

学生相談における学生精神的健康調査（UPI）による メンタルヘルス課題の早期発見と支援

稲木 康一郎^{*}・荒井 彩也香^{**}・加藤 祐樹^{**}・武内 仁恵^{**}

仁愛大学人間学部^{*}・仁愛大学学生相談室^{**}

Early Detection and Support of Mental Health Issues through the University Personality Inventory (UPI) in Student Counseling

Koichiro INAKI^{*} Sayaka ARAI^{**} Yuki KATO^{**} & Hito TAKEUCHI^{**}

Faculty of Human Studies, Jin-ai University^{*}・Student Counseling Office, Jin-ai University^{**}

学生相談では問題を抱えていても相談室を利用しない学生や、悩みを悩みとして抱えていることが出来ずに、漠然としたつらさや行動化を起こす学生への対応が課題となっている。そういった精神的な問題を抱えた学生の早期発見、早期支援のため、大学の新生を対象としたスクリーニングテストである学生精神的健康調査（UPI）を導入した。UPIは質問紙による調査と、その結果から問題を抱えていると思われる学生に呼び出しを行う早期発見と支援である。本稿は新生の精神的健康状態の調査を行う他、引き続きUPIを実施していくにあたって、学科別に問題を抱えた学生の偏りはあるか、調査結果と学生相談室の利用実態に違いがあるかを検討した。また、呼び出しの基準の適切さと学生相談室のあり方などを考察するものである。調査の結果、実際の来談者は学科間の比率に違いがあったものの、UPIによる要支援者にはその違いがなかった。

キーワード：学生相談、学生精神的健康調査（UPI）、早期発見、早期支援

問題と目的

現在、学生相談では極めて多様な学生への対応が求められている。2000年に文部省高等教育局から出された「大学における学生生活の充実方策について（報告）—学生の立場に立った大学づくりを目指して—」（文部省高等教育局，2000，通称：廣中レポート）では、最近のキャンパスは様々なタイプの学生にあふれ、社会の価値観の多様化で選択肢が増えている一方、心に悩みを持つ機会を増大させているとしている。またインターネットや電子メールなどの情報手段が日常化したことで、質の高い情報が得やすくなったが、直接教員や他の学生とふれあう必要性が薄れたと考えられる。さらに、核家族化や少子化、地域の子どもの育成する機能の弱体化によって、幼少期から人との関わり

や実体験を得る機会が乏しく、親への依存が高まり、「人とうまくつきあえない」「無気力」などの心の問題を抱える学生が増えていると示している。

また、高石（2009）は、自らが学生相談カウンセラーとして活動する大学の学生から、増加している学生のタイプの一つとして、「悩めない」学生がいることを指摘している。「悩めない」学生とは、20年前では典型的な来談学生のイメージとして、青年期のアイデンティティ模索の悩みや、付随するさまざまな症状（対人恐怖、強迫、離人など）を訴えるというものがあったが、2000年を過ぎた頃から、年々そのような典型例は見られなくなり、新たな来談学生の典型像として、「問題解決のハウツーや正解の提供を求める性急な学生」と「漠然と不調を訴え、何が問題なのかが自覚で

きていない学生」の2極化が見られるとされている。

これを高石（2000）は時間をかけて、主体的に悩めない点で共通しており、「悩む」ために必要な苦しさの言語化が育っておらず、「自傷」や「過食嘔吐」などの行動化・身体化に至ることが増えているとしている。そういった「悩めない」学生が増加している環境では、学生が自発的に、もしくは紹介されて来談するのを待って対応をしていくというスタイルでは、学生相談室が十分に機能しなくなったと言える。

また、学生相談室は新入生にとって未知の場所であり、カウンセリングとはどのようなことをするのかをよく知らないという学生も少なくない。また、中学や高校で相談室を利用し、カウンセリングを受けて来た学生であっても、大学の相談室にいるカウンセラーはどのような人なのか分からず、自分と相性が良いかも判断出来ないため、利用に躊躇する場合もある。実際にA大学では、以前から、相談室の前までは行くが入室しない学生がいる等の声が寄せられ、悩みがあっても相談に至らない学生の存在を教職員から伝えられていた。

このような状況に対応するために、A大学では新入生を対象に、学生精神的健康調査（University Personality Inventory：以後UPI）を導入し、問題を抱えた学生を早期発見し、学生相談室による予防的な支援を行うことになった。UPIは、大学への新入生を対象にして、神経症、心身症その他学生の悩み、迷い、不満、葛藤などの実態を調査するスクリーニングテストである（松原，1976）。UPIは全60項目から構成され、項目によって「心気症症状」「抑うつ症状」「自律神経症状」「神経症および対人症状」に分けられ、状態が把握しやすいという特徴がある。また、60項目のうち56項目は不健康な状態を示すが、残り4項目は健康的な状態を示す「陽性項目」であり、まじめに回答していないことを示す検証尺度でもある。項目一つにつき1点として、UPI得点を集計する（平山，2011）。

