-1. 調査協力者

2009年度の調査協力者は、江戸川大学の1年生～4年生および5年生以上の留年生を含む合計1819人である。内訳は、男性1168人、女性608人、未記入43人、学科別には、人間心理学科（人間社会学科学生を含む）416人、ライフデザイン学科（環境デザイン学科学生を含む）252人、経営社会学科388人、マス・コミュニケーション学科519人、情報文化学科244人であった。学年別には1年生533人、2年生481人、3年生418人、

2013年11月30日受付

ⁱ A research on annual medical examination of Japanese undergraduates.

* 江戸川大学 人間心理学科教授

** 江戸川大学 学生相談室主任カウンセラー

*** 江戸川大学 経営社会学科准教授

4年生374人、留年生13人、国籍別には日本人学生1732人、外国人留学生87人であった。

2010年度の調査協力者は、江戸川大学の1年生～4年生および5年生以上の留年生を含む合計1833人である。内訳は、男性1179人、女性618人、未記入36人、学科別には、人間心理学科（人間社会学科学生を含む）432人、ライフデザイン学科（環境デザイン学科学生を含む）237人、経営社会学科398人、マス・コミュニケーション学科498人、情報文化学科268人であった。学年別には1年生492人、2年生468人、3年生426人、4年生414人、留年生33人、国籍別には日本人学生1769人、外国人留学生64人であった。

2011年度の調査協力者は、江戸川大学の1年生～4年生および5年生以上の留年生を含む合計1702人である。内訳は、男性1076人、女性618人、未記入8人、学科別には、人間心理学科414人、現代社会学科（ライフデザイン学科学生を含む）229人、経営社会学科340人、マス・コミュニケーション学科453人、情報文化学科266人であった。学年別には1年生478人、2年生406人、3年生377人、4年生407人、留年生33人、不明1人、国籍別には日本人学生1640人、外国人留学生50人、不明12人であった。

2012年度の調査協力者は、江戸川大学の1年生～4年生および5年生以上の留年生を含む合計1688人である。内訳は、男性1074人、女性609人、未記入5人、学科別には、人間心理学科409人、現代社会学科（ライフデザイン学科学生を含む）204人、経営社会学科398人、マス・コミュニケーション学科413人、情報文化学科263人であった。未記入1人、学年別には1年生433人、2年生416人、3年生398人、4年生413人、留年生28人、国籍別には日本人学生1595人、外国人留学生77人、不明16人であった。

入学時のガイダンスで健康診断の受診を促しているものの、ここ2年の定員割れの影響で、在籍者数の減少に伴い、調査協力者数も減少傾向にある。特に男子学生、日本人学生の協力者が減少している。

2-2. 質問紙の構成

問診票は、以下の項目で構成した。

- ① フェイスシート：学科、学年、学籍番号を記入
- ② 心身症の既往歴他13項目（小児喘息、てんかん、過呼吸、糖尿、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、過敏性大腸炎、食欲不振・過食、不安・イライラ、気分の落ち込み、不眠・過眠、自傷行為、自殺企図・未遂、アトピー、薬剤・食物アレルギー、ストレス、悩み、不登校・ひきこもり）について、該当項目へのチェックを求めた。
- ③ 治療、相談歴等4項目：治療中の疾患の有無、服薬の有無、心配事の有無、相談動機の有無について、はい・いいえの2件法で回答を求めた。

2-3. 手続き

問診票への記入は任意とし、「これらの情報はよりよい医務室・学生相談室作りおよび運用の目的のみに使われるものであり、個人のプライバシーを遵守します」と実施の目的を明記した。なお参加学生には、記入後に学生相談スタッフのリーフレットを配布した。調査期間は、当該年度の4月初旬であった。

3. 結果および考察

3-1. 治療歴、相談歴等の分析

2009年度時点で治療中の疾患を持つ学生は8.08%（147名）である（図1）。内服薬、塗布薬等の使用は10.34%（188名）であった（図2）

悩み事の有無に関しては、21.17%（385名）の学生があると回答した（図3-1）。さらに悩み事があると回答した学生のうち、悩み事の相談の有無（医療機関、カウンセリング機関から家族、友人のサポートまで幅広く）については、有と回答した学生は58.96%（227人）いたが、一方、悩み事を持つにも関わらず相談をしていない学生が38.44%（148名）に上った（図3-2）。これら学生のうち「誰かに相談したい」と回答した学生が

