

〈論文〉

UPI (University Personality Inventory) からみる 本学新入生の特徴

鋤柄のぞみ*・加藤優子*・樫村正美**・野村俊明**

The freshman's characteristic based on the UPI score

Nozomi SUKIGARA, Yuko KATO,
Masami KASHIMURA, Toshiaki NOMURA

問題と目的

大学精神保健調査票 (University Personality Inventory、以下UPIと表記) とは、1960年代から70年代に本邦で開発されて以来、大学生の精神健康の把握などを目的に、大学保健の領域で使用されている簡易な質問紙調査法のひとつである (平山・全国大学メンタルヘルス研究会、2011)。本人が自覚する症状を問う自覚症状56項目と活動性など健康感を問う陽性項目4項目、計60項目で構成されており (詳細は表1を参照のこと)、自覚症状の内訳は、精神身体的訴え、抑うつ傾向、対人不安 (劣等感)、強迫傾向・被害関係念慮の4領域に分けられる。最近1年間で当てはまるものをチェックする自己申告に基づいており、チェックされた項目数をそのまま得点として、チェックされた項目内容とともに理解することで学生の精神健康を把握できる。なお、自覚症状56項目の得点では9~16 (濱田・鹿取・荒木・池田・加藤・福田・佐藤、1991)、自覚症状と陽性項目をあわせたUPI得点では17.9 (平山他、2011) が全国の大学から報告される平均値として知られている。

UPIに関する研究や実践報告は数多く、文献整理を行った平山他 (2011) によると、現役生と多浪生、留学生など群別の特性や、他の心理検査との相関、留年

* 日本医科大学・学生相談室 Students Counseling Room, Nippon Medical School

** 日本医科大学・医療心理学教室 Department of Medical Psychology, Nippon Medical School

表1 UPI 項目一覧と各領域の対応表

1. 食欲がない	16. 不眠がちである	31. 赤面して困る	46. 体がだるい
2. 吐気・胸やけ・腹痛がある	17. 頭痛がする	32. 吃ったり、声かふるえる	47. 気にすると冷や汗がやすい
3. わけもなく便秘や下痢しやすい	18. 首筋や肩がこる	33. 体がはてったり、冷えたりする	48. めまいや立ちくらみがある
4. 動悸や脈が気になる	19. 胸が痛んだり、しめつけられる	34. 排尿や性器のことが気になる	49. 気を失ったり、ひきつけたりする
5. いつも体の調子が良い	20. いつも活動的である	35. 気分が明るい	50. よく他人に好かれる
6. 不平や不満が多い	21. 気が小さすぎる	36. なんとなく不安である	51. こだわりすぎる
7. 親が期待しすぎる	22. 気疲れする	37. 独りでいると落ちつかない	52. くり返し確かめないと苦しい
8. 自分の過去や家庭は不幸である	23. いらいらししやすい	38. ものごとに自信をもてない	53. 汚れが気になって困る
9. 将来のことを心配しすぎる	24. おこりっぽい	39. 何事もためらいがちである	54. つまらぬ考えがとれない
10. 人に会いたくない	25. 死にたくなる	40. 他人にわるくとられやすい	55. 自分の変な匂いが気になる
11. 自分が自分でない感じがする	26. 何事も生き生きと感じられない	41. 他人が信じられない	56. 他人に陰口を言われる
12. やる気が出てこない	27. 記憶力が低下している	42. 気をまわしすぎる	57. 周囲の人が気になって困る
13. 悲観的になる	28. 根気が続かない	43. つきあいが嫌いである	58. 他人の視線が気になる
14. 考えがまとまらない	29. 決断力がない	44. ひげ目を感じる	59. 他人に相手にされない
15. 気分が波がありすぎる	30. 人に頼りすぎる	45. とりこし苦労をする	60. 気持ちが悪くつけられやすい
精神身体的訴え（心気的症状）：14, 16-19		精神身体的訴え（自律神経症状）：31, 34, 46-49	
陽 性 項 目			
抑うつ傾向：6-15, 21-30		対人不安（劣等感）：36-45	強迫傾向：51-55
			被害関係念慮：56-60

出典：平山皓・全国大学メンタルヘルス研究会(著)．2011．UPI利用の手引き，P.46に図示および解説されている「UPI：A5版カード」を基に鋳柄が作成した。

や不登校などの不適応状態および疾病のスクリーニングや追跡調査、経年変化等がある。例えば、群別の検討では、奥田・黒田・白石（1992）は同じ大学内での学部間比較を行っており、自覚症状の得点平均値について、文科系学部では文学部（ $M=11.03$ ）、理科系学部では理学部（ $M=10.48$ ）が相対的に高く、理科系学部内では医学部（ $M=9.23$ ）が相対的に低いと報告している。医学部について言えば、三木・本田（1989）による10.7、宮本（2010）による7.73という平均値の報告も知られている。また経年変化の検証では、女子大学を対象に1972年～2014年のUPI得点を検証した岡・吉村・山岸（2015）、90年代の自覚症状得点を検証した願興寺・小塩・桐山（2007）と喜田・高木（2001）が一例としてあげられよう。いずれも得点平均値の上昇傾向を述べている。なお、多くの大学が、UPIへの回答を求める調査（以下、UPI調査）で終わらずに、何らかの方法で個別面接も併せて実施しており、その実践報告や検証も少なくない。例えば、岡・鉦・山岸（2010）は、適応や精神健康上のリスクがあるとされる高得点者を学生相談室に呼び出す面接事例を通して、彼らの特徴や潜在的ニーズを検討している。

