

〈論文〉

## 一医療施設における学生の精神科受診動向に関する調査研究

檉村正美<sup>1</sup>・石村郁夫<sup>26</sup>・竹下遥<sup>36</sup>  
大江悠樹<sup>46</sup>・野村俊明<sup>1</sup>・西松能子<sup>56</sup>

Survey on the recent trend for college students to have  
psychiatric consultations

Masami KASHIMURA<sup>1</sup>, Ikuo ISHIMURA<sup>26</sup>, Haruka TAKESHITA<sup>36</sup>,  
Yuki OE<sup>46</sup>, Toshiaki NOMURA<sup>1</sup>, Yoshiko NISHIMATSU<sup>56</sup>

### 問題と目的

我が国では少子高齢化が進み、18歳人口が減少を続けているが、大学進学率は上昇傾向にあり、近年では同年代の半数以上が大学へ進学している(文部科学省, 2011)。大学が全入学時代を迎えつつある中、多種多様なニーズや問題を抱えたさまざまな層の学生が進学してくることになる。全国の大学や短大での学生相談者数の増加や(吉武・大島・池田・高野・山中・杉江・岩田・福盛・岡, 2010)、学力面での適応困難とともに人間関係や社会生活における適応困難など大学生の不適応が増加していること(谷島, 2005)、そして1996年より自殺が大学生の死因の第一位である実態もあり(内田, 2010)、学生のメンタルヘルスの問題に多くの注目が集まってきている。

学生のメンタルヘルスについては、かねてからさまざまな問題が指摘され、国内外問わず調査が行われてきている。多くの学生は在学中に最初の精神的エピソードを体験しており、その中でも12~18%の学生は何らかの精神疾患

---

1日本医科大学, 2東京成徳大学, 3東京家政大学附属臨床相談センター, 4国立精神・神経医療研究センター, 5立正大学, 6あいクリニック神田 1Nippon Medical School, 2Tokyo Seitoku University, 3 Tokyo Kasei University Clinical Counseling Center, 4 National Center of Neurology and Psychiatry, 5Rissho University, 6Ai Clinic Kanda

の診断を受けている (Mowbray, Megivern & Mandiberg, 2006)。また、不安やうつの一一般有病率は大学生で16%、大学院生で13%見られるという報告もあり (Eisenberg, 2007)、さらには若者の自殺者数における学生・生徒の占める割合の大きさなども問題視されている (内閣府, 2012)。このことから、大学生および大学院生におけるメンタルヘルスの現状を把握し、ニーズのある学生に適切な支援を行うことが早急に対応すべき課題となっている。

日本における学生のメンタルヘルスに関する調査の多くは、大学内の保健管理センターや学生相談室が学内の学生を対象として行なわれたものか、これらの関連諸機関が多施設間で学内の学生を対象に行ったものがほとんどである。保健管理センターを利用する学生の精神疾患に関する調査研究によれば、精神疾患の診断基準に当てはまるような精神症状を呈する事例は全体の利用者の20%程度と報告されている (内田, 2009)。しかし、実際にはうつ病エピソードを経験しているにも関わらず利用しない場合や (American College Health Association, 2008)、精神科以外の診療科を受診する機会が多いことが指摘されており、精神科専門医による診断や治療を受けずに自殺する学生が多いことが報告されている (内田, 2009)。学内相談機関の利用、あるいは医療機関を受診しない学生のうち、学外機関を利用する学生も当然いると予想され、精神科医療機関には多くの大学生・大学院生が受診し、治療を受けているものと推定される。これまでの学生を対象としたメンタルヘルスを論ずる先行研究では、医療機関側から学生に焦点を当てた利用状況を報告する調査研究は少なく、そのため医療機関を受診する学生がどのような症状を呈していて、どのような状況に置かれているのか、そしてどのような治療を受けているのかについて明らかにすることは意義のあることであると考えられる。そこで本研究では、単一の医療機関における大学生・大学院生の精神科受診動向に関する情報を把握することを目的とし、学生でない同年代の患者と比較することで、学生であるか否かによってその基本的な特徴に差異が見られるかについて探索的な検討を行う。

