

〈研究ノート〉

UPI 短縮版を実施した5年間についての検証と 段階評価の設定

鋤柄のぞみ¹・榎村正美²・加藤優子¹

Verification for 5-year UPI shortened version and
setting of stage evaluation.

Nozomi SUKIGARA¹, Masami KASHIMURA², Yuko KATO¹

I. 問題と目的

大学生の精神健康調査に使用される簡易な質問紙としてUPI (University Personality Inventory) が知られている。精神身体的訴え、抑うつ傾向、対人不安 (劣等感)、強迫傾向・被害関係念慮といった自覚症状を問う56項目と、気分の明るさや活動性を問う陽性項目4個の計60項目で構成されており、最近1年位で時々感じたり経験したことのある項目を答えてもらうものである (平山・全国大学メンタルヘルス研究会、2011)。該当する項目だけにチェックする自発記入方式と、全項目に○×どちらかを必ず付ける○×回答方式があるが、いずれの方法でも回答した項目数がそのまま得点に換算され、得点と、回答項目の内容から学生の精神健康状態を把握できる。酒井・野口 (2015) によれば、UPIは日常的な困りごとのレベルで測定精度が高く、実施法や研究等の自由度も比較的高いため、全国の大学学生相談室や保健センターなどを中心に普及していて研究報告も多い。例えば、UPIの文献レビューを行った平山他 (2011) は、学部のばらつきとして理学学部では理学部の得点が高く、医学部、歯学部、薬学部では相対的に得点が低いと述べおり、奥田・黒田・白石 (1992) や宮本 (2010) も医学部の得点が低いことを報告している。近年では、脇田・小塩・願興寺・桐山 (2007)

¹ 日本医科大学学生相談室 Students Counseling Room, Nippon Medical School

² 日本医科大学医療心理学教室 Medical Psychology, Nippon Medical School

や酒井・松井・四間丁（2011）が、項目反応理論を用いた分析によって、鋭敏に病理を測定できる項目を抽出して短縮版を開発している。両者とも自覚症状のみで構成されており、脇田他（2007）による短縮版は20項目、酒井他（2011）による短縮版は16項目である。他の短縮版としては、酒井他（2011）の短縮版にUPI原版の陽性項目を復活させた計20項目での実施（麗澤大学学生相談センター、2017）や、過去4年間のUPI原版を用いた結果から大学独自に基準項目16個を選定した実施報告（獨協医科大学保健センター、2018）などがある。また、回答方式を検証した報告としては、吉村・栗本・丹羽・古澤・本多・田中（1995）や西野・土屋（2000）は○×回答方式から自発記入方式に変更した場合の影響を報告しており、岩淵・加藤（2018）は酒井他（2011）による短縮版の多段階評定化を行っている。

なお、UPI調査では、機関ごとで設定される条件はやや異なるものの、その条件に該当した学生に何らかの方法で呼びかけて個別面接を実施することが多く、それが推奨されてもいる（平山他、2011）。

本学学生相談室でUPIを導入したのは1995年にあたり、その年から現在まで、入学後初めての定期健康診断時期に1学年を対象に行ってきた。1995年～2014年は計60項目からなるUPI原版を使用して回答と個別面接を同日中に実施していたが、翌2015年からは、後述する理由から本学仕様のUPI短縮版（以下、UPI短縮版と表記）を作成および導入して用紙回答と個別面接の日程を分けた。1995年から現在まで共通して、UPIの実施目的は、1学年の精神保健に係わる全体像を把握することと、心理的な支援や見守りを必要とする学生に相談室利用を促す機会にすること、学生に向けて学生相談室およびカウンセラーを広報することである。また、個別面接を利用した学生対象にフィードバック用紙を見せるようにした2015年からは、UPIの項目群はストレス状況下で経験されやすく精神保健に係わる内容だと伝えたいのでUPI結果について話し合える心理教育的機会にもなっている。

UPI原版を継続せずUPI短縮版の作成および導入に至った理由は、2014年に1学年校舎が移転したことに伴い、従来の方法と部屋環境——健康診断時に大教室ひとつを貸し切り、UPI回答直後に、3～4つのブースに分けて個別面接を実施する——の確保が不可能になったことがある。2014年当時としては、健康診断の受付でUPI用紙を渡し、会場内で計測と診察を待つ時間に回答させて回収する方法しか手立てがなかった。そのようなUPI回答に集中できない環境の

なかでも、短時間で実施可能な分量と内容の調査用紙にする必要に迫られたことで、本学で長年使用してきたUPI 原版を終了させることになったのである。質問項目が少ない他の調査紙に変更することも考えたが、UPI には、比較的健康度の高い学生についても悩みごとを明らかにしながら面接を導入する目的に適していると同時に、必要に応じて医学的な治療につなげることも可能であるという利点がある（酒井他、2015）。健康度を問わずに1 学年全員を調査と個別面接の対象にしている本学——ただし、UPI 回答と個別面接の実施時期を分けた2014 年以降、面接利用は学生の任意にされていて全員が受けているわけではない——ではUPI の継続使用が有用と考えた。しかし一方で、上述した本学における実施環境等の変化のタイミングにあわせて、UPI 原版60 項目から分量を減らしたUPI 短縮版に切り替えることにしたのである。統計的精査を経ていてスクリーニング機能に優れた脇田他（2007）と酒井他（2011）を採用しなかったのは、他の調査紙を採用しなかった理由と同じく病理の抽出だけが本学の調査目的ではないことと、脇田他（2007）と酒井他（2011）の短縮版で構成内容に違いがあり一方だけを採用する決め手には弱かったためである。そのため、脇田他（2007）と酒井他（2011）の短縮版に、これまで本学で実施してきたUPI 原版の集計データを併せて本学仕様の短縮版を作成することにした。なお、ここで扱う集計データとは、UPI 原版の60 項目それぞれの該当者数で算出した項目順位に関するものである。つまり、2006 年と2008 年～2014 年の新入生850 名による上位10 個（以下、上位項目と表記）と下位10 個、精神保健上配慮が必要な高得点者23 名による上位項目、さらに1995 年～2014 年の20 年間で上位5 位に登場した回数である（鋤柄、2016）。

その作成手続きは、まず、①脇田他（2007）と酒井他（2011）の双方で採用されており、かつ、本学のUPI 集計データに該当する項目3 個、②両者いずれかひとつで採用されており、かつ、本学のUPI 集計データに該当する項目10 個、③両者で採用されている4 個、④両者のうちひとつで採用されている12 個、そしてまた、①～④には該当しないが本学の傾向をより反映するものとして⑤UPI 集計データのうち高得点者の上位項目から7 個、⑥精神保健上のKey 項目4 個、⑦UPI 集計データから本学新入生の平凡反応と言える9 個、⑧個別面接で学生が口にする事の多い強迫傾向と消化器症状を表す2 個を採用候補として抽出した。なお、⑤～⑦で重複する項目もある。その後、全体の構成バランスは原版をできるだけ保つようにして、上記①～④を優先しつつ、⑤以下も考慮して項目を選定