このように全国の大学で実施されていて先行研究も数多いUPIだが、本学で導入されたのは学生相談室が正式に設置された1995年にあたり、現在も年1度のペースで継続している。その主な目的は、他大学と同様に新入生の精神健康を

把握すること、必要と判断される学生に相談室の利用を促すこと、相談室とカウンセラーの広報である。対象は新入生であり、入学して間もない時期の定期健康診断日を実施場面および日時としてきた。大教室の半分を面接スペースに（パーティションで区切られた4つのブースが設置される）、残り半分以上をUPIの記入および順番待ちスペースとし、UPIに記入の済んだ学生から全員が順番に面接を3～5分程受ける流れであった。面接は、臨床心理士である学生相談員と附属病院精神科医師の2～3名で担当し、全過程を終了後に全員で情報を共有してきた。その内容は、緊急性が認められない限りは学生相談室内にとどめることとし、学生に自由に回答してもらうため他の教職員に知らせないようにしている。ただし、当該年度の集計値は、年報にあたる学生相談室報告書に毎年報告してきた。本論では、以上の方法で実施してきた本学のUPI調査と個別面接が20年を超えたことを節目として、本学新入生のUPI特徴と傾向をまとめることで、学生個々人の回答結果を理解するための指針や個別面接時の基本資料として今後にかけていきたいと考える。なお、UPIに関する数量的検証で一般に扱われるのは、UPI得点などの得点平均値と質問項目の内容になるが、本論では前者の得点を取り扱うこととした。すなわち本論の目的は、これまで実施してきた20年間（1995年～2014年）の得点記録に基づき、本学学生の入学時におけるUPI結果の特徴や傾向について検討することである。

なお、過密なカリキュラムをはじめとする医学部特有のストレス要因が知られており（内田、2007、2010）、海外の研究では医学生の抑うつ・不安の頻度は高いとされる（宮本、2010）が、医学生を対象にしたUPIの先行文献は上述の奥田他（1992）と三木他（1989）、宮本（2010）など一部に限られている。本論では、平山他（2011）や濱田他（1991）、岡他（2015）等によって報告されている大学生の一般的傾向を参照にしつつも、奥田他（1992）や三木他（1989）、宮本（2010）の報告に見られる医学生のUPI特徴と照らし合わせながら、可能なだけ医学生という視点から考察していきたいと考える。

方 法

受検者に対しては、UPI用紙上で、守秘原則に基づく情報管理の約束とともに個人が特定されない統計分析の実施と公表について伝えており、回答をもって承諾を得たものとしている。

(4)

ローデータが保存されている2006年～2014年については、自覚症状56項目と陽性項目の4項目、両者の総計であるUPI得点、また、自覚症状を構成する4領域の精神身体的訴え、抑うつ傾向、対人不安（劣等感）、強迫傾向・被害関係念慮、それぞれの得点平均値を各年度で算出する。その後、他の年度で採用している回答方式（該当項目のみチェックを付ける）とは異なる回答方式（60項目全てに○×いずれかを記入する）を唯一採用していた2007年を条件統制のため除いた8年分、2006年と2008年～2014年の総計と平均値を算出し年度間の差を統計分析にかける。UPI得点については得点分布図を作成して資料とする。なお、条件統制のため検定対象からは除外する2007年の集計値だが、参考資料として図表上には記すこととする。

個人情報に配慮のうえでローデータが廃棄されている1995年～2004年については、学生相談室報告書第1号～第11号に自覚症状の得点平均値が記録として残されているだけで、陽性項目とUPI得点、自覚症状の4領域それぞれの得点平均値およびSDは不明である。そのため、1995年～2014年の20年間全体および推移については、2006年以降と同様の統計分析は出来ず、また自覚症状の得点平均値のみを検証対象にするしかない。そこで1995年～2014年の年次推移については、学生相談室報告書に残されている1995年～2004年の自覚症状の得点平均値記録と2006年以降の統計値（2005年度は記録が無記載のため扱わない）をプロットしたグラフを作成することで、その概観を把握する資料とする。

結 果

1) 基本統計量：2006年～2014年

2006年～2014年の9年分を対象者は949名（男性644名、女性305名）、年齢無記入の16名を除く933名での平均年齢は19.33歳（SD：2.056）であった。2007年を除く8年では対象者は850名（男性576名、女性274名）、年齢無記入の9名を除く841名での平均年齢は19.74歳（SD：2.056）であった。表2に示す通り、他の年度と異なる回答方式で調査した2007年が、UPI得点をはじめ全体的に他年度より高いことが一瞥できる結果となった。その2007年を除く2006年と2008年～2014年の8年分では、本学新生生の自覚症状の得点平均値は3.95～8.28であり、総計の平均値は5.91であった。UPI得点の平均値も8年分で4.44～8.89となり、その総計の平均値は6.62であった。自覚症状の各領域については、

表2 基本統計量：各年度および全体の得点平均値 (SD) (2006年～2014年)

年度	<受検者数>			<UPI得点>		
	男性	女性	全体	自覚症状	陽性項目	UPI得点
2006	67	28	95	8.28 (7.652)	0.64 (0.886)	8.89 (7.677)
2007	68	31	99	12.30 (10.577)	1.77 (1.427)	14.01 (10.661)
2008	65	35	100	6.52 (6.457)	0.76 (0.986)	7.26 (6.594)
2009	70	39	109	6.05 (6.312)	0.94 (1.091)	6.92 (6.348)
2010	73	28	101	6.49 (5.885)	0.47 (0.807)	6.91 (5.814)
2011	76	34	110	5.33 (6.208)	0.89 (1.147)	6.22 (6.287)
2012	73	38	111	5.98 (5.705)	0.80 (1.075)	6.80 (6.962)
2013	80	30	110	5.21 (5.705)	0.75 (1.044)	5.95 (5.610)
2014	72	42	114	3.95 (4.230)	0.49 (0.823)	4.44 (4.334)
2007を除く総計	576	274	850	5.91 (6.287)	0.72 (1.001)	6.62 (6.322)
2007を含む総計	644	305	949	6.58 (7.126)	0.83 (1.009)	7.39 (7.256)