## 方法

**研究協力者** X年5月～X+1年4月の間に、都心部にある精神科医療機関Aクリニックを初診した大学生・大学院生の66名のうち、調査への協力に同意が得られた64名 (男性28名、女性36名、平均年齢 $21.70 \pm 2.35$ 歳、年齢範囲18

～30歳)を対象とした(以下、学生群)。学生群64名のうち、大学生54名(84.4%)、大学院生10名(15.6%)であった(学年別では順に大学1年生7名(10.9%)、2年生11名(17.2%)、3年生15名(23.4%)、4年生18名(28.1%)、5年生1名(1.6%)、6年生1名(1.6%)、大学院生では修士1年生3名(4.7%)、修士2年生6名(9.4%)、オーバードクター1名(1.6%)、不明1名)。Aクリニックは精神科の外来専門機関であり、スタッフは精神科医9名、看護師3名、ケースワーカー3名、臨床心理士15名で構成され、そのうち3名の医師、2名の臨床心理士は大学教職員である。週末を除き、医師による外来枠と臨床心理士によるカウンセリング枠が設置されており、受診者にカウンセリングを提供する環境が十分に整っている機関であるといえる。また、大学のメンタルヘルス相談の業務委託を受けており、大学の学生相談室との連携をしてきた実績もある。なお、調査期間のAクリニックの初診患者総数は834名であり、大学生・大学院生が占める比率は7.9%であった。本研究では、大学生・大学院生と学生でない同年代の患者の基本的特性の違いの有無を検討するために、調査期間内にAクリニックを受診した同年代の学生でない初診患者195名(23.0%)から無作為抽出し、このうち本研究への同意が得られた71名(男性29名、女性42名、平均年齢 $24.66 \pm 2.80$ 歳、年齢範囲18～30歳)を非学生群とした。

**調査内容** ①基本属性に関する項目(性別、年齢、学年)、②登校状況(登校していない、週1回未満登校している、登校しているの3択)、③受診状況(単身受診、同伴者付きの2択)、④居住形態(一人暮らし、家族と同居、ルームシェア・寮の3択)、⑤主訴分類(家族関係、対人関係、性格、学生生活、学業、精神症状、進路、その他の8分類。複数選択方式にした後、「その中で一番お困りになっていることは何ですか」という質問によって1つを選択させる)、⑥身体・精神症状(これについては患者本人の同意を得た上で、診療情報が記載されたカルテ記録および心理士による面接記録から情報を抽出した)、⑦診断分類(カルテ情報を参照した上で調査者が記入)、⑧過去3カ月の自殺念慮・自殺企図・自傷行為、およびアルコール・薬物の問題の有無(いずれもあり、なしの2件法)、⑨薬物療法の有無(あり、なしの2件法)、⑩通院状況(診察のみ、診察+カウンセリングの2択)、⑪受診以前の状況(過去の不登校歴、18歳以前の精神科受診歴、いじめられ体験、被虐待経験の有無についてそれぞれあり、なしの2件法)、⑫学内相談機関への相談(相談している、以前相談していた、相談していないの3択)、⑬学内相談機関との連携の有無(あり、なしの2

件法)。

倫理的配慮 主治医から研究協力者に対して研究の意義、目的、方法、個人情報保護の取り扱いの方法、調査に協力しなくても一切不利益を受けないこと等を説明した後に文書にて同意を得た。なお、本研究はAクリニックの倫理委員会で審議を受けて承認を得た。

## 結果

### 1. 登校状況

質問紙への回答が得られた学生群のうち、2～3ヵ月の間「登校していない」と回答した者は6名(9.4%)、「あまりしていない(週1日未満)」は12名(18.8%)、「登校している」は30名(46.9%)、「不明」は16名であり、約半数以上の学生は登校を継続していた。