していった。例えば、原版では16項目の精神身体的訴えの領域で①～④の該当項目は4個のみだったため、⑤と⑦のふたつに該当する「首筋や肩がこる」と⑥の「食欲がない」と「不眠がちである」、⑧の「わけもなく下痢や便秘をしやすい」を加えて8個にした。また、脇田他(2007)と酒井他(2011)による短縮版が扱わない陽性項目は、本学のUPI集計データ⑦に該当する3個のうち、項目順位がより上位の2個に決定した。完成したUPI短縮版は表1の通りである。なお、抑うつ傾向の項目数は他領域より比較的多いが、これは、①～④に該当した13個を全て採用したことが大きい。脇田他(2007)と酒井他(2011)による短縮版でも、抑うつ傾向の領域から抽出された項目数は他領域より多くなっており、本学でも許容範囲とした。

表1 本学仕様のUPI短縮版項目一覧と各領域の対応表

1 食欲がない。	13 首すじや肩がこる。	25 なんとなく不安である。
2 吐き気・胸焼け・腹痛がある。	14 吃ったり、声ふるえる。	26 何事もためらいがちである。
3 わけもなく下痢や便秘をしやすい。	15 体がだるい。	27 他人に悪くとられやすい。
4 不眠がちである。	16 気を失ったり、ひきつけたりする。	28 気をまわしすぎる。
5 いつも活動的である。	17 気分が明るい。	29 つきあいが嫌いだ。
6 不平や不満が多い。	18 気が小さすぎる。	30 ひげ目を感じる。
7 親が期待しすぎる。	19 気疲れする。	31 こだわりすぎる。
8 人に会いたくない。	20 いらいらししやすい。	32 くり返し確かめないと苦しい。
9 自分が自分でない感じがする。	21 おこりっぽい。	33 つまらぬ考えがとれない。
10 やる気が出てこない。	22 死にたくなる。	34 周囲の人が気になって困る。
11 悲観的になる。	23 何事も生き生きと感じられない。	35 他人の視線が気になる。
12 人に頼りすぎる。	24 根気が続かない。	36 気持ちが悪つけられやすい。

精神身体的訴え：8項目	対人不安(劣等感)：6項目
陽性項目：2項目	
抑うつ傾向：14項目	強迫傾向：3項目
	被害関係念慮：3項目

本論の目的のひとつは、UPI短縮版を実施した2015年～2019年の5年間で得た集計データから、本学新入生のUPI短縮版における特徴を報告することである。そしてふたつめに、UPI短縮版を実施した5年間分の統計値に基づき、得点の段階評価の設定を試みることも本論の目的とする。UPI原版に公式の段階評価や得点指針は存在せず、慣例で30点以上を精神保健上のハイリスク群とするのが一般的(松原, 2002)だが、平山他(2011)によれば、過少な得点を問題視す

る報告も複数ある。また、酒井・森田・鈴木（2017）は、精神的健康度の低い学生で学生相談室の利用頻度が高いと同時に、精神的健康度の高い水準でも医療機関を含めた連携の必要性が予期される相談室利用があることを見出している。本論では、UPIで精神保健上のハイリスク群とされる得点の高い群だけに注目するのではなく、平山他（2011）と酒井他（2017）をふまえて得点の低い群も視野に入れた段階評価の設定を試みたい。

II. 方法

1. 評価項目

UPI短縮版（表1参照）は、ストレス状況下で体験される困りごとの自覚症状34項目と気分の明るさや活動性を問う陽性項目2項目、合計36項目から構成されていて、最近1年間で時々感じたり経験したりしたものについて回答を求める。なお自覚症状は、精神身体的訴えに関する8項目、抑うつ傾向の14項目、対人不安（劣等感）および強迫傾向・被害関係念慮の各6項目に分類することができる。

回答方式は、2015年は該当項目のみチェックする自発記入方式を採用し、2016年以降は、該当する項目に○、該当しない項目に×を付ける全項目○×回答方式を採用した。○×回答方式は、全ての項目に必ず反応することを求めるため、記入漏れを防ぎやすいという利点がある。○×回答方式から自発記入方式に変えた影響を検証した吉村他（1995）と西野他（2000）によれば、自発記入方式にしたことで得点平均値の減少はあったが、従来の資料との整合性は高く影響は少なかったという。つまり、本学では逆に、○×回答方式を採用した2016年で平均値の上昇が予測されたが、それは2015年との整合性を損なわないことも想定される。そこで、UPI短縮版導入のタイミングには遅れをとったが、2016年以降は○×回答方式を採用している。

2. UPI短縮版調査の実施

実施時期と対象者 2015年～2019年、4月初旬、新入生オリエンテーション期間中に実施される定期健康診断の日に行った。オリエンテーションおよび健康診断に出席した590名の新入生がUPI短縮版にも回答した。

手続き 2015年は、健康診断の受付でUPI用紙と鉛筆をカウンセラーが学生

に手渡し、診察や計測等が行われる別会場で順番待ちする時間を使って記入するよう求めた。学生相談室が実施する調査であることと、その目的や回答方法などは用紙上の記載を各自でよく読むように伝え、記入が終わったら受付にいるカウンセラーに返却するよう指示した。2016年～2018年は、UPI用紙の配布および回収の流れは上記と同じだが、配布の際に、受付に並ぶ学生を5～10人単位で集めては口頭で教示することを全員に行った。口頭による教示では、回答内容は守秘原則のもと学生相談室が厳重に保管し、個人の学業および学生生活に影響する使用は一切ないというUPI用紙記載事項に加えて、UPIは全国の大学生対象に実施されているもので該当項目が複数あっても不自然ではないことも伝えた。それは、UPI調査に対する学生の警戒心を少しでも和らげるためである。2019年は、健康診断で移動する前に1学年全員が集合する入学オリエンテーションの会場にて、全員が着席した状態で、カウンセラーがUPI用紙を一斉配布して口頭で教示を行い、その場で回収まで行った。

3. 集計データの統計処理

UPI短縮版に回答した2015年～2019年の新入生590名のうち、UPI用紙上で、回答結果は個人が特定できない統計的処理で集計値等の算出に使用されること、学業及び学生生活に影響する使用や不利益は生じないことを明示したうえで「集計報告・統計解析資料としての使用に承認する・承認しない」を承認した585名(男性348名、女性237名)を対象とする。なお、本研究は日本医科大学倫理委員会にて承認されている。