年度	<自覚症状の領域別>			
	精神身体的訴え	抑うつ傾向	対人不安	強迫傾向・被害関係念慮
2006	1.86 (2.248)	3.72 (3.410)	1.66 (2.024)	1.05 (1.678)
2007	3.06 (2.989)	4.86 (4.449)	2.30 (2.349)	2.08 (2.262)
2008	1.57 (1.898)	2.42 (2.764)	1.14 (1.614)	1.41 (1.410)
2009	1.35 (1.833)	2.69 (2.899)	1.11 (1.536)	0.90 (1.521)
2010	1.65 (1.797)	2.78 (2.700)	1.11 (1.580)	0.94 (1.363)
2011	1.30 (1.651)	2.10 (2.797)	1.11 (1.737)	0.73 (1.196)
2012	1.40 (1.722)	2.50 (3.243)	1.10 (1.715)	1.00 (1.572)
2013	1.35 (1.627)	2.34 (2.744)	0.85 (1.458)	0.66 (1.119)
2014	1.27 (1.652)	1.75 (2.398)	0.75 (1.174)	0.40 (0.725)
2007を除く総計	1.46 (1.809)	2.53 (2.912)	1.10 (1.624)	0.82 (1.354)
2007を含む総計	1.62 (2.024)	2.77 (3.186)	1.22 (1.752)	0.95 (1.523)

注) 2007年は他の年度と異なる回答方式を採用しており、年度間の差の検定対象からは除外したが、参考値として図表には記載することとした。

精神身体的訴え、抑うつ傾向、対人不安(劣等感)、強迫傾向・被害関係念慮いずれも年度ごとに違いが認められ、各値は、それらの合算である自覚症状得点に準じる結果を示した。一方、活動性や明るさの指標とされる陽性項目の得点平均値も、2007年を例外として0.49～0.94といった1点未満の結果となり、2006年と2008年～2014年の8年分総計の平均値は0.72であった。

(6)

2) 各年度間の差：2006年および2008年～2014年

自覚症状と陽性項目、両者の総計であるUPI得点、そして自覚症状の領域別に、2006年および2008年～2014年の間に差があるかどうかを検討するため、それぞれ、年度を独立変数としたTukey法による一元配置分散分析と多重比較にかけた。2007年は、先述のとおり、条件統制のため検定対象から除外した。結果は以下の通りである。

自覚症状

各年度の間に主効果が認められた ($F(7,842) = 4.227, p < .000$) (表3、図1)。2006年 ($M = 8.28$) は2011年 ($M = 5.33$)、2013年 ($M = 5.21$)、2014年 ($M = 3.95$) より有意に得点平均値の高いことが認められた。2006年と2014年の差は2倍以上となった。すなわち該当の8年では、2006年が自覚症状の得点平均値が比較的高く、また最大値を示しており、その後、2011年、2013年、2014年で減少した。

陽性項目

各年度の間に主効果が認められた ($F(7,840) = 3.250, p < .002$) (表3、図1)。2009年 ($M = 0.94$) は、2010年 ($M = 0.47$) と2014年 ($M = 0.49$) よりも有意に得点が高く、また、その2014年は、2011年 ($M = 0.89$) よりも有意に得点の低いことが分かった。すなわち、明るさや活動性の実感に関する陽性項目では、0.5に満たない値を出した2010年と2014年を最小値として年度ごとに違いのある結果となった。

UPI得点

各年度の間に主効果が認められた ($F(7,842) = 4.269, p < .000$) (表3、図1) 2006年度 ($M = 8.89$) は、2011年 ($M = 6.22$)、2013年 ($M = 5.95$)、2014年 ($M = 4.44$) よりも有意に得点平均値が高く、2006年と2014年の得点差は2倍であった。さらに2014年は、2006年に加えて、2008年 ($M = 7.26$) と2009年 ($M = 6.92$) よりも有意に値の低いことが分かった。なお、2010年度 ($M = 6.91$) は他の年度のどことも有意差が認められなかった。最大値を出した2006年から最小値を出した2014年にかけて、途中6点台が続く数年を経て、UPI得点の平均値は減少していた。

表 3 統計分析結果

	主効果 F 値	多重比較
自覚症状	4.227 **	2006 > 2011, 2013, 2014
陽性項目	3.250 **	2009 > 2014, 2010 2009, 2011 > 2010
UPI 得点	4.269 **	2006 > 2011, 2013, 2014 2006, 2008, 2009 > 2014
精神身体的訴え	1.332	
抑うつ傾向	3.986 **	2006 > 2008, 2013, 2011, 2014
対人不安	2.836 **	2006 > 2013, 2014
強迫傾向・被害関係念慮	2.916 **	2006, 2008 > 2014

