

筑波大学

博士（医学）学位論文

精神科受診学生の学業転帰に関わる要因
—保健管理センター診療録を用いた後方視的研究—

2017

筑波大学

石井 映美

目次

略語	1
第1章 研究背景	2
第1節 本邦における若年者のメンタルヘルスの重要性	2
第2節 障害者権利条約に基づく大学のとりくみ	4
第3節 本研究に取り組んだ契機 —筑波大学保健管理センター精神科業務について—	5
第2章 目的	8
第3章 対象・方法	10
第1節 対象	10
第2節 調査方法	11
第3節 統計学的検討	13
第4節 倫理的配慮	14
第4章 結果	15
第1節 学業転帰について	15
第2節 属性について	15
第3節 調査項目の比較	16
第4節 学業転帰に影響する因子	18
第5章 考察	20
第1節 本研究の意義	20
第2節 調査結果の解釈	20
① 退学率の比較について	20
② 性、専攻について	21
③ 初診時学年について	21
④ 診断について	22
⑤ 重症度、自殺企図について	23
⑥ 治療や相談について	23
⑦ 修学状況について	23

⑧	治療による改善度について	24
第3節	精神疾患をもつ学生への支援のあり方	25
第4節	本研究の限界	26
第6章	結論	28
第7章	今後の展望	29
第8章	文献	31
第9章	図・表	41
謝辞		55

略語

WHO ; 世界保健機構 (World Health Organization)

DALYs ; 障害調整生命年 (disability adjusted life years)

ACHA ; 米国大学健康協会 (American College Health Association)

DAC センター ; Diversity Accessibility Career Center

ICD-10 ; 国際疾病分類 International Classification of Diseases 第 10 版 (2003 年改訂)

CGI-S ; 臨床的総合評価尺度－重症度 (Clinical Global Impression・Severity Illness Scale)

CGI-GI ; . 臨床的総合評価尺度－改善度 (Clinical Global Impressions・Global Improvement)

SPSS ; Statistical Package for Social Sciences (SPSS Japan, Inc., Tokyo, Japan)

OECD ; 経済協力開発機構 (Organization for Economic Co-operation and Development)

第 1 章 研究背景

第 1 節 本邦における若年者のメンタルヘルスの重要性

2010 年に 1680 万人であったわが国の年少人口は、2060 年には 1087 万人以下にまで減少することが予想されており¹⁾ (図 1)、彼らが生産人口にいたるまで健やかに成長できるよう支援することは、国の重要課題となっている。しかし成人になる直前の青年期後期は、自我同一性の確立に伴う特有の不安定さから、様々な心理的問題が発生しやすく、本邦では死因における自殺の割合も高い^{2, 3)} (表 1)。摂食障害、統合失調症などの重要な精神疾患も、この時期に発症、顕在化しやすく、大学生が在学中に発病するケースもまれではない。

15 歳から 29 歳の若い世代の健康生活が損なわれる原因において精神神経疾患が占める割合は大きい⁴⁾ (図 2)。WHO は、病的状態、障害、病死により失われた年数を意味する障害調整生命年 (障害調整生命年 disability adjusted life years; DALYs) を疾患ごとに発表している。先進国における精神疾患の DALYs は高値であり、損失はがんや心疾患によるものより大きい⁵⁾。

本邦でも、この年代の精神心理的問題の重要性に注目し、多方面からの調査・研究活動を行う機関があり、東京大学のユースメンタルヘルス講座⁶⁾はその一例である。若者の社会心理的問題といえ、世界に先駆けて我が国で提

唱されたひきこもり⁷⁾の問題があり、これは近年長期化して中高年に至るケースも多く、昨今マスコミでも取り上げられている。政府もこれを重要視し、調査・対策を行っているが⁸⁾、十分とはいえずさらなる対応が望まれている。さらに、高齢化により労働人口の減少が指摘される中で、若者の早期離職率が3割を超えることが明らかになった⁹⁾。原因の多くはストレスと考えられ、2015年11月より職場のストレスチェックが義務付けられている^{10, 11)}。

若者のメンタルヘルスを取り巻く状況は、このように多くの問題を含んでいる。本邦の大学進学率は、近年50%を超え¹²⁾、半数以上の若者が大学キャンパスで社会に出る直前の数年間を過ごしている。このため、大学の学生支援の中でも、メンタルヘルスの維持・増進は、重要な課題の一つである。日本学生支援機構では、大学生のおよそ1割が何らかの精神的な問題を抱えていると推測している¹³⁾。

海外では、アメリカで大学を退学した者の64%が心理・精神的な問題を自らの退学の理由に挙げたという調査がある¹⁴⁾。米国大学健康協会（American College Health Association ; ACHA）の大規模なアンケート調査では、うつや不安などの精神的な問題が修学上の主要な障害であると報告している¹⁵⁾。海外においても、若者のメンタルヘルスが重要な問題であるという認識に変わりはないようである。

第2節 障害者権利条約に基づく大学のとりくみ

急速に進む少子高齢化の中、若者のメンタルヘルス対策は我が国の急務の一つであるが、このような状況において、2014年1月に障害者権利条約¹⁶⁾が批准された。この条約は、2006年12月に第61回国連総会において採択された条約であるが、関連法案の整備がなかった本邦では、2014年1月の障害者基本法¹⁷⁾や障害者差別解消法¹⁸⁾の成立を経て、約7年遅れての批准となった。これを受けて、平成28年4月からは、国公立の大学、高専にとって障害者への合理的配慮は法的義務であり、学校法人・学校設置会社にとっても配慮への努力義務が生じることとなった¹⁹⁾（図3）。つまり、精神障害を持つ若者に対し、診療のみならず障害者支援の視点を持つことは、我々にとっても必須の事柄となったわけである。

欧米の大学の実態をみると²⁰⁾、健常者と可及的に同じ条件で学べるよう、多くのマンパワーや道具を用いた支援が行われており、身体・感覚器障害の当事者には概ね好評で有効な印象を受ける。日本でも、同様の取り組みは可能であり、今後急速に環境は整うと予想される。筑波大学でも、人間系や障害学習支援室が中心となり、さまざまな研究・取り組みを開始している²¹⁾。しかし、精神障害にはその他の障害とは異なる側面があり、支援は容易ではない。つま

り、身体障害では障害が固定しているのに対し、精神障害では困難が時や場面で変化し、理解しにくい。また、周囲は健常者と同じ条件になるよう最大限手をかしても、モチベーションや学習効率を含めた当事者の高次機能を代行することはできない。我々医療者も実際の支援にはとまどいを感じる状況であるが、基礎的な準備がないまま支援を要請される学内教職員などにあっては困惑する場面も多く、対処についての相談は絶えない。このような実情からも、一般の支援者にも理解しやすい支援の指針が必要と考えられる。

これらの事情のもと、我々は医療と学校保健の双方の立場から、彼らへの支援の必要性を感じていた。

第3節 本研究に取り組んだ契機

—筑波大学保健管理センター精神科業務²²⁾について—

筆者が大学生のメンタルヘルスや罹患学生への修学支援に取り組むようになったのには、以下のような経緯がある。

筆者は長きにわたり地域の精神科病院で診療に従事していたが、平成16年10月、縁あって筑波大学保健管理センターに非常勤医師として勤めることとなった。おりしも大学は大学法人化して間もない頃で、教育組織の改組をはじめとした多くの改革が計画されているところであった²³⁾。

筑波大学は、2017年5月現在、総学生約16,800名、このうち学群（他大学においては学部に対応）学生約9,950名を擁する総合大学である²⁴⁾。学生は日本全国や海外から集まり、多くは親元を離れて学内の学生宿舎や周辺のアパートで生活している。大学周辺の精神科医療施設は少数であり、学生の精神面での健康管理を担っているのは、主には本学保健管理センター精神科である。同センターは薬剤の処方も可能なクリニックの機能を備え、精神科では筆者を含めた3名の常勤精神科医と1名の非常勤精神科医が、年間約600名延べ約4200件（2016年度）の学群学生の診療を行っている²⁵⁾。我々は、必要であれば同じフロアで相談業務にあたっている計12名の心理士や障害支援室、キャリア支援室（現 Diversity Accessibility Career Center ; DACセンター）スタッフなどと連携をとることもできる²⁶⁾。診療費用は大学の経費で賄われており、学生個人には経済的な負担は無い。このような環境において、保健管理センター精神科は開学以来、診療及び保健、啓発活動を行ってきた。