24.32% (36名) 認められ (図 3-3), 学生相談室・医務室・安心生活サポート窓口に関する広報活動を強力に展開する必要性が明らかになった。

一方, 2012年度の調査時に治療中の疾患を持つ学生は6.64% (112名) であり (図 1), 現在内服薬, 塗布薬等の使用は10.60% (179名) であり (図 2), 2009年と変化はほぼみられなかった。

悩み事の有無に関しては, 26.90% (454名) の学生があると回答し, 2009年度より上昇傾向にあった (図 3-1)。さらに悩み事が有ると回答した学生のうち, 悩み事の相談歴の有無 (医療機関, カウンセリング機関から家族, 友人のサポートまで幅広く) については, 有と回答した学生は72.25% (328人) であり (図 3-2), 2009年度より相談へのアクセシビリティは高くなっていった。一方で悩み事を持つにもかかわらず相談をしていない学生が26.09% (119名) に上った。これら学生のうち悩み事を「誰かに相談したい」と回答した学生が20.85% (25名) 認められた (図 3-3)。これらの学生に対しては, 引き続き広報活動を通して, 学生相談室・医務室・安心生活サポート窓口につながれば望ましいと考える。

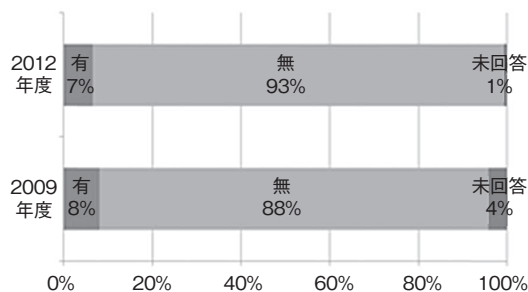


図 1 現在治療中の疾患の有無の経年比較

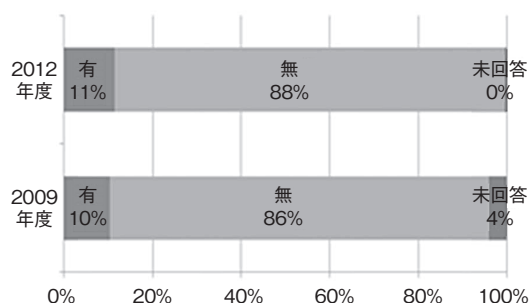


図 2 服薬の有無の経年比較

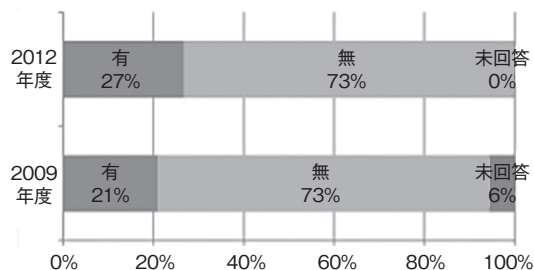


図 3-1 悩み事の有無の経年比較

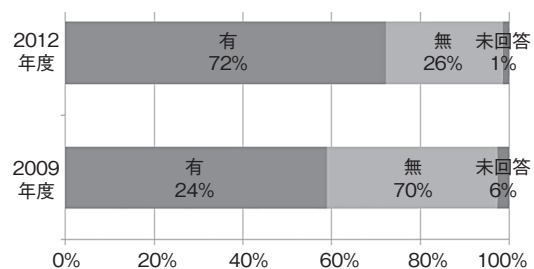


図 3-2 悩み事の相談歴の経年比較

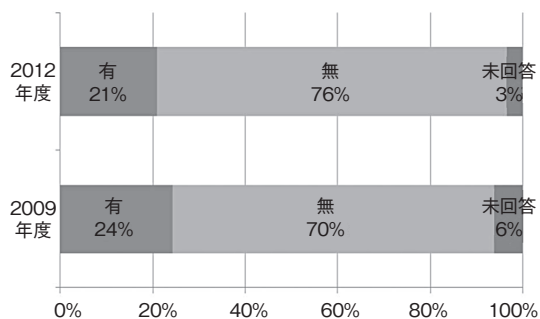


図 3-3 相談希望の有無の経年比較

3-2. 心身症の既往歴の年度別推移

①症状別分析

2009年度調査時の各症状の経験率および現在自覚している症状の体験率は次の通りであった (図 4)。小児喘息やアレルギー疾患 (皮膚系, 呼吸器系など) の他は, 不眠・イライラが20.46%, 気分の落ち込み17.34%, 不眠・過眠14.44%といった精神症状が目立っていた。大学生活への適応に注意を要するものとして不登校・ひきこもりが6.13%, 時々医務室を利用する原因として挙がる過呼吸の発作を持つ学生も4.46%存在していた。また割合としては少ないものの, 自傷行為を持つ

学生が2.59% (47人)、自殺念慮を持つ学生が2.48% (45人)存在した。相談室に来談するきっかけとしてあげられる主訴ともなっており、注意を払う必要がある。