Tukey 法による一元配置分散分析と多重比較

*... $p < .05$, **... $p < .01$

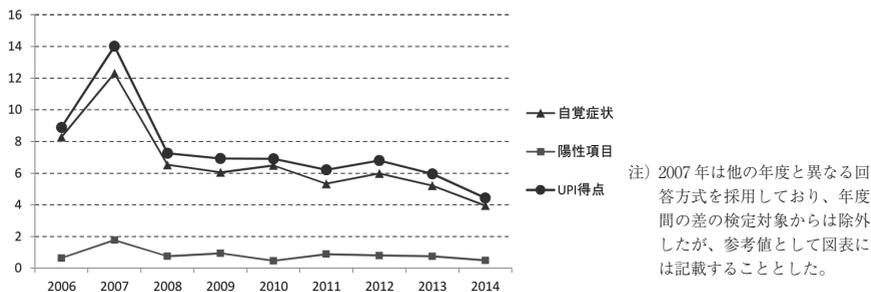


図 1 得点平均値 (自覚症状、陽性項目、UPI 得点) : 2006 年～ 2014 年

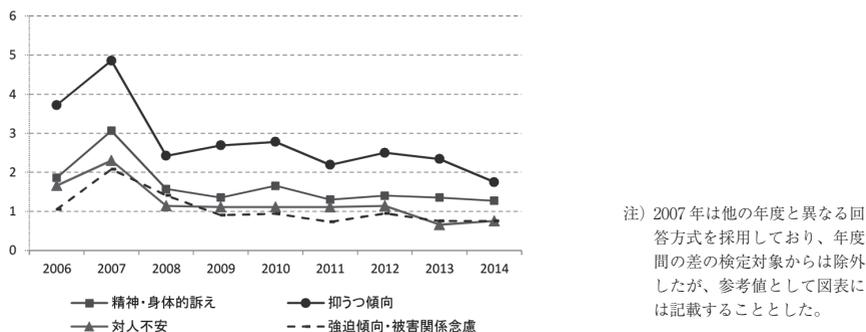


図 2 自覚症状の領域別得点平均値 : 2006 年～ 2014 年

(8)

自覚症状の4領域

自覚症状を構成する4領域のうち、精神身体的訴えを除く3領域において、それぞれ主効果が認められた(表3、図2)。

抑うつ傾向では、2006年($M=3.72$)が、2008年($M=2.42$)、2013年($M=2.34$)、2011年($M=2.19$)、2014年($M=1.75$)よりも有意に得点平均値が高かった($F(7,842)=3.986$, $p<.000$)。2006年を最大値として、2008年には値が有意に減少し、その後上昇した年があるものの2006年にはおおよそ、2014年には最小値を示した。

対人不安(劣等感)では、2006年($M=1.66$)が、2013年($M=0.85$)と2014年($M=0.75$)よりも有意に得点平均値が高かった($F(7,842)=2.836$, $p<.006$)。2006年を最大値としつつ2012年まではほぼ同等の値だったが、2013年と2014年で、2006年に比して有意に減少したことになる。

強迫傾向・被害関係念慮では、2014年($M=0.4$)が、2006年($M=1.05$)と2008年($M=1.41$)よりも有意に得点平均値が低かった($F(7,842)=2.916$, $p<.005$)。2006年～2013年まではほぼ同等の値だったが、2014年で、2006年と2008年に比して有意に減少したことになり、その値($M=0.4$)は2006年～2014年のなかで最小値になることが分かった。

3) 得点分布：2006年～2014年

自覚症状と陽性項目の総計であるUPI得点で得点分布を出した。2006年と2008年～2014年(850名)の分布が図3-1、2007年を参考値として並べた年度別の分布が図3-2である。2006年と2008年～2014年の8年分では、60点中0点～5点の範囲に該当する新入生が55%におよび、15点未満に90%がおさまる結果となった。各年度の分布図では、2007年を例外に、2006年から2014年にかけての0点帯の増加と、16～25点帯と26点以上の減少が一瞥できる結果となった。一部のみ数値をあげると、2006年は0点帯が3%で16～25点帯が11%、26点以上が5%であったが、2014年は0点帯が14%で16～25点帯が3%、26点以上が0%であった。

4) 自覚症状：1995年～2014年

記録が残っていない2005年を除き、1995年～2004年、2006年～2014年の得点平均値をプロットしてグラフ化したものが図4になる。他の年度と回答方式の

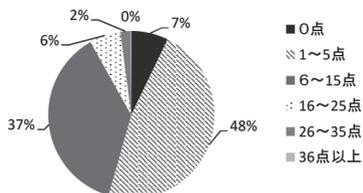


図 3-1 得点分布：2006 年、2008 年～ 2014 年 (N=850)

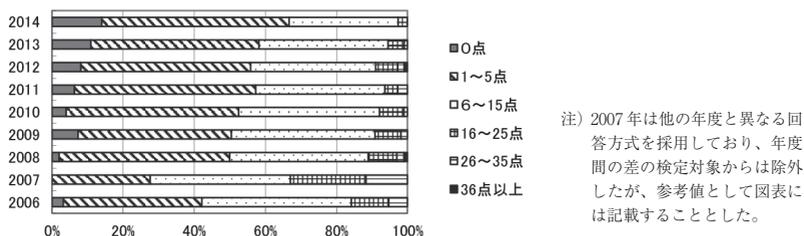
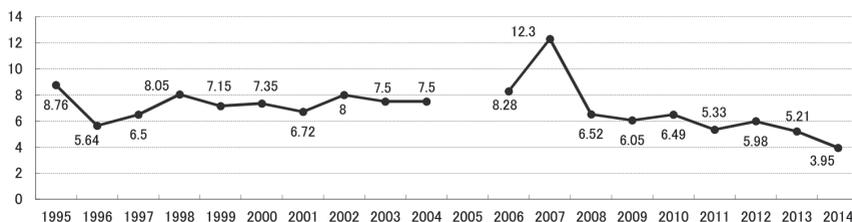