### 2. 初診時同伴者の有無と居住形態

受診に際して、単身受診であったか同伴者がいたかどうか、加えて居住形態(単身生活、家族同居、ルームシェア)について学生群と対照群との違いを調べた結果(表1)、いずれにおいても有意差は見られなかった(受診  $\chi^2(1)=3.62, n.s.$  ; 居住  $\chi^2(2)=2.21, n.s.$ )。

表1 受診形態および居住形態の両群比較

	受診形態		居住形態			
	単身受診	同伴者あり	家族と同居	単身生活	ルームシェア/寮	不明
学生群 <sup>1)</sup>	54 (84.4%)	10 (15.6%)	40 (62.5%)	21 (32.8%)	2 (3.1%)	1 (1.6%)
非学生群 <sup>2)</sup>	67 (94.4%)	4 (5.6%)	37 (52.1%)	29 (40.8%)	5 (7.0%)	0(0.0%)

1) N=64

2) N=71

### 3. 主訴の分類

カルテ情報を基に、初診時の主訴内容を分類して集計した結果(表2-1)、両群ともに精神症状の占める割合が最も多く、その他の主訴分類において両群で大きな違いは見られなかった。続いて、学生群のみに対して現在困っている事

柄について複数回答方式で選択してもらった結果（表2-2）、同様に学生群の主訴件数は精神症状に集中しており、次いで進路問題や対人関係に関する主訴が多く見られた。さらに、カルテ情報を基に学生群の精神症状の内訳を見ると（表2-3）、不安や抑うつに関連する症状（抑うつ気分、意欲低下、集中困難など）が最も多く、次いで対人緊張が比較的多く見られた。加えて、身体症状の内訳では息苦しさや胸部不快が最も多く、次いで腹痛・下痢・便秘といった腹部不調、頭痛・めまいが比較的多く見られた。

表 2-1 両群における主訴分類の割合

	学生群	非学生群
精神症状	51(79.7%)	64(90.1%)
学生生活	4(6.3%)	0(0.0%)
家族関係	3(4.7%)	0(0.0%)
対人関係	2(3.1%)	5(7.0%)
学業	2(3.1%)	0(0.0%)
進路	2(3.1%)	1(1.4%)
性格	0(0.0%)	1(1.4%)
合計	64	71

表 2-2 学生群の主訴分類（複数選択）

精神症状	進路問題	対人関係	性格	学業問題	家族関係	学生生活	その他
41	17	14	8	6	6	4	4

表 2-3 学生群における精神・身体症状の内訳（重複あり）

精神症状	身体症状		
不安	34	息苦しさ・胸部不快	16
抑うつ	23	腹痛・下痢・便秘	19
意欲低下	19	頭痛・めまい	15
集中困難	18	動悸	11
対人緊張	17	過食	11
イライラ	14	耳鳴り	6
思考力低下	6	吐気・嘔吐	4

#### 4. 初診時診断

両群における初診時診断を表3に示した。両群ともに診断は不安障害・気分障害圏がほとんどを占めており、これに適応障害を加えると学生群では75.0%、非学生群では81.3%を占めており、学生群で見られた統合失調症の割合は8.3%であった。両群において診断の出現率には大きな違いは認められなかった ( $\chi^2(16)=17.69, n.s.$ )。

表3 両群における初診時診断の割合

	学生群	割合	非学生群	割合
不安障害	18	30.0%	10	14.1%
適応障害	17	28.3%	26	36.6%
気分障害	10	16.7%	22	31.0%
統合失調症	5	8.3%	1	1.4%
身体表現性障害	4	6.7%	4	5.6%
摂食障害	2	3.3%	1	1.4%
解離性障害	1	1.7%	1	1.4%
注意欠陥多動性障害	1	1.7%	3	4.2%
広汎性発達障害	0	0.0%	1	1.4%
不眠症	0	0.0%	1	1.4%
抜毛	1	1.7%	0	0.0%
保留	5	6.7%	1	1.4%
合計	64		71	