筆者が入職当時、年度途中で前任者から引き継いだ学生を診療し、春には数名を卒業させる予定であった。しかし、実際にはこの年の担当学生は一人も卒業にいたらず、最終学年にあった者の多くは、留年・休学などで修学を延長することとなった。大学生は、重篤な精神疾患の好発年齢にあたるが、

一旦精神疾患に罹患すると修学がいかに困難か、このとき思い知らされた。また平成 22 年からは常勤となり、同センターに勤務してこれまで 10 余年を経たが、毎年学内で自殺が数件発生するのを知るにつけ、予防活動の必要性を強く感じた。自殺が周囲に与える衝撃は大きく、社会的にも深刻な問題との認識を新たにした。自殺のリスクとなる要因の一つに、修学の滞りがあることは知られており^{2,27)}、この点でも修学支援は重要と考えられた。

このような中で、精神疾患を有する大学生の卒業を妨げる要因について、明らかにする必要性を感じるようになった。この要因が明らかになれば、より適切な学生支援が可能になると考えられる。

第2章 目的

精神疾患を持つ大学生の学業転帰とその要因を詳細に検討することは、彼らの学生支援を検討する上で極めて重要である。大学生に特有の精神的不調については、本邦では笠原²⁸⁾の研究が知られるところである。笠原は、1960年代にWaltersが提唱した「スチューデント・アパシー」をもとに、大学生に見られる慢性的な無気力状態を報告してこの概念を定着させた。1980年代には本学の稲村²⁹⁾、嶋崎³⁰⁾らを含め、スチューデント・アパシーについては多くの研究^{31, 32)}がなされている。

しかし、大学生の精神疾患と学業転帰との関係を調べた統計学的な研究報告は、わが国では前述の内田らによる大学側の統計か、アンケート調査といった集団統計調査のみであった。欧米においても、精神疾患の医学的評価やこれにまつわる要因ではなく、修学時間や周囲との交流などの心理的要因と学業転帰の関係を研究した報告³³⁾がほとんどである(表2)。特に精神疾患のどのような問題が卒業・退学という学業転帰に関わるか、症状経過と関連してその詳細を調べた我が国での研究報告は、調べ得た限り見当たらなかった。その理由としては、学生のメンタルヘルスを担う多くの大学の保健管理センターでは主に臨床心理士が学生相談を担当しており、必ずしも精神科医による診療が行われな

いため、診療記録と学業転帰の照合が困難であることが考えられる。筑波大学保健管理センター精神科は、精神科医が直接診療業務を行っているため、診療記録と学業転帰との照合が可能である。

そこで今回我々は、「精神科通院学生が健常学生に比し卒業しにくい」という作業仮説をたて、この仮説を統計学的手法によって検証した。その後、彼らへの有効な卒業支援策を考えるため、彼らの修学、特に卒業・退学という転帰に関わる要因を知る目的で、精神疾患にまつわるファクターに焦点を当て、診療記録を調査・検討する後方視的研究を行った。

第3章 対象・方法

第1節 対象

対象は、2004年10月から2016年3月に筑波大学保健管理センター精神科を受診し、その学業転帰（卒業、退学）が2016年3月末の時点で既に決定している自験例の学群（他大学においては学部に対応）学生370名である。このうち、2014年3月末までに転帰が決定した203名については、健常学生（対照）203名との間で学業転帰の比較を行った。2014年4月以降は個人情報の取扱いの変更から健常学生のデータが入手不可能となったため、対照群が得られなかった。

健常学生は、教育推進部の協力を得て筑波大学成績管理システムの情報から抽出した、保健管理センター精神科受診歴のない者である。年齢、性別、専攻が受診学生203例と一致する者の中から、乱数表を用いて無作為に抽出した。ここでは、「受診学生」を当保健管理センター精神科受診学生、「健常学生」を当センター非受診学生としている。

対象の全受診学生は、担任・指導教官やカウンセラーから受診を勧められた例や、平成24年度以降は定期健康診断の結果に基づいて当センターから受診を勧めた例も含まれるが、全例自らの意志で受診に至っている。一時期入院を要した重症例もあるが、受診した全例が対象であり、除外した症例はない。

第2節 調査方法

まず、全受診学生（対象）370例と対照203例の学業転帰を大学本部の許可を得て成績管理システムを用いて確認した。さらに、対象370例の診療録を後方視的に調査し、転帰に影響すると予測される項目を抽出した。抽出項目は、表2に示すように、①属性として、性別、専攻、初診時年齢、発症時年齢、初診時学年、初診時在籍年数、初診時罹病期間、②精神医学的評価項目として、診断（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10³⁴⁾）、初診時の臨床全般印象評価尺度－重症度 Clinical Global Impression- Severity Illness Scale: CGI-S³⁵⁾、終診時の臨床全般印象度－改善度 Clinical Global Impression- Global Improvement: CGI-GI³⁵⁾、自殺企図回数、③治療や相談に関する（評価）項目として、当センター診療期間、診療回数、治療中断の有無、家族の治療スタッフへの相談回数、教員の同相談回数、心理士の関与の有無、④修学状況として、入学前の不登校歴、入学後の閉じこもり期間、留年回数、休学期間、学業転帰（卒業・退学）である。

なお、専攻は、文系、理系、医療系、体育、芸術に大別した。ここでいう医療系とは、他大学における医学部、看護学部、医療科学部を指す。精神疾患の診断は、ICD-10に基づいて行った。心理士の関与は、当センターの学生相談

部門において、心理士による心理カウンセリングを受けた場合を「関与有り」、とした。また、ここでいう閉じこもりは、厚生労働省におけるひきこもりの定義³⁶⁾、すなわち「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしていてもよい）を指す現象概念である。なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病性の現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである」に準じて判定し、「閉じこもり」に関しては、期間や所属の有無を問わず、精神疾患に伴うものとした。閉じこもり期間とは、入学後終診までの間にこれを認めたものの合計期間とした。

CGI-Sは、1の正常から7のきわめて重症まで、CGI-GIは1の著明改善から7の著明悪化まで、ともに7段階のスケールである。

CGI-S及びCGI-GIの判定等、判断しにくいデータの処理は、著者に加え、他の2名の保健管理センター常勤精神科医が協議の上行った。また、個人情報 は匿名化して集計した。

第3節 統計学的検討

まず、2014年度末までに転帰の決定した受診学生203例と、条件を合わせた対照203例の学業転帰を比較した。また、それぞれの在籍期間とその分散についても比較した。

さらに全自験370例を卒業群・退学群に分け、調査項目毎にデータを比較した。統計学的検討は、平均値の差はスチューデントのt検定を、カテゴリー間の差は χ^2 検定を用いて行った。また、学業転帰に影響する要因を調べるため、転帰を目的変数とし、性別、専攻、初診時年齢・学年、診断、通院回数、初診時CGI-Sスコア、教官との相談回数、心理士関与、不登校歴、閉じこもり期間、留年回数、休学期間の13項目を説明変数として、ステップワイズ法によるロジスティック回帰分析を行った。これらの説明変数は、多重共線性に留意して選択した。この結果を基に、転帰と有意に関わるとされた各要因がどのように学業転帰に寄与するかを知るために、パス解析を行った。パス解析では変数を4水準に分け、上位の水準の変数を説明変数とする重回帰分析を繰り返し行った。まず、CGI-S（初診時重症度）や閉じこもり（第1水準）があつて、留年、休学（過年在籍）や自殺企図（第2水準）が起こること、またその後にCGI-GI（第3水準）が確認されて、転帰（第4水準）に至る、という時間的流れに従つて図4のように各水準を設定した。第4水準の学業転帰については、卒業群を0、退

学群を 1 としたダミー変数を投入して解析した。ここでは重回帰分析はすべて強制投入法を用いて行った。

以上の統計学的解析は、IBM SPSS Ver.19.統計パッケージを用いて実施した。

第 4 節 倫理的配慮

本調査は、学業の滞りが学生の自殺に結びつきやすいという報告に基づき、本学の学内委員会である「学生支援・自殺予防ワーキンググループ³⁷⁾」内で提案され許可された調査である。調査に際しては得られた情報を匿名化し、集団で解析を行って個人情報保護に十分に留意した。後方視的な調査であるため、各被験学生への周知は、本学保健管理センターホームページ内やセンター掲示板に明示することで行った。