UPIはスクリーニングとして実施するだけでなく、その結果によってその学生を呼び出し、面談を行うことが望ましいとされる。56項目中、35項目以上に○がついているものと、key項目（1「食欲がない」、8「自分の過去や家庭は不幸である」、16「不眠がちである」、25「死にたくなる」）に○があるものは呼び出して面

談を行うこととされている。しかし、実際のところ、呼び出しの基準は実施している大学によって異なることが多く、30項目以上で呼び出しの対象とする場合もある。可能などころであれば、UPIの結果に関わらず、新入生全員に面談を行っている大学もある（宮田ら，2013）。

本研究の目的は、UPI導入時の基礎データを分析することによって、1. A大学の新入生の心の健康の特徴を示すとともに、2. 要支援者を決定するときの抽出基準の妥当性と実用性について検討することである。また、3. 学生相談室をより利用しやすくするために若干の考察を加えたい。

方 法

1. 対象

本研究ではX年度A大学新入生335人（男子97人、女子238人）を対象とした。

2. 調査時期

X年9月（夏季休業明けの後期ガイダンス）。

3. 調査内容

学生精神的健康調査（UPI）60項目、および、学生相談室の利用希望を尋ねる質問1項目。いずれも「はい」と「いいえ」の2件法だった。

4. 調査方法

1) 調査実施

UPIを「こころの健康調査」と称して、後期ガイダンスにて実施した。「こころの健康調査」の趣旨を読み上げ、質問がないかを確認した後に、マークシートに回答を求めた。

2) 読み取り・集計

「はい」にチェックがある項目一つにつき1点とした。無回答および誤回答（「はい」と「いいえ」の両方にチェックなど）の項目が全項目のうち4項目以上あった場合は無効回答とした。一方、4項目以下であれば、「どちらでもない」と判断して0.5点を加えた^{註1)}。また、UPIの合計総得点から、「陽性項目」の4項目を差し引いた「修正総得点」を集計した。

3) 要支援者抽出基準

A大学では今回、要支援者抽出のチェックポイントを以下のように定めた（表1）。チェックポイント

A は、(1) UPI の修正総得点が 26 点以上、(2) 「25. 死にたくなる (希死念慮)」に「はい」と回答、(3) 抑うつ項目が 10 点以上、の 3 つとした。また、チェックポイント B は「61. 今、学生相談室を利用したい」に「はい」と回答したものとした。

要支援者の緊急度を評価するために、A 下位分類のうち、該当数が 3 つはレベルⅠ、2 つはレベルⅡ、1 つはレベルⅢと分類した。また、A には該当しなくても、B に該当するものはレベルⅣとした。このレベルⅠからⅣに該当した学生を要支援者として抽出し、緊急度の高い要支援者から「呼び出し面談」を実施することとした。

4) 「呼び出し面談」の開始

要支援者のうち、レベルⅠおよびⅡ、Ⅳの学生 (40 人) を対象に「呼び出し面談」を実施した。大学の情報システムを用いて要支援者に連絡し、面談は主に昼休みを予定、都合がつかない学生には希望時間を尋ねて実施した。「呼び出し面談」は概ね 2 か月を要した。

5. 分析方法

1) A 大学の新入生の心の健康の特徴

(1) 心の健康の特徴を分析するために、全調査対象者の UPI 修正総得点を算出し、平均値を学科別、男女別に比較した。

(2) 本調査の実施前に (4 月～9 月)、学生相談室に自発的に来談した学生を学科別に集計し、UPI の結果と比較した。

(3) 先行研究を参考に、他大学の UPI 結果と比較した。

2) 要支援者の抽出基準の検討

(1) 要支援者の抽出基準の妥当性と実用性を検討するために、要支援者の人数と割合をチェックポイントごとに算出した。

(2) 修正総得点と抑うつ得点の度数分布を算出し、「呼

び出し面談」の対象者の決定方法を定めた。

(3) 希死念慮項目と抑うつ 20 項目の関係を検討した。

(4) 要支援者のうち、「呼び出し面談」以前から、自発的に来談していたものの人数と、「呼び出し面談」に応じて、来談に応じたものの人数を算出した。

6. 倫理的配慮

UPI 導入にあたって、学生相談室が所属する機関に提案して、全学的な取り組みとした。調査の実施には、以下の倫理的配慮を行った。「回答の内容が成績や評価に影響することはないこと」「回答の内容については教職員間の集団的守秘義務が適用されること」「調査の結果を学術的な目的で利用することがあること」「学術的利用の際、回答者の匿名性は守られること」「回答を途中でやめても不利益を被らないこと」「コンピュータを用いて集計し、結果は厳重に管理・保管されること」を文書および口頭で伝え、質問がないか確認した。回答用紙の提出をもって、調査への同意と見なした。