#### 5. 過去3ヵ月間の自殺念慮・自殺企図・自傷行為、および物質の問題

両群における自殺念慮・自殺企図・自傷行為、およびアルコールや薬物の問題の有無に関する比率を求め、両群における差を検定した結果(表4)、いずれにおいても有意な連関性は認められなかった(自殺念慮  $\chi^2(1)=0.95, n.s.$ : 自殺企図  $\chi^2(1)=0.02, n.s.$ : 自傷行為  $\chi^2(1)=0.00, n.s.$ : アルコール・薬物  $\chi^2(1)=0.28, n.s.$ )。自殺念慮が認められた学生の割合は18.8%、自殺企図した者が7.8%、明確な希死念慮はないが自傷行為を行なった者が10.9%とわずかながらも見られたが、非学生群との大きな相違は見られなかった。

表 4 各群における自殺念慮、自殺企図、自傷行為、物質の問題の有無

	過去3カ月の自殺念慮		過去3カ月の自殺企図		過去3カ月の自傷行為		アルコール・薬物の問題	
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
学生群 <sup>1)</sup>	52 (81.3%)	12 (18.8%)	59 (92.2%)	5 (7.8%)	57 (89.1%)	7 (10.9%)	60 (93.8%)	4 (6.3%)
非学生群 <sup>2)</sup>	62 (87.3%)	9 (12.7%)	65 (91.5%)	6 (8.5%)	63 (88.7%)	8 (11.3%)	68 (95.8%)	3 (4.2%)

1) N=64

2) N=71

## 6. 受診以前の状況

両群における18歳以前の不登校歴 ( $\chi^2(1)=0.11, n.s.$ )、精神科受診歴 ( $\chi^2(1)=0.00, n.s.$ )、いじめられ体験 ( $\chi^2(1)=0.98, n.s.$ )、被虐待体験 ( $\chi^2(1)=0.25, n.s.$ ) などについても学生群と非学生群で大きな相違はなかった。

表 5 各群における受診前の状況の比較

	不登校歴		18歳以前の精神科受診歴		いじめられ体験		被虐待経験	
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
学生群 <sup>1)</sup>	48 (75.0%)	16 (25.0%)	52 (81.3%)	12 (18.8%)	53 (82.8%)	11 (17.2%)	58 (90.6%)	6 (9.4%)
非学生群 <sup>2)</sup>	55 (77.5%)	16 (22.5%)	58 (81.7%)	13 (18.3%)	63 (88.7%)	8 (11.3%)	66 (93.0%)	5 (7.0%)

1) N=64

2) N=71

## 7. 薬物療法の有無と通院状況

初診後に投薬が必要であったかどうかについて、両群における比率を見たところ有意な連関性は示されなかった ( $\chi^2(1)=2.14, n.s.$ )。また、その後の通院状況を診察のみか、あるいは診察とカウンセリングの併用かに分けた比率についても有意な連関性は認められなかった ( $\chi^2(1)=0.13, n.s.$ )。両群の割合から、多くが薬物療法を受けており、またその半数近くがカウンセリング併用と判断されて通院を継続していた。

表 6 両群における投薬の有無と通院状況

	投薬の有無		通院状況	
	なし	あり	診察のみ	診察+カウ セリング
学生群 <sup>1)</sup>	12 (18.8%)	52 (81.3%)	29 (45.3%)	35 (54.7%)
非学生群 <sup>2)</sup>	21 (29.6%)	50 (70.4%)	30 (42.3%)	41 (57.7%)

