

保健管理センター年報

第 2 号

1977.3

岐阜大学保健管理センター

目 次

| | | |
|--|--------------------------------|----|
| 所 感 | 保健管理センター所長 早 瀬 正 二 | 1 |
| 食生活に関して | 医学部長 西 浦 常 雄 | 2 |
| 健 康 と 体 力 | 教育学部教授 長 沢 弘 | 4 |
| 保 健 管 理 雑 感 | 学生部次長 小 山 田 隆 一 | 7 |
| 精神疾患を持った学生をめぐる現況と それへの働きかけ | 保健管理センター助教授 田 中 實 | 12 |
| 岐阜大学における過去8年間の休学、退学 及び留年の実態とその精神衛生的考察 | 保健管理センター助教授 田 中 實 | 24 |
| 蛋白尿陽性者への働きかけ ——長期蛋白尿観察者に対して行った事例より—— | 保健管理センター保健婦 中 尾 け さ じ | 45 |
| 保健管理の現状について | | 47 |

所 感

保健管理センター所長

早 瀬 正 二

人間の生活にとって健康程尊いものはないと言うことは殆どの人が知っている。この場合、健康とは身体と精神のそれを示している。学生諸君の、この二つの面の健康保持増進に当たっているのが保健管理センターである。

現代科学の発達により、身体健康或は身体状況の判定は比較正確、換言すると量的な表現が可能となりつつある。正常から疾病への移行も可成り具体的に把握出来るようになった。

予防医学は、古典的な集団を対象とするそれより、個人に対する密度の高い予防医学と変りつつある。それにしても、古典予防医学がとって来たと同様にシステムが必要であるが、個人個人を対象とする場合、システムは当然自由度を増し、対象となる例からの積極的な参加がなければならない。その様な意味で、学生諸君が進んでセンターを訪れることが望まれる。

精神の面になると、問題は更に複雑であろう。“健全なる精神は健全なる身体に宿る”と古語は教えている。しかし、健全なる精神とは何かとの反問が出るに相違ない。これに対する回答は確かにむつかしい。精神の活動は自由であり、飛躍も可能である。一方、精神身体的存在である人間は歴史的現実であり、又、同様に歴史的現実である社会に生存している。過去、現在そして未来に規制されて人間は行動している。そこに、自由な精神との葛藤が生じる。それは悩みであり、緊張であり、時に疾病状態ともなる。

大学そのものが創造を模索する場であり、従って、大学人は現実との葛藤にさらされることは多い筈である。それは単に学生のみならず、教官も又、同様である。そこに文明発展のエネルギーが存在するのであるが、人間的所産である文明も、またより巨大なエネルギーをもつとも言えよう。その様な意味で、学生諸君が悩まれるのはよろしいが、疾病状態となることは、堪えられないことである。諸君の自身のみならず、その周辺に多くの人の悲しみがあるからである。

身体の不調、精神的な不安、緊張を自覚した場合は、直ちに保健センターを訪れて欲しい。確かに、現在の保健センターは見すばらしいバラックである。しかし、内に勤務されている田中助教授以下の職員はすべて“親身”になって、諸君の健康を気付かっている。

食生活に関して

医学部長 西 浦 常 雄

先日フィリピン大学の医学部長が来岐されましたが、その際に、日本では over nutrition が問題になっているが、フィリピンでは starvation が問題だと嘆いておられました。私共は恵まれすぎて、少し良い気になりすぎているようです。御飯粒を食器に残すと目がつぶれるというような行儀は、もう日本ではなくなりつつあります。戦中戦後の飢餓時代を経験した人々さえも、世の中の大勢に流されて、もう忘れてしまったようです。

「自然食品」という宣伝文句が最近しばしば目や耳に入ってきます。私共が平素食べているものは自然食品ではないのではないかということになります。確かに、御飯を食べないで「インスタント〇〇」ばかりを食べている子供が増え、肥満児の原因の一つにもなっております。加工材料等の慢性毒性や偏食による栄養素の不均衡などが問題となりますが、逆に「自然食品」といわれるものが不自然ではないかと考えなおしてみる必要もあります。

健康のためという目的で、色々な食品や薬品が常用されております。これを飲んでいれば癌にならないと信じて、朝昼晩と拳拳服膺している方もおられます。一方では薬害のことが問題になっておりますが、一般に薬剤の慢性毒性の検討は半年から長くても一年位の間にわたったものしか行われておりません。すなわちある薬を何十年も連用した場合の副作用の検討などは実際上不可能で、どんなことが起るか全くわかりません。このようなことですので、健康のためと申しながら一つの食品を何年も連用するということは誠に勇気のある人と言わざるをえません。勿論病気のために薬を服まなければならないのは仕方のないことです。これに対して米などは太古から毎日食べて実験して来た安全なものですが、脚気が白米で起ることも経験的理論的に証明されていますので、副食にも気をつけて偏食しないようにしなければなりません。

以前に、週刊誌に、ほとんどの尿路結石が蔘酸カルシウムを成分としており、ホーレン草は蔘酸塩が多量に含まれていると載っていたため、以来ホーレン草を食べないようにしたという人が沢山みられました。実際は吸収の問題もあってこのように直結しないのですが、とにかく私共はポパイのように朝から晩までホーレン草ばかりを食べているわけではありませんので全く心配はありません。むしろホーレン草のような新鮮な青い野菜はビタミンや血を作るのに役立ちます。

ついでにもう一つ、近頃海外旅行で色々な珍味を味って来られた人の中に寄生虫症に罹って帰る人が多いと言われております。薬公害の世論に押されて製造中止となった薬剤の中に寄生虫症の治療に不可欠

のものがああります。したがって誠に気の毒なお土産ということになります。とくに日本の刺身の習慣で海外で生ものを食べる人も勇気のある人であります。

ある病気で、特別な食事を必要とする人々を除いて、私共は長年人間が食べてきて毒性がないとはっきりわかっている食物を、偏りなく食べるのが一番良いように思われます。

健康と体力

教育学部 長 沢 弘

健康とは何ぞやという定義づけについては常に W. H. O (世界保健機関の憲章 1946) の定義 A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. が引用されている。健康とは単に病気の無いというだけでなく、肉体的に、精神的に、また社会的に完全に良好な状態であるといっている。我々は生涯を通じて健康でありたいと願っているのはあたりまえのことである。しかし健康で暮している時は誰もが健康に対して意識していないのが普通である。あたかも水や空気が我々の四周に常に存在していて、その有難さを意識されないのと同じである。不幸にして一旦病気になるとしみじみ健康の有難さを味わされるのである。しかし人間は誰しも何時病床に臥さなければならない危険性を背負っているのである。

今日、幸いに医学は長足の進歩を遂げ、不治の病とされるものは極めて少なくなって来ている。しかし、これらの治療医学や予防医学は患者や特定の病気が対象となっているのであって広く一般の健康な人の日常生活に対する健康やその保持増進を目指しているものではない。すなわち医学は日常生活のレベルの保持が出来なくなった時、旧のレベルに復帰させ、またはそれ以下にならないように対処するのが目的である。いわば健康の保持がねらいである。一方、人間がより強く、よりたくましく生きてゆくためには現在の健康を保持するだけでは不十分で健康の増進、すなわち健康度のレベルアップが必要である。高度なレベルをもっていることは、日常生活に対して肉体的にも精神的にも余裕をもって対応出来るはずであり、この余裕の大きいことは、日常生活のレベル以上の負荷に対しても対応が可能になってくる。このより以上の健康のレベル獲得する基礎となるものは、いわゆる体力の向上といわれるものである。今日社会的に体力の向上が問題にされるのは単にオリンピック選手やスポーツ選手に必要なだけでなく国民の一人一人にとって重要な課題としてとらえられている。体力の定義については種々の見解があるが、一般的には肉体的な面だけでなく精神的な面も含めて論じられている。そして広い意味で病気にかからないというような消極的な防衛的な面と外部に仕事をして行くというような積極的な行動的な面を含めて、防衛体力と行動体力に分けている。前者は〔生命の維持能力〕、後者は〔外界への働き〕であり、器官の健全や栄養の適正と運動能力を指している。前者は身体の活動力を表わすための素材であり身体資源に相当する。後者は身体資源によってなされる行動の結果できばえである。前者は physical resources. 後者は performance. と呼ばれている。

東竜太郎氏は、体力とは「知情意というような精神的な力の総合されたものが、体格といふ肉体的媒体を通して自己の生活環境に働きかける力」とし、これに従えば、生活力、活動力、作業能力はいずれ