調査時点でのインフォームド・コンセントに加えて、論文公表前にオプトアウトを実施した^{註2)}。掲示によって研究の目的および研究の実施についての情報を公開し、可能な限り拒否の機会を保障した。オプトアウトには本稿に記載されるデータとして「UPI に関する統計データ (平均点と SD、得点分布、各レベルの人数、項目間の相関など)」「学生相談室の利用状況 (男女別利用者数、学科別利用者数など)」などを明記した。また、記載されないデータとして、「調査協力者の個人名」「調査の実施年度 (X 年と表記)」「具体的な相談内容」などを明記した。

結 果

1. A 大学の新入生の心の健康の特徴

調査の結果、全在籍者 335 人のうち、有効回答が得られたのは、1 年生全体では 304 人 (91%)、男子 79 人 (81%)、女子 225 人 (95%) だった。

表 2 には、有効回答 304 人の修正総得点の平均と標準偏差および、レベルⅠ～Ⅲ、Ⅳの人数を、男女別、学科別に示した。修正総得点の平均は全有効回答において 12.1 (SD 10.6)、男子 12.2 (SD 11.5)、女子 12.1 (SD 10.3) であった。男女別、学科別に見ると、修正総得点の平均が最も高かったのは心理学科の女子が 17.0

表 1 要支援者の抽出基準¹⁾

| チェックポイント | |
|----------|----------------------------------|
| A | 以下の下位分類のうち、1 つ以上に該当する |
| | (1) 修正総得点 ²⁾ が 26 点以上 |
| | (2) 「25. 死にたくなる」に「はい」と回答 (希死念慮) |
| | (3) 抑うつ項目が 10 点以上 |
| B | 「61. 今、学生相談室を利用したい」に「はい」と回答 |

¹⁾ A (1) ～ (3) のうち、3 つ該当すればレベルⅠ、2 つならばレベルⅡ、1 つならばレベルⅢと評価した。

²⁾ 合計総得点—陽性項目該当数で算出

表2 UPI 修正総得点と各レベルの人数 (男女別・学科別の集計)

| | 分析対象者数 | | UPI 得点 | | 各レベルの人数 | | | | |
|-----------|--------|-------|---------------------|------|---------|----|-----|----|------------------|
| | 在籍者 | 有効回答数 | 修正総得点 ¹⁾ | SD | I | II | III | IV | 合計 ²⁾ |
| 全1年生 | 335 | 304 | 12.1 | 10.6 | 14 | 17 | 28 | 5 | 59 |
| 男子 | 97 | 79 | 12.2 | 11.5 | 6 | 4 | 6 | 1 | 16 |
| 女子 | 238 | 225 | 12.1 | 10.3 | 8 | 13 | 22 | 4 | 43 |
| 心理学科 | 90 | 83 | 15.0 | 9.7 | 3 | 6 | 10 | 4 | 19 |
| 男子 | 38 | 32 | 11.7 | 8.3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| 女子 | 52 | 51 | 17.0 | 9.9 | 2 | 5 | 8 | 3 | 15 |
| コミュニケーション | 85 | 74 | 11.9 | 11.1 | 4 | 3 | 8 | 0 | 15 |
| 男子 | 31 | 25 | 11.8 | 12.6 | 2 | 1 | 3 | 0 | 6 |
| 女子 | 54 | 49 | 11.9 | 10.3 | 2 | 2 | 5 | 0 | 9 |
| 健康栄養 | 78 | 66 | 9.7 | 10.8 | 1 | 5 | 4 | 0 | 10 |
| 男子 | 11 | 6 | 14.5 | 13.8 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 女子 | 67 | 60 | 9.2 | 10.5 | 1 | 4 | 3 | 0 | 8 |
| 子ども教育 | 82 | 81 | 11.5 | 10.5 | 6 | 3 | 6 | 1 | 15 |
| 男子 | 17 | 16 | 12.9 | 14.9 | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| 女子 | 65 | 65 | 11.2 | 9.2 | 3 | 2 | 6 | 1 | 11 |

¹⁾ 修正総得点の平均 (点)

²⁾ レベル I、II、III の人数の合計

(SD 9.9), 次いで, 健康栄養学科の男子が 14.5 (SD 13.8) だった. 一方, 最も低かったのは健康栄養学科の女子が 9.2 (SD 10.5), その他は 11 点~12 点の範囲であった.