1) N=64

2) N=71

## 8. 学内相談機関との連携

学生群64名のうち記入漏れがあった15名(23.4%)を除いた49名を対象として、学内の学生相談や保健センターなどの相談機関利用の有無を尋ねた結果、「相談している」が12名(24.5%)、「相談していた」が16名(32.7%)、「相談したことがない」が21名(42.9%)であった。次に、受診に際して学内相談機関からの紹介や情報提供書があるなど、学内相談機関との連携が見られたのは16名(25.0%)、連携がなかったのは48名(75.0%)であり、学内相談機関に相談している学生12名のうち医療機関と学内機関の連携が取れたケースは5件(41.7%)であった。また、学生群64名のうち記入漏れがあった18名(28.1%)を除いた49名を対象として、学内相談機関から医療機関への受診を勧められたかどうかに関する質問項目への回答の割合については「勧められた」のは16名(34.8%)、「勧められていない」のは30名(65.2%)であった。

## 考察

### 1. 登校状況と生活背景

受診した学生のうち、ここ2～3ヵ月登校していないと回答した者は1割に満たず、半数程度の学生は登校状況に大きな問題がないという結果であった。水田・小林・石谷・安住・井出・谷口(2009, 2010)の全国規模の調査によれば、大学生の不登校比率は0.7～2.9%程度(全国の大学生の約280万人中2.0～8.1万人)とされており、本研究における学生群で示された不登校の割合が多かった。本研究が単一機関での実施であったことから、サンプリングの偏りの可能性は否定できないものの、精神科機関を受診する学生が登校できない状況にあることは十分に考えられることであり、今回示された割合の数値が特段高いものを示すとはいえないだろう。本研究では、学年別の研究参加者数にバラツ



きが見られたため、学年別の登校頻度や割合について示すことができなかった。学年によって異なる割合が予想されるため、今後の課題とする必要がある。また、受診時の同伴者の有無や居住形態について両群を比較した結果、差は認められなかった。同伴者の有無と症状の重篤度の関係については本結果からはわからないものの、若い世代の患者のほとんどが一人で受診しており、半数以上は家族と同居していることが示された。一方、単身生活や共同生活など親の目を離れた環境で生活している者の割合も比較的見られることから、症状の出現や状態の悪化といった患者本人の変化に気付かれ難い環境下にあることに注意が必要であろう。

## 2. 主訴、診断、既往歴、治療状況

受診の主訴において精神症状が第一位であったが、これはAクリニックが精神科機関であることから当然の結果であると考えられる。表2-3に示されているように、主な精神症状は不安、抑うつ、意欲低下、集中困難などのうつ病と関連する症状が見られている。日本の国立大学60校の大学生・大学院生を対象とした調査からは、10%前後の学生が抑うつ状態に陥っている可能性があるとの指摘があり(内田, 2009)、また海外の報告でも学生の約1割から2割に渡って抑うつの訴えが認められている(Eisenberg, 2007; Mackenzie, Wiegel, Mundt, Brown, Saewyc, Heiligenstein, Harahan, & Fleming, 2011)。不安や抑うつが学業上の障害となって学業成績の低下をもたらすこと(American College Health Association, 2008; Heiligenstein, Guenther, Hsu, & Herman, 1996; Hysenbegasi, Hass, & Rowland, 2005)、また抑うつが退学や落第、自傷行為や自殺念慮・企図、その他の危険行為と関連することが報告されている(Gollust, Eisenberg, & Golberstein, 2008; Kisch et al., 2005)。適切な治療によって不安や抑うつの低減を図り、受診する学生を元の社会生活に戻すことが急務であるといえる。

初診時診断についても、両群に有意差は見られなかった。本結果からは学生群に顕著に見られる精神疾患があるとは言えず、本研究で対象となった18～30歳という年代の受診者においては、ほぼ共通の精神疾患の出現割合が示されていた。本結果は、大学病院の精神科受診者を対象として行なわれた先行研究(小泉・西條・館野・野村・大久保, 2009)と同様の結果を示している。また、学生の健康白書(2005)では精神健康面に関する面接の結果、正常範囲の