も体力の表現にほかならず、その時々を対象となる生活環境のいかんによって、生産力ともなれば防衛力ともなるとした。更に猪飼道夫氏は、体力を生理学的な立場から論じ、体力を「エネルギー論的なもの」と「サイバネティックなもの」の二つに分けている。すなわち筋力、持久力、パワーなどをエネルギー発生の様式に関するものとしてこれを体力の三次元図によって説明し、力、時間、速さの三つの物理的な要素に筋力、持久力、敏捷性の三つの生理的な要素を対応させて、この三つを体力の三要素としている。また、サイバネティックから見た体力を、知覚を介しての調整が必要であるとして、これを調整力として説明している。これは神経系の統合作用である。これについても同様に三次元図で説明している。その第一は動きの空間的調整（spacing）で、身体を空間の中でどのような相対的關係を保つかという能力である。バランスという概念である。第二は動きの時間的調整（timing）で、リズムに相当するものである。第三は強弱の調整（grading）で筋力の増減の調整である。人間が一つの動作（合目運動）をする場合に常に以上の三つの（空間的、時間的、強弱）調整がうまく行なわれて目的に合った動作がなされているとしている。

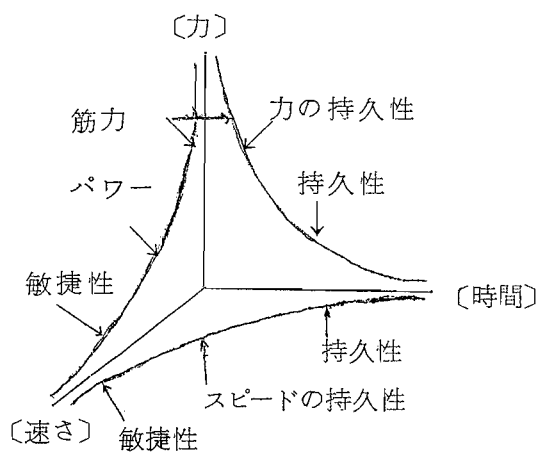


図1. 三つの面に表わされた体力の要素の相互関係（猪飼）

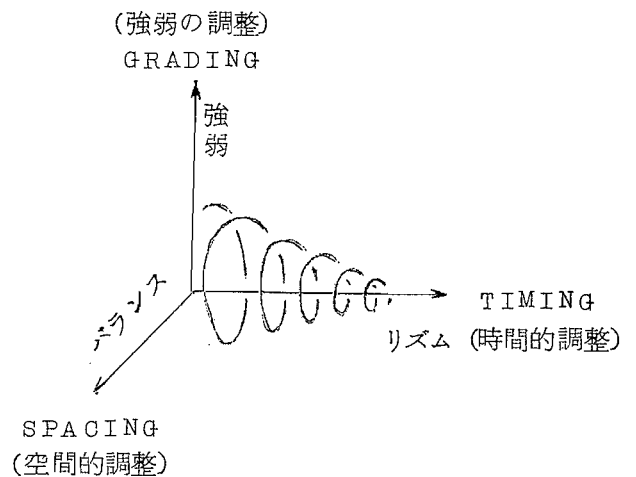


図2. 調整力（サイバネティックスから見た体力）の三次元展開図（猪飼1969）

紙数に制限があって説明が不十分であるが、以上が体力の説明の要約である。

そこで体育では体力の向上が重要な目標となって、幼児から大学に至るまで体育を必須課目として課せられ、体力の向上が図られている。

幼児から青年に至るまで人間は自然発達をし、自然発達に促した体力も向上してゆく。

しかし、それは日常生活に含まれた運動刺激に応じて獲得された体力の保持のみしか期待し得ないのである。より以上の体力の向上を期待するならば、日常生活のレベル以上の刺激を与えなければならぬ

い。これがいわゆるトレーニングといわれるもので、自然発達以上の向上を目指してなされている。それには三つの必要条件（強さ・時間・頻度）がある。すなわちどれ位の強さの負荷をどれ位の時間で週に何回行なうかということである。これについてはすでに多くの研究がなされて、それぞれ、筋力、持久力、敏捷性についての負荷基準が報告されている。この三つの体力要素の中で最も重要なものは持久力である。

持久力は呼吸循環器系の能力を示すもので特に重要とされている。この能力向上のためには、おおよその目安として、心拍数140以上、時間は5～10分、頻度は週3回以上、勿論毎日が望ましいとされている。日本人の平均寿命が今日では、男子73歳、女子76歳にまで延びて来ている。人間に単に長寿を保つことのみで意義があるのではなく、より充実した生甲斐のある生活をするからこそ重要である。それには高いレベルの体力の保持が必要であって、このことは体力向上の目的である生存性と生産性を高めることになり、それはより高い文化生活を享受し得ることにつながる。

最近、青少年の体格は良くなったが体力がないという言葉は東京オリンピック以後の言葉であるが、まだ国民の体力が向上したとの言葉を聞かない。体力の向上が単にオリンピックに勝つためのものではなく、我々国民すべての問題である。今日のように交通機関の発達、テレビの視聴、遊び場の縮小など、文化の発達と逆行した省力化時代に入り、青少年のみならず国民全体の体力が低下して来たとし憂慮すべき時代に入って来ている。体力の低下は民族の発展をも危ぶませることにもなる。国民の一人一人が体力向上のために自ら時間と金をかけるべき時代に入ったと言えよう。その方法には計画的な十分程度の散歩、なわとび、サーキットトレーニング、自転車のペタリング、階段の上り下り、または持久力向上が期待出来るスポーツなどがある。自分に適した計画的トレーニングを日常生活に織り込んで自らの健康を自ら管理すべきである。

保 健 管 理 雑 感

学生部次長 小 山 田 隆 一

I 第14回全国大学保健管理研究集会のこと

昨秋、10月28・29日仙台にて、第14回全国大学保健管理研究集会が開かれた。国公立大学、短大から合せて500名を越える参加者があった。共通テーマは、「大学保健管理の諸問題」とあり、7つの分科会がもたれたが、そのうち、「大学生の食と住」というテーマの分科会が興味を引いた。学生の日常生活での栄養問題を主としていたためか、各大学の栄養士さんの参加が多かったが、健康を維持し、増進するための根元的な問題であるだけに、今後とも研究の継続が望まれるし、また、medicalな立場にいる方々の積極的な参加も期待したいものだった。

研究集会参加者の約半数は、国立大学からであり、その所属の多くは、保健管理センターとなっていた。昭和41年度から発足した保健管理センター設置の年次計画が進行して、国立大学の80%に近い65大学に開設され、一応定着しつつある状況を示している。昭和38年度、奈良女子大学で開催された第1回の研究集会の状況を知る者には、全く隔世の感がある。

II 各国立大学の保健管理センターが抱える問題点について

保健管理研究集会が年々盛大になってゆくことは、それ自体、まことに悦ばしいことであるが、それにつけても、また年々増大してゆく保健管理センターの内在的矛盾は、何としても解決してゆかなければならないことである。

幸い、最近、滋賀大学学生部が調査した国立各大学の保健管理センターの実態と問題点のプリントを入手したので、そのご紹介をかねて、意見を述べてみたい。（「昭和51年11月10日「厚生施設について」滋賀大学学生部編参照）

国立大学の保健管理センターとひと口にいても、医学部を持つ大規模大学から、単科の大学まであり、設置されているセンターについても、すでに10年のキャリアをもつ大学と、発足したばかりの大学があり、抱えている問題の質量とも著しい相違がある。ここでは、なるべく共通項に集約して、考えることとし、2つの問題点を取り上げることとする。1つは、保健管理センターの研究体制であり、他の1つは、管理運営である。

1) 保健管理センターの研究体制

前述の滋賀大学学生部の調査資料から、保健管理センターの研究体制について意見を発表した39大学の状況をまとめると、およそ、次のように分類できそうである。

分類1は、「厚生補導のための施設」と位置づけられた現行法令でのセンターの目的、役割を発展的に止揚して、独立した研究教育機関を指向する型であり、その先駆的役割を果たしたのに、名古屋大学の「総合保健体育科学センター」があるといえる。保健管理センターの未来像の1つとして注目されるのではなからうか。

分類2は、「厚生補導のための施設」から脱皮して、できれば法改正をし、センター内に研究施設をもち、独自の研究活動をするという積極的な主張である。この型は、保健管理センターの業務のより十分な展開のためには、研究体制をセンター内に設けることを不可欠としている。保健管理センターを早い時期に設置した大学に多い。

分類3は、「厚生補導のための施設」という現行法令を肯定し、研究活動は第一義的な課題ではなく、従って業務に付随した範囲内の調査研究とし、研究施設も学内の施設を便宜的に利用する程度とするというものである。