男女と学科について, 2 要因の分散分析を行ったところ, 学科間に 5%水準の有意差が認められたものの ($F(3,296)=3.302, p<.05$), 男女間の差はなく ($F(1,296)=0.002, n.s.$), 交互作用もなかった ($F(3,296)=2.275, n.s.$). しかし, 修正総得点の平均はチェックポイント A (1) の 26 点を超えることはなかった.

次いで, 要支援者について, 表 1 の 4 つのチェックポイントを基準に分類したところ, 要支援者 (A) が 59 人 (レベル I 14 人, レベル II 17 人, レベル III 28 人), および, 相談希望者 (B) のレベル IV が 5 人であった. 要支援者 59 人を男女別に集計すると (男子 16 人, 女子 43 人) であり, χ^2 検定において男女差はなかった ($\chi^2=0.049, n.s.$).

表 3 には学科別に, 有効回答のうち要支援者 (レベル I~III) の人数 (a) と, 全対象者のうち本調査の実施前 (4 月~9 月) に学生相談室を自発的に来談した人数を示した (b). 要支援者の人数 (a) は心理学科の 19 人~健康栄養学科の 10 人であり, χ^2 検定で学科間に差はなかった ($\chi^2=1.485, n.s.$). 一方,

来談者の人数 (b) は心理学科が 10 人で, その他の学科は 0~2 人だった. 全在籍者 335 人のうち, 来談者と非来談者の人数について, χ^2 検定で有意差が認められ ($\chi^2=15.64, p<.01$), 学科間では心理学科の来談者数が多かった.

表 4 には, 今回の UPI 得点を, 先行研究を参考に他大学の UPI 結果と比較した. UPI の平均は 9.48 ~

表3 学科別の要支援者 (a) と来談者の (b) の人数

| | UPI による要支援者 (a) | | | 学生相談室の来談者 (b) | | |
|-----------|-----------------|-----|-----|---------------|-----|-----|
| | 要支援者 | 非該当 | 合計 | 来談者 | 非該当 | 合計 |
| 心理学科 | 19 | 64 | 83 | 10 | 80 | 90 |
| コミュニケーション | 15 | 59 | 74 | 0 | 85 | 85 |
| 健康栄養 | 10 | 56 | 66 | 2 | 76 | 78 |
| 子ども | 15 | 66 | 81 | 2 | 80 | 82 |
| 合計 | 59 | 245 | 304 | 14 | 321 | 335 |

表4 先行研究における UPI 得点

| 文献 | 平均 | 学部等 | 人数 |
|-----------------------|-------------|------------|------------|
| 栗田・前川 (2017) | 9.48 | 医学部 | — |
| 小泉 (2017) | 9.49 | | 929 |
| 本研究 | 12.1 | 人文等 | 304 |
| 栗田・前川 (2017) | 12.39 | 看護 | — |
| 岡ほか (2015) (43 年間の平均) | 13.8 | 女子大 | 23, 728 |
| 三重野ほか (2016) | 16.28 | 看護等 | 117 |
| 箭本・鈴木 (2017) | 17.11 | 文系 | 102 |
| 武蔵ほか (2012) | 18.26 | 教職科目 | 222 |

18.26 であり、本調査の修正総得点の平均 12.1 (総得点の平均 13.48・陽性項目を含む) は比較 7 研究のほぼ中程度の値だった。

2. 要支援者の抽出基準の検討

表 1 のチェックポイントに該当した人数は、A (1) 修正得点 26 点以上が 40 人 (13.2%)、A (2) 「25. 死にたくなる」に「はい」(希死念慮) が 29 人 (9.5%)、A (3) 抑うつ項目 10 点以上が 53 人 (17.4%) だった。図 1 には A (1)、図 2 には A (3) の度数分布を示した。どちらも、右肩下がりの分布を示し、より低得点の人数が多い分布となった。特に最も多かったのが 0 点だった。

図 3 には、希死念慮 A (2) と抑うつ 20 項目 A (3) の関係を示した。抑うつ得点の平均は希死念慮あり群が 12.0 (SD 4.2)、希死念慮なし群が 4.0 (SD 4.0) であり、 t 検定において希死念慮あり群の抑うつ得点が有意に高かった ($t=9.92$, $p<.01$)。

このうち重複を除いて集計すると、要支援者(レベルⅠ～Ⅲ)は 59 人となった(表 2 参照)。回答パターンに臨床的な問題を推測させる 2 人と、抑うつ得点が極めて高かった 2 人を加えて、要支援者の総数は 63 人 (20.7%) となった。UPI によって抽出された要支援者で、調査以前から自発的に来談していた(表 3 (b) の合計 14 人) ものは僅か 7 人に過ぎなかった。