2012年度の調査における各症状の経験率、および現在自覚している症状の体験率は、次の通りであった(図4)。2012年度の学生では小児喘息やアレルギー疾患(皮膚系, 呼吸器系など)は、2009年度より漸増しているが、一方で精神症状に関しては、不安・イライラが57.35%、気分の落ち込み49.88%、不眠・過眠31.69%は倍増していた。大学生活への適応に注意を要するものとして、不登校・ひきこもりが10.60%、過呼吸の発作を持つ学生も6.34%と増加傾向を示している。また割合としては少ないものの、自傷行為を持つ学生が4.38% (74人)と増加、自殺念慮を持つ学生が2.67% (45人)存在していたことから、医療機関との連携も視野に入れて支援をする必要性が認められた。

各症状の経験率および現在所有している症状の実数は次のとおりであった。

2009年度の心身症の既往歴は、小児ぜんそく12.33% (224人)、てんかん0.66% (12人)、過呼吸4.46% (81人)、糖尿0.33% (6人)、胃潰瘍1.05% (19人)、十二指腸潰瘍0.44% (8人)、過敏性大腸炎1.21% (35人)、食欲不振・過食6.44% (117人)、不安・いらいら20.46% (372人)、気分の落ち込み17.34% (315人)、不眠・過眠14.43% (262人)、不登校・ひきこもり6.13% (111

人)、自傷行為2.59% (47人)、自殺企図・未遂2.48% (45人)、その他3.74% (68人)、アレルギー16.46% (299人)であった。

一方、2012年度の心身症既往歴は、小児ぜんそく14.45% (244人)、てんかん1.01% (17人)、過呼吸6.34% (107人)、糖尿0.95% (16人)、胃潰瘍0.95% (16人)、十二指腸潰瘍0.44% (8人)、過敏性大腸炎2.13% (36人)、食欲不振4.50% (76人)、不安・いらいら57.35% (372人)、気分の落ち込み49.88% (842人)、不眠・過眠31.69% (535人)、不登校・ひきこもり10.60% (179人)、自傷行為4.38% (74人)、自殺念慮2.67% (74人)、アレルギー26.78% (452人)、その他2.37% (40人)であった。

各症状の体験率は上昇傾向にあり、また、全体的な在籍学生数は減少しているものの症状を持つ学生の実数も増加しており、特に精神症状で(不安、抑うつ、不眠)の増加が著しかった。

2009年度から2012年度までの心身症の比率を分散分析により経年比較した結果を次に示す(Table1)。年度の主効果が有意に見られたのは次の通りである。糖尿 ($F(3, 6971) = 3.70, p < .05$)、過敏性大腸炎 ($F(3, 7025) = 5.11, p < .01$)、不安・いらいら ($F(3, 7019) = 324.07, p < .001$)、気分の落ち込み ($F(3, 6955) = 277.75, p < .001$)、不眠・過眠 ($F(3, 7023) = 79.94, p < .001$)、不登校・ひきこもり ($F(3, 6800) = 16.57, p < .001$)、自傷行為 ($F(3, 6860) = 10.24, p < .001$)、アレルギー ($F(3,$