以上3つのパターンに分けてはみたが、所詮この分類は、さまざまな制約下に置かれている各大学のセンターの現況の投影であって、多分に段階的状況の相違に過ぎないものなのであろう。

2) 保健管理センターの管理運営

前述の滋賀大学の調査資料によれば、センターの管理運営についての回答校は、51大学であった。

センターの業務運営の基本的な意見として「保健管理センターの機能は、全学的な規模で学生の個人的レベルの保健業務が遂行でき、その結果が全学的規模でフィードバックできるような全学的組織の下で運営できるように整備すべきである」と回答した大学があったが、もっとも至極な意見である。

回答をよせた大学のすべての保健管理センターでは、まず、センター要員の絶対量の不足を訴えている。特に緊急切実な要求となっているのは、臨床検査技師の定員化である。疾病の予防を第一義として発足したセンターには、不可欠な要員である。医師については、学内教官定員の流用も可能であろうが、技官定員の流用は、至難の業である。

次に、センター施設のスペースの狭隘さが指摘されており、小規模大学のセンターでは、せめて検査室の拡充を願っている。

センター運営費とセンター教官研究費の関係では、センター教官研究費を一部センター運営費に繰り入れている大学は22校44%である。もっとも、センターによっては、運営費とコミにすることによって、研究費の増額を企っている向きもあった。

保健管理センター運営費は、文部省から配ふされるが、その不足分を各大学はどの程度補てんしているか。前述滋賀大学の調査資料からみると次のとおりであった。回答校 33校

保健管理センター年間経費について大学がその不足分を補てんしている割合

| 補てん% | 校数 | 補てん% | 校数 | 補てん% | 校数 |
|-------|----|-------|----|-------|----|
| 90%以上 | 1 | 50%以上 | 7 | 10%以上 | 9 |
| 80%以上 | 1 | 40%以上 | 2 | | |
| 70%以上 | 4 | 30%以上 | 2 | | |
| 60%以上 | 6 | 20%以上 | 1 | 計 | 33 |

入学定員1,500名以上の大学では、ほとんど50%を越える不足額補てんをしており、中小規模の大学では、センター業務が比較的活発な大学において補てん率が高い。

昭和41年度から開始されたセンター設置の年次計画は、爾来11年間、要員と施設と設備をワンセットとして毎年各大学に設置が続けられ、ついに65大学に及んだということは、大学の教育研究施設以外の施設整備としては、稀有な事業であったと思う。それだけにまた、今、各大学に露呈しているさまざまなセンター運営上の矛盾は、また止むを得ない必然性をもっているのであろうか。

しかし、当面するセンター運営上のネックは、何としても早期解決を企らなければならない本質的な課題であるだけに、国に対して改善要求をする以上に、各大学における自力解決への不断努力も必要とされることであろう。

岐阜大学においても、統合移転を契機として一気に噴き出すであろうセンター運営上の諸難問に対して、今から十分な展望を期しておかねばならないと思う。

Ⅲ 保健管理センターの未来像

I・IIについては、若干の義務感をもって述べてきたので、われながら堅苦しいものとなった。この章では、日頃考えている保健管理の有り方、未来像について、多少無責任にわたる程度を含めて述べてみたい。

大学における保健管理、保健管理センターの未来を語ろうとするとき、その前提となる小・中・高校の保健に関する教育課程を抜きにして考えることはできない。

昭和51年10月6日、教育課程審議会が発表した「小・中・高校の教育課程の改善について」の中間報告には、「体育、保健体育」の改善について、次の基本方針を示している。

「小学校、中学校及び高等学校を通じて、健康の増進や体力の向上を図り、強健な心身を養い、また

生涯を通じて運動を実践する態度や能力を養うとともに、健康な生活を営むことができるようにし、児童、生徒の心身の発達の特徴を考慮して内容を基礎的、基本的な事項に精選する。」

小中高校において、この基本方針に忠実な実践があり、学校保健法第1条の目的を徹底して、小中高における保健管理が実施されるならば、大学での健康教育と保健管理の実践は、竿頭更に一步を進めたものであってよいのではないかという考えが生れてこよう。

大学の「保健体育」という正課教育では、前述した小中高校の「保健体育」の延長ではなく、学生に対して、生涯健康のための自己管理能力の獲得、保持を教育の根幹に据えるということも考えてよいのではないか。そうした教育の徹底により学生に自らの健康は、自ら責任を持つという意識の変革を求めるとよいのではないか。保健管理センターは、そうした大学の健康教育に対応して必然的にその目的、業務に少なからぬ転換を必要とすることになる。

保健管理センターの未来像のスケッチを試みてみよう。

保健管理センターの業務の内、対人・対物管理を必要とするものに次の業務がある。

- 1) RI, 放射線, 有害ガス, 特定有害物の管理
- 2) 学生食堂, 学寮食堂など集団給食場の, 食品衛生管理, 栄養管理
- 3) 学生・職員の身体の強弱に対応した段階的増健管理

定期一斉健康診断は、もうその役割を終っているだろう。健康診断は、学生・職員個人が、自ら必要とした時、センターに来所し、単純なペーパーテストは、自ら選択し、実施し、各種の自動測定装置は、所員の手を煩わさないで操作し、得られた結果から、必要あれば所員に相談し、また指示をうけることになる。

センターには、各種のオートメ化した相談受授装置が用意され、所員不在の場合でも、ある種の判断を自動的に与えてくれることになる。

センターには、視聴覚関係装置を具備したヘルスライブラリーが設置され、また心身のトレーニングセンターが設置されることになる。

センターは、コンピューターシステムによる情報機関をもち、学生・職員の生涯健康のライフサイクルの一環として機能し、また、地域各種の関係機関との保健情報の交換を行なうことを考える。

センターは、地域でのコミュニティー活動の中心的存在を指向する中で、治療部門を併設することを考える。

センターは、健康教育についても、医師を中心とした医療専門家がリーダーとなり、学生・職員の健康の自己管理能力の涵養に重要な役割を果たすことを考える。

いささか、夢物語りめいたが、学生・職員個人々の保健と生涯健康への方向を見据えたとき、統合移転を前にした大学における健康教育、保健管理、保健管理センターをめぐる将来的な展望をもった多く

の論議が学内に沸き起ることを願うものである。

最後に、現在、瀬戸市の陶生病院長である湯浅敬之助先生の新著「健康と人生」の中の、「長い人生を健やかにすごし、美しい老年期を迎えたいのは万人の願いである。そのコツは、若い時からの日常生活での健康上のささいな注意の積み重ねである」という言葉を借用してむすびとする。

1977. 1. 10

精神疾患を持った学生をめぐる

現況とそれへの働きかけ

田 中 實^{*}

I

大学での精神衛生については、改めて述べるまでもなく非常に重要でありかつその活動内容も非常に多岐にわたっている。すなわち健康の維持増進，発病の予防，疾病の早期発見，早期治療，社会復帰（復学），アフタ・ケア（社会的適応性の増進，再発防止など）の他に，教育機関としての大学という場での精神衛生という特殊性も加わってくる。私は，岐阜大学に保健管理センターが開設されてから今日まで2年余にわたって，主として精神衛生活動に従事^{1) 2)}してきたが，その間の活動とくに精神障害学生をめぐるの大学内外の現況を述べ，問題点を明らかにし，さらにその対策についても言及し，考察を行ないたいと思う。

II

岐阜大学に保健管理センター（以下センターと略す）が開設された昭和49年10月から昭和51年9月までの2年間の相談活動を要約して述べる。

学生の相談に応ずる時は，原則として個別に面接を行なっているが，それら来談者の相談内容によっては，友人，家族，教官，その他の職員と共に面接する場合もある。さらに面接は，来談者の相談内容によって，問題が初回の面接で一応解決すれば1回だけで終るが，必要に応じてその後数回にわたって継続して面接したり，さらに長期にわたって定期的に面接が行なわれている場合もある。また春季，夏季の休みを利用して面接回数を多くしたり，さらにその間に個別でなく複数の学生を対象として，心身の増健のためにと一諸にランニング，水泳などを行なっている。勿論相談内容によっては，他の適当な大学内外の関係者，機関に紹介，委託したりしている。

大学生のうちで，精神医学的援助を必要とするものはどのくらいいるかと推定することは非常に困難である。因に，精神障害に対して誤った先入観，偏見，差別がなく，気軽に大学保健施設を訪れるので実数を把握しやすい欧米での大学保健施設で扱われている学生の精神医学的問題，処遇が述べられている論文集，資料^{3) 4) 5)}を調べてみると，精神科医またはカウンセラーの援助を必要とする学生は，