尚、本研究は、筑波大学医の倫理委員会の承認を得て行った (No.769)。

第4章 結果

第1節 学業転帰について（表3）

表3に示すように、受診学生203例の退学率（退学数；27／全症例数；203）は13.3%、対照の健常学生203例の退学率は5.4%（11/203）であった。これにより、受診学生の退学の相対危険度は2.5であることがわかった。

受診学生の在籍期間は対照の在籍期間に比し有意に長かった。また、在籍期間の分散は受診学生の方が大きく、双方で有意な差を示した。

第2節 属性について（表4、5）

全受診学生は370名（女性215名、58%）で、このうち卒業群は320名（86.5%）、退学群は50名（13.5%）であった。

まず属性をみると、退学群では女性が有意に少なかった（卒業群；60%、退学群；44%）。専攻や、初診時・発症時年齢・初診時在籍年数に有意差は認められなかった（表4）。初診時の学年は卒業群3.0年次に比し、退学群2.6年次と有意差が見られた。また、学年をカテゴリー変数として検定したところ、卒業群では4年次に初めて来院する学生が、退学群に比して有意に多かった（卒業群；39.1%、退学群；24.0%）。また、罹病期間についても有意差があり、退学

群の方が有意に長かった（卒業群；24.6ヶ月、退学群 36.6ヶ月）（表5）。

第3節 調査項目の比較（表6－9）

調査項目について、まず精神医学的調査項目（表6、7）をみると、対象者全体の精神医学的診断はF3（気分障害圏）（24.1%）及びF4（神経症性障害圏）（35.9%）群が多かった。気分障害圏の下位分類では、うつ病、反復性うつ病が多かった。また対象者の初診時 CGI-S スコアは 3.7 と中等度の症状を示しており、性別で見ると、女性の方が有意に低かった（女性；3.6、男性；3.9、 $p<0.05$ ）。終診時 CGI-GI スコアは、2.1 と中等度以上の改善をみせた。治療に関する調査項目（表8）では、当科の診療回数・診療期間は、多い者では 110 回、85 ヶ月に及び、半数弱（48.9%）が同時に心理士の介入を伴っていた。修学状況（表9）をみると、入学前に不登校歴のあった者は 5.9% で多くはなかったが、閉じこもり期間、ならびに休学期間は、平均で約 4 ヶ月、3 学期制でいえば 1 学期間に相当する期間を学業に向かえず過ごしたことがわかった。

両群を比較すると、精神医学的評価項目の精神科診断については、退学群で有意に統合失調症圏が多かった（卒業群；18%、退学群；38%）（表6）。気分障害圏の下位分類では、退学群で有意にうつ病が多かった。初診時の CGI-S スコアは、卒業群で 3.6、退学群で 4.6 であり、退学群が有意に高く、より重症であ

った。終診時の CGI-GI スコアは、卒業群が 2.0、退学群が 2.8 であり、退学群が有意に高く、改善度が低かった。自殺企図の回数も両群で有意差があり、退学群の方が多かった（卒業群；0.1 回、退学群；0.2 回）（表 7）。本調査全体で既遂が一例あり、これは既遂をもって退学とみなした。

治療に関する評価項目（表 8）では、当科での診療期間、すなわち初診から終診までの期間については 2 群間の差は有意ではなかったが、診療回数は、卒業群が 12.2 回に対し、退学群が 18.4 回で、退学群の方が有意に多かった。治療中断は退学群が有意に少なかった（卒業群；51.2%、退学群；36.0%）。家族の当科への相談回数は退学群で有意に多かったが（卒業群；0.7 回、退学群；1.8 回）、教育組織や心理士の関与については、両群で有意差は無かった。

修学状況（表 9）に関しては、退学群において、入学前の不登校歴が有意に多かった（卒業群；4.7%、退学群；14.0%）。入学後の閉じこもり期間も、卒業群で平均 1.8 ヶ月、退学群で 17.8 ヶ月と、退学群の方が有意に長かった。また、留年回数も、卒業群で 0.3 回、退学群で 0.7 回と、退学群のほうが有意に多かった（対象においては、精神疾患発症前に留年を経験した者はいなかった）。休学期間も、卒業群で平均 2.3 ヶ月、退学群で 11.8 ヶ月と、退学群の方が有意に長かった。

第4節 学業転帰に影響する因子（表10、図4）

以上の調査項目のうち学業転帰に影響する要因を調べるため、学業転帰（退学・卒業）を従属変数、前述の13項目（全調査項目から、多重共線性に留意して選択したもの）を独立変数とするロジスティック回帰分析を行った。その結果表9に示すように、自殺企図回数、初診時 CGI-S スコア、閉じこもり期間、休学期間が、学業転帰と有意に関係することがわかった。ここで最もオッズ比が高かったのは 2.58（95%信頼区間：1.16・7.07）の自殺企図回数で、1回企図があると3倍弱退学しやすくなるという結果であった。

ここで CGI-S スコアが高い学生では退学率が高くなることがわかったが、相関を調べたところ、CGI-S スコア及び閉じこもり期間は、留年回数と有意に相関することがわかった（ $p<0.01$ ）。さらに、閉じこもり期間及び休学期間は、CGI-GI スコアとも有意に相関していた（それぞれ $p<0.05$ 、 $p<0.01$ ）。それゆえ、留年回数と CGI-GI スコアは退学に有意に関わっていた。

これらの各要因の転帰への寄与をパス解析により調べたところ、図4に示すような結果が得られた。第1水準の CGI-S スコアは、第2水準の休学期間（ $\beta=0.202$ ）、留年回数（ $\beta=0.135$ ）に寄与するほか、第4水準の学業転帰（ $\beta=0.123$ ）にも直接寄与していた。閉じこもり期間は、休学期間（ $\beta=0.310$ ）、留年回数（ $\beta=0.302$ ）に、初診時重症度よりも強く寄与するほか、学業転帰に直接寄与し、

その影響は全ての要因で最も強かった ($\beta=0.407$)。第 2 水準では、休学が第 3 水準の CGI-GI スコア ($\beta=0.182$) と第 4 水準の学業転帰 ($\beta=0.220$) に比較的強い影響を与えていた。留年は、CGI-GI スコア、学業転帰に有意な影響を与えていなかった。自殺企図回数は、学業転帰に弱い影響を与えていた ($\beta=0.111$)。CGI-GI スコアは、学業転帰への関与傾向 ($p=0.088$) はあったが有意ではなかった。

第5章 考察

第1節 本研究の意義

精神疾患を持つ学生の退学率が高いことは過去の研究^{14, 38, 39, 40)}でも示されてはいたが、今回の我々の調査で、わが国においても同様であることが統計学的に確認された。また、CGI-S（初診時重症度）やCGI-GI（病状改善度）という精神医学的要因のみならず、自殺企図、閉じこもり、休学及び留年等、疾患に伴う二次的な心理社会的重症度、不適応状態が学業転帰に影響を与えることが明らかになった。この結果から、精神疾患罹患学生の学業転帰に関するリスク因子、防御因子も検出された。

第2節 調査結果の解釈

結果のいくつかは我が国独自の社会文化的背景によって修飾されている可能性がある。

① 退学率の比較について

一般的に、罹病学生が学業上不利であることは当然のもののよう議論されるが、今回これを統計学的に立証したことで、支援の必要性を裏付けることができた。

② 性、専攻について

まず、対象の性別では女性の卒業率が高かったが、これは Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)⁴¹⁾のデータと合致していた。女子学生は、入学した出点で既にある程度条件が整っているため卒業率が高いという見方もある⁴²⁾が、一般的に女性の方が援助希求性が高く、構内での支援組織を利用しやすいと考えられる。今回の保健管理センター受診学生も、女性の方が多かった。また、女性の方が初診時重症度が低かったことから、より早期に受診したとも考えられる。専攻については明らかな差は認められなかった。これについては、過去の報告^{42, 43, 44)}でも結果はさまざまである。