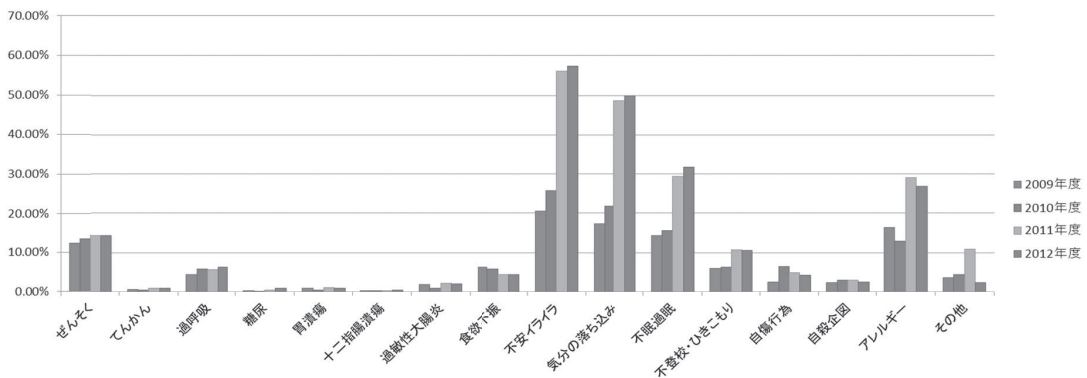


図4 既往症の分類(年度別)

Table 1 既往症の年度別比較

	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	F値	多重比較
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
小児ぜんそく	0.1232 (0.3288)	0.1338 (0.3405)	0.1452 (0.3524)	0.1449 (0.3521)	<i>n.s.</i>	
てんかん	0.0066 (0.0810)	0.0060 (0.0773)	0.0102 (0.1006)	0.0103 (0.1009)	<i>n.s.</i>	
過呼吸	0.0445 (0.2063)	0.0590 (0.2356)	0.0577 (0.2333)	0.0634 (0.2438)	2.230 ⁺	09<12
糖尿	0.0033 (0.0574)	0.0022 (0.0466)	0.060 (0.0771)	0.0096 (0.0977)	3.696 [*]	09,10<12
胃潰瘍	0.0105 (0.1018)	0.0055 (0.0737)	0.0118 (0.1081)	0.0095 (0.0970)	<i>n.s.</i>	
十二指腸潰瘍	0.0044 (0.0662)	0.0038 (0.0617)	0.0042 (0.0646)	0.0048 (0.0693)	<i>n.s.</i>	
過敏性大腸炎	0.0121 (0.1093)	0.0098 (0.0987)	0.0230 (0.1497)	0.0226 (0.1487)	5.106 ^{**}	09,10<11,12
食欲不振・過食	0.0644 (0.2455)	0.0593 (0.2362)	0.0449 (0.2071)	0.0461 (0.2097)	3.204 [*]	
不安・イライラ	0.2045 (0.4035)	0.2572 (0.4035)	0.5638 (0.4961)	0.5758 (0.4944)	324.071 ^{***}	09<10<11,12
気分の落ち込み	0.1737 (0.3790)	0.2174 (0.4126)	0.4979 (0.5002)	0.5115 (0.5000)	277.745 ^{***}	09<10<11,12
不眠・過眠	0.1442 (0.3513)	0.1562 (0.3631)	0.3015 (0.5371)	0.3183 (0.4659)	79.938 ^{***}	09,10<11,12
不登校・ひきこもり	0.0673 (0.2507)	0.0646 (0.2459)	0.1157 (0.3199)	0.1131 (0.3168)	16.566 ^{***}	09,10<11,12
自傷行為	0.0270 (0.1623)	0.0651 (0.2468)	0.0490 (0.2159)	0.0431 (0.2032)	10.235 ^{***}	09<10,11<12
自殺企図・念慮	0.0248 (0.1557)	0.0311 (0.1737)	0.0138 (0.1755)	0.0274 (0.1632)	<i>n.s.</i>	
アレルギー	0.1336 (0.3403)	0.1305 (0.3369)	0.0324 (0.1772)	0.0261 (0.1596)	83.051 ^{***}	09,10<11,12
総計	1.0462 (1.5386)	1.2109 (1.7352)	2.1033 (1.8963)	2.1603 (1.8943)	175.212 ^{***}	09<10<11,12