学生が80.1%であるのに対して不安障害圏で5.2%、気分障害圏で3.7%、適応障害で2.3%、そして統合失調症で1%と報告されているが、出現割合の大きさに違いはあるものの、出現頻度順でみれば本結果では初診時診断で不安障害が最も多く、次いで適応障害、気分障害、統合失調症の順で見られており、先行研究の出現頻度順位とほぼ同様の結果であったことなどから、本研究の対象となったAクリニックの受診者の特徴が極めて特異的なものではないと考えられる。加えて、現在のメンタルヘルス状態に影響すると考えられる過去の不登校歴やいじめられ体験、被虐待歴、精神科既往歴などについても両群で大きな相違はみられなかった。また、現在の治療状況に関しても両群で薬物療法の有無、そして現在の通院状況には有意差は見られなかった。受診した多くの患者が薬物療法を受けていることは、医療機関を受診しているのが当然の結果であると言えるが、現在の通院状況では半数以上がカウンセリング適用と判断されていることから、薬物で症状をコントロールしながらカウンセリングで当人の症状や抱える悩みの解消を図ることが期待できる。

### 3. 自殺念慮、自殺企図、自傷行為について

自殺に関する項目に関しても、両群において有意な差は認められなかった。Mackenzie et al. (2011) の報告でも男性で13%、女性で10%が自殺について考えることがあるとされている。対象数が少ないため、確定的なことは述べることはできないが、本研究の結果が示すように2割弱の患者に自殺念慮がみられるというのは決して低い数字ではない。また、本研究の結果から学生群に多く見られる症状の1つである抑うつは自殺の危険因子であると一貫して見なされており、抑うつ的な学生の11%で過去1ヵ月の自殺念慮が確認されている (Garlow, Roesenberg, & Moore, 2008)。大学生の診察の際には表面化される精神症状などの他に、常に自殺の危険性を考慮に入れ、リスクアセスメントを行ったり、必要に応じて家族や学内相談機関との連携を図りながら学生の社会的資源への介入を視野に入れて対応を図るべきであるといえよう。

### 4. 学内相談機関の利用と学内外機関の連携について

記入漏れのなかった学生群のうち、およそ半数以下の学生で学内の相談機関に相談したことがないという結果であった。実際に利用可能な相談機関の有無に関しては不明であるものの、利用可能な資源であるはずの学内相談機関が十分に活用しきれていない現状があるようである。また、Aクリニック受診の際

して学内機関から情報提供など行なわれたケースは全体の4分の1に留まっており、さらに学内相談機関を利用している学生が医療機関への受診を勧められたケースもおよそ3割と半数にも満たないことから、重要であるはずの学内外機関の連携は十分に取れていないといえる。精神科医療と学生相談の連携について言及している福田(2007)は、学生の精神科医療への誤解や敷居の高さがあってなかなか受診できずに学生相談だけでフォローせざるを得ないことがあると述べている。プライバシーの問題などを理由に学生が連携に拒否的である可能性も考えられるが、将来的に病状が深刻化した際の進級や進路の問題で大学と医療機関が連携し、情報を共有した上で双方が教育と医療の各々の立場で学生の支援に携わることが適切な対応につながる可能性が高いことはいうまでもないだろう。学内外機関における連携の在り方については、今後の重要な検討課題のひとつであると考えられる。

## 結語

総じて、本研究の結果からは学生群と非学生群には大きな違いは認められず、本結果では大学生特有の特徴や問題があることを示すことはできなかった。一方、このことは学生であるか否かに関わらず、青年期において見られる精神症状や身体症状の発症、またその症状維持に至る背景などが共通している可能性もある。本研究の対象は都心部の単一の精神科クリニックを受診した学生であり、クリニック自体もスタッフ数やカウンセリング環境が充実しているため他の医療機関とはかなり異なる様相を持っていること、研究参加者数も少なく限定的なデータであること、またサンプリングバイアスも否めず、本研究の結果を一般化した形で解釈することはできない。また、本研究は大学生・大学院生に注目した調査であったため、その比較対象として学生群と同年代の受診者を無作為抽出後、同意の得られた受診者としたものの、結果的に非学生群において23歳以上の受診者数の割合が学生群よりも多くなってしまったため、平均年齢に差が生じてしまった。この点は本研究のサンプル抽出手続きが不十分であったことを示している。こうした限界を踏まえ、研究デザインを改善することに加えて、本研究で調査した内容以外のさらなる心理社会的要因、環境要因などを含めた総合的な観点からの調査が必要である。しかし、大学生・大学院生の精神科受診動向に関する実態を調査した研究として、今後さらなる実態を明らかにしていくための足掛かりとして貴重なデータになりうると考える。今