③ 初診時学年について

初診時学年は、より高学年であると、退学しにくいことがわかった。入学後早期に受診する学生はより重症であり、退学のリスクも大きいといえる。最終学年で学生は、就職活動や卒業論文制作、大学院入試等の多くの問題に直面し^{2, 45)}、精神的負担が増大する。卒業群は比較的軽症で、そのような進路にまつわる問題に直面してはじめて受診した者が多かったと推測される。見方をかえれば、低学年から受診している学生はより重症であり退学のリスクも大きく、注意すべきケースといえる。

退学の時期について調査したイギリスの報告⁴⁶⁾によると、学力に問題のある

ケースはより低学年のうちに退学し、精神的な問題を抱えるケースはより高学年で退学するとのことであるが、本研究では発病前に留年を経験したケースはなかったため、学力の問題は除外できると考えられた。

④ 診断について

対象全体では F4 (35.9%)、F3 (24.1%)、F2 (統合失調症圏 21.1%)群の順に多く、統合失調症圏の割合は一般に言われるより高い結果であった。クリニック機能を有する当センターでは、他学に比し診療期間が長いため、経過中に統合失調症が明らかになる例も見られた^{47, 48)}。また、本学には心理士による学生相談部門があるため、より軽症な学生はそちらの対応のみで寛解したとも考えられる。今回の調査では、これらの点や、初期統合失調症や単純型統合失調症を積極的に診断していることが、母集団の統合失調症圏の割合が高かった一因と考えられた。発達障害圏に関しては、直接受診に到る原因となった診断（例えば適応障害等）を算定しているため、ここでの割合は実数より少ないと考えられる。

内田によると、精神疾患を理由に退学した学生は気分障害群が多かった⁴²⁾が、今回の調査では、退学群では統合失調症圏が有意に多かった。疾患の特性から考えれば、慢性に経過し全般的な機能低下を特徴とする統合失調症は、修学においてもことさら不利であろうことが推測される。同様に、退学群の初診時罹

病期間がより長かったが、これは疾患が慢性のものであればより修学上不利であることを裏付けている。しかし、海外の報告^{49, 50, 51)}では不安障害、双極 I 型障害、物質使用障害、反社会的パーソナリティ障害など修学に影響する精神疾患は様々である。すなわち、学業転帰により大きく影響を与える精神疾患の種類は、社会的環境により異なると考えられる。

⑤ 重症度、自殺企図について

初診時の CGI-S スコア、すなわち初診時重症度は、退学群の方が有意に高かった。また、この大きさは直接学業転帰と関係していた。自殺企図は退学群で有意に多く、過去の報告⁵²⁾でも自殺と退学の強い関連性は証明されている。初診時の重症度や自殺企図は、学業転帰に関わるリスク因子と考えられた。

⑥ 治療や相談について

診療回数や家族からの相談は、退学群で有意に多かった。これは、一定期間に頻回の診察や家族からの相談を必要とするより重症な学生が、退学群に多かったためと推察される。反対に、治療中断例は退学群で有意に少なかったが、これは治療中断が可能な軽症の学生が卒業群に多かったことを示している。

⑦ 修学状況について

閉じこもり期間は退学群で有意に長く、閉じこもりが有意に転帰を悪化させている。ロジスティック回帰分析やパス解析の結果からも、閉じこもりは学業

転帰に強く影響する要因と考えられる。2009年の内閣府の若者（15・39の歳）のひきこもりに関する調査⁵³⁾でも、ひきこもり群の中退率は18.6%と一般群の3.1%に対して多く、ひきこもりと中途退学との関連性は確認されている。

また、留年回数、休学期間の双方ともに、退学群で有意に多く長いことがわかった。留年生の退学率が高いことは前述の内田の報告^{2, 42, 45)}でも明らかであるが、精神疾患をもつ学生においても、過年在籍が退学と強く結びつくことが確認された。罹患学生では、出席時間が減り大学コミュニティとのネットワークが乏しくなることが退学と関連するとの報告³³⁾や、彼らは教育組織から認識されにくく支援を受けにくい⁵⁴⁾という考察がなされているが、精神疾患による留年・休学、閉じこもりはこうした要因をより助長するものと考えられる。

以上から、閉じこもりや過年在籍は、明らかに罹患学生の学業転帰に関わるリスク因子である。

⑧ 治療による改善度について

CGI-GI スコアは、上述の閉じこもりや休学と有意に相関するため、学業転帰への関連が示唆される。CGI-GI スコアは低値であるほど改善度が高いことを示すため、治療による改善度は卒業しやすさに結び付く。これは、我々の精神科治療が、一部の罹患学生を支援できたということを意味する。つまり病状改善度は、罹患学生の学業転帰に関わる防御因子と考えられる。ただしパス解析の

結果から、閉じこもりや休学が長引けば、改善度が低下することが予測される。

第3節 精神疾患をもつ学生への支援のあり方

今回の結果から、精神疾患をもつ学生においては、疾患そのもののみならず、疾患に伴う自殺企図や閉じこもり、過年在籍などの心理社会的不適応状態が、学業転帰に影響を与えることが明らかになった。これは、転帰改善のためには、適切な治療だけでなく、学業を含めた生活全般の支援が必要ということを示している。必要な支援の体制、対策としては、まず初診時の社会生活上の重症度が学業転帰に反映するため、社会的機能が大きく低下する前に受診するよう、学生自身や関係者に、さらに呼び掛ける必要がある。先行研究では、スチューデント・アパシーを呈する学生は概して援助希求性に欠ける^{29,30)}とされており、そのような学生を治療の場に連れ出し支援者と結びつけるには、今後も相応の工夫が必要と考えられる。支援としては、海外ではボストン大学精神科リハビリテーションセンターによる精神障害者の高等教育支援プログラム⁵⁵⁾が知られており、他の大学でも取り入れられている。本邦では社会的支援として、各大学が出席管理システムを用いた不登校学生への支援等様々な取組み^{56,57,58)}を実践している。特に閉じこもり対策では、和歌山大学での先駆的なキャンパスデイケア^{59,60)}が有名である。筑波大学では、留年・休学経験者によるピア・サ

ポート活動を行っている⁶¹⁾。これらの対策に共通する視点は、いかに本人が大学に居場所をもち、仲間とつながり、孤立せず過ごせるかという点である。一方、CGI-S スコアが低い、すなわち心理社会的に重症な学生については、佐賀大学でのキャンパス・ソーシャルワーカーの活用⁶²⁾等⁶³⁾の、個別の生活支援が有用と考えられる。

最後に、特に過年在籍という問題については、留年が決定的となる前に学生の所属する教育組織と密に連携をとることが重要である。例えば閉じこもりがちな学生にはインターネットやビデオ教材を用いた学習の許可を打診する等、本人の参加しやすい形での学業継続がかなうよう、支援するのも一法である。

第4節 本研究の限界

本研究には、いくつかの限界がある。まず、すべて著者一人の自験例であるため評価の基準は一定しているが、調査は日本の一大学に限定されており、症例数が少ない。本学特有の環境による影響も結果に関わる可能性はある⁶⁴⁾。また、後方視的調査というバイアスもある。このため、疾患関連以外の情報（例えば学生の経済状況や学力、学問に対するモチベーション、入学試験の形態）は特に訴えのあった者以外では診療録に記載がなく、今回検討できていない。さらに、我が国独特の社会文化的背景をふまえ、文献が日本語に偏っている。

また、ごく少数と予想されるが、外部の医療機関に通院中の学生が対照に含まれる可能性もある。

第6章 結論

精神疾患で受診中の学生は、健常学生に比し、有意に退学率が高いことが分かった。退学に有意に関わるリスク要因は、自殺企図、初診時重症度、閉じこもり、過年在籍であった。終診時の病状改善度は、退学率を低下させる防御因子と考えられた。受診学生の学業転帰の改善には、適切な精神科治療のみならず、キャンパス内での社会的不適応状態への支援（教育的支援や個別の生活支援等）が必要と考えられた。

第7章 今後の展望

これまでわが国では、そもそも大学の中途退学についての公式な調査、発表は行われていなかった。このため、退学率の明確な定義もなく、大学側でも積極的に公開しないことが慣例であった。しかし、近年新聞社の調査で一部が公表されたところ反響が大きく、この情報がいかに必要とされているかが明らかになった⁶⁵⁾。若者の人口が減り、必然的に大学教育が厳しく評価されるようになってきている。退学に焦点をあてて考えた時、精神疾患を持つ学生への支援は、大学にとって重要な課題である。昨年、障害者権利条約が我が国においても発効し、障害者への適切で合理的な支援は、国公立大学等での必須事項となった。今回の調査を踏まえると、今後、精神障害を持つ大学生の修学支援には、従来のもののみならず様々な視点からの新たな方策が望まれる。