注：⁺ $p < .10$, ^{*} $p < .05$, ^{**} $p < .01$, ^{***} $p < .001$

6951) = 83.05, $p < .001$) で、経年で有意な増加を示している。多重比較の結果は、Table1 に示している。

過呼吸は2012年度の方が2009年度の調査時より高い傾向がみられた ($F(3, 7031) = 2.23$, $p < .10$)。一方で、食欲不振・過食は2009年度の方が2012年度より有意に高かった ($F(3, 6957) = 3.20$, $p < .05$)。

②日本人学生と留学生の比較

2009年度から2012年度にかけての心身症の比率に関し、 t 検定により日本人と留学生とを比較

した結果を以下に示す (Table 2)。

小児ぜんそく、不安・いらいら、気分の落ち込み、不登校・ひきこもり、自殺念慮では2009年度から2012年度まで4年間連続して日本人学生のほうが留学生より高かった。過敏性大腸炎、食欲不振・過食では2009年度と2011年度において日本人学生のほうが留学生より高かった。不眠・過眠では2011年度と2012年度の2年間連続して日本人学生のほうが留学生より高かった。過呼吸、自傷行為では2009年度、2010年度、2012年度の3年間で有意に日本人学生のほうが留学生より高かった。アレルギーは2009年度から2011

年度までの3年間連続して有意に日本人学生のほうが留学生より高かったが、2012年度のみ留学生のほうが日本人学生より高かった。

ほとんどの項目で日本人学生の方が留学生より有意に高い結果が得られたが、てんかん、糖尿、胃潰瘍、十二指腸潰瘍では有意な差がみられなかった。各症状を訴えた比率について、日本人学生と留学生を比較した結果、2012年度では小児喘息 ($t(1667) = 4.17, p < .001$), 過呼吸 ($t(1670) = 10.652, p < .001$), 不安・イライラ ($t(1664)$

$= 14.44, p < .001$), 気分の落ち込み ($t(1632) = 12.96, p < .001$), 不眠・過眠 ($t(1664) = 4.91, p < .001$), 不登校・ひきこもり ($t(1569) = 4.23, p < .05$), 自傷行為 ($t(1513) = 8.25, p < .001$), 自殺念慮 ($t(1630) = 6.73, p < .001$) で有意差がみられ、いずれも日本人学生の方が多く訴えがあったが、アレルギー ($t(1624) = 9.33, p < .001$) のみ留学生の方で訴えが多かった (Table 2)。