2015年～2019年の5年間分について、本人が自覚する症状を問う自覚症状、気分の明るさ等を問う陽性項目、そのふたつの総計でありUPI短縮版の総合得点にあたる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平均値を算出した後、性差および年度間の差の有無について検定を行う。また、全36項目ごとに丸が付けられた率、つまり、各項目の該当者の割合を5年間分で算出して上位項目を明らかにするとともに、男女間および年度間の連関についても検定を行う。

以上の結果に基づいて、UPI短縮版における本学新入生の特徴を考察するとともに、5年間分で算出された自覚症状34項目の平均値とSDに基づき、最小値0点～最大値34点をいくつかの段階に区分して段階評価の設定を試みる。

Ⅲ. 結果

1. 記述統計量

5年間全体での対象者は585名(男性348名、女性237名)で平均年齢:19.58才(SD:1.973)であった。自覚症状と陽性項目、UPI得点、また、自覚症状を構成する4つの領域それぞれの平均値を算出した結果が表2-1と表2-2である。5年間の全体集計(表2-1)では、男女合わせて、自覚症状項目数36個での得点平均値は7.68(SD:7.459)、陽性項目2個で0.78(SD:0.835)、UPI得点は8.46(SD:7.657)となった。自覚症状の4領域別では、精神身体的訴えの8個で2.10(SD:1.889)、抑うつ傾向14個では2.57(SD:3.048)、対人不安(劣等感)6個では1.41(SD:1.549)、強迫傾向・被害関係念慮の6個で1.38(SD:1.772)であった。年度別(表2-2、図1-1、1-2)では、短縮版導入初年度にあたる2015年が各平均値全てで最も低い値を出す結果となり、一方で、2018年が抑うつ傾向を除く各平均値で最も高い値を出す結果となった。

表2-1 記述統計量:全体集計および男女別の平均値(SD)

性別	人数	<UPI得点>			<自覚症状の領域別>			
		自覚症状	陽性項目	UPI得点	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
男性	348	7.86(7.323)	0.69(0.816)	8.54(7.529)	2.11(1.855)	2.41(2.790)	1.47(1.612)	1.49(1.789)
女性	237	7.42(7.661)	0.92(0.845)	8.35(7.856)	2.07(1.942)	2.80(3.385)	1.33(1.566)	1.22(1.737)
全体	585	7.68(7.3459)	0.78(0.835)	8.46(7.657)	2.10(1.889)	2.57(3.048)	1.41(1.594)	1.38(1.772)

表2-2 記述統計量:年度別平均値(SD)

年度	人数			<UPI得点>			<自覚症状の領域別>			
	男性	女性	合計	自覚症状	陽性項目	UPI得点	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
2015年	69	45	114	2.12(2.631)	0.19(0.513)	2.32(2.635)	0.85(0.885)	0.57(1.081)	0.40(0.849)	0.30(0.786)
2016年	73	41	114	6.25(5.939)	0.85(0.833)	7.12(6.188)	1.68(1.632)	2.19(2.654)	1.13(1.223)	1.25(1.670)
2017年	74	44	118	8.25(8.035)	0.95(0.846)	9.17(8.176)	2.03(1.965)	3.07(3.471)	1.64(1.847)	1.51(1.787)
2018年	63	56	119	11.06(8.276)	0.97(0.848)	12.03(8.392)	3.00(1.944)	3.01(3.110)	1.99(1.720)	1.94(2.005)
2019年	69	51	120	10.43(7.116)	0.93(0.822)	11.36(7.041)	2.85(1.908)	3.90(3.190)	1.84(1.566)	1.84(1.833)

図1-1 <UPI得点>平均値の
年次推移

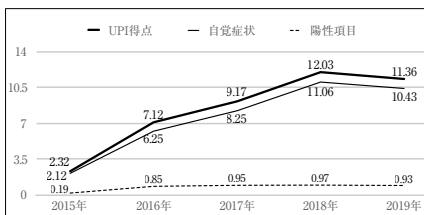
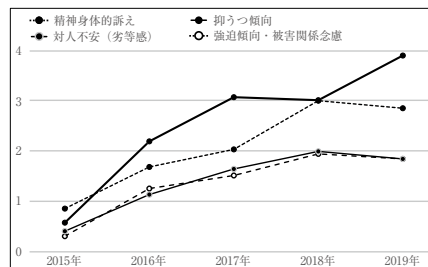


図1-2 <自覚症状の領域別>平均値の
年次推移



UPI 得点について階級幅 7 で作成した得点分布図を図 2-1 と図 2-2 に示す。5 年間の全体集計で算出された分布図（図 2-1）は、1～7 点が 49% と最も多く、順に 8～14 点が 22%、15～22 点が 13%、0 点が 8%、23～28 点が 6%、そして 29 点以上が 2% で最も少ないことを示す結果となった。年度別の分布図（図 2-2）は、2015 年～2019 年にかけて 1～7 点が減少していくと同時に 8～14 点が増加していくことと、22 点以上に 2015 年の該当者は存在せず、29 点以上になると 2016 年も該当者がいないことを一瞥できる結果を示した。

図 2-1 全体集計UPI得点分布 (%)

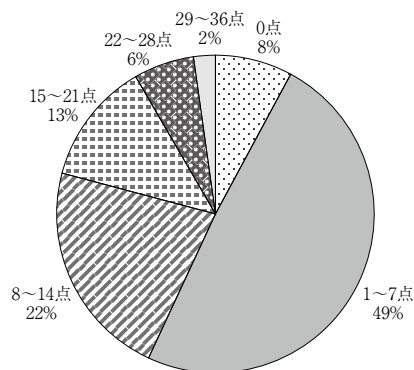
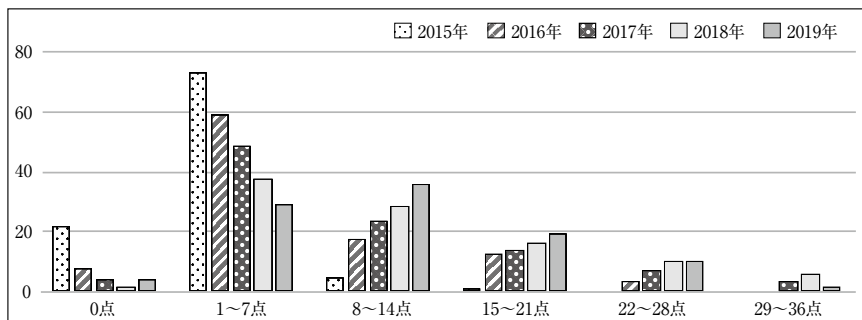