* 岐阜大学保健管理センター（所長：早瀬正二）・助教授

在籍学生の10～20%，入院治療を必要とする重症な精神障害は2～4%，緊急に治療を要するものは1～2%であるといわれている。日本では，新入学生のスクリーニング・テストの結果またはセンターの利用状況などから推定して，石川（東京大学）⁶⁾によれば，医療の手だての必要なものが約2%，それに準ずる状態にあるのは約6%と，稲浪（京都大学）⁷⁾によれば，医療を要する学生は約1%，定期的に助言を要する学生は約6%と，藤光（中央大学）⁸⁾によれば，相当重大な所見のあるものは2.9%，有所見者7.9%，広く精神衛生の対象になる学生を考えると13.4%とそれぞれ報告している。

1. 新規来談者数

私は，センターが開設される前に，短期間ながら非常勤として本学の精神衛生業務に従事⁹⁾していたので，開設と同時に勤務についた時にはすでに継続して面接していた学生が13名(表1,表2の※註)いた。これら学生を含めてそれ以後昭和51年9月までの月別新規来談者数が表1に示されている。すなわち2年間の新規来談者は151名(うち女子学生34名)である。これら新規来談者は，殆んどが教育・医・工・農学部の学生なので，4学部の在籍学生総数に対する比率は1.9%となる。すなわち4学部在籍学生の年間センター利用率は1.9%となる。(4学部と短大の在籍学生の年間センター利用率は1.7%となる)男女学生のセンター利用率の比をみると，男子学生は1.9%，女子学生は2.0%で，殆んど同率である。因に，京都大学保健管理センターの年間利用率は在籍学生の1%強と報告⁷⁾されている。

表1 月別新規来談者数

| | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | |
|-------|----------|----------|----|-----------|-----------|-----------|----------|----------|------------|----------|-----------|-----------|-------------|
| 昭和49年 | | | | | | | | | 13% (1) | 1 | 6 | 9 | (1) |
| 50年 | 4 | 6 (1) | 3 | 7 (2) | 8 (1) | 11 (2) | 4 | 3 (1) | 5 (5) | 3 (1) | 6 (2) | 6 (1) | |
| 51年 | 4 (3) | 3 (2) | 1 | 13 (2) | 14 (7) | 13 (1) | 4 (1) | | 4 | | | | |
| 計 | 8 (3) | 9 (3) | 4 | 20 (4) | 22 (8) | 24 (3) | 8 (1) | 3 (1) | 22 (6) | 4 (1) | 12 (2) | 15 (2) | 151 (34) |

※本文中に註あり 括弧内女子学生

月別に新規来談者数をみると，表1でわかるように，4・5・6月が最も多い。4～6月の3ヶ月の新規来談者は66名で，新規来談者総数の47.8%である。

学部別に新規来談者をわけて検討してみると，教育・医・工・農学部の学生が殆んどで，大学院学生，

工業短期大学の学生は3名のみである。教育・医・工・農学部学生のうちとくに教養課程（教養部）

表2 新規来談者のうち月別1年次学生数

| | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | |
|-------|----------|----------|----|-----------|-----------|-----------|----|----|--------|-----|----------|-----|------------|
| 昭和49年 | | | | | | | | | ※ 2 | | | 3 | |
| 50年 | | 2 | 1 | 5 (2) | 8 (1) | 7 (1) | 3 | | | 1 | 2 (1) | 3 | |
| 51年 | 2 (1) | 1 (1) | | 7 (1) | 10 (2) | 8 (1) | 3 | | | | | | |
| 計 | 2 (1) | 3 (1) | 1 | 12 (3) | 18 (3) | 15 (2) | 6 | | 2 | 1 | 2 (1) | 6 | 68 (11) |

※ 本文中に註あり 括弧内 女子学生

の学生、ことに1年次学生が圧倒的に多く、新規来談者の47.8%を占めている。表2は新規来談者のうち月別の1年次学生数を示したもので、4・5・6月に最も多いことがわかる。1年次学生の年間センター利用率は3.6%を示し、これら1年次新規来談者は4～6月の3ヶ月間に45名すなわち68.2%がセンターを訪れていることを示している。教養部とくに1年次学生が圧倒的に多く、かつ4～6月に最も多くセンターを訪れているという理由は、いろいろと考えられるが、センターの所在地が長良地区（教育学部と教養部のキャンパス）である、センターの開設後未だ日が浅く、十分にその存在、業務内容などが全学的に知られてないが、昭和50年度から合格通知時に、“保健管理センターについて”というパンフレットを同封して新入学生及びその保護者にセンターの利用を呼びかけたり、入学式後のオリエンテーションで、センター所長が挨拶したりの啓蒙活動をしているという以外に、新入学生は大学入学直後で、身体的にも精神的にもまた社会的にも急激な変化がおこって、心理的に不安定となり、入学による目標喪失、入学後の期待はずれ、心身共に新しい経験をしている大学生活への適応困難など幾つかの要因が重なり、さらにその時期には未だ親しい友達ができず誰に相談してよいかわからないといったようなことが原因して、4～6月に多くの新入学生が、センターへ来所するのではないかと推察できる。これらのことは、大学で精神衛生活動をする上でより実り多い活動を可能にするためには、いかに気軽にセンターを利用させるか、センターの活動内容を理解させるかなどの啓蒙、広報活動の重要性を、とくに新入学生へのアピールの必要性を示している。

2. 来談者延数（面接延回数）

来談者延数すなわち面接延回数は、表3で示されているように、947回で、新規来談者が151名であるから、1人平均面接回数は6.3回となる。なお少数例ではあるが、来談者への電話、手紙による助言、来談者の指導教官、友人、家族との面接、電話、手紙による連絡、さらに委託先の医師、関係者との面談なども面接回数に含まれている。

表3 来談者延数及び1人平均面接回数

| 来談者延数 (面接延回数) | 新規来談者数 | 1人平均面接回数 |
|------------------|--------|----------|
| 947 | 151 | 6.3 |

3. 新規来談者の相談内容

新規来談者の相談内容は、表4に示されているが、これは初回面接時の主たるもの一つをとりあげて分類したものである。相談内容で最も多いのは、自己の身体への不安であるが、しかし面接してみて、真に問題とすべきことは身体的なものより精神的なものであるということが多い。すなわち身体的問題として学生が捉えている悩みは、実は心理的なものに起因している場合が多い。これらは本来ならば性格、能力への不安の項に分類すべきかもしれないが、一応主訴としては、自己の身体への不安なのでこの項に数えあげた。このことは、精神的な問題より身体的な問題の方が相談しやすいといったことで、まず身体的な悩みとして訴えてくると思われる。

定期健康診断で蛋白尿、糖尿、高血圧などを指摘され、その後の再検査などで起立性蛋白尿であったり、腎性糖尿であったり、緊張性高血圧であったりで特に問題なし、経過観察といわれても、神経質になりすぎて不安を抱いて相談にくる学生も多く、事後措置の重要性を思い知らされた。

次に多い精神障害で相談した学生については、項を改めて後述する。

表4 新規来談者の相談内容

| | | | |
|--------------|----|-----------------|----|
| 自己の身体への不安 | 46 | 異性問題 | 4 |
| 性格・能力への不安 | 18 | 家庭問題 | 4 |
| 抑うつ気分 | 7 | 交通事故事後措置問題 | 3 |
| 雑念が強迫的に浮ぶ | 5 | 精神障害 | 22 |
| 対人不安 | 4 | その他 | 8 |
| 吃音 | 4 | 救急処置（主として身体的疾病） | 18 |
| 進路（転学・転学科）問題 | 8 | | |

4. 精神医学的診断区分

面接の結果で、精神医学的診断がつけられた学生を、疾病別に分類したものが表5である。すなわち新規来談者151名中、86名：57.0%が、精神医学的に問題となる所見を持っていた。その内訳は、精神分裂病圏に属するもの18名：11.9%、躁うつ病圏に属するもの3名：2.0%、てんかん圏に属するもの3名：2.0%、神経症圏に属するもの58名：38.4%、その他4名：2.6%で、それぞれの

表5 精神医学的診断区分

| | 新規来談者 に対する% | 在籍学生 に対する% |
|--------------|----------------|---------------|
| 精神分裂病圏に属するもの | 18 | 11.9 |
| 躁うつ病圏に属するもの | 3 | 2.0 |
| てんかん圏に属するもの | 3 | 2.0 |
| 神経症圏に属するもの | 58 | 38.4 |
| その他 | 4 | 2.6 |
| 計 | 86 | 57.0 |