このことは江戸川大学における留学生のメンタ

Table 2 既往症の国籍別比較

	国籍	2009年度		2010年度		2011年度		2012年度	
		M (SD)	t 値	M (SD)	t 値	M (SD)	t 値	M (SD)	t 値
小児ぜんそく	日本人	0.13 (0.334)	7.82***	0.14 (0.340)	16.232***	0.149 (0.356)	5.897***	0.150 (0.356)	4.169***
	留学生	0.01 (0.116)		0 (0)		0.020 (0.141)		0 (0)	
てんかん	日本人	0.01 (0.083)	n.s.	0.065 (0.080)	n.s.	0.010 (0.099)	n.s.	0.108 (0.104)	n.s.
	留学生	0 (0)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
過呼吸	日本人	0.05 (0.210)	9.214***	0.059 (0.237)	10.362***	0.058 (0.234)	n.s.	0.067 (0.249)	10.652***
	留学生	0 (0)		0 (0)		0.040 (0.198)		0 (0)	
糖尿	日本人	0.00 (0.059)	n.s.	0.002 (0.049)	n.s.	0.012 (0.110)	n.s.	0.010 (0.100)	n.s.
	留学生	0 (0)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
胃潰瘍	日本人	0.01 (0.101)	n.s.	0.005 (0.073)	n.s.	0.004 (0.066)	n.s.	0.009 (0.093)	n.s.
	留学生	0.01 (0.116)		0 (0)		0 (0)		0.013 (0.115)	
十二指腸潰瘍	日本人	0.00 (0.063)	n.s.	0.003 (0.054)	n.s.	0.004 (0.066)	n.s.	0.003 (0.056)	n.s.
	留学生	0.01 (0.116)		0 (0)		0 (0)		0.014 (0.116)	
過敏性大腸炎	日本人	0.1 (0.112)	4.719***	0.010 (0.099)	n.s.	0.021 (0.143)	.18*	0.022 (0.147)	n.s.
	留学生	0 (0)		0 (0)		0.100 (0.303)		0.039 (0.195)	
食欲不振・過食	日本人	0.07 (0.247)	0.853***	0.057 (0.232)	n.s.	0.042 (0.199)	2.251*	0.448 (0.207)	n.s.
	留学生	0.04 (0.199)		0.064 (0.246)		0.160 (0.370)		0.081 (0.275)	
不眠・過眠	日本人	0.15 (0.355)	n.s.	0.156 (0.369)	n.s.	0.573 (0.495)	4.325***	0.328 (0.470)	4.911***
	留学生	0.05 (0.228)		0.109 (0.315)		0.286 (0.456)		0.130 (0.338)	
不安・イライラ	日本人	0.21 (0.408)	5.588***	0.267 (0.442)	13.176***	0.505 (0.500)	4.434***	0.599 (0.490)	14.440***
	留学生	0.04 (0.199)		0.016 (0.125)		0.222 (0.420)		0.910 (0.289)	
気分の落ち込み	日本人	0.18 (0.384)	3.38***	0.222 (0.416)	7.912***	0.306 (0.541)	2.224*	0.532 (0.499)	12.956***
	留学生	0.04 (0.199)		0.031 (0.175)		0.180 (0.388)		0.082 (0.277)	
不登校・ひきこもり	日本人	0.07 (0.252)	6.818***	0.065 (0.247)	10.845***	0.118 (0.322)	2.504*	0.117 (0.322)	4.228***
	留学生	0.05 (0.228)		0 (0)		0.042 (0.202)		0.028 (0.165)	
自傷行為	日本人	0.03 (0.165)	7.099***	0.066 (0.248)	10.898***	0.049 (0.216)	n.s.	0.045 (0.207)	8.246***
	留学生	0 (0)		0 (0)		0.040 (0.198)		0 (0)	
自殺企図・念慮	日本人	0.03 (0.159)	6.795***	0.031 (0.173)	7.323***	0.323 (0.177)	7.328***	0.028 (0.166)	6.727***
	留学生	0 (0)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
アレルギー	日本人	0.14 (0.345)	5.200***	0.134 (0.341)	16.149***	0.254 (0.435)	2.610*	0.236 (0.43)	9.325***
	留学生	0.03 (0.165)		0 (0)		0.125 (0.334)		0.278 (0.165)	
総計	日本人	1.08 (1.56)	10.373***	1.36 (1.83)	3.034***	2.127 (1.884)	2.897**	2.121 (1.890)	8.792***
	留学生	0.25 (0.60)		0.355 (0.839)		1.279 (2.074)		0.531 (1.210)	

注：+ $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Table3 2012年度の既往症の学科別比較 (n=1688)

	心理学科	マスコミ学科	ライフデザイン学科	経営学科	情報文化学科	F値	多重比較
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
既往症	1.5484 (2.0872)	1.0254 (1.5549)	1.0841 (1.6494)	0.6830 (1.2238)	1.2136 (1.5776)	14.46***	経,マ<心 経<マ,ラ,情報

***p<.001

Table4 2012年度の既往症の内訳の学科別比較 (n = 1688)