後としては、調査対象とする医療機関を拡大して研究参加者数を増やし、関連しうる他要因にも注目しながら検討を行うなど、さらなる研究成果を蓄積していきたい。

## 引用文献

- American College Health Association (2008). American College Health Association - National College Health Assessment: Reference group data report, Spring 2008. Baltimore, MD.
- Eisenberg, D., Gollust, S.E., Golberstein, S.E., & Hefner, J.L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 534-542.
- 福田真也 (2007). 精神科医療と学生相談の連携. 精神療法, 33, 565-570.
- 学生の健康白書作成に関する特別委員会 (2005). 学生の健康白書 国立大学等保健管理施設協議会
- Garlow, S.J., Roesenberg, J., & Moore, J.D. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicidal Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.
- Gollust, S.E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, 56, 491-498.
- Heiligenstein, E., Guenther, G., Hsu, K., & Herman, K. (1996). Depression and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 45, 59-64.
- Hysenbegasi, A., Hass, S.L., & Rowland, C.R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, 145-151.
- Kisch, J., Leino, E.V., & Silverman, M.M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: Results from the Spring 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 3-13.
- 小泉公平・西條朋行・館野周・野村俊明・大久保善朗 (2009). 精神科外来統計からみた大学生のメンタルヘルス 第105回日本精神神経学会発表論集
- Mackenzie, S., Wiegel, J.R., Mundt, M., Brown, D., Saewyc, E., Heiligenstein, E., Harahan, B., & Fleming, M. (2011). Depression and suicidal ideation among students accessing campus healthcare. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 101-107.
- 水田一郎・小林哲郎・石谷真一・安住伸子・井出草平・谷口由利子 (2010). 大学生に見出される不登校・ひきこもりの実態把握と援助に関する研究 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 - 思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究 平成19～21年度総合研究報告書, 53-55.

- 水田一郎・小林哲郎・石谷真一・安住伸子・井出草平・谷口由利子 (2009). 大学生に見出される不登校・ひきこもりの実態把握と援助に関する研究 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 - 思春期のひきこもりをもたらず精神科疾患実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究 平成20年度総括・分担研究報告書, 79-101.
- Mowbray, C.T., Megivern, D., Mandiberg, J.M., Strauss, S., Stein, C.H., Collins, K., & Lett, R. (2006). Campus mental health services: Recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 226-237.
- 文部科学省 (2011). 平成23年度教育指標の国際比較.  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/data/kokusai/1302640.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/data/kokusai/1302640.htm) (2011年3月取得)
- 内閣府 (2012). 平成24年度版自殺対策白書 新高速印刷株式会社
- 内田千代子 (2010). 21年の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防の手掛かりを探る—. *精神神経学雑誌*, 112, 543-560.
- 内田千代子 (2009). 大学生とうつ病. *こころの科学*, 146, 59-65.
- 谷島弘二 (2005). 大学生における大学への適応に関する検討. *人間科学研究*, 27, 19-27.
- 吉武清實・大島啓利・池田忠義・高野明・山中淑江・杉江征・岩田淳子・福盛英明・岡昌之 (2010). 2009年度学生相談機関に関する調査報告. *学生相談研究*, 30, 226-271.

(受付日 平成26年6月18日)

(受理日 平成26年9月5日)