「呼び出し面談」の対象者は、実施上の現実的な問題から、レベルⅠおよびレベルⅡの 31 人、その他の 4 人に、B の相談希望者(レベルⅣ)の 5 人を加えた 40 人 (13.2%) とした。このうち調査直後に自発的に来談していた 2 人を除く 38 人に連絡したところ、26 人が「呼び出し面談」に応じ、7 人において継続的な面談に結び付いた。

考 察

1. A 大学の新入生の心の健康の特徴

A 大学では、新入生全員に 9 月に UPI を実施した。UPI の修正総得点の平均において学科間に違いがあったものの、男女差および交互作用はなかった。しかし、修正総得点の平均はいずれのカテゴリーでも、UPI の診断基準であるチェックポイントを大きく下回った。

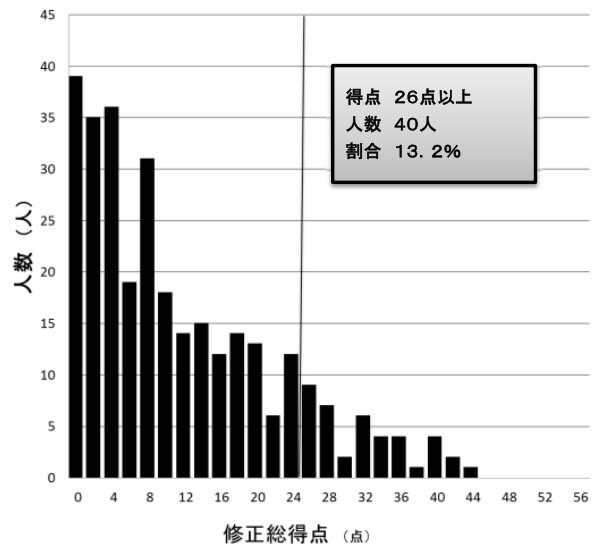


図 1 修正総得点 56 項目の度数分布

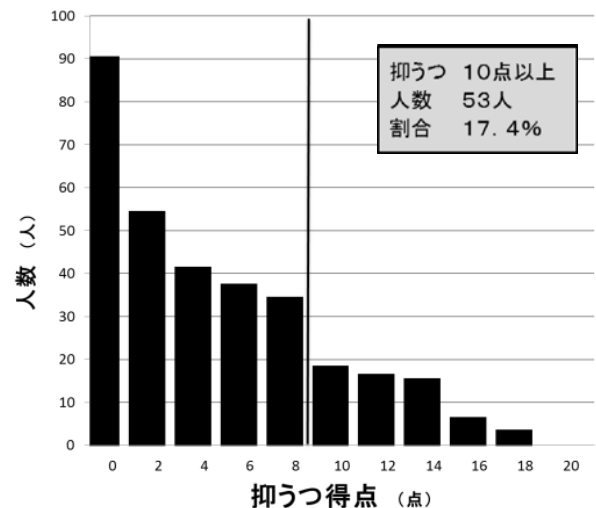


図 2 抑うつ 20 項目の度数分布

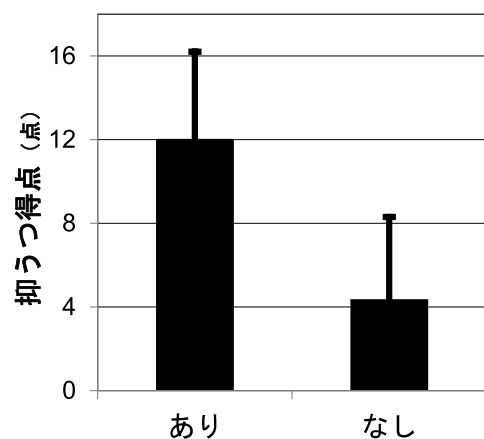


図 3 希死念慮と抑うつ 20 項目の関係

一方、抽出された要支援者の人数に学科間の違いはなかった。反対に、調査以前の自発的来談者は心理学科の学生が有意に多かった。今回のUPI修正総得点は先行研究と比べてほぼ中程度だった。

A大学には「心理」「コミュニケーション」「健康栄養」「子ども教育」の4つの学科がある。例年の学生相談運営委員会の報告によると、過去の来談記録では心理学科の学生の来談が多く、心理学科の学生は他学科よりも精神的な問題を抱えている学生が多いのではないかと指摘されていた。実際、調査対象者の4月～9月の自発的来談は心理学科が多かった。しかし、今回の調査からは、抽出された要支援者の人数には学科間の違いは認められなかった。このことから、学生相談室への来談の有無と自覚された精神的な問題とは必ずしも一致しないことが明らかになった。むしろ、心理学科以外の学生は精神的な問題が自覚されても来談に結び付かない、いわゆる「悩めない」学生が多い可能性が示唆される。