図 2-2 年度別UPI得点分布 (%)



全 36 項目ごとに、全体集計と男女別、また年度別に該当者の割合を算出した結果が表 3-1 であり、全体集計での上位項目が表 3-2、各年度での上位項目が表 3-3 である。「首すじや肩がこる」(56.9%) が全体集計の 1 位で、「気分が明るい」(46.4%) が 2 位、「なんとなく不安である」(43.5%) が 3 位であった。なお、全

体集計で2位の「気分が明るい」(男性40.3%、女性55.3%)は男女間で10%以上の違いがあり、「いつも活動的である」(男性28.8%、女性37.6%)と「わけもなく下痢や便秘をしやすい」(男性20.7%、女性30.0%)、「おこりっばい」(男性11.5%、女性19.8%)でも10%近い違いがあった。つまり、これら4個は女性の方で該当者が多かった。一方、「くり返し確かめないと苦しい」(男性22.4%、女性14.4%)と「不眠がちである」(男性28.0%、女性19.0%)では男性の方が8%以上の違いで該当者が多かった。年度別の各項目に丸が付けられた率(表3-1)はほぼ全項目でばらつきがみられたが、順位(表3-3)としては、「首すじや肩がこる」と「気分が明るい」と「なんとなく不安である」が5年間常に上位5位以内に入っていたことが分かった。同時に、全体集計では10位の「気をまわしすぎる」(表3-2)が2015年では3位に位置したことで、その2015年も含め4位以下に各年度の違いが認められた。

表3-1 各項目の該当者割合(%)と統計解析結果

	項目名	全体	男性	女性	検定結果	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	検定結果	
精神身体的訴え	食欲がない	32.5	34.2	30.0		8.6	30.7	30.5	44.5	46.7	**	
	吐き気・胸焼け・腹痛がある	28.0	27.6	28.7		8.1	22.8	28.8	42.9	38.3	**	
	わけもなく下痢や便秘をしやすい	24.4	20.7	30.0	**	7.0	19.3	24.6	38.7	31.7	**	
	不眠がちである	24.3	28.0	19.0	*	5.3	16.7	20.3	39.8	38.3	**	
	首すじや肩がこる	56.9	54.5	60.8		46.5	44.7	55.9	67.8	69.2	**	
	吃ったり、声がふるえる	8.4	9.2	7.2		2.6	3.5	11.0	14.3	10.0	**	
	体がだるい	34.1	36.3	30.8		8.8	28.9	30.5	50.8	50.0	**	
	気を失ったり、ひきつけたりする	1.2	1.4	0.8		0.0	0.9	1.7	2.5	0.8		
	抑うつ傾向	不平等不満が多い	21.4	22.2	20.3		6.1	13.2	27.1	28.8	30.8	**
		親が期待しすぎる	13.8	15.5	11.4		3.5	11.4	18.6	17.6	17.5	**
人に会いたくない		13.5	13.0	14.3		1.8	15.4	11.0	23.7	30.8	**	
自分が自分でない感じがする		8.9	9.8	7.6		0.0	6.1	9.3	15.3	13.3	**	
やる気が出てこない		35.8	36.0	35.4		8.8	30.7	29.7	53.4	55.0	**	
悲観的になる		33.9	32.6	36.9		7.9	23.7	38.1	46.6	51.7	**	
人に頼りすぎる		19.7	19.1	20.7		3.5	20.2	26.5	28.0	20.0	**	
気が小さすぎる		18.5	20.4	15.6		2.6	17.5	22.9	26.9	21.7	**	
気疲れする		35.0	35.1	35.0		7.0	30.7	39.8	44.5	51.7	**	
いらいらしやすい		25.0	22.2	29.1		6.1	15.8	24.6	40.7	36.7	**	
対人不安(劣等感)	おこりっばい	14.4	11.5	19.8	**	2.6	12.3	14.4	22.9	21.7	**	
	死にたくなる	7.0	7.8	5.9		0.9	6.1	8.5	13.4	5.8	**	
	何事も生き生きと感じられない	9.6	10.7	8.0		0.9	4.4	12.7	16.9	12.5	**	
	根気が続かない	22.9	24.4	20.7		5.3	17.5	23.7	36.1	30.8	**	
	なんとなく不安である	43.5	42.9	44.3		13.2	38.6	46.6	61.0	56.7	**	
	何事もためらいがちである	24.1	26.5	20.7		3.5	22.8	28.8	33.9	30.8	**	
	他人に悪くとられやすい	10.1	12.4	6.8	*	2.6	7.0	13.6	15.3	11.7	**	
被害関係(念慮)	気をまわしすぎる	29.4	31.0	27.0		11.4	22.8	34.7	36.1	40.8	**	
	つきあいが嫌いである	11.8	11.5	12.3		5.3	7.9	14.4	18.6	12.5	**	
	ひげ目を感じる	22.4	22.4	22.4		4.4	14.0	25.4	35.3	31.7	**	
	こだわりすぎる	24.6	27.0	21.1		6.1	22.8	28.0	35.3	30.0	**	
	くり返し確かめないと苦しい	19.2	22.4	14.4	*	5.3	19.3	22.0	24.6	24.2	**	
	つまらぬ考えがとれない	21.6	23.9	18.1		4.4	17.5	24.6	30.5	30.0	**	
	周囲の人が気になって困る	21.6	23.1	19.5		2.6	16.7	23.7	34.2	30.0	**	
陽性	他人の視線が気になる	31.8	33.3	29.5		9.6	30.7	31.4	43.7	42.5	**	
	気持ちが傷つけられやすい	19.2	19.3	19.1		1.8	17.5	21.2	27.4	27.5	**	
	いつも活動的である	32.4	28.8	37.6		8.8	36.0	41.5	39.8	35.0	**	
	気分が明るい	46.4	40.3	55.3	**	10.5	50.0	54.2	58.5	57.5	**	

Pearsonのカイ二乗検定

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

表3-2 上位項目

順位	項目	回答率 (%)
1	首すじや肩がこる	56.9
2	気分が明るい	46.4
3	なんとなく不安である	43.5
4	やる気が出てこない	35.8
5	気疲れする	35.0
6	体がだるい	34.1
7	悲観的になる	33.9
8	食欲がない	32.5
9	いつも活動的である	32.4
10	他人の視線が気になる	31.8

表3-3 2015年～2019年の上位項目5位まで (回答率)