今回の結果からまずできることは、生活機能が低下した学生や閉じこもり学生に向けて、家庭訪問などの個別対応を行うことである。これがうまく機能すれば、閉じこもり学生にもアプローチできる可能性がある。閉じこもりは、留年や退学の大きなリスク要因となっている。また、受診学生が修学に不安を持った際、ためらわず教官と相談し、修学継続に向けた配慮を請うよう勧めたい。保健管理センターと教育組織との連携のため、定期的な会合も勘案中である。

大きなリスク因子である自殺の問題に対しては、予防のための教育プログラムの検討が始まった⁶⁶⁾。より良いプログラムを練り上げ、最大限の教育効果を期待したい。

我々の目的は、医療者としてのみならず、学校保健及び障害者支援の観点から精神疾患を持つ大学生を支援することである。修学の志を持って入学した若者は一人でも多く卒業できるように本研究で得られた知見を活用していきたい。

最後に、罹患学生個人においては大学に在籍し続けることが大きな負担となったり、職業専門性の高い専攻で、卒後の就労形態が限定されたりすることも想定される。そのような例では、学外に適切な環境を求めて方向転換する方が望ましい場合もあろう。多様な価値観で転帰の問題を眺めるのは、次の課題としたい。

第 8 章 文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所 2012 [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf#search='%E8%8B%A5%E5%B9%B4%E4%BA%BA%E5%8F%A3+%E6%8E%A8%E5%AE%9A'>

- 2) 内田千代子: 大学生の自殺の特徴と対応. 学術の動向 3: 26-33, 2008

- 3) 厚生労働省: 人口動態統計年報 主要統計表 (最新データ、年次推移) [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/index.html>

- 4) Gore FM, Bloem P, Patton GC, et al.: Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. The Lancet 377: 2093-2102, 2011

- 5) World Health Organization: Health statistics and information systems, 2015 [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html

- 6) 東京大学大学院医学系研究科: ユースメンタルヘルス講座 [Cited 25 Dec.

2017]

<http://plaza.umin.ac.jp/~youth-mh/about.html>

7) 厚生労働省: ひきこもり施策について [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/02/02.html>

8) 厚生労働省: ひきこもり推進対策事業 [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsu_hogo/hikikomori/index.html

9) 厚生労働省: 若年者雇用対策 [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/jakunen/index.html

10) 厚生労働省: 若者の離職理由 [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0323-10a_3.pdf#search=%27%E8%8B%A5%E8%80%85%E3%81%AE%E9%9B%A2%E8%81%B7+%E3%82%B9%E3%83%88%E3%83%AC%E3%82%B9%27

11) 厚生労働省: ストレスチェックに関する法令 [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11300000-Roudoukijunkyokuanzeneiseibu/0000181833.pdf>

12) 文部科学省: 学校基本調査 [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/.../1267995.htm

13) 日本学生支援機構 [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www.jasso.go.jp/>

- 14) National Alliance on Mental Illness: College students speak: Survey report on mental health. Retrieved from, 2012 [Cited 25 Dec. 2017]

www.nami.org/collegereport

- 15) American College Health Association: American College Health Association National College Health Assessment II. Reference Group Executive Summary Spring 2012. Retrieved from, 2012 [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA-II_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Spring2012.pdf

- 16) 外務省: 障害者の権利に関する条約

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html

- 17) 内閣府: 障害者基本法 [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonhou/s45-84.html>

- 18) 内閣府: 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律 [Cited 25 Dec. 2017]

http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/law_h25-65.html

- 19) 文部科学省: 高等教育段階における障害のある学生支援について [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/074/gijiroku/_icsFiles/afieldfile/2016/05/19/1370967_3.pdf#search=%27%E9%9A%9C%E5%A%E%B3%E8%80%85%E5%B7%AE%E5%88%A5%E8%A7%A3%E6%B6%88%E6%B3%95+%E5%A4%A7%E5%AD%A6+%E5%AF%BE%E5%BF%9C%27

- 20) 広瀬洋子: シンポジウムⅡ 障害者差別解消法が高等教育に与える影響と障害のある学生への支援. 第53回全国大学保健管理研究集会 プログラム・抄録集 27, 2015

- 21) 竹田一則: 障害のある学生の修学支援における合理的配慮
日本学術振興会/基盤研究(A) (26245086)

- 22) 堀 孝文、太刀川弘和、石井映美: 筑波大学におけるメンタルヘルスへのアプローチ. 臨床検査学教育 6(2): 107-111, 2014

- 23) 筑波大学ホームページ: 学群・学類の改組 [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www.tsukuba.ac.jp/admission/reorganization/>

- 24) 筑波大学ホームページ: 定員数および学生数 (学群) [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www.tsukuba.ac.jp/public/education/pdf/h290501genin.pdf>

25)筑波大学保健管理センター 業務報告書 (平成 28 年度版)

26)筑波大学保健管理センター 学生相談・精神保健相談 [Cited 25 Dec. 2017]

<http://www.hokekan.tsukuba.ac.jp/sodan/>

27)内閣府: 大学生、専修学校生等における自殺の原因・動機 [Cited 25 Dec. 2017]

https://www.city.kumamoto.jp/common/UploadFileDsp.aspx?c_id=5&id=12213&sub_id=1&flid=80346

28)笠原嘉: アパシー・シンドローム 高学歴社会の青年心理. 岩波書店. 1984

29)稲村博: 不登校の研究. 新曜社. 1994

30)島崎素吉: 第三章 大学生の心性とスチューデント・アパシー—大学保健センターでの所見—, 青年期の心の病 (野沢栄司編著), 星和書店, 1984

31)土川隆史: スチューデント・アパシーの生活のリズム, 教育心理 33: 771-773, 1985

32)下山晴彦: スチューデント・アパシー研究の展望. Japanese Journal of Educational Psychology 44: 350-363, 1996

33)Salzer MS: A comparative study of campus experiences of college students with mental illnesses versus a general college sample. Journal of

- American College Health 60(1): 1-7, 2012
- 34)World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical description of diagnostic guidelines. World Health Organization. 1992
- 35)Guy W: ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. National Institute of Health, Department of Health, Education, and Welfare. 218, 1976
- 36)厚生労働省: 引きこもりの評価・支援に関する対策ガイドライン. 2010
- 37)筑波大学学生支援・自殺予防ワーキンググループ: 年次報告書. 2013
- 38)Kiersch TA, Nikelly AG, Ill U, et al.: The schizophrenic in college. Archives of General Psychiatry, 54-58, 1966
- 39)McEwan RC, Downie R: College success of students with psychiatric disabilities: barriers of access and distraction. Journal of Postsecondary Education and Disability, 26(3), 233-248, 2013
- 40)Tamin SK: Relevance of mental health issues in university student dropouts. Occupational Medicine, 63(6), 410-414, 2013
- 41)Organisation for Economic Co-operation and Development. Graduation rate. (2015) , 2017 [Cited 25 Dec. 2017]

<https://data.oecd.org/eduatt/graduation-rate.htm#indicator-chart>

42)内田千代子: 大学における休・退学, 留年学生に関する調査 33「休・退学, 留年学生調査」事務局, 2013

43)Office of Institutional Research and Assessment (Aug. Graduation Rates by Major (2006), 2017 [Cited 25 Dec. 2017]

https://www.southeastern.edu/admin/ir/rpg/grad_rate_by_major/99_cohort.pdf#search=%27ACHA+dropout+rate+major%27

44)Kawaijuku Guideline. (2014), 2017 [Cited 25 Dec. 2017]

http://www.keinet.ne.jp/gl/14/09/hiraku_1409.kodf#search=%27%EF%BC%AA%EF%BC%A1%EF%BC%B3%EF%BC%B3%EF%BC%AF+%E9%80%80%E5%AD%A6%E7%8E%87+%E5%B0%82%E6%94%BB%27 (in Japanese).