図 3-2 得点分布：2006 年～ 2014 年別



注) 2007 年は他の年度と異なる回答方式を採用しており、年度間の差の検定対象からは除外したが、参考値として図表には記載することとした。

図 4 自覚症状の得点平均値：1995 年～ 2014 年

異なる 2007 年が、20 年間で最も値が高く、唯一 10 点台を出したことが分かった。その 2007 年を除くと、本学での調査 1 回目にあたる 1995 年が最大値、20 回目にあたる 2014 年が最小値となり、他は 3.95～8.76 の範囲におさまる結果となった。6～7 点台の出現頻度が 9 回と最も多く、そのうち 7 点台は前半 10 年（1995 年～2004 年）に集中しており、8 点台も 2006 年以前で計 4 回であった。同じく計 4 回認められる 5 点台は、1996 年 ($M=5.64$) の 1 回を除くと、2011 年～

2013年の近年に連続したことが一瞥できる結果となった。

考 察

低得点傾向に関する検討

全国の大学における得点平均値は、自覚症状、陽性項目、両者の総計であるUPI得点、いずれも大学や学科や年度ごとにばらつきが認められるとされる(平山他、2011)。そのうち自覚症状得点については、全国の大学で報告される平均値は9～16点台だと言われる(濱田他、1991)が、医学部については、奥田他(1992)では9.23、宮本(2010)では7.73、三木他(1989)では10.7である。また、全国の先行文献を整理した平山他(2011)は、UPI得点の全国平均値をおよそ17.9と記している。本学新入生については、2006年と2008年～2014年の8年で算出した基本統計量(表2)、UPI得点の得点分布図(図3-1、3-2)、また、1995年～2014年の自覚症状の得点平均値の年次推移(図4)が示すように、自覚症状およびUPI得点の平均値は全国の大学から報告される値と比べて全体的には低い。例えば、2006年～2014年の8年分総計では、本学新入生の自覚症状の得点平均値は5.91、UPI得点のそれは6.62であった。また、年度間の差の検定からは除外した2007年を加えた9年分の総計を見ても、自覚症状の得点平均値は6.58、UPI得点は7.39であった。全国のなかで得点が低いことは、奥田(1992)や宮本(2010)、三木他(1989)といった医学部の低得点傾向に本学も一致したと言える。しかし同時に、それら医学部3件のなかでも、本学のUPI結果は特に低い値になっている。

精神健康度を問うUPIでの低得点を文字通りに理解すれば、本学新入生は精神健康度の高い学生が多い、ということになる。自覚症状に関する得点平均値の低さは、受験勉強から解放された入学1か月後、晴れて医学生としての一步を踏み出した調査時期のタイミングも関係するだろう。ただ、心身にかかる負荷量の多い受験期を含む最近一年間を聞いているにも関わらず低得点であることから、本学新入生の低得点を精神健康度の証明にすることは慎重にしたいと考える。それは、もし心身とも健康度が高いならば、活動性や明るさを反映する陽性項目は逆に値が高くなると推測するが、本学新入生の陽性項目は自覚症状と同じく低得点になったためである。つまり、2006年と2008年～2014年の8年分で本学の陽性項目の平均値は0.72であったが、全国の大学では1.15～2.6(平山

他、2010)、本学と同じ医学部について言えば1.98(奥田他、1992)、0.41(宮本、2010)であった。このうち奥田他(1992)の報告では、文科系学部に比べて医学部の自覚症状($M=9.23$)は約1~2点低い一方で、陽性項目は文科系学部よりも高い値($M=1.98$)を示している。このような、自覚症状の得点は低く陽性項目のそれは相反して高いという現象は、本学では2011年が唯一であった。全体的傾向としては奥田他(1992)に一致しない結果と考える。むしろ、自覚症状と陽性項目ともに得点平均値の低かった宮本(2010)に近いと言えるだろう。宮本(2010)は、両者揃って低得点なことについて、「(中略)むしろ健康的な側面であれ身体的・精神的不調に関する項目であれ、自身の状態について自覚や反応に乏しいという特徴をあらわしているのではないかと考えられる」と述べている。良好な精神健康の反映としての自覚症状の低得点ではなく、UPIへの反応および自覚自体が低いことの指摘である。宮本(2010)は続けて、「(中略)その背景には目の前の現実的課題をこなすことが求められる等、自分の状態にあまり関心を向けていられないという医学部特有の環境要因が影響しているのかもしれない」と述べた。つまり、忙しさや、過密なカリキュラムや受験勉強等が優先され、自分に深く配慮してられない状況下で悩めない、悩んでいる余裕がない状況と表現できよう。本学の新入生に照らして考えると、まずは難易度が高く過密な受験勉強は想像に難くないのであり、UPI実施時期の5月は、新しい人間関係や環境、数々の学事イベント、部活の勧誘、大学のカリキュラム等への適応に追われ続けている頃でもある。初めての一人暮らしを開始させた学生もいる。こなさなければならぬ具体的な出来事は多い。ストレスの存在や影響は感じていても、心身の状態に注意を払い続けることや、微細に気づくこと、腰を据えて悩むことの難しさは充分考えられる。そういった悩んでいられない状況と、葛藤や問題の一時的な棚上げ状態が、UPIに対する反応の低さ、ひいては低得点の背景のひとつという可能性はある。心身の変調や問題を感じていないか、感じていても過小評価している場合、本人の自覚に基づく自己申告である以上、UPIの回答数は当然少なくなる。UPIの得点結果から本学新入生を描写するならば、身体的にも精神的にも不調は感じていない(自覚症状の低得点)が、気分や活力、うまく適応できているという実感や自信も特に感じていない(陽性項目の低得点)と言えるだろう。あるいはまた、彼らの健康状態の表現として、明確な身体症状や心的苦痛の訴えはUPIで顕在しなかったと考える。