	心理学科	マスコミ 学科	ライフデザ イン学科	経営学科	情報文化 学科	F値	多重比較
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
小児ぜんそく	0.2495 (0.5745)	0.1786 (0.4991)	0.1683 (0.4868)	0.1784 (0.4986)	0.1803 (0.5017)	n.s	
てんかん	0.0076 (0.1088)	0.0121 (0.1375)	0.0187 (0.1707)	0.0081 (0.1126)	0.0064 (0.1006)	n.s	
過呼吸	0.0868 (0.3594)	0.0787 (0.3430)	0.0623 (0.3073)	0.0608 (0.3032)	0.0451 (0.2628)	n.s	
糖尿	0.0113 (0.1331)	0.003 (0.0690)	0.0062 (0.0990)	0 (0)	0.0064 (0.1006)	n.s	
胃潰瘍	0.0227 (0.1875)	0.0212 (0.1814)	0.0125 (0.1397)	0.0081 (0.1126)	0.0129 (0.1419)	n.s	
十二指腸潰瘍	0.0076 (0.1088)	0.003 (0.0690)	0 (0)	0.004 (0.0798)	0.0258 (0.1999)	2.55*	ラ,マ<情
過敏性大腸炎	0.0264 (0.2023)	0.0242 (0.1937)	0.0125 (0.1397)	0.0122 (0.1378)	0.0129 (0.1419)	n.s	
食欲不振・過食	0.1586 (0.4738)	0.0878 (0.3611)	0.1062 (0.3947)	0.0610 (0.3032)	0.0901 (0.3661)	3.60**	経,マ<心
不安・イライラ	0.4569 (0.7143)	0.3087 (0.6248)	0.2930 (0.6131)	0.1584 (0.4729)	0.4056 (0.6889)	12.75***	経,ラ,マ<心 経,マ<情
気分の落ち込み	0.4078 (0.6895)	0.2694 (0.5927)	0.2431 (0.5693)	0.1304 (0.4326)	0.3026 (0.6207)	11.50***	経,ラ,マ<心 経,マ<情
不眠・過眠	0.2794 (0.6014)	0.1998 (0.5238)	0.2499 (0.5750)	0.1671 (0.4833)	0.2639 (0.5885)	2.79*	経<心
不登校・ひきこもり	0.1661 (0.4837)	0.0760 (0.3366)	0.1060 (0.3948)	0.0288 (0.2094)	0.1164 (0.4113)	7.41***	経,マ<心 経<情
自傷行為	0.0944 (0.3738)	0.0242 (0.1937)	0.0374 (0.2400)	0.0123 (0.1378)	0.0322 (0.2230)	6.82***	経,マ,情,ラ<心
自殺念慮	0.0868 (0.3594)	0.0272 (0.2053)	0.0499 (0.2760)	0.0082 (0.1126)	0.0193 (0.1735)	6.44***	経,情,マ<心
その他	0.0566 (0.2932)	0.0605 (0.3027)	0.0623 (0.3073)	0.0408 (0.2492)	0.0837 (0.3535)	n.s	
アレルギー	0.3134 (0.6285)	0.2361 (0.5619)	0.2743 (0.5975)	0.1911 (0.5130)	0.3026 (0.62073)	2.82*	経<心

注：数値は逆正弦変換後のもの

*p<.05,**p<.01,***p<.001

ルヘルスは概して日本人学生よりも良好であることを示唆し、相談室利用の少なさと関係していると考えられる。

松原・石隈（1993）では、留学生の学生相談状況を調査した結果、言語問題と経済問題が多くあがることを指摘し、同様のことが上原（1988）においても指摘されている。よって、日本語能力の向上を目的とする学習支援や奨学金などの生活支

援の方が重要と考えられる。

③学科別の分析

既往症の合計数について学科別に一元配置の分散分析をした結果、学科の主効果が有意にみられ ($F(4, 1684) = 14.46, p < .001$)、多重比較の結果、人間心理学科が、経営社会学科、マスコミ学科、ライフデザイン学科よりも多く、情報文化学科、

ライフデザイン学科、マスコミ学科は経営社会学科よりも多いという結果であった (Table3)。この傾向は、データ収集開始以来、一貫した傾向である (松田・高澤, 2010)。

さらに各症状を訴えた比率について学科別に一元配置の分散分析をした結果、学科の主効果が有意にみられたのは、十二指腸潰瘍 ($F(4, 1684) = 2.55, p < .05$)、食欲不振・過食 ($F(4, 1684) = 3.60, p < .01$)、不安・イライラ ($F(4, 1684) = 12.75, p < .001$)、気分の落ち込み ($F(4, 1684) = 11.50, p < .001$)、不眠・過眠 ($F(4, 1684) = 2.79, p < .05$)、不登校・ひきこもり ($F(4, 1684) = 7.41, p < .001$)、自傷行為 ($F(4, 1684) = 6.82, p < .001$)、自殺念慮 ($F(4, 1684) = 6.44, p < .001$)、アレルギー ($F(4, 1684) = 2.82, p < .05$) であった。多重比較の結果は Table4 の通りであるが、概して人間心理学科の学生の訴えが多いことが示されて、実際に人間心理学科の学生相談室の利用も多い。この理由としては、学科の志望動機にも関連している可能性がある。