在籍学生に対する千分比（有病率）は、2.3%、0.4%、0.4%、7.4%、0.5%、計11.0%である。ここ10年来、疾病による休学のなかでは精神障害による休学が首位を占めてきているが、その精神障害の内訳では、精神分裂病が最も多いという報告^{7) 10) 11) 12)}があり、

さらに精神分裂病の有病率は、稲浪（京都大学）⁷⁾によれば0.3%、山田（九州大学）¹¹⁾によれば0.2%といわれている。なお神経症圏に属するものには、不安神経症、強迫神経症、心気症、ヒステリーなどの典型的な神経症の範疇に入らない程度の軽い情緒的反応、神経症傾向のみとみられるものも含めている。

これらのうち精神分裂病圏、躁うつ病圏に属する例では、初回は全く自発的に面接に来る場合は少なく、関係者（教官、その他の職員、医療機関の主治医、家族、友人、その他）のすすめによる場合が多い。なかには各関係者がいかにすすめてもセンターへ来ないため、研究室へ、飲食店へ、さらに下宿へ出向いてそこで面接した学生もいる。

精神科への入院歴をもつものは15名で、現在入院中のものを除いて、多くはそれぞれの医療機関に通院、服薬している。これらの事例では、医療機関の担当医と必要に応じて連絡し合って面接を続けている例が多い。また面接経験のある学生が入院した場合、センターから委託して入院した場合は、入院先の主治医と連絡をとり適当な時期に病院を訪問、面会して、その学生の力になれることがあればと心掛けている。また面接経験のある学生が休学したり、長期欠席したりしている場合はその後のケース・ワークなども行なっている。いずれも難問題が山積して、これらを解決し、修学に支障をきたしている諸要因をとり除くためには、学内外の各関係者の理解と協力が必要である。

III

事例を詳細に記述し、問題点を明らかにしてその対策などについて検討したいが、殆どどの事例は、

現在在学中，治療中であり，かつ個人の秘密保持を重視して，精神障害学生の発生をめぐり現われる問題点とそれに対してどのように本人及び各関係者に働きかけたかなどが理解できる程度の最低必要限の資料のみ記すに留めるため，要を得ないかも知れないことをお断りしておく。

事 例 1

精神病院入院中に，保健婦が両親に働きかけ，外泊時大学の保健室へ両親と本人に来てもらい，いろいろと話し合う。退院後は，週3～4日保健室，図書館へ通わせる。3ヶ月間この生活を続け，どうにか教室で1時間位は坐っておれそうな状態となったので，休学中であったが各教官に協力を依頼して週3日1科目宛受講させる。センターが開設されてからは，センターをディ・ケアーの場として利用し，夏休み，春休みにはセンターへ毎日来所させ，読書，ランニング，水泳などを行なわせた。1年3ヶ月このような生活を送って，どうにか復学ができそうな状態となったので，家族，教官と話し合っ，復学することそのものに治療という意味を持たせて，復学に踏み切った。その後も定期的に面接を継続し，必要に応じて教官，主治医，家族と話し合っているいろいろと処してきた。現在でも，情意の鈍麻，幻聴，関係妄想，思考伝播，させられ体験などの病的体験が認められ，なにかと問題はあったにしても2年間がすぎ，復学時は卒業見込みなどは悲感的であったのに，どうにか卒業の見通しがついてきている。

事 例 2

精神科退院後，通院服薬を続けながら復学す。その後2年間はとくに問題なく修学していたが，教官，学友より，1ヶ月前から通院服薬を中止してしまった，その頃から異常言動が目につくと相談を受ける。早速主治医に連絡，受診をすすめるようにと依頼す。主治医が2度，本人に受診をすすめてくれるも本人は，病気でない，必要ないと拒否す。その後なにか問題がおこるたびに教官，学友から受診を受けて，事の処し方を助言，指導してきたが，遂にどうにも処置できなくなったと10数回にわたる相談後に精神医学的な適切な措置をと教官から求められ，初めて教官の研究室で面接す。症状再燃しているため医療のルートに乗せる必要があり父兄に連絡，センターで話し合う。父兄の本人の病状判断に問題あり，是正す。その後も各関係者と話し合いを持つも，本人はセンター，保健室へいかにすすめても来ないので，電話で，手紙で，登校の路上で，喫茶店，寿司屋で逢い，話し合い，通院服薬をすすめるも応じなかった。そうこうしているうちに5ヶ月がたち，異常言動激しくなって他の学生の修学に支障をきたすようになったので，診療を受けるようにと強く説得するも拒否されたので，父親と相談し医療機関に往診，入院を依頼し，医師と共に下宿へ行き強制的に入院させた。その後退院，復学の許可について主治医より連絡あり，3回の病院訪問，面会の結果，復学は時期尚早と判断し，父親に復学の困難さを伝える。それでもなお復学希望強く，退院後すぐに復学願を提出す。復学は許可されたのであるが，本人が自信な

いといって復学を延期す。既に6年在籍していて、そのうち休学は3ヶ月のみなので、休学届を提出させて休学とした。6ヶ月後復学し、現在は自分からセンター、保健室へ事あるごとに報告にくる。勿論定期的に面接は継続している。

事例 3

親元の精神科退院後岐阜の下宿に戻ると同時に、勝手に通院服薬は中止してしまう。復学願は提出するも全然受講せず、下宿で学習塾を開く。1年後精神科へ緊急入院す。親はこの1年間真面目に勉強しているものだと思っていたと。間もなく精神病院へ転入院す。病院訪問、面会して復学のことなど話す。本人入院中に母親、祖父母と話合。退院と同時に、本人と一諸に生活するために祖父母が岐阜へ転居し、母親も毎週土、日曜日に勤務地から駆けつけるといった状態で、二度と同じことは繰返させないとい、付きっきりで世話をす。遂に本人がその干渉に耐えかねて口論となり、仲裁役が私のところに廻ってくるといった状態である。退院後通院しやすいように、岐阜市内の精神科へ転医させて、センターで定期的に面接を継続している。

事例 4

精神科に1ヶ月入院という病歴あるため、センターへ検尿に来た際に、声をかけておく。

前期試験前に不安、焦躁感、不眠を訴えて自発来談す。試験だけはどうかして受けさせてやりたいと思、同宿の先輩に協力を依頼する。その後日中はセンターへ頻回に来所し、夜間はセンター職員宅(私と保健婦)へ電話を屢々かけてくる。本人の異状言動を見聞して、協力を依頼していた同じ下宿の先輩も心配して時をかまわず電話をしてくる。どうか全科目の試験を受けて、親元に帰ったので、父親に電話して状態を説明し、精神科受診をすすめる。本人が親の意見を聞き入れないとのことで、電話で本人を説得する。医療機関に連絡、往診、入院を依頼す。1ヶ月の入院で軽快し、主治医から退院、復学の許可があったから、もう治ったから復学させたいという父親からの電話あり。あせらないようにと復学の困難さを説明しておき、主治医に連絡、退院、復学をあせらないようにと両親、本人への説得を依頼す。2週後に本人と両親が復学をとセンターへ来所す。その時の本人の状態では復学は無理だと判断するも、本人及び両親の復学の希望が強いため、各関係者に連絡、協力を依頼しておく。両親の疾病に対する考え方に問題があった。1週後に親元へ帰って、復学の時期が早すぎた、講義、実験、実習についていけないと休学を希望し、翌日両親と共にセンターへ来所す。5ヶ月後に復学するも、また10日間で親元へ帰ってしま、自信が持てない、第二志望学科だったから面白くないから退学すると電話してくる。翌日両親と共にセンターへ来所し、話合って長欠のままで経過をみることに決める。その後復学して、時々問題言動がみられるが事なく修学している。

事例 5

試験中に発病し、親が連れ帰って、地元の精神病院へ1ヶ月入院す。主治医の反対を押しきって、本人及び両親が来岐、復学す。通院服薬も中止してしまふ。3ヶ月後の追試中に異常言動をとり、大学キャンパス内で問題となる。親が連れ帰って、地元で3ヶ月再入院す。退院後すぐに、主治医の許可を得てきたから復学をと、本人及び両親が揃ってセンターへ来所す。しかし未だ復学は時期早尚の状態と判断し、本人及び両親を説得し復学を3ヶ月延期させる。その間は、下宿からセンターへ毎日通り、ディ・ケアーをセンターで行なうと決め、服薬は続ける必要があるからと、通院しやすい精神科へ転医させる。復学後は、定期的に面接を継続して事なく1年がすぎた。もし試験前に再発したならば、精神科へ入院し、ナイト・ホスピタル形式で病院から通学して試験だけは受けるように、ディ・ケアーはセンターで行なうから、そうすれば短期間の入院だけで済むはずだからと本人及び両親と話し、医療機関の方へも話をして主治医の了解を得ていた。しかし1年後に試験直前に再発した時には、親がすぐに連れ帰ってしまい、この話し合いは実行されなかった。