以上とはまた別に、低得点の背景として考えられることは、心身の不調や異変

を直接問う項目への回答を拒絶したり抑制したりといった防衛がある。平山他(2011)は、「(中略)特に5以下は過小が問題で、拒否・警戒の姿勢がうかがえる。このなかには発病初期の警戒感の強い統合失調症が含まれることも承知しておく必要がある」と述べている。自分を隠そうとする防衛から回答の回避や抑制が働いた可能性は、調査時に学生が見せる態度や言動を思うと本学でもありえることと言えよう。UPIは、心身の健康状態や問題を扱っていることが学生の目にも分かりやすいため、数多く回答することへのためらい自体は不自然ではない。マイナスな評価や不利益を避けたい心理から回答を控えることはあるだろう。内田(2010)は、クラスの人数が少ないこと等を背景としてあげつつ、医学部特有のストレス要因のひとつとして「(中略)長い学生生活における交際範囲は狭くなりやすく、人間関係でつまずくとやり直しにくい面があると考えられる」と述べている。単科ゆえに1学年が100～110余名のみで構成される本学でも、所属意識が自然と作られて絆や助け合いになる利点の一方で、その集団内で人間関係のトラブルや悩みを抱えると引きずりやすいと言える。そのことを入学時点で理解している新生生は多いと思われる。同級生になじめるか、受け入れられるか、どんな評価が自分に下されるかを意識するとき、異質性を疑われること、詮索されること、精神健康に関するマイナス評価への敏感さや不安があっても自然である。そうした意識が、身体症状や精神症状を問うUPIへの戸惑いや抵抗につながり、回答および得点結果に影響した可能性が考えられる。これについては、本学ではUPI記入スペースと個別面接の順番待ちスペースが兼用であったため、面接担当者に対する意識だけではなく、同じ場所にいる同級生への意識も働いたと考えられる。同級生の耳目が気になる状況下で正直な回答が抑制された可能性はある。

ここまで、本学新生生の低得点の背景について、悩めないこと、防衛や回避、抑制といった比較的マイナスな側面を述べてきた。ただ、こちらが問題視するほど深刻な事態ではなく、面倒くさい気持ちや軽い気持ちから適当にやり過ごしただけの学生もいると考えられる。精神保健への関心度、自分自身と結びつけて考える意識の薄さや、不真面目さを推察してみるが、それらは健康な大学生の態度としては普通にありえると言えよう。本当に問題がなくて健康なのか、問題はあがるが自覚していないのか、あるいは、本当は自覚しているが意図的に隠しているのか、その判別はUPIだけでは難しく本検証の限界と考える。

また一方で、低得点傾向の肯定的な理由および背景として、医学生であることの強みを考える。奥田他(1992)は、志望学部によるUPI結果の違いについて、

学生の平均的な心的特性の相違が反映されているだろうと述べた。例えば、文学部や人間科学部、理学部といった基礎的・理論的な色彩の強い学部志望者は、経済学部や医学部、薬学部といった応用・実学的な学部に比べて自覚症状得点が高いとされる（奥田他、1992）。本学新入生も該当する青年期は、自分は何者か、どう生きるのかといった自我同一性を模索して確立していく時期にあたる。身体的には成熟していても、心理的社会的には宙ぶらりんの中途半端な時期で不均衡による不安定さがあり（願興寺他、2007）、勉学、就職活動、部活動、友情や恋愛等の悩みを通して自分自身について迷い、不適応感を抱く青年期の若者は多いと言える。受験時および入学時に将来の職業像が具体的に定まっている者は多くないと考えられるが、本学新入生の場合、受験に臨む段階で将来の仕事をはほぼ決定していることになり、医療系大学を志望する学生の将来に対する目的意識や職業意識の高さ（岸本・岡村、2008）がうかがえる。漠然としたまま大学進学を選んだ同世代との違いがあるだろう。また、卒後のキャリアプランは不透明であっても、一生の仕事に向けてどう歩んでいけばいいかが入学時点で明示されている点も一般の大学生と違うと言えよう。つまり、医師という具体的に明確な職業像があること、そのはっきりした目的意識と将来への展望は、過酷な受験期に彼らの精神的な支柱や指針になったのではないだろうか。病死および身体的苦痛から人を救う医学の目的や意義は分かりやすく、社会的評価も高く、それを志している誇りや自負もあるだろう。そうした強みが、ストレス下でも大きな精神的不調に陥ることを防ぎ、自我同一性の深刻な揺らぎや危機の回避を助けた可能性が推察される。あるいはまた、職業および将来の選択にまつわる葛藤を終えたこと、道を決めたことで得た精神的安定を考える。

以上が、UPI で得られた本学新入生の低得点傾向について、その背景要因として考えられた事項である。実際に低得点の学生と対面する個別面接では、得点通り心身とも問題のない学生もいれば、用紙上はチェックしていないが実は当てはまると話す学生もいるし、自分は大丈夫だから何も聞いてくれるなどという防衛的な態度の学生もいる。UPI の限界、また、低得点の背景や理由を複数ふまえたうえで学生に対応していくことが面接担当者には必要と言える。