4. 結果の総括および今後の課題

年1回の健康診断を利用しての問診で時間的な制限があり、簡便に実施できる形式をとったため、質問内容は限定されたが、本学学生のメンタルヘルスについての概略を把握できた。結果を要約すると、精神症状にかかわる訴えが多くみられた。医務室発信の保健だよりにおいても、不安、抑うつ、不眠などの精神症状、身体症状を取り上げていく必要がある。

年度別には大学全体として定員割れした 2011 年度以降、心身の健康度の低い学生が入学するなど、在籍学生のメンタルヘルスの悪化が懸念される。

一方で、2013 年度は、在籍者数の減少により、学生相談室の利用者数も減少した。教職員からの紹介ケースは増えたものの、自発来談が極端に少なくなった。「困ってはいるが、理解力、言語表現力に乏しい」学生が増加している印象がある。その他発達障害の学生の在籍はここ数年目立つようになり、今年も C 棟 1F の待合室の利用が多く、

単発相談はあるものの、継続相談にはつながらない場合が多い。また、授業中の迷惑行為、自傷他害行為等、突発で起るトラブルに対し、医務室的な対応を求められることも多く、関係各部署との連携は益々重要となっている (松田・日浅・鈴木・高澤, 2011)。

学科別にはメンタルヘルス支援を必要とする学生は、特に人間心理学科学生に多いと予想され、注意を払う必要がある。一方で、本学外国人留学生のメンタルヘルスは継続して良好であることが示唆された。学生相談室、医務室による支援よりも、生活支援、学習支援が必要と考えられた。既往症を記載してくれた学生のうち、授業中など学内で救急車を呼ぶなどの緊急対応の可能性がある学生には、個別のカルテを作って情報を厳重に保管し、緊急時に対応できるようにしている。本年度もその情報が緊急対応に役立ったケースがあり、今後も問診票の実施を継続していくことが望ましいと考えられる。

また、本学相談機関広報活動も引き続き実施し、さらに受診や相談したいが適切な医療、相談機関が見つからない学生への情報提供などの支援の強化に努めていくことが必要と考えられる。

さらに本学学生の心身の健康と学業成績との関連について分析を開始しており (Matsuda, Suzuki, Kelly, & Nakamura, 2013)、これについて報告することを今後の課題とする。将来的には症状が深刻化する前の支援や学業不振の予防に、本データを活用することを計画している。

参考文献

- 松田英子・鈴木秀生・日浅美由紀・高澤則美 2010 江戸川大学における学生相談体制の現状と動向 —学生相談室・医務室・安心生活サポート窓口の連携システム— 江戸川大学紀要 情報と社会 20, 121-130.
- 松田英子・高澤則美 2010 江戸川大学生のメンタルヘルスに関する調査報告 —2009 年度健康診断時間問診票の分析— 江戸川大学紀要 情報と社会 20, 103-111.
- 松田英子・日浅美由紀・鈴木秀生・高澤則美 2011 学生相談室における学生支援に関する事例報告 —教職員、保護者、医療機関との連携を行った 4 事例より— 江戸川大学紀要 情報と社会 21, 103-112.
- Eiko Matsuda, Hideo Suzuki, Timothy M. Kelly, & Shin

- Nakamura 2013 A research on annual medical examination of Japanese undergraduates: The relationship among physical complaints, mental symptoms, and school underachievement. The 5th Asian Congress of Health Psychology
- 松原達哉・石隈利紀 1993 外国人留学生の実態 カウンセリング研究, 26, 146-155.
- 大島啓利・青木健次・駒米勝利・楡木満生・山口正二 2007 2006年度学生相談機関に関する調査報告 学生相談研究, 27, 238-273.
- 上原麻子 1988 留学生の異文化適応 広島大学教育学部 日本語教育学科 留学生日本語教育, 111-124.

謝 辞

2009年度から2012年度まで問診票の実施と回収にあたりまして、学生相談室の森美栄子先生、戸島宇一郎先生、齋藤廣意先生、桃山礼子様にご協力をいただきました。この場をお借りして心より御礼申し上げます。