その後、本人及び両親がセンターへ来所す。現在は入院中だが近日中に退院許可がでるから、と今後の生活設計、診療計画などの相談を受ける。

現在休学中

IV

修学に支障をきたし、休学、長期欠席、留年、遂には退学の原因となる精神疾患のうち、最も多いのが精神分裂病圏に属するもので、かつ復学の最も困難なものもこれに属するものである。私が今迄にセンターで関与したこの精神分裂病圏に属するもののうち、5例について簡単にその問題点、働きかけなどについて述べたが、次にこれら各事例に屢々共通してみられた修学の支障となる要因とくに復学の支障となる要因を述べ、その対策として、復学にあたりその前に留意すべきこと、また復学後に留意すべきことを要約して述べ、考察したいと思う。

1. 復学の支障となる要因について

1) 精神疾患なるが故に、すなわち病識に欠けるために、早期発見、早期治療が困難である。とくに医療ルートへ乗せるのが遅れて、教官、学友達に異常言動が見聞されてしまい、誤った先入観を植えつけてしまふ。それが復学時にまた復学後に、偏見をもってみられ、差別される可能性をうむことになる。また比較的再発する例も多い。精神分裂病の予後、再発状況について、春原¹³⁾は56.6%が再発し、再発の90%以上は2年以内に起こると報告し、村田¹⁴⁾は、2人に1人は2年以内に再発するといひ、高橋ら¹⁵⁾は、精神疾患とくに精神分裂病による休学は他の疾患に比して退学の予後をとるものが多いと報告している。

2) 大学内外の人々の精神疾患，障害者に対する誤った先入観，偏見，差別の存在がみられる。時には各関係者とくに家族のこれらのあやまった考え方をまずは是正しなければならないということが再参あった。とくに家族に病気であることを認めさせ，治療の必要性を納得させるために，また復学についての話し合いをする上で，学生本人を説得するための努力以上の努力を必要としたことを多く経験している。またこれらの誤った先入観，偏見，差別がみられない場合でも，本人自身に，そのように思われているのでないか，精神科へ入院，通院しているから変な目で見られているのでないかという負目がみられることが多い。

3) 精神科治療の特殊性，すなわち最近の精神科医療の流れとして，入院診療より通院診療を，入院治療で軽快すれば極力早い時期に退院させて通院治療に，治療の最後の総仕上げは社会の内で，という傾向がある。患者及び家族は，退院許可があれば即復学可能と考えがちである。しかしその時期では，復学に伴う負担が多すぎて，それに耐えられるような精神状態でない場合が多く，かえってこの時期での復学は，状態を悪化させることが多い。さらに時には，精神疾患や障害者に対する誤った先入観，偏見，差別と同じように，現在の精神科医療そのものに対し不信を抱き，入院診療は勿論のこと，外来診療にもなかなか応じてくれない家族もいた。

4) 完全寛解してないための精神的，身体的なハンディキャップがみられる。すなわち復学するとすれば受入れ側は，完全に治っていると思ひ，またそれを望むことが多い。しかし前に述べたように，退院，復学の許可は完治を意味してなくて，未だ精神的に不安定で，さらに通院治療が必要な状態であり，また服薬しておれば，程度の差こそあれ服薬による副作用が生じ，身体的にもハンディキャップを負うことになる。

5) 勉強の遅れによる心理的負担すなわちこの勉学の遅れをとり戻せずにさらに自信を喪失し，症状増悪するという悪循環に陥る場合が多い。

6) 学生と一般人のリハビリテーションの違いがみられる。学生のリハビリテーションすなわち復学は，一般人のリハビリテーションすなわち社会復帰と比較して非常に困難を伴う。復学した学生から，教室内に顔見知りの学生が殆んどみられず，自分だけ取り残された感じがし，新しい学生もでき難いと屢々訴えられたことがある。さらに講義，実験，実習，ゼミナールと厳しい毎日が続き，その上に決定的なこととして試験が必ずあることがさらに心身の非常なる負担となる。実際に試験のたびに症状増悪したり，再発を繰返したり，試験を契機として初発したりという例をいくつか経験している。

7) 各関係者とくに主治医，保護者の復学についての考え方に問題がある。復学を困難にさせる多くの要因の存在を深く認識せずに簡単に考えてしまう。復学が可能かどうかの判断基準に問題がある。勿論本人自身の深く考えずに復学をあせる，または逆にどうにかなるだろうといった投げやりな態度にも問題がある。

8) 下宿，寮生活にはいろいろな問題を含んでいる。親元を離れて下宿，寮生活を送らなければならない学生は，まず早期発見，早期治療が困難で，その後の家族による生活指導も思うにまかせず，不規則な生活に陥入ったり，治療を中断したりして，悪口，再燃の緒口となることが多い。

9) その他，例えば精神科医療はチーム・ワークであって，治療目標の病気を治すこと，さらに社会復帰，復学させることのために，入院，通院治療を通じてそれぞれの各関係者はそのチームの一員として，程度の差こそあれ治療に関与しているのであるから協力を，と強調してもなかなか理解してもらえないことが多い。学生の好むように放任しておくか，逆に過保護的になって何から何まで干渉するか，医療専従者に依存してすべておまかせしますといった態度をとることが多い。

以上が復学の支障となる主たる要因と考えられるが，次にその対策として，円滑に復学を実現させ，復学後も修学の支障となることを取り除くためにはどのように援助の手をさしのべるべきかを述べる。

2. 復学にあたり，その前に是非共留意すべきこと

1) 復学できるまでに病状が回復しているかどうか — 勉学する上での能力は，意欲は，注意の集中力は，理解力，判断力はあるかどうか。さらに学生生活を送る上での適応性は，とくに人間関係の保持についての能力は身につけているか。自分自身の生活を楽しむ心のゆとりがあるか。これらのことを総合的に判断して，復学可能かどうか判定し，適切な助言をしなければならない。

2) 復学前の休学，長期欠席中から定期的にセンターへの来所が可能かどうか — センターを経て休学，留年，入院した学生の場合は，この復学前のセンターへの定期的な来所は比較的円滑に抵抗なく継続されている。さらに教官の理解，協力を得て，試験通学＝受講させることが可能かどうか。この復学前のセンター来所及び試験通学は，通院治療中ならば自宅，下宿から，入院中ならばナイトホスピタル形式で入院中の病院から通うことになり，いずれの場合もセンターがディ・ケアの場となって利用されるわけであるが，いずれにせよ各関係者の理解，協力が必要である。今迄の経験例ではいずれも非常によい結果が得られている。

3) 復学にあたって学内外の環境はどうか — とくに各関係者（家族，下宿の人々，学友，主治医，教官その他の職員等）の理解，協力，援助は得られるかどうか。前に述べたように，これら各関係者の理解，協力は欠くべからざるものであるので，前もって各関係者に働きかけて，協力，援助をとりつけると同時に，精神疾患，障害者に対する誤った先入観，偏見，差別を取り除くように根廻ししておく必要がある。

4) 単位取得，休学，留年期間等はどうか — 家族は勿論学生本人自身も，とくに在学，休学期間などについての学則を読んでいないか，読んでいても忘れてしまっているのが多く，概して関心が薄い。

5) 復学後の治療は — 必要ならば通院，服薬を継続し易いように転医させたり，投薬内容を変更

したりして、通院、服薬のために修学に支障をきたすことのないように、さらに治療上にも支障をきたさないように等々配慮しなければならない。そのためには適宜主治医と連絡をとる必要がある。春原¹³⁾は、服薬の有無と再発との関係について、再発群は服薬を継続していたものに比べ、服薬しないものあるいは中止したものが3倍以上の再発率を示していると報告し、西園¹⁶⁾は服薬だけが再発防止の方法ではないが現状では服薬が再発防止の必要条件であると報告している。