45)内田千代子: 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—. 精神経誌 112(6): 543-560, 2010

46)Yates J: When did they leave, and why? A retrospective case study of attrition on the Nottingham undergraduate medical course. BMC Medical Education 12:43, 2012

47)石井映美、太刀川弘和、佐々木恵美ら: 経過中、統合失調症を発症した9自

- 験例(会議録). CUMPUS HEALTH 49(1), 112, 2012
- 48)佐々木恵美、堀 正士: 大学生における初期統合失調症の臨床的特徴(会議録).
CUMPUS HEALTH 43(1), 276, 2006
- 49)Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, et al.: Social consequences of
psychiatric disorders, I: Educational attainment. The American Journal
of Psychiatry 152: 1026-1032, 1995
- 50)Hunt J, Eisenberg D, Kilbourne AM: Consequences of receipt of a
psychiatric diagnosis for completion of college. Psychiatry Services 61(4):
399-404, 2010
- 51)Vaughn MG, Wexler J, Beaver KM, et al.: Psychiatric correlates of
behavioral indicators of school disengagement in the United States. The
Psychiatric Quarterly 82(3): 191-206, 2011
- 52)Daniel SS, Walsh AK, Goldston DB, et al.: Suicidality, School dropout, and
reading problems among adolescents. Journal of Learning Disabilities 39
(6): 507-514, 2006
- 53)内閣府: 若者の意識に関する調査 (ひきこもりに関する実態調査) , 2010
- 54)Unger KV, Anthony WA, Sciarappa K, Rogers ES: A supported education
program for young adults with long-term mental illness. Hospital &

Community Psychiatry 42(8): 838-842, 1991

55) Boston University: College of health & rehabilitation sciences: Sargent college. Center for Psychiatric Rehabilitation. [Cited 25 Dec. 2017]

<http://cpr.bu.edu/resouces/newsletter/supported-education>

56) 粥川裕平、富田悟江、早川由美ら：名古屋工科大学におけるメンタルヘルス支援. 精神医学 56(5), 405-412, 2014

57) 小松智央、アサノデービッド、鈴木彦文：出欠情報の可視化による学生支援の効率化を目的とするシステムの開発. JSiSE Research Report 28(4), 2013

58) 教育学術新聞：退学率が激減 独自の“初年次教育”導入 嘉悦大学. 2397号, 2010 [Cited 10 Feb. 2018]

http://www.shidaikyo.or.jp/newspaper/online/2397/4_1.html

59) 川乗賀也、山本 朗、宮西照夫：ひきこもり大学生に対するデイケア参加の意義に関する検討-保健管理センターでの支援事例へのインタビューを通して. 精神医学 55(1): 37-43, 2013

60) 宮西照夫：和歌山大学におけるメンタルサポートシステム. 精神医学 56(5): 391-397, 2014

61) 石川正憲、太刀川弘和、石井映美ら：筑波大学保健管理センターにおける留年、休学対策 学生リスタートプロジェクトについて. 精神医学 56(5):

423-428, 2014

- 62)佐藤 武、花田陽子、島ノ江千里ら：佐賀大学におけるキャンパス・ソーシャルワーカー制度. 精神医学 56(5), 385-389, 2014
- 63)藤田長太郎、嘉目克彦、漆間幸一ら：不登校傾向の学生へのアウトリーチ型支援—キャンパス・ソーシャルワーカーとの協働による学生の自己選択能力の形成支援—. 大学と学生 69, 43-51, 2009
- 64)嶋崎素吉、小川俊樹：筑波大学にみる精神障害とその診断—他大学との環境因的比較検討—. 筑波の環境研究 6, 11-15, 1985
- 65)読売新聞：大学の實力 一覧でみる大学退学率. 2008
- 66)高橋あすみ、太刀川弘和、菅原 大地ら. 大学生向け自殺予防教育プログラム CAMPUS—医学生に対する2つの演習の比較検討—. 第55回全国大学保健管理研究集会プログラム集 69, 70, 2017

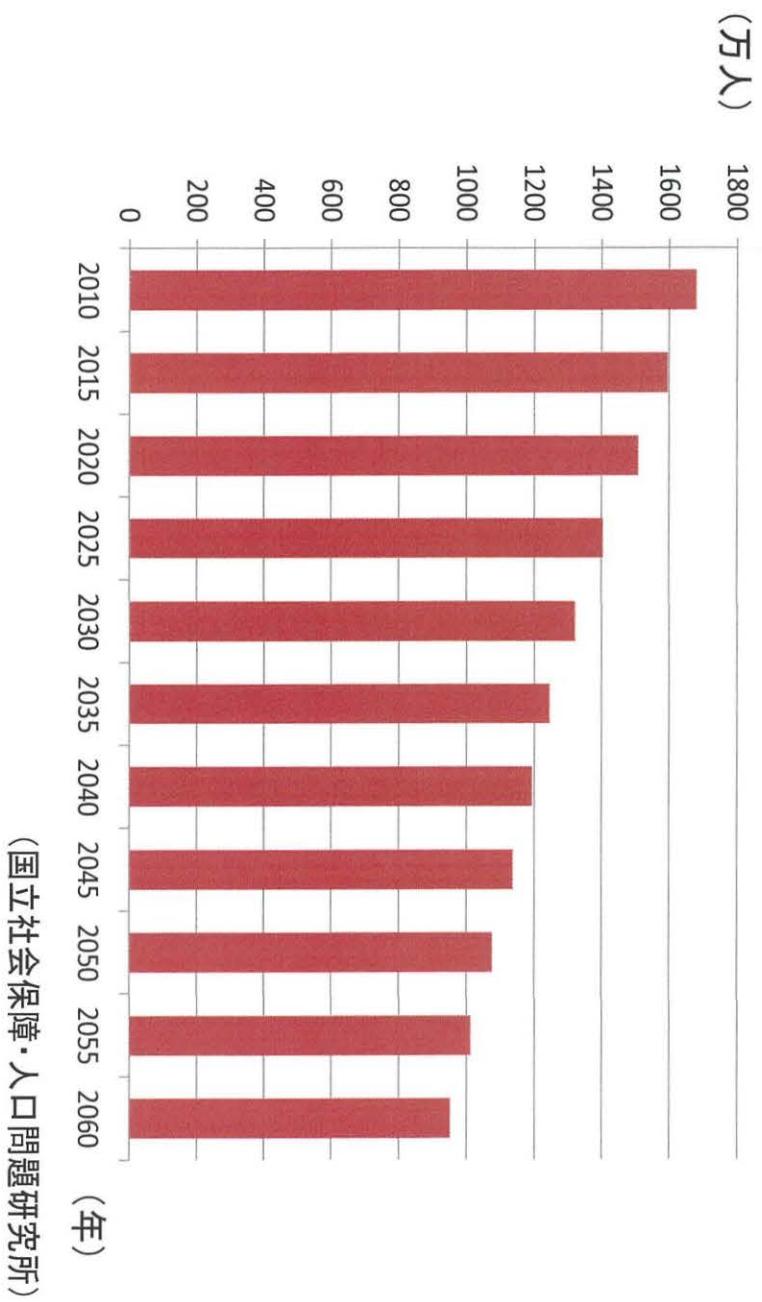
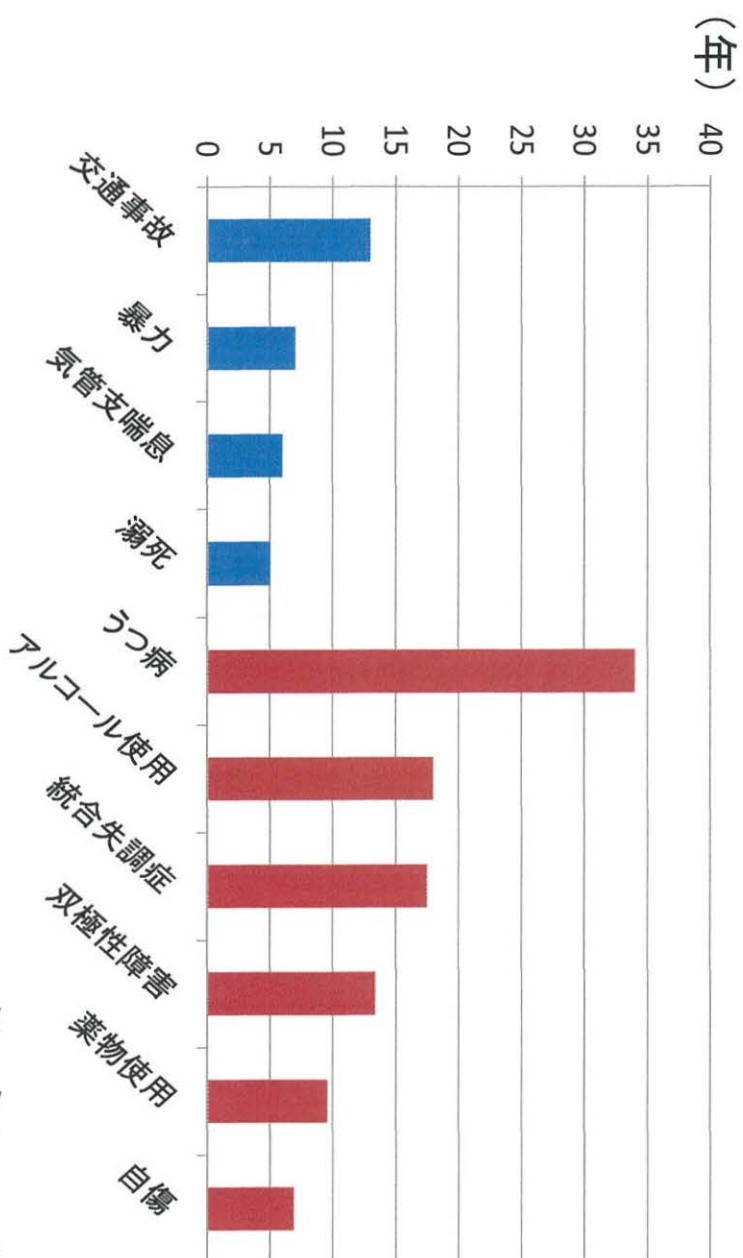