年次推移に関する検討

2006年と2008年～2014年を分析対象にした検定の結果、自覚症状、UPI得点、自覚症状の4領域のうち3領域で、2006年と他の年度との間に有意な得点差が

認められた(表2, 3)。条件統制のため検定対象から除外した2007年も、参考資料として、各年度の値をプロットした図表に含めて記載する。図1と2も示すように、各年度および分析項目によって違いが認められるが、2007年を除く該当の8年では2006年を最大値として、最小値を記録した2014年にかけて減少していく傾向を見ることができる。特に2006年と2014年の間の得点差は大きい。また一方で、1995年～2014年の自覚症状の得点平均値をプロットした図4でも分かるように、2014年の自覚症状の値($M=3.95$)は、UPI調査期間20年においても最小値であった。年度ごとの違いはあるものの、1995年～2006年の12年では7～8点台がほぼ通例であったのが、2007年をはさんで2008年以降は6点台となり、その3年後の2011年に5点台へ入って間もなく、初めて記録された3点台である。1995年～2004年の年度間、また、それら10年と2006年以降の間に有意差が認められるかどうかの実証は残念ながらない。しかし、2005年までの得点傾向にほぼ一致する2006年($M=8.28$)については、2011年($M=5.33$)、2013年($M=5.21$)、2014年($M=3.95$)との間に有意差が認められる結果であった(表3)。つまり、2007年を例外として、2006年以前に比べて近年は明らかに得点が低く、本学新入生における自覚症状の得点平均値は減少してきていると表現できるだろう。それは、先述したような本学新入生の低得点傾向が、2010年代に入り一層強まってきたことを示している。

なお、いずれの図表でも2007年が他の年度と比べ比較的高い値を見せているのは、年度間の差の検定対象から除外した理由、すなわち、回答方式の違いの影響が推察される。2007年以外は該当項目だけチェックする回答方式を一貫して採用しているが、2007年のみ項目全てに○×を記入する回答方式を採用している。後者の方がUPIに対する受検者の反応を多く引き出すことに成功したと考えるなら、その結果として、自覚症状と陽性項目、その合計であるUPI得点といった全ての統計値が高くなった可能性があるように考える。

なお、43年間にわたるUPI調査の実績に基づき検証を行った岡他(2015)は、14点台だった70年代前半から次第にUPI得点の値が下がり始め、低い値で安定していた期間を経て、90年代半ば頃から再上昇を見せたと述べている。そして、2000年～2014年では今までになく高い値($M=17.4$)を出したという(岡他、2015)。また、1990年～1999年の自覚症状得点を検証した喜田他(2001)、1992年～2007年のUPI得点を検証した願興寺他(2007)も、90年代後半および2000年代における得点平均値の上昇傾向を示している。本学でのUPI調査は

1995年に始まっており、これらの調査報告と時代は同じであるが、結果はいずれとも一致していない。むしろ相反するものとも言える。本学新生生の自覚症状得点およびUPI得点の平均値は、先に述べたとおり、近年にかけ減少してきていることが明らかである（表2, 3, 図1）。残念ながら、医学部を対象にした近年の推移検証は見当たらないため、他の医学生では近年どのような現象にあるかを知ることは出来ない。岡他（2015）や願興寺（2007）、喜田（2001）の報告に相反する本学での自覚症状得点の減少傾向が、他の医学生でも認められる学部ゆえの特徴と言えるのか、本学特有のことなのか、その検討は本論では難しく今後課題を残したと考える。

ここでは、医学生に限らず、一般的に考えられる経年変化の背景を中心に述べたい。つまり、入試体制や教育制度（平山他、2010）、IT、景気や社会情勢の変動が各世代に与える影響があげられる。家庭および個人の生活環境や社会の価値観の多様化、変化、また東日本大震災はじめインパクトの強い事象の影響も考える必要があるだろう。先に述べた岡他（2015）は、2000年～2014年でのUPI得点上昇の背景として、好景気を経験しないまま育ってきた世代が抱える経済的負因や、社会福祉制度への信頼が崩れたことをはじめとする将来への不安感を論じた。また、昔と比べて大人になるのが遅れた学生の多さが指摘されており（内田、2010）、心理的社会的に未発達な心的特性が学生の精神保健に影響を与えていることを推察する。また、願興寺他（2007）は、岡他（2015）と同じくUPI得点上昇した年代について、大学全入学時代および学部や学科の新設・改変のなかで学生の質的变化が生じている可能性を指摘した。こうした時代や社会情勢の影響下に本学新生生も同じくあるはずだが、他大学のように近年の得点上昇は本学では起こらず、逆に減少傾向が認められる結果になった。可能性として推察するのは、20年にわたる本学の低得点傾向について記した先述の通り、医学志望および医学生であることの強みである。職業像を早くに定めている目的意識の高さや、その職業が将来の社会的経済的な生活を保証する医師であることは、先行き不透明で不安定さが増す近代（岡他、2015）でますます彼らの強みになっているのではないか。それが、将来の職業等がまだ定まらず、雇用不安等を抱えた状態で大学進学に臨む同世代との年次推移の違いになったことを推察する。あるいはまた、先述した自分自身の心身の不調をきめ細かく意識するゆとりのなさや、被援助志向の低さ（宮本、2010）等が強化されている可能性も考える。しかし、時代背景とUPI結果を一義的に結び付けるべきではないという指摘もあり（平山

他、2010)、大学生時代が昔も今も傷つきやすく影響を受けやすい不安定な年代であることに変わりはない（内田、2010）。本学における近年の得点平均値の減少については、低得点の理由や背景に複数の可能性があることも含め、精神健康上の問題の軽症化を単純には示していない可能性に注意する必要があるだろう。