順位	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
1	首すじや肩がこる (46.5)	気分が明るい (50.0)	首すじや肩がこる (55.9)	首すじや肩がこる (67.8)	首すじや肩がこる (69.2)
2	なんとなく不安である (13.2)	首すじや肩がこる (44.7)	気分が明るい (54.2)	なんとなく不安である (61.0)	気分が明るい (57.5)
3	気をまわしすぎる (11.4)	なんとなく不安である (38.6)	なんとなく不安である (46.6)	気分が明るい (58.5)	なんとなく不安である (56.7)
4	気分が明るい (10.5)	いつも活動的である (36.0)	いつも活動的である (41.5)	やる気が出てこない (53.4)	やる気が出てこない (55.0)
5	他人の視線が気になる (9.6)	他人の視線が気になる (30.7)	気疲れする (39.8)	体がだるい (50.8)	悲観的になる (51.7) 気疲れする

2. 統計解析

男女間の平均値の差 男性と女性の間で平均値に差があるかどうか調べるために、自覚症状と陽性項目、UPI得点、そして自覚症状の領域別に対応のない t 検定を行った。その結果 (表4-1)、陽性項目のみに有意差が認められ ($t(583) = -3.403$, $p < .001$)、女性の平均値 0.92 (SD:0.845) は男性の 0.69 (SD:0.816) よりも有意に高いことが分かった。

年度間の平均値の差 自覚症状と陽性項目、両者の総計である UPI 得点、また、自覚症状の領域別に年度間に差があるかどうかを検討するため、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検定にかけた結果、全てにおいて年度の主効果が有意であった。(表4-2)。

表4-1 男女間の差についての統計分析結果

	主効果	
	t 値	
自覚症状	0.712	
陽性項目	3.403 **	男性 < 女性
UPI得点	0.305	
精神身体的訴え	0.271	
抑うつ傾向	1.496	
対人不安 (劣等感)	0.985	
強迫傾向・被害関係念慮	1.835	

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

表4-2 年度間の差についての統計分析結果

	主効果	多重比較
	F 値	
自覚症状	33.254 **	2015 < 2016 < 2019, 2018 2015 < 2016, 2017, 2019, 2018
陽性項目	20.407 **	2015 < 2016, 2019, 2017, 2018
UPI得点	37.931 **	2015 < 2016 < 2019, 2018 2015 < 2016, 2017, 2019, 2018
精神身体的訴え	30.576 **	2015 < 2016, 2017 < 2019, 2018
抑うつ傾向	22.776 **	2015 < 2016 < 2019 2015 < 2016, 2018, 2017, 2019
対人不安 (劣等感)	21.674 **	2015 < 2016 < 2019, 2018 2015 < 2016, 2017, 2019, 2018
強迫傾向・被害関係念慮	17.799 **	2015 < 2016 < 2018 2015 < 2016, 2017, 2019, 2018

Tukey法による一元配置分散分析と多重比較

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

自覚症状 年度の主効果が認められ ($F(4,580) = 33.254, p < .01$)、2015年の平均値 2.12 (SD : 2.631) が他の4年間よりも1%水準で有意に値が低く、2016年の平均値 6.25 (SD : 5.939) が2018年の11.06 (SD : 8.035) と2019年の10.43 (SD : 7.116) よりも1%水準で有意に値が低かった。2015年を最小値として2016年に値が上昇した後、2017年の8.25 (SD : 8.035) をはさんで、2018年に再度値の上昇があつて最大値に至り、その後の2019年は2018年とほぼ同程度の値を保っていたことが分かった (表 2-2、表 4-2、図 1-1)。

陽性項目 年度の主効果が認められ ($F(4,580) = 37.931, p < .01$)、2015年の平均値 0.19 (SD : 0.513) が他の4年間よりも1%水準で有意に値が低かった。しかし2016年～2019年の間には有意差が認められなかった。つまり、陽性項目の平均値は、2015年を最小値として、2016年に0.85 (SD : 0.833) へ上昇した後の4年間は同程度を保ち続けていたことが分かった (表 2-2、表 4-2、図 1-1)。

UPI得点 年度の主効果が認められ ($F(4,580) = 37.931, p < .01$)、2015年の平均値 2.32 (SD : 2.635) が他の4年間よりも1%水準で有意に値が低く、2016年の平均値 7.12 (SD : 6.188) は2018年の12.03 (SD : 8.392) と2019年の11.36 (SD : 7.041) よりも1%水準で有意に値が低かった。2015年を最小値として2016年に値が有意に上昇した後、2017年の9.17 (SD : 8.176) をはさんで、2018年に再度値の上昇があつて最大値に至り、その後の2019年は2018年と同程度の値を保っていたことが分かった (表 2-2、表 4-2、図 1-1)。

自覚症状の領域別 まず、精神身体的訴えで年度の主効果が認められ ($F(4,580) = 30.576, p < .01$)、2015年の平均値 0.85 (SD:0.885) が他の4年間よりも1%水準で有意に値が低く、2016年の1.68 (SD:1.632) と2017年の2.03 (SD:1.965) の2年間とも2018年の3.00 (SD:1.944) と2019年の2.85 (SD:1.908) に比べて1%水準で有意に低かった (表2-2、表4-2)。つまり、2015年を最小値として2016年に値が有意に上昇した後、2017年をはさんで、その2017年とも大きなひらきを生むことになる値の上昇が2018年にあつて最大値に至ったことが分かった。また、その後の2019年は2018年と同程度の値を保っていたことも分かった (表2-2、図1-2)。次に、抑うつ傾向でも主効果が認められ ($F(4,580) = 22.776, p < .01$)、2015年の平均値 0.57 (SD:1.087) は他の4年間よりも1%水準で有意に値が低く、2016年の2.19 (SD:2.654) は2019年の3.90 (SD:3.471) よりも1%水準で有意に値が低かった (表2-2、表4-2)。つまり、2015年を最小値として、2016年に値が有意に上昇した後の3年間はほぼ同程度を保っていたが、2019年に再度値の上昇があつて最大値に至ったことが分かった (表2-2、図1-2)。対人不安 (劣等感) でも主効果が認められた ($F(4,580) = 21.674, p < .01$)。2015年の平均値 0.40 (SD:0.849) は他の4年間よりも1%水準で有意に値が低く、2016年の1.13 (SD:1.223) は2018年の1.99 (SD:1.726) と2019年の1.84 (SD:1.566) よりも1%水準で有意に値が低かった (表2-2、図1-2)。つまり、2015年を最小値として2016年に値が有意に上昇した後、2017年 ($M = 1.64$) をはさんで、2018年に再度値の上昇があつて最大値に至り、その後の2019年は2018年とほぼ同程度の値を保っていたことが分かった (表2-2、図1-2)。強迫傾向・被害関係念慮でも主効果が認められ ($F(4,580) = 17.799, p < .01$)、2015年の平均値 0.3 (SD:0.786) は他の4年間よりも1%水準で有意に値が低く、2016年の1.25 (SD:1.670) は2018年の1.94 (SD:2.005) よりも有意に値が低かった (表2-2、表4-2)。つまり、2015年を最小値として2016年に値が有意に上昇した後、2017年の1.51 (SD:1.787) をはさんで、2018年に再度値の上昇があつて最大値に至ったことが分かった。また、その後の2019年は2018年と同程度の値を保っていることが分かった (表2-2、図1-2)。