図1. 年少(0~14歳)人口推移予測

表1. 年代別死因

年齢(歳)	1位	2位	3位
0歳	先天奇形等	呼吸障害等	乳幼児突然死症候群
1～4	先天奇形等	不慮の事故	悪性新生物
5～9	悪性新生物	不慮の事故	先天奇形等
10～14	悪性新生物	自殺	不慮の事故
15～19	自殺	不慮の事故	悪性新生物
20～24	自殺	不慮の事故	悪性新生物
25～29	自殺	悪性新生物	不慮の事故
30～34	自殺	悪性新生物	不慮の事故
35～39	自殺	悪性新生物	心疾患
40～44	悪性新生物	自殺	心疾患
45～49	悪性新生物	自殺	心疾患
50～54	悪性新生物	心疾患	自殺
55～59	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
60～64	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
65～69	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
70～74	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
75～79	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患

(H27年厚生労働省人口動態統計)



(Gore ら, Lancet, 2016)

図2. 健康生活を損う主要な10原因のDALYs (15-19歳)

発達障害、精神障害も対象



JASSO

JASSO PRESS

平成 27 年 (2015 年) 4 月 30 日

報道関係者各位

大学等における障害のある学生への支援・配慮事例について

独立行政法人日本学生支援機構では、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（いわゆる「障害者差別解消法」）が平成 28 年 4 月から施行されることに伴い、大学、短期大学及び高等専門学校（以下、大学等）において、障害のある学生の修学機会が確保されるよう、今後、大学等が合理的配慮の提供にあたって参考とするための支援・配慮事例を取りまとめましたので、公表いたします。

障害のある学生の修学支援事例集としては、平成 20 年度に支援の取組内容を示した「障害学生修学支援事例集」を発行しています。今回の事例集は、支援の申し出から対応に至るまでのプロセスを示したものとして初めてのものであります。（大学等の規模、支援体制も記載）

Web サイト URL http://www.jasso.go.jp/tokubetsu_shien/2014jirei_top.html

図3. 日本学生支援機構

表2. 大学生のメンタルヘルスと関わる過去の転帰関連調査

報告者	発表年度	調査方法	対象人数(人)	調査内容
内田	2003-2013	各大学の統計の集計	約4000	全国73校の調査
Muraiら	2008	アンケート	約450	自学全学生調査
Salzer	2012	アンケート	約450	精神疾患罹患学生 (アメリカ)
Chalitaら	2012	質問紙	237	高校生(メキシコ)
ACHA	2012	アンケート	90000	全大学生(アメリカ)
NAMI	2012	アンケート	約750	罹患学生のオンライン調査 (アメリカ)
Borges	2011	アンケート	約5800	全国の有志成人(メキシコ)
Huntら	2010	全国疫学調査	約15800	全国調査(アメリカ)
Kiersch	1966	診療録	108	統合失調症患者

表3. 受診群と対照群の退学率の比較

	対照群 (n=203)		受診学生 (n=203)		p value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
女性	120 (59.1%)		120 (59.1%)		n.s. ^a
入学時年齢(歳)	18.3	0.8	18.4	1.2	n.s. ^b
在籍期間(月)	50.8	8.5	56.8	12	<0.01 ^b <0.01 ^c
相対危険度			2.5		
退学率(%)	5.4		13.3		<0.01 ^a

^a χ^2 test, ^b Student's t-test, ^c Levene's test

表4. 卒業群と退学群の比較;属性①

属性	自験例 (n=370)		卒業群 (n=320)		退学群 (n=50)		p value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
	女性	215 (58.1%)		193 (60.3%)		22 (44.0%)	
専攻							
文系	120		102 (31.9%)		18 (36.0%)		n.s. ^a
理系	184		159 (49.7%)		25 (50.0%)		n.s. ^a
医療系	29		26 (8.1%)		3 (6.0%)		n.s. ^a
体育	13		12 (3.8%)		1 (2.0%)		n.s. ^a
芸術	24		21 (6.6%)		3 (6.0%)		n.s. ^a
初診時年齢 (歳)	20.9	1.8	20.9	1.7	21.0	1.8	n.s. ^b
発症時年齢 (歳)	18.8	3.2	19.0	3.2	18.0	3.4	n.s. ^b

^a χ^2 test, ^bStudent's t-test

表5. 卒業群と退学群の比較;属性②

	自験例 (n=370)		卒業群 (n=320)		退学群 (n=50)		p value
	M	SD	M	SD	M	SD	
初診時学年(年次)	2.9	1.2	3.0	1.2	2.6	1.1	<0.05 ^b
初診時学年別人数			n (n/320%)		n (n/50%)		
1	71		60 (18.8)		11 (22.0)		n.s. ^a
2	62		50 (15.6)		12 (24.0)		n.s. ^a
3	87		72 (22.5)		15 (30.0)		n.s. ^a
4	137		125 (39.1)		12 (24.0)		<0.05 ^a
5	9		9 (2.8)		0		n.s. ^a
6	4		4 (1.3)		0		n.s. ^a
初診時在籍年数 (年)	3.1	1.4	3.1	1.4	3.0	1.4	n.s. ^b
罹病期間(月)	26.2	34.4	24.6	33.7	36.6	37.2	<0.05 ^b

^aχ² test, ^bStudent's t-test

表6. 卒業群と退学群の比較;精神医学的調査項目①

調査項目	自験例(n=370)		卒業群(n=320)		退学群(n=50)		p value
	M	SD	M	SD	M	SD	
精神医学的調査項目							
診断							
F2(統合失調症圏)	78		59 (18.4%)		19 (38.0%)		<0.01 ^a
F3(気分障害圏)	89		75 (23.4%)		14 (23.8%)		n.s. ^a
双極性障害		10		8		2	n.s. ^a
うつ病	32		24		8		<0.05 ^a
反復性うつ病	26		23		3		n.s. ^a
気分変調症	14		14		0		n.s. ^a
その他のうつ		1		1		0	n.s. ^a
F4(神経症圏)	133		122 (38.1%)		11 (22.0%)		<0.05 ^a
F5(不眠・摂食障害圏)	38		37 (11.6%)		1 (2.0%)		<0.05 ^a
F8, 9(発達障害圏)	23		20 (6.3%)		3 (6.0%)		n.s. ^a
その他	9		7 (2.2%)		2 (4.0%)		n.s. ^a