反対に、心理学科の学生は、精神的な問題を自覚した時、比較的学生相談室を利用しやすい。学生が相談する場合は学生相談室だけではなく、指導教員や家族、友人にも相談や悩みを伝えることは出来る。また、カウンセリングを利用するのは、精神的な問題がかなり深刻であるとか、精神的な病があるとか、利用者への偏った見方も存在し、これが抵抗になって、来談を躊躇する可能性もあろう。それにもかかわらず学生相談室を利用するのは、心理学を学ぶ中で、講義や演習を通してカウンセリングに対する抵抗が下がり、自発的な来談につながるのかもしれない。

一方、今回のUPI修正総得点は先行研究と比べてほぼ中程度であった。岡ら(2015)の43年間におよぶUPI総得点の平均点13.8点と近い値であった。濱田ら(1991)によれば、多くの研究で報告されたUPIの総得点の平均は9点から16点の範囲であった。総じて、A大学のUPI得点は平均的であり、精神的な問題の深刻さはあまり目立たない。

しかし、今回の結果を先行研究と直接比較することはできない。調査時期や男女比、学科構成などが異なるからである。さらに、岡ら(2015)は43年間にわたるUPIの分析から、時代によって総得点が変わる

ことを指摘している。また、三重野ら(2016)は夏季休業前後で比較すると、夏休み明けはUPI総得点が下がったという。学科間の違いについては、栗田・前川(2017)は入学後1か月の時点で、看護学科の学生には何らかのメンタル不調が見られた反面、医学科生にそれはなかったことを指摘している。また、研究によっては、武蔵ら(2012)のように、特定の科目を受講する複数の学年を対象とする調査もある。何より、UPIの分析に、総得点と修正総得点を利用する研究が混在するように、結果の解釈は統一されていない。UPIの結果の解釈は、継続的にデータを蓄積し、面談記録と照合したり、学業成績との相関や、休学・退学との関連を分析したりすることが望まれる。それによって、UPIが効果的な学生支援のための基礎資料になろう。

2. 要支援者の抽出基準の検討

今回の調査では、要支援者の抽出に3つの基準を設け、相談希望者やその他を合わせて、要支援者の総数63人となった。このうち40人を「呼び出し面談」の対象とし、来談率は6割を超えた。一方、UPIの要支援者の多くは自発的に学生相談室を利用してはいなかった。

「呼び出し面談」の対象者抽出の基準は大学によって様々である。今回A大学では初めての導入にあたり、いくつかの大学の呼び出し基準を参考に、4つのチェックポイントを設定した。

「呼び出し面談」は新入生全員に実施できることが望ましいと言われる(宮田ら, 2013)。しかし、時間的・人員的制約から全員面談は困難である。また、UPIによる要支援者が多く、対応できる範囲を超えていた場合、要支援者の中から「呼び出し面談」の対象者を選ぶ必要がある。本研究では、要支援者を幅広く抽出し、緊急度の高いケースから、実施可能な範囲で「呼び出し面談」を行った。

1人体制のカウンセラーが50分間の昼休みに呼び出せる学生の人数は多くても2～3人が限度である。9月下旬に調査し、集計のうえ学生支援センターに報告した後、「呼び出し面談」を始め、12月下旬に面談を完了するには、対象者40人程度が限界である。

このような現実的な制約のもとで、深刻な状態にある学生を取りこぼさず、「呼び出し面談」を行うための工夫が、4つのチェックポイントとレベル分けの手続きである。各チェックポイントで抽出された人数は、A (3) 抑うつ項目 10 点以上が最も多く 53 人、次いで、A (1) UPI 修正点 26 点以上が 40 人、A (2) 希死念慮が 29 人の順であった。このうち 3 つに該当するレベルⅠと、2 つに該当するレベルⅡを緊急度が高いと判断した。この決定方式で、結局、A (1) の 40 人は全員レベルⅡにまでに含まれ、全員が「呼び出し面談」の対象となった。

一方、A (2) の希死念慮と A (3) の抑うつ 10 点以上は関連が高かった。実用性の観点から効率的なスクリーニングを考えれば、どちらか一方で抽出することも検討に値する。しかし、今回の調査では、自死予防の観点からこの二つをチェックポイントに設定した。A (2) 希死念慮がない人でも、A (3) 抑うつ項目 10 点以上の人が多かったことから、安易な効率化には慎重であるべきだ。特に、この「死にたくなる」という項目は直接的な表現であり、チェックを避けようとする学生もいたかもしれない。「呼び出し面談」の対象になることを予想して、希死念慮項目へのチェックを控えることもあろう。直接的に「死にたくなる」とは言えないが、抑うつ項目に多くチェックすることで、精神的なつらさを訴えている学生もいると思われる。A (3) の抑うつ 10 点以上を抽出基準に含めたのは、希死念慮項目に抵抗があっても、要支援者を発見することを重視したからである。反対に、A (2) 希死念慮のリスクがあるのに「呼び出し面談」を行わないのは、危機介入に甘く、倫理的な問題につながる可能性も考えられる。