年度間の平均値の差の統計結果をまとめると、自覚症状とUPI得点、自覚症状を構成する4領域別の平均値では、2015年とそれ以降との間に明らかな差があり、内容に多少のばらつきはあるものの2015年から2018年、2019年にかけて値が上昇していくことが確認された (図1-1、図1-2)。陽性項目では、2015年

とそれ以降との間には明らかな差がやはりあったが、2016年以降の目立った上昇は認められず4年間はほぼ同じ推移であることが分かった(図1-1)。

項目ごとの連関 自覚症状と陽性項目合わせた全36項目について、男性と女性の間の連関をみるため、各項目でカイ二乗検定を行った。その結果、「気分が明るい」($\chi^2(1) = 12.618, p < .01$)と「わけもなく下痢や便秘をしやすい」($\chi^2(1) = 6.557, p < .01$)、「おこりっぽい」($\chi^2(1) = 7.659, p < .01$)で有意が認められ、女性の値の方が高いことが明らかになった(表3-1)。また、「不眠がちである」($\chi^2(1) = 6.152, p < .05$)と「くり返し確かめないと苦しい」($\chi^2(1) = 5.817, p < .05$)、「他人に悪くとられやすい」($\chi^2(1) = 4.815, p < .05$)に有意が認められ、男性の値の方が高いことが明らかになった(表3-1)。

年度間についても、同じく各項目でカイ二乗検定を行った。その結果、「気を失ったり、ひきつけたりする」($\chi^2(4) = 3.626, p > .459$)が有意でなかった以外は、全ての項目で1%水準の有意が認められた(表3-1)。つまり、「気を失ったり、ひきつけたりする」の該当者割合だけが5年間にわたり同程度であった。

3. 段階評価の検討

5年間の全体集計で算出された自覚症状34項目の平均値は7.68、SDは7.459であったので、両者を基準に、【0点/1～7点(平均値まで)/8～15点(平均値+1SDまで)/16～23点(平均値+2SDまで)/24点以上】に区分した。小数点1位以下は四捨五入した。全部で5段階となった。完成した5段階で作成した得点分布図を図3-1と図3-2に示す。5年間の全体集計で算出した分布図(図3-1)では、1～7点が51%と最も多く、続いて、8～15点が22%、0点が12%、16～23点が10%、24点以上の高得点群が5%であった。年度別(図3-2)は、2015年～2019年にかけて1～7点が減少していくと同時に8～15点が増加してきていることと、2015年は0～15点の範囲に全員がおさまることが一瞥できる結果を示している。

図3-1 得点段階での全体集計得点分布 (%)

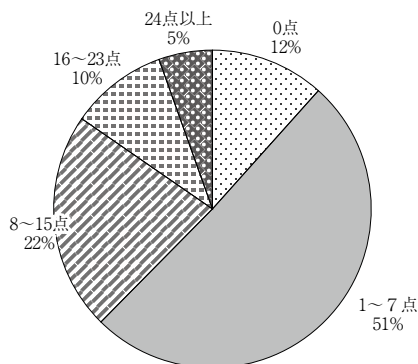
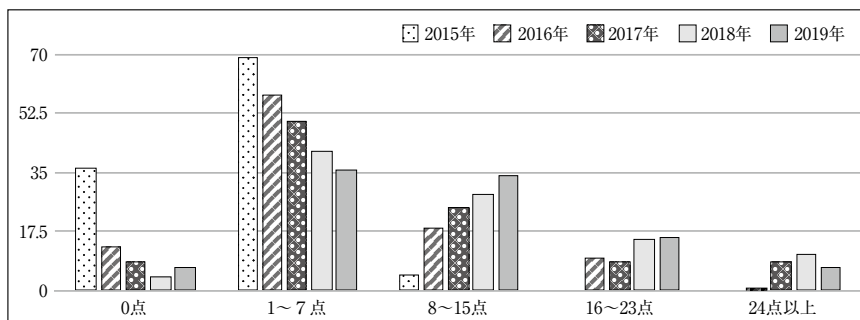


図3-2 得点段階での年度別得点分布 (%)



IV. 考察

1. UPI 短縮版における本学新入生の傾向

以下に、2015年～2019年の5年間で得た集計データおよび統計解析の結果から、UPI短縮版にみる本学新入生の特徴について男女差も含めて述べていく。

結果に明らかなように（表2-1、図2-1）、自覚症状の平均値は7.68、UPI得点は8.46で、新入生の8割近くが0～15点以内であり、自覚症状も陽性項目も全く経験していないことを示す0点の新入生と、反対に22点以上と数多く経験してきた新入生が同程度存在していた。本学では入学直後の4月初旬にUPI調査を実施しており、その回答は入学前1年間に時々感じたり経験したりしたことに基づいて行われている。全入学時代にあっても医学部入学は狭き門であり、受験

期の1年間で大きな負荷が心身にかかっていたことは想像に難しくなく、そのストレス反応を体調面や精神面で感じていた新入生が一定数いたことが分かる。ただし、その程度は、全36項目中0～7個に新入生の過半数がおさまる結果であった。これを多いとみるか少ないとみるかは難しい。内容の多くは、身体症状の「首すじや肩がこる」や「食欲がない」、「体がだるい」、抑うつ傾向の「やる気が出てこない」や「気疲れする」、「悲観的になる」、また、対人不安（劣等感）の「なんとなく不安である」や被害関係念慮の「他人の視線が気になる」であった（表3-2）。高校生活及び受験勉強で机に向かう日々からくる局所的な痛みと全身の疲労感、心身双方でのエネルギー消耗と疲労、受験競争のなかで抱く漠然とした不安、悲観、他者評価に対する敏感さがうかがえる。同世代集団における自分の立ち位置、評価、視線を気にして気疲れしている姿が推察され、そこには自己意識の高まる青年期心性の反映も垣間見られる。そういった自分自身を自覚して各項目に丸を付けた学生が一定数いたことになる。なお、これらの項目は、UPI原版を使用していた1995年～2014年で上位5位以内に登場する回数が11回～15回と他の項目より多かった（日本医科大学学生相談室、2012）。その意味では、本学新入生のUPIからみた特徴を描写する項目は、原版から短縮版に分量が変わっても同じ内容が続いていると言える。なお、医学部1年生から6年生を対象にUPI原版を実施した宮本（2010）の上位項目10個は、1位から順に「首すじや肩がこる」、「気疲れする」、「体がだるい」、「やる気が出てこない」であり、「悲観的になる」と「なんとなく不安である」も9位と10位に入っている。自覚症状の上位項目については、本学の結果は、宮本（2010）の報告とほぼ共通していると言えよう。その他の自覚症状の項目について述べると、精神身体的訴えの領域で「わけもなく下痢や便秘をしやすい」が女性に多く、「不眠がちである」が男性に多いことが分かった（表3-1）。不眠は精神保健上のKey項目とされていて（平田他、2011）睡眠障害等の可能性もあり、くり返される下痢や便秘には過敏性腸症候群が潜在していることもある。学業および学生生活に支障が出れば早めの受診を薦める必要がある。自覚症状4領域での他の男女差については、抑うつ傾向のなかでは情動の激しい「おこりっぽい」は女性の方で該当者が多く、対人関係で上手くいかない感覚を味わっている「他人に悪くとられやすい」と強迫傾向・被害関係念慮の「くり返し確かめないと苦しい」は男性の方で多かった（表3-1）。平山他（2011）は、吉野（1992）によるUPIの性差の所見として「(中略)身体性に関して、男性は局所的に悩みを凝縮するのに対し、女性は内分泌・自律