^a χ^2 test, ^bStudent's t-test

表7. 卒業群と退学群の比較;精神医学的調査項目②

	自験例 (n=370)		卒業群 (n=320)		退学群 (n=50)		p value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
初診時CGI-S	3.7	1.2	3.6	1.2	4.6	1.0	<0.01 ^b
終診時CGI-GI	2.1	1.3	2.0	1.2	2.8	1.6	<0.01 ^b
自殺企図(回)	0.1	0.3	0.1	0.3	0.2	0.5	<0.05 ^b

^a χ^2 test, ^bStudent's t-test

表8. 卒業群と退学群の比較;治療・相談に関する調査項目

	自験例 (n=370)		卒業群 (n=320)		退学群 (n=50)		p value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
治療・相談に関する 評価項目							
診療期間 (月)	13.3	17.1	12.7	16.7	16.9	19.4	n.s. ^b
診療回数 (回)	13	19.6	12.2	19.1	18.4	22.3	<0.05 ^b
治療中断率 (%)	49.2		51.2		36.0		<0.05 ^a
家族からの相談 (回)	0.9	2.6	0.7	2.6	1.8	2.9	<0.01 ^b
担当教官からの相談 (回)	0.2	0.7	0.1	0.6	0.3	1.0	n.s. ^b
心理士の介入有り (%)	181 (48.9)		160 (50.0)		21 (42.0)		n.s. ^a

^a χ^2 test, ^bStudent's t-test

表9. 卒業群と退学群の比較; 修学状況

	自験例 (n=370)		卒業群 (n=320)		退学群 (n=50)		p value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
修学状況							
入学前の不登校歴 有り (%)	22 (5.9)		15 (4.7)		7 (14.0)		<0.05 ^a
引きこもり期間 (月)	4.3	10.5	2.0	6.4	18.8	17.6	<0.01 ^b
留年 (回)	0.3	0.6	0.3	0.5	0.7	0.8	<0.01 ^b
休学 (月)	3.6	7.6	2.3	6.1	11.8	10.5	<0.01 ^b

^a χ^2 test, ^bStudent's t-test

表10. 退学に関連する要因;ロジスティック回帰分析

	Odds Ratio	95%CI	p value
自殺企図 (回)	2.58	1.17-5.68	<0.05
初診時CGI-S スコア	1.79	1.21-2.66	<0.01
引きこもり(月)	1.11	1.07-1.15	<0.01
休学 (月)	1.08	1.03-1.13	<0.01

Logistic regression analysis, R²=0.27-0.49

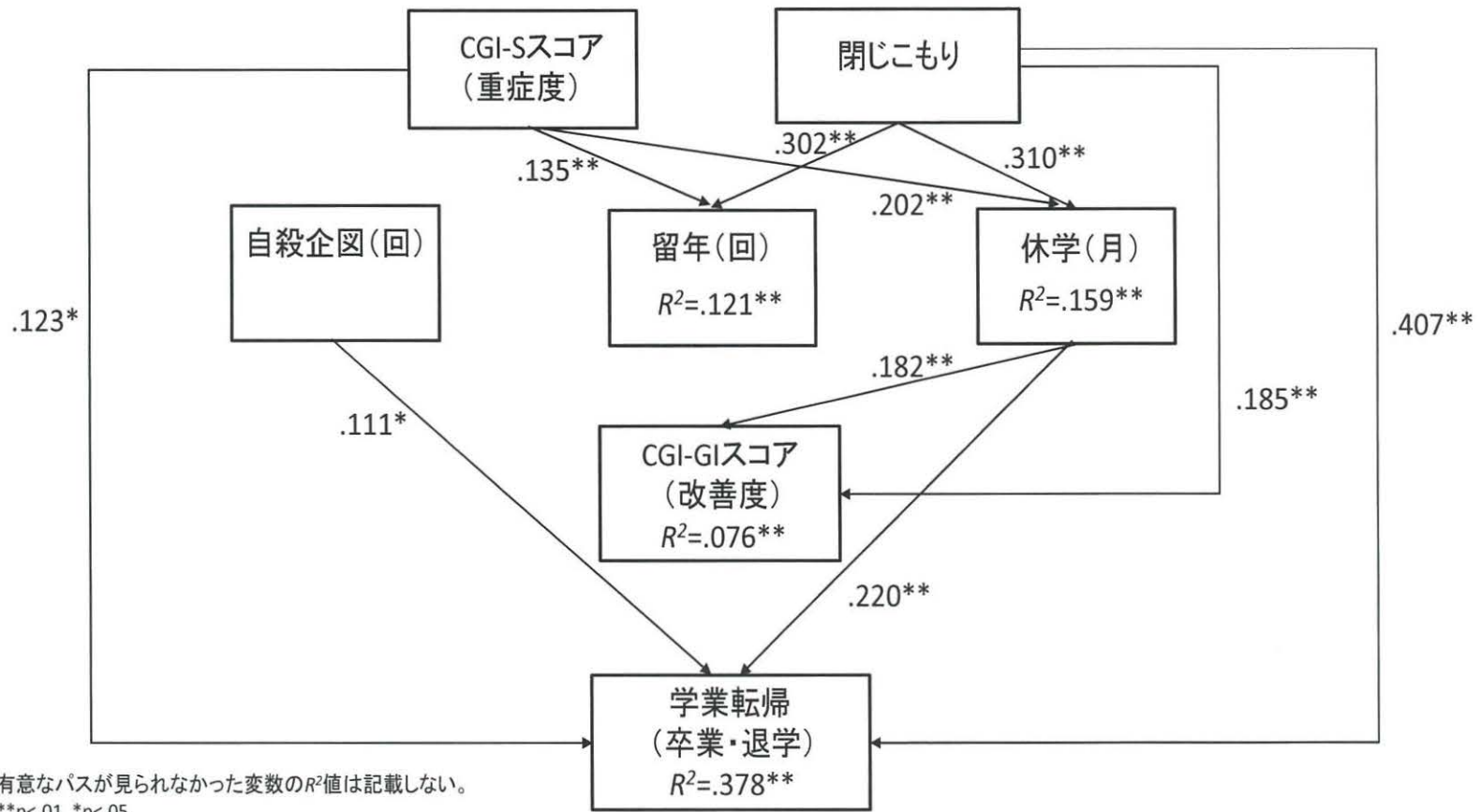


図4. 退学に関連する要因;学業転帰に関わる要因のパス図

謝辞

本研究に当たって御指導いただいた新井哲明教授に、深く感謝いたします。

また、研究の基礎から御指導いただいた太刀川弘和准教授・堀 孝文先生・根本清貴先生、統計学を御指導下さった相羽美幸先生にも心から感謝いたします。

小泉準三名誉教授、白石博康元教授、小阪憲司先生、朝田 隆名誉教授には、精神医学の基礎を教えてくださいました。人間学類の竹田一則先生には、「障害学生への合理的配慮」の研究で、大変お世話になりました。矢野和之先生、中島潤子先生をはじめ、石崎病院の諸先生方にも御指導を受けお世話になりました。

一緒に保健管理センターで学生に向き合った杉江 征教授はじめ心理の先生方、支えて下さった事務の方々にも感謝いたします。また、教育推進部の方の御協力も得難いものでした。医局の仲間の先生方皆様にも、いろいろと助けていただきました。皆様に心より感謝申し上げます。

尚、学位論文に投稿論文の使用を許可して下さった Elsevier 社 (Asian Journal of Psychiatry ; Accepted manuscript available online: 2-DEC-2017 DOI information: 10.1016/j.ajp.2017.11.017 H29.12.21 御許可確認) 及び日

本精神神経学会(精神神経学雑誌 H30.4.18 御許可確認)に感謝いたします。

Elsevier 社

Ishii T, Tachikawa H, Shiratori Y, Hori T, Aiba M, Kuga K, Arai T: What kinds of factors affect the academic outcomes of university students with mental disorders? A retrospective study based on medical records. Asian journal of psychiatry 32(2), 67-72, 2018

日本精神神経学会

石井映美、太刀川弘和、堀 孝文、石川正憲、畑中公孝、相羽美幸、朝田 隆 :
精神疾患が大学生の学業転帰に与える影響—保健管理センター診療録を用いた後方視的研究—。精神神経学雑誌 117(12), 965-977, 2015