最後に

以上に、1995年～2014年の集計データと記録を基に、本学新入生のUPI特徴を検討してきた。しかし、あくまでUPIを通じて得た結果であり、学生の精神健康や特性の全てが理解できたわけではない。依存性のある嗜癖や摂食障害、ストレス反応としての身体症状や問題行動、自閉症スペクトラムの傾向など、大学生の精神健康に関わるがUPIでは扱っていない問題は他にもある。またUPIが扱う心身の不調や活動性は、個人の気質や特性として持続性のあるものも含むが、ストレス反応として一過性のももあり、時間の経過や状況によって軽減ないし増悪するものと考えられる。医学部のカリキュラムは受験期以上に過酷で勉強量も多く、内田（2007、2010）も指摘するように、人の肉体、病苦および生死を対象とする学問だけに精神的な負荷は重い。本格的な医学教育を受ける過程で自分の適性や能力の壁を知って思い悩むこともある。また、少人数かつ同質の集団がほぼ一日中ともに行動する状況は、閉鎖的な人間関係（内田、2007、2010）や文化になりやすく、一度つまずくとやり直しがききにくい。つまり、学生が体力的にも精神的にも追い込まれやすい条件が整ってしまっている現状が、在学6年間で学生のパーソナリティや精神健康にどう働くか。入学当初の目的意識が卒業まで保たれること、心身ともに成長していくことが期待されるものの、留年や中退の危機、身体的不調や精神症状などの発生および増進は現実には起きている。追跡調査を実施できる体制に現在はないため、学年を上げるにつれUPI上ではどのような変化が生じるのか、また、学生個々人の予後はどうかを客観的に知ることは出来ない。しかし、各学年における問題の理解と心理的支援は必要と考えられるのであり、留年生や成績下位者、欠席多数者、上級学年も対象に含めた精神健康の調査やアプローチは課題と言える。

今回本学新入生のUPI特徴として明らかになったのは、全国平均（濱田他、1991。平山他、2011）のなかでは他の医学部（奥田他、1992。三木他、1989。宮本、2010）と並ぶ低得点であること、それら医学部のなかでも最も値が小さいこと、

その低得点傾向が近年強まっていることである。そして本論では、UPIでの低得点が本学新入生の特徴だと一口に言っても、その内容や背景は様々であって一括りに出来ないことを考察してきた。今後のUPI調査では本論を念頭において得点結果を理解するとともに、個別面接では得点結果のみで全てを判断せず、チェックされた項目内容を確認し、本人と対話して得られる所見と併せて学生個人々々を理解する必要があるとあると言えるだろう。その意味では、UPI記入と個別面接をセットで全員受けていた本学の実施法は、回答内容を学生本人と一緒に吟味出来るうえ、UPIが扱わない問題も話しあえる意義があったと考えている。また、自ら一人で相談室を訪れることには躊躇があっても、全員必修で時間も短いという場面設定が気を楽にさせるのか、個別面接の場で悩み事や不安を相談してくる学生も少なくなかった。

2016年現在の実施環境および方法は違ったものになっているが、本論では検討を見送った項目内容に関する20年分の記録も参照しつつ、本学新入生にとってより適切なUPI調査と個別面接を目指していきたいと考える。しかしまた、全学年を対象にした調査については、60項目から成るUPIおよび全員対象の個別面接は困難であり、UPI以上に簡便な調査票の採用も含めた慎重な議論が必要だと考えている。

註) 本論は、以前に1995年～2011年のデータを取りまとめて検討したもの(鋤柄、2012)に2012年～2014年のデータを加え、20年間分として新たに検討したものである。前回の検討は、日本学生相談学会第30回大会(2012年5月開催)および学生相談室報告書第17号(2012)で報告した。また、2012年～2014年の集計結果は、同じく学生相談室報告書第20号(2015)で統計分析にかける以前の報告をしている。

文献

- 内田千代子(2007). 全国調査からみた大学生の自殺：とくに医学生の問題に注目して. 精神療法, 33 (5), 592-594.
- 内田千代子(2010). 21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子：予防への手がかりを探る. 精神神経学雑誌, 112 (6), 543-560.
- 岡伊織・銚谷路・山岸俊子(2010). University Personality Inventory (UPI) 高得点者が抱える潜在的ニーズ：呼び出し面接事例を通しての検討. 学生相談研究, 31 (2), 146-156.
- 岡伊織・吉村麻奈美・山岸俊子(2015). 津田塾大学新入生における精神的健康度の変化：43年間に渡る大学生精神医学的チェックリスト (UPI) の結果より. 津田塾大学紀要,

(47), 175-195.

- 奥田純一郎・黒田英・白石純三 (1992). 大阪大学における最近9年間のUPI調査結果. 精神保健, (1), 338-342.
- 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, 7, 63-68.
- 岸本光代・岡村仁 (2008). 入学時における医療系学生のSense of Coherence (SOC) に関連する要因の検討. 保健医療社会学論集, 19 (2), 82-93.
- 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. 人文社会学部紀要, 1, 155-166.
- 木下清・島田修・保野孝弘・網島啓司 (1997). 大学生の精神健康調査. 川崎医療福祉学会誌, 7 (1), 91-101.
- 鋤柄のぞみ (2012). 単科医科大学における新入生のUPI特徴: 17年間分の集計報告と年次推移. 全国大学学生相談学会第30回大会発表論文集, 76.
- 濱田康子・鹿取淳子・荒木乳根子・池田由子・加藤恵・福田智子・佐藤いずみ (1991). 大学生精神衛生チェックリスト (UPI) からみた女子学生の特徴. 研究紀要, 第三分冊, 短期大学部 (II) 24, 125-133.
- 平山皓・全国大学メンタルヘルス研究会著 (2011). 大学生のメンタルヘルス管理 UPI 利用の手引き. 創造出版.
- 三木勅男・本多みよ子 (1989). University Personality Inventory (UPI) と Manifest Anxiety Scale (MAS) による医学生の精神健康調査: 多浪入学生と留年性を中心に. 福井大学教育学部紀要, IV (39), 21-31.
- 宮本淳 (2010). UPI から見た医学生の精神的健康. 愛知医科大学基礎科学紀要, 37, 1-7.

(受付日 平成28年9月30日)

(受理日 平成28年11月30日)