系症状や消化器症状で曖昧に示す。(中略)軽度の不適応に、男性は不眠で、女性は頭痛で反応する。不適応に対し、男性は強迫的な防衛を、女性は怒りという行動をとりやすい。」を紹介している。時代は変化しており、本研究結果の男女差全てを裏付けるものではないが、性差の描写として本学新入生のUPI短縮版結果に概ね一致すると言えよう。

以上は自覚症状に関することだが、上位項目2位の「気分が明るい」と9位の「いつも活動的である」の陽性項目もまた、UPI短縮版からみた本学新入生の特徴として欠かせない要素である(表3-2)。平山他(2011)によれば、上位項目に陽性項目全てが入ることは一般的なことだが、医学部でUPI原版を使った宮本(2010)の報告では上位項目に陽性項目はひとつもない。陽性項目は健康感や活動性の指標とされ、全体集計での平均値は0.78で、自覚症状と陽性項目の両方とも経験していない0点群は8%であった(表2-1、図2-1)。つまり、身体的にも精神的にも大きな不調を感じることは特になかったが、活動的で明るかったとは言えない新入生もいたことになる。UPI原版での本学新入生の陽性項目の平均値0.72が全国の大学のなかで低いことは分かっている(鋤柄他、2016)。しかし陽性項目がふたつとも上位項目になったことは、漠然とした不安を抱えた過酷な受験競争のなかでも、辛い思いだけではなく、明るい気持ちでいた新入生も少なからずいたことを教えてくれる。現役生も浪人生も、医師を目指す高い目的意識や、明確に目標が定まっているゆえの精神的安定などが推察される。また、UPI回答は入学間もない4月初旬であるため、直近の経験として、受験が終了した解放感や安堵、合格の喜びといった明るい気分から陽性項目に丸を付けた新入生が多かった可能性も十分にある。なお、「気分が明るい」と「いつも活動的である」の2項目は、平山他(2011)によるUPI原版的文献レビューで男性より女性に該当者の多いことが紹介されており、本研究でも合致する結果になった(表4-1)。先述したように、女性の方が「おこりっぽい」に丸を付ける率が高かったことを合わせると、情動面の動きに関する自覚は女性の方でよりみられたことになる。

2. 2015年と2016年以降の差について

2015年と2016年以降の4年間では、自覚症状、陽性項目、UPI得点それぞれの得点平均値、また、各項目に丸が付いた率に明らかな違いがあった(表2-2、表3-1、表4-2、図1-1、図1-2)。例えば2016年のUPI得点は、2015年との間に4.8

点の有意差をつけて7.12に上昇していて、その後も値は減少していない。自覚症状および陽性項目の平均値についても同様の現象が起きている。2016年は、UPIの回答方式を自発記入方式から○×回答方式に変更するとともに、最低限の教示を記した用紙配布で済ませていた従来のやり方に口頭での説明を加えた年度でもある。全項目にしっかり目を通してもらうことで記入漏れを予防できる○×回答方式の利点と、UPI調査への警戒心を和らげることを狙いにした教示手続きの効果によって、UPIに対する学生の反応をより多く引き出すことが可能となり、各得点の平均値上昇につながった可能性が考えられる。ただし、2016年以降に回答方式や手続き上の変更は加えていないため、2016年から2018年、2019年にかけて平均値が上昇している理由は別に考える必要がある。なお、各年度の上位項目(表3-3)を見ると、2016年～2019年の上位3つが「気分が明るい」と「首すじや肩がこる」と「なんとなく不安である」で共通している一方で、2015年のみ「気をまわすすぎる」が3位に位置している。平均値だけではなく、上位項目の内容にも、2015年と2016年以降のあいだで違いがうかがえる結果になっている。本学の入試制度は、意欲・能力・適性をもった学生を積極的に受け入れることを基本に、2017年度から年2回(前期・後期)に変わって受験者数が増加しており、2018年度には学納金が引き下げられ、2019年度入試からは大学入試センター国語併用を導入して3区分になった。門戸が広がったことで、これまでとは質の違う受験生および新生が入学してきている可能性がある。近年の大学生気質の変化も含め、今後、引き続き推移を見守っていきたいと考えている。

3. 段階評価について

結果に記したように、本研究で明らかになった自覚症状の統計値に基づいて段階評価を設定したが、その段階1(0点)と2(1～7点)に学生全体の6割強が該当していて多数派を構成することが分かった(図3-1)。しかし、同じ0点および階段であっても、その理由や背景は同じではなくて、いくつかの可能性があると考えられる。ひとつは、シンプルに、良好な精神健康状態のあらわれであり、ストレスや心身の変調に上手く対処できていたり長期間引きずったりしていない可能性である。将来の職業選択を決めたうえで受験に臨んでいる点で、本学新生の目的意識は高く、それが精神的支えや指針となって大きな精神的不調に陥ることを防いだ可能性や、青年期にみられる自我同一性の深刻な揺らぎや危機を回避させた可能性も推察される。ふたつめは、意識的、あるいは無意識に回答数が