6) その他 — 例えばセンター職員のこれら学生の復学に関与するに当たっての取組む姿勢はよいか、学生の不利益にならないように秘守義務は守られているか等々。

3. 復学後について

復学にあたってその前に留意すべき主たることを述べたが、復学後についても、事例によって異なるが、以上述べたことは是非共心にとめて、勉学が継続できるように、修学の支障となることは取り除くように可能な限りの援助の手をさしのべる必要があることはいうまでもないが、そのためには、気軽にセンターを利用してもらうこと、時に応じてさらに定期的にセンターへ来所してもらうことも必要であると思われる。この点センターを経て休年、留年、入院、復学した学生については、とくに問題なくセンターへの来所が継続され、必要に応じて適切な援助の手がのべられ易いが、センターを経ない学生の場合も多く、大学が関知しないうちに、精神疾患のため大学から去っていく学生も多いと思われるが、これらの場合はいかにすべきかの問題が残されているが、これらの点については別の機会に述べたいと思う。

V

岐阜大学に保健管理センターが開設されてからの2年間の精神衛生活動とくに精神障害学生をめぐっての学内外の現況を述べ、問題点を明らかにし、さらにその対策について言及し、考察を行なった。

- 1) 主として精神衛生上の問題でのセンターの年間利用率は1.9%である。
- 2) とくに1年次学生の利用が多く、1年次学生のセンター年間利用率は3.6%にのぼる。
- 3) 1年次学生新規来談者(利用者)は、全新規来談者の47.8%を占めている。
- 4) 4・5・6月に新規来談者が最も多く、この3ヶ月間に1年次新規来談者の68.2%がセンターを訪れている。
- 5) 精神分裂病の有病率は0.23%である。
- 6) 修学、復学の支障となる要因を要約した。
- 7) 復学にあたり、その前に留意すべきこと、復学後に留意すべきことを要約した。
- 8) これらのことを考察して、常日頃の精神衛生思想の啓蒙、普及活動、保健、相談活動等の地味な

実践の積上げ，学内外の各関係者への絶えざる働きかけ等があつてはじめてセンターが十分に機能して，各関係者の理解，協力のもとに実りある活動が可能となるのであつて，重ねて平素の精神衛生活動の必要性，重要性を強調したい。

文 献

- 1) 田 中 實：岐阜大学保健管理センター年報，創刊号，1976.
- 2) 田 中 實：第14回全国大学保健管理研究集会東海北陸地方研究集会報告書，1977.
- 3) Reifler, C.B., Lipzin, M.B. & Fox, J.T.: Amer. J. Psychiat. 124, 1967.
- 4) Blain, G.B. & McArthur, C.C.: Emotional Problems of the Student.
2nd Ed., Appleton-Century-Crofts, N.Y., 1971.
- 5) チオルコ編；福田哲雄監訳：大学生の精神衛生，文光堂，1972.
- 6) 石川 清：精神衛生管理研究，4，1972.
- 7) 稻浪正充：臨床精神医学，3（6），1974.
- 8) 藤光純一郎：第7回全国大学保健管理研究集会報告書，1970.
- 9) 難波益之，田中實，黒田弘彦：第11回全国大学保健管理研究集会報告書，1974.
- 10) 大阪大学保健管理センター年報，5，1975.
- 11) 山田裕幸：九州大学保健管理センター紀要，3，1976.
- 12) 山田通夫，山田節子，杉山通子ら：第5回全国大学保健管理研究集会中国四国地方部会研究集会報告書，1976.
- 13) 春原千秋：懸田克躬，加藤正明編集，社会精神医学，医学書院，1970.
- 14) 村田豊久：臨床精神医学，3（9），1974.
- 15) 高橋徹，篠塚 馨：第9回全国大学保健管理研究集会報告書，1972.
- 16) 西園昌久：臨床精神医学，3（9），1974.

岐阜大学における過去8年間の休学，退学 及び留年の実態とその精神衛生的考察

田 中 實^{*}

はじめに

大学保健衛生での近年の最大の関心事は、学生¹⁾の精神不健康、精神障害についてで、それらによる休学、退学、留年など修学に支障をきたし、さらに余儀なく大学を去らねばならない学生が急激に増加し、精神衛生の重要性が強調されるようになってきた。

1966年に大学保健衛生についてWHO専門委員会は、精神衛生の対象となる学生が非常に多いという主たる理由で、大学精神衛生は最も重要でしかも時間を必要とするという報告書を提出している。

我が国でも毎年、全国大学保健管理研究集会で、医学、心理学、教育学、体育学等の大学教官、保健婦及び看護婦、大学事務職員等によって各々の立場から、大学での精神衛生に関する諸問題が討議されている。

私は現職についてから2年余主として精神衛生活動に従事^{1) 2) 3)}してきたが、今後の活動に当ってより適切、効果的な対策を立てるためには、まず対象となる学生の実態を確実に把握する必要がある。そこで把握の一方法として学生¹⁾の休学、退学及び留年の実態を調べ、さらに精神衛生的見地から考察をおこなって問題点を明らかにしようと試みた。

対象及び調査方法

岐阜大学に昭和48年度から昭和50年度までの8年間に在籍した学生¹⁾の休学、退学、留年、卒業などについて、各学部から学生部に「学生数等の報告」として毎月提出され、学生部学生課教務係に保管されているそれら報告書に基づいて調査した。なお報告書のみでは不明な点などは各学部教務係に問い合わせ確認した。昭和43年度からにした理由は、同年度に「学生数等の報告」の書式が改正されており、かつ昭和42年度から新入学生に対して個人面接、UPIさらに精密面接が施行されるようになったため、それらの結果と休学、退学、留年した学生との相関なども併せて調査したいと考えたからである。教育学部、医学部、工学部、農学部、工業短期大学部（以下それぞれ教育、医、工、農、短大と略す）について調査し、大学院学生、専攻生、研究生は除外した。なお単に学部というのは教育・医・工・農学部を、さらに学部、短大といずれともことわっていない場合は学部を意味し、百分比の算出については教育・医・工・農の4学部と短大とを別にした。（短大は夜間の3年制で、殆どどの在籍学生が昼間勤

* 岐阜大学保健管理センター（所長：早瀬正二）・助教授

務し夜間勉学している勤労学生で、従って4学部の学生のような修学主体の生活とは異なるため)。さらに男子学生・女子学生を各々男子、女子と略し、休学、退学、留年した学生をそれぞれ休学者、退学者、留年者と呼ぶことにする。本文、表での括弧内の数字は女子学生数または女子学生の%を示している。

結果及び考察

I 休学について

1. 年度別、学部別の休学者数 (表1-a, 表1-b)

休学者数の在籍学生総数に占める割合(休学率)は、年度別にみると増減を繰返しながらわずかではあるが増加の傾向をみとめる。最も休学率の高い年度は、学部では昭和47年度、48年度の1.9%、短大では昭和44年度、6.5%である。短大は毎年度ともに学部と比較して高い休学率を示している。男子と女子の比較では、昭和43年度を除き男子が高率を示し、女子では休学率は減少の傾向がみられる。

表1-a 休学者数：年度別

| | | 43年度 | 44年度 | 45年度 | 46年度 | 47年度 | 48年度 | 49年度 | 50年度 |
|-------------|-----------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 教育・医 農・工 | 学生数 A | 3329 (596) | 3451 (611) | 3542 (638) | 3601 (664) | 3621 (683) | 3715 (750) | 3841 (803) | 3989 (855) |
| | 休学者数 a | 43 (9) | 48 (8) | 58 (9) | 51 (6) | 69 (4) | 71 (8) | 62 (2) | 73 (5) |
| | $a/A\%$ | 1.3 (1.5) | 1.4 (1.3) | 1.6 (1.4) | 1.4 (0.9) | 1.9 (0.6) | 1.9 (1.1) | 1.6 (0.2) | 1.8 (0.6) |

| | | | | | | | | | |
|----|-----------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| 短大 | 学生数 B | 526 (3) | 535 (9) | 566 (9) | 559 (11) | 532 (8) | 529 (11) | 540 (5) | 582 (6) |
| | 休学者数 b | 26 | 35 | 20 | 16 | 22 | 31 | 25 | 30 |
| | $b/B\%$ | 4.9 | 6.5 | 3.5 | 2.9 | 4.1 | 5.9 | 4.6 | 5.2 |

括弧内 女子

表1-b 休学者数：学部別

| | 教 育 | 医 | 工 | 農 | 計 | 短 大 |
|-----------|----------------|---------------|--------------|---------------|-----------------|--------------|
| 学生数 A | 9692 (4776) | 3534 (358) | 9316 (25) | 6547 (441) | 29089 (5600) | 4369 (62) |
| 休学者数 a | 141 (43) | 39 (3) | 149 | 146 (5) | 475 (51) | 205 |
| $a/A\%$ | 1.5 (0.9) | 1.1 (0.8) | 1.6 | 2.2 (1.1) | 1.6 (1.1) | 4.7 |