なお、機械的な抽出方法とは別に、特異な回答パターンから臨床的な必要性を認め、要支援者としたケースもあった。強迫項目のみ無回答とするパターン、連続した回答と連続した無回答を何度も繰り返すパターンなどである。要支援者を決定するとき、個別の回答を精査することによって質的に評価することも必要である。

「呼び出し面談」に応じた学生のうち、7 人が継続相談の対象となった。精神的な自覚症状がある学生に

適切なカウンセリングサービスを提供することができた。一方、継続相談の必要のない学生も 19 人いた。面談時には既に解決していた一過性の悩みの学生や、相談を勧めたものの、もう少し深刻な状況になったら来談したい旨を述べるように、現時点での継続は希望しなかった学生などが見られた。今後、彼らが再来室するときの抵抗を低減することはできただろう。

以上、妥当で実用的な要支援者の抽出方法と緊急度の評価はどのようにすべきか、データを蓄積し、より洗練された手続きの開発が今後の課題である。そして、UPI による要支援者の多くは、自発的に学生相談室を利用してはいなかった。精神的な自覚症状があっても、しかるべき救助行動をとらない「悩めない」学生に対する早期発見と早期支援の重要性が明らかとなった。

3. 学生相談室をより利用しやすくするために

第一に、学生相談室を利用しにくい理由を考えてみる。A 大学での心理学科以外の学生の来談が少ない理由として、①学生相談室の存在を知らない、②時間的・空間的な制限、③相談室を利用することに抵抗がある、の以上 3 つが考えられる。

①は学生相談室による学生に対する周知不足の問題である。学生相談室の広報活動は、前期・後期の学期はじめの学生ガイダンスと、月に一度学生相談室が開催しているお茶会のポスターがある。

前者はガイダンスの際に学生相談室紹介の時間を設け、全学科全学年の学生を対象に行っている。各学年に年 2 回紹介をしているため、学生相談室の存在を学生が全く知らないということは考えにくい。ガイダンス直後に自発的な来談者が増えることから、ある程度の広報効果はあると評価できる。

後者は学生相談室が行っているイベントであるお茶会の広報ポスターである。お茶会とは、月に一度学生相談室を開放し、相談室内の見学、カウンセラーと談話など、お茶やお菓子をとりながら学生とカウンセラーが交流するというものである。時には「ストレスチェック」や「自律訓練法」などの特定のテーマを設けることもある。これらの活動を通じ、相談室利用に伴う抵抗を減らすことが目的の一つである。現在お茶会の参加者は少ないが、友人どうしで訪れたり、過去に

来談していた学生が近況報告に訪れたりしており、お茶会自体が学生相談の機能を担っている側面もある。

②は学生相談室があることは知っていて、また利用したいとも考えているが、理由があって利用が出来ない場合である。大抵の学生は、講義の空き時間に来室するため、都合の良い時間がほかの学生と重なることが多く、これが時間的制約となっているといえる。

また、地理的な制約も考えられた。A大学では学科によって、講義を受ける棟が分かれている。そのため図書館や学生食堂の利用を除いて、終日講義を受ける棟で過ごす学生がいることが考えられた。学生相談室がある棟とは別の棟で授業を受けている学生は、学生相談室にも足が向かなくなることもあるのではないかな。

そして③は、相談室があることは知っていて、また悩みや問題を抱えていたとしても、相談すること自体に抵抗があるというものである。UPIの結果、相談希望項目であるB「今、相談室を利用したい」にチェックをした学生は9人だった。レベルⅠ～Ⅲに該当しているのに、B相談希望があったのは僅かに4人だった。よって、何らかの精神的な自覚症状があっても、学生相談室を利用しない「悩めない」学生が多いことがわかる。

第二に、学生相談室のあり方について考えてみる。今回の調査から、支援を必要としているのに、学生相談室を利用しない学生の存在が明らかになった。周知不足や利用への抵抗があるからだろう。学生相談室が身近な存在になって、支援を要する学生に適切なサービスを届ける工夫が必要である。

高石(2009)は、学生相談の課題として、「治療・回復」を目標とする支援のあり方から「心理教育・成長支援」の貢献度を高めていくことを挙げている。学生相談室は、修学や進路、人間関係の悩みなど、学生の様々な問題に対応してきた。それを解消する「治療・回復」の場を相談室の中で担ってきた。しかし、今後はカウンセラーも学生支援の一員として、より積極的に大学全体にはたらきかけるべきという考え方である。