抑制されて低得点になった可能性である。精神保健上のマイナス評価を恐れる心理は不自然ではなく、自分を隠そうとする防衛や、良く見せようとする心理が働けば得点はおのずと低くなる。みつつめは、身体的・精神的な変調に気づきにくい、気づいていても問題視したり悩んだりしていない可能性である。宮本(2010)も、UPI得点の低いことを、「(中略)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」と指摘している。医学部受験という現実的課題が優先される状況では、自分の心身に細やかに意識を向けて自省することや自覚する機会が後回しにされやすく、ストレス反応である変調を見逃したり過小評価したりすればUPIで丸を付ける数は当然少ない。得点の低い学生を相手にした個別面接では、以上3つの可能性全てに触れたうえで、自分自身の状態に目を向けて把握しようとする意識や気づきの大切さを伝える心理教育的関わりも必要になる。

一方、24点以上の高得点群については、一年間に悩んだり苦しんだりしてきた経験が疑いもなく存在しており、それが自覚されてもいて、脆弱性や精神健康度の不良が考えられる。一般に高得点者は呼び出し面接等のスクリーニング対象とされる(平山他、2011。宮本、2010。)。陽性項目にも丸を付けているか付けていないかで印象は違って来るが、身体症状や感情の揺れ動き、過敏さ、対人関係上の不安要素や生きにくさ、回復力等によって配慮が必要な群に違いはない。そこで個別面接では、それらについて傾聴し、UPIで明らかにされた自覚症状の持続性や重篤度によってはカウンセリングの継続を学生に提案することになる。あるいはまた、学生生活上で症状が再発したり、強まったりしたら、早めの受診や相談をするよう伝えることが大切になる。また一方で、0点群との対比で言えば、日頃から自身の変調やストレスに意識を向けることができていて早期対応に開かれているとも言える。高得点である自分の傾向を知って取り組むこと、また、必要な支援を自ら求めることは強みのひとつと言えよう。

以上をもって定めた段階評価と指針が表5になる。1～23点については、段階評価の区分としては段階2(1～7点)、段階3(8～15点)、段階4(16～23点)に分かれるが、0点群と高得点群を両極にしたグラデーションで理解することにした。つまり、段階2に該当する学生のなかでも点数が低ければ低いほど段階1の指針内容で得点結果を理解し、逆に、段階4に該当する学生は点数が高いほど段階5の指針内容で理解することが可能と考える。段階3については、段階1と段階5のいずれにも偏らない中間層として、一年間に悩みごとや心身の変

調をいくつか自覚してきたが、その症状は複数ではなく適度であった可能性が考えられる。実際には、学生相談室では、学生個人々人について自覚症状の得点だけで解釈することはせず、例えば丸を付けた項目が「食欲がない」ひとつで済んでも内容や程度によっては対応を変えていく。しかし、学生自身にUPI短縮版の結果を理解してもらうための簡易な資料として、今回定めた段階評価と得点指針は今後活用できるだろう。

表5 自覚症状得点の5段階評価

段階	該当得点	得点指針（可能性として考えられること）
1	0点	①～③のいずれか、又は、3つにまたがっている。①ほぼ悩まない／健康度が高い／心身の不調やストレスの強い状況下をやりぬける耐性や回復力を持っている。②心身の状態やストレスの影響に気づきにくい、気づいても気にしないし、あまり直視したり意識したりしない。③正直に回答することを避けたか控えた可能性がある。
2	1～7点	得点が低いほど「段階1」の内容に近く、得点が高いほど「段階5」の内容に近くなる。段階3は、段階1でも段階3でもない中間層として、悩みごとや心身の変調を自覚してきたが、症状は複数ではなく、適度だった可能性がある。
3	8～15点	
4	16～23点	
5	24点以上	①②のいずれか、又は、2つにまたがっている。①とても悩みやすい／ストレスの強い状況下で心身の変調や苦痛をたくさん経験してきた／時に重症化しやすく、回復までに時間がかかる可能性がある。②心身の状態に敏感に気づく力、悩む力、また、自分の内面を吐露する力を持っている。

V. 今後の課題

UPI調査と併せて実施している1学年全員対象の個別面接についても、2015年～2019年の5年間を振り返って報告することを次の課題とする。全学生に呼びかけているとはいえ、個別面接の利用は学生の任意であり、その利用率の推移や、個別面接期間を設ける意義やフィードバック方法の課題に関して検証したい。また、UPI短縮版の統計的精査や、今回設定した5段階評価の妥当性検証の継続も今後の課題であり、追跡調査として上級学年を対象にした調査実施についても考えていきたい。

参考文献

- [1] 岩淵将士・加藤道代（2018）UPI短縮版における多段階評定化の試み：UPI16T-GRの信頼性・妥当性の検討．東北大学大学院教育学研究科研究年報，67(1), 155-172.
- [2] 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.
- [3] 酒井渉・森田美弥子・鈴木健一(2017). 新入学時のスクリーニングテストにおけるカットオフポイントの有効性の検討: 主として連携との関連から. 学生相談研究, 38(2), 121-132.
- [4] 酒井渉・野口裕之(2015). 大学生を対象とした精神的健康度調査の共通尺度化による比較検討. 教育心理学研究, 63, 111-120.
- [5] 酒井渉・松井祥子・四間丁千枝(2011). University Personality Inventory 短縮版作成の試み: 項目反応理論を用いた General Health Questionnaire30 との比較から. 学生相談研究, 32, 120-130.
- [6] 鋤柄のぞみ・加藤優子・樫村正美・野村俊明(2016). UPI (University Personality Inventory) からみる本学新入生の特徴. 日本医科大学基礎科学紀要, 45, 1-18.
- [7] 獨協医科大学保健センター(2018). 学生精神的健康調査 (UPI) の実施. 獨協医科大学保健センター年報 2017 (平成 29) 年度版, 60-62.
- [8] 西野昭・土屋裕睦(2000). UPI における回答方式変更の影響. 大阪体育大学紀要, 31, 39-45.
- [9] 日本医科大学学生相談室(2012). 本学新入生のUPIからみた特徴: 17年間の集計報告. 学生相談室報告書第 17 号, 15-31.
- [10] 平山皓・全国大学メンタルヘルス研究会(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.
- [11] 松原達哉編著(2002). 第 4 版心理テスト法入門. 日本文化科学社.
- [12] 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.
- [13] 吉村剛・栗本民子・丹羽美穂子・古澤洋子・本多恭子・田中実(1995). UPI 簡略化の試み (自発記入方式への変更). 全国大学メンタルヘルス研究会報告書, 17, 55-60.
- [14] 麗澤大学学生相談センター(2017). UPI (University Personality Inventory) 短縮版. 麗澤大学学生相談センター年報, 17, 56-61.
- [15] 脇田貴文・小塩真司・願興寺礼子・桐山雅子(2007). University Personality Inventory 短縮版の開発. 人文学研究論集, 17, 123-128.

(受付日 2019年12月6日)

(受理日 2019年12月26日)