「治療・回復」の支援では、カウンセラーは秘密保持を徹底し、相談室の中を安全に保てるよう配慮してきた。日常の場とは隔たれた環境の中だから、クライアントは安心して深い心の問題まで語れるのである。

一方、一般にカウンセリングは精神的な問題や病気を対象とする特別な行為と思われることが多い。そのためクライアントは、学生相談は自分には無縁と感じたり、利用を控えたりしがちである。それでも、学生の主体性を信じて、自発的な来談を待つ姿勢に徹した。この結果、学生相談室はある意味の異質性を備えることになった。

これに対して「心理教育・成長支援」では、学生相談室の新たな支援活動として、スクリーニング調査、居場所づくり（談話室や懇談室の名称で、学生に居場所と交流機会を提供する支援）、心理教育的ワークショップ、自助グループ支援などが増えてきた（日本学生支援機構、2018）。本稿のUPIと「呼び出し面談」はスクリーニング調査の枠組みに、前述のお茶会は居場所づくりに、「ストレスチェック」や「自律訓練法」は心理教育的ワークショップの枠組みに含まれる。これからのカウンセラーは学生相談室の外に出て、学生の日常の場に少し踏み込み、まだ悩み始めない健康な学生をも支援するべきという姿勢である。

本研究から、支援を要するのに自発的な来談を控える学生の存在が明らかになった。これからの学生相談室のあり方は、「悩めない」学生にもより身近な存在になるために、「治療・回復」の待ちの姿勢から、「心理教育・成長支援」の姿勢に一步踏み出すことが重要と考えた。この時、学生の秘密保持と安全の確保を常に自覚することは言うまでもない。

謝辞

本研究の実施にあたって、前川伸晃先生（福井大学学生総合相談室）および徳永まゆ子先生（長野大学学生相談室）から多大なご指導・ご助言を頂きました。心より感謝いたします。

付記

本研究にあたり、制度設計、調査の計画・実施、「呼び出し面談」、結果の分析は4名の著者が協働して行った。ただし、考察の1,2は主に第一著者の稲木が、考察の3は第三著者の加藤が、それぞれ分担執筆した。

註

- 註 1) 無回答項目が 4 つ以上あったにもかかわらず、臨床的な問題が推測された 2 人を有効回答の中を含めた。
- 註 2) 臨床的な配慮のために、オプトアウト期間が終了した後にも、希望者に対する説明の機会を継続的に提供した。

引用文献

- 濱田庸子・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). 大学生精神衛生スクリーニング用チェックリスト (UPI) から見た女子大学生の特徴. 聖徳大学研究紀要 (短期学部), **24**, 125-133.
- 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.
- 小泉晋一 (2017). 入学時の UPI (University Personality Inventory) 得点と早期休・退学との関連. The journal of Kyohei University, **15**, 73-92.
- 栗田智未・前川伸晃 (2017). A 大学医学部学生の留年・休退学の特徴—大学精神健康調査UPIの結果から—. 総合保健科学：広島大学保健管理センター研究論文集, **33**, 25-32.
- 松原達哉 (1976). 心理テスト法入門 基礎知識と技法習得のために第4版. 日本文化科学社.
- 三重野愛子・島田友子・片穂野邦子・河口朝子・稗圃砂千子・氏田美知子・山崎不二子・松本幸子 (2016). 看護大学生の夏季休業前後における精神的健康度の変化— University Personality Inventory 尺度を用いて—. 長崎県立大学看護栄養学部紀要, **15**, 11-20.
- 宮田留美・中川圭子・立浪勝・福本まあや (2013). 新入生全員面接およびUPIを用いたその後の就学状況とセンター利用の予測についての検討. 富山大学 学園の臨床研究, **12**, 53-56.
- 文部省高等教育局 (2000). 大学における学生生活の充実について—学生の立場に立った大学づくりを目指して— (報告).
- 武蔵由佳・箭本佳己・品田笑子・河村茂雄 (2012). 大学生における学校生活満足感と精神的健康との関連の検討. Japanese Journal of Counseling Science, **45**, 165-174.
- 日本学生支援機構・学生生活部 (2018). 大学等における学生支援の取り組み状況に関する調査 (平成29年度). 145-160.
- 岡伊織・吉村麻奈美・山崖俊子 (2015). 津田塾大学新入生における精神的健康度の変化— 43 年間にわた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.

高石恭子 (2009). <高等教育の動向> 現代学生のこころの育ちと高等教育に求められるこれからの学生支援. 京都大学高等教育研究, **15**, 79-88.

箭本佳己・鈴木由美 (2017). 大学生のアパシー傾向とUPI (University Personality Inventory) との関連. 都留文科大学研究紀要, **85**, 243-254.