8年間の平均休学率は学部で1.6(1.1)%,短大は4.7%,短大は学部の約3倍の高率を示している。学部別にみると、最高は農の2.2%,最低は医の1.1%である。各学部ともに女子は低い率を示している。

各大学の数年間の休学率^{4)~8)}について調べてみると、大学さらに年度によって非常に差があって平均値をだすことは困難であるが、文部省の調査⁹⁾によれば、全国国立大学の休学者は在籍者の1.1%に当ると報告されている。

2. 学部別の休学理由(表2-a)及び年度別の疾病による休学者の疾病内訳(表2-b)

一身上の都合、家庭の事情による休学が最も多く、8年間の休学者総数に占める割合は、学部では64.6%,短大では51.2%,次いで学部では疾病によるもの21.9%,短大では勤務の都合39.0%である。なお短大で疾病によるものは6.3%である。疾病による休学者の在籍学生に対する率は、学部では0.36%,短大では0.30%で、とくに短大では疾病による休学者の休学者総数に占める割合は6.3%と学部の21.9%に比して低率であるが、在籍学生に対する率では0.30%で、学部とほぼ同率を示している。近年問題となっている勉学意欲減退によるものは、休学届の上からはごくわずかであった。

表2-a 休学理由：学部別

| | 教育 | 医 | 工 | 農 | 計 | 全休学者に 対する% | 短大 | 全休学者に 対する% |
|--------|------------|-----------|----|-----------|-------------|---------------|----|---------------|
| 一身上の都合 | 47 (15) | 12 | 55 | 52 (3) | 159 (18) | 33.5 | 69 | 33.7 |
| 家庭の事情 | 49 (14) | 8 (1) | 47 | 44 | 148 (15) | 31.2 | 36 | 17.6 |
| 病 気 | 27 (6) | 14 (2) | 31 | 32 (2) | 104 (10) | 21.9 | 13 | 6.3 |
| 経済的理由 | | | 10 | 13 | 23 | 4.8 | 2 | 1.0 |
| 海外旅行 | 8 | 2 | 4 | 7 | 21 | 4.4 | | |
| 留 学 | 8 (5) | | | 5 | 13 (5) | 2.7 | | |
| そ の 他 | 2 (1) | 3 | 2 | | 7 (1) | 1.5 | 1 | |
| 勤務の都合 | | | | | | | 80 | 39.0 |
| 通学困難 | | | | | | | 4 | 2.0 |

括弧内 女子

表2-1b 疾病による休学者の疾病内訳：年度別

| 年 度 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 計 | 全疾病休学者 に対する% | 短 大 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|----|----|----|----|-----------|-------------|-----------------|-----|
| 腎炎及び ネフローゼ | 3 (2) | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 3 | 15 (2) | 14.4 | 2 |
| 肺 結 核 | 2 (1) | | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | | 9 (1) | 8.7 | 3 |
| 肝 炎 | | | 2 | 1 | | | | 1 | 4 | 3.8 | |
| 消化器系の疾患 | | 1 | 1 | | | | 1 | 3 | 6 | 5.8 | 2 |
| 視 器 の 疾 患 | 1 (1) | 2 | | | 1 | 1 | | | 5 (1) | 4.8 | |
| 循環器系の疾患 | | 1 | | | 1 | 2 | | | 4 | 3.8 | |
| 頭 部 外 傷 (交通事故) | | | | | | | 2 | 2 | 4 | 3.8 | 2 |
| そ の 他 | 1 (1) | 1 (1) | | | 1 | 1 | | 1 | 5 (2) | 4.8 | |
| 精 神 障 害 | 1 | 4 (1) | 3 (1) | 5 | 7 | 5 | 7 | 11 (1) | 43 (3) | 41.3 | 1 |
| 病 名 不 詳 | 3 (1) | 1 | 2 | | 1 | | 1 | 1 | 9 (1) | 8.7 | 3 |
| 計 | 11 (6) | 11 (2) | 11 (1) | 10 | 15 | 10 | 14 | 22 (1) | 104 (10) | | 13 |

括弧内 女子

休学理由に一身上の都合、家庭の事情といった漠然とした極めて曖昧な項目が非常に高率を占めるために、休学者の実態を知る上で唯一の公的資料である休学届から真の休学の実態を知ることは困難である。従ってこの休学届の休学理由の項目を現実にも即したものに改正する必要がある。かつて私が臨床の場で精神科医として診療していた幾人かの学生の休学届には、一身上の都合、家庭の事情と休学理由が記載されていた。このように一身上の都合、家庭の事情の理由で休学している学生のなかには、真の理由は精神不健康、精神障害によるものも相当数含まれていると思われる。各大学の数年間の疾病による休学率^{4) ~ 7) 10)}をみても、大学、年度によっても異なるが、文部省の調査¹¹⁾によれば、傷

病による休学は在籍学生のうちの0.38%、休学者のうちの32.6%と報告されている。

疾病による休学者の疾病内訳は、学部では精神障害が圧倒的に多く、疾病による休学者のうちの41.3%を占め、ついで腎炎、ネフローゼ14.4%、肺結核8.7%となつている。なお身体病弱、不調などの病名不詳が8.7%もみられる。精神障害による休学者は、在籍学生の0.15%に相当する。次に精神障害による休学者の診断名をみると、精神衰弱：11(2)、神経衰弱：6、混合性(非定型)精神病：3、うつ病：1、心因反応：1、神経症：19(1)、計43(3)となっている。青年期に好発する精神分裂病の病名は1例もみられなかった。これら診断書の病名は、精神障害者に対して誤った先入観、偏見、差別が社会に存在するため、学生の将来をおもんばかって、主治医が好意的な病名をつけて真の病名を記載してないと推察してよい。実際に私自身の保健管理センターでの2年間の精神衛生活動の資料^{1) 2) 3)}から判断してみても、神経症圏に属するもの(58例)を除き狭義の精神障害のうちでは精神分裂病圏に属するもの(18例)が最も多く、さらに精神障害で診断書を提出し休学した学生のうちに、私の面接で精神分裂病と診断してよい学生が10数名みられているし、かつ学生の年齢からみても精神分裂病患者が1名も居ないとは考えられない。なお神経症圏に属するものの58名のなかには留年者は相当数いるが、休学者は1名のみである。これからみて神経症は留年とは関連がみられるが、休学という点からみればあまり問題にならないとみてよい。さらに精神分裂病の学生の在籍学生に対する率(有病率)は、保健管理センターの資料のみからみても0.23%であるから実際にはもう少し高率と推定してよい。この事実からして、精神障害による休学者の在籍学生総数に対する率が0.15%というのは、いかに昭和43年度からの8年間の平均であるといっても低すぎる数字で、実際は精神障害による休学なのに、他の休学理由で休学届を提出しているか、休学せずに長期欠席し留年している精神障害の学生がいることを意味し、それも相当に多い学生数ではないかと推定してよいと思われる。

かつては疾病による休学者の疾病内訳で、肺結核は常に1位を占めていて、大学生の保健管理の最も重要な目標に肺結核がとりあげられていた。しかし昭和30年代中頃から肺結核は減少し、かわって精神障害による休学が急激に増加し、ここ10年来は精神障害が殆んど首位を占めてきている^{5) ~17)}。精神障害の内訳では、精神分裂病が最も多いという報告^{8) 14) 15) 18)}があり、さらに精神分裂病の有病率は、稲浪(京都大学)¹⁸⁾によれば0.3%、山田(九州大学)⁸⁾によれば0.2%といわれている。因に、精神医学的援助を必要とする学生はどのくらいいるかと推定することは困難であるが、精神障害に対して誤った先入観、偏見、差別がなく、気軽に大学保健施設を訪れるので実数を把握し易い欧米での大学保健施設で扱われている学生の精神医学的問題、処遇が述べられている論文集、資料^{19) 20) 21)}を調べてみると、精神科医またはカウンセラーの援助を必要とする学生は、在籍学生の10~20%、入院治療を必要とする重症な精神障害は2~4%、緊急に治療を要するものは1~2%であるといわれている。日本では、新入学生のスクリーニング・テストの結果または保健管理セ

センターの利用状況などから推定して、石川（東京大学）²²⁾によれば、医療の手だての必要なものが約2%、それに準ずる状態にあるのは約6%と、稲浪（京都大学）¹⁸⁾によれば、医療を要する学生は約1%、定期的に助言を要する学生は約6%と、藤光（中央大学）²³⁾によれば、相当重大な所見のあるものは2.9%、有所見者7.9%、広く精神衛生の対象になる学生を考えると13.4%とそれぞれ報告している。

3. 年度別、学部別の1年次休学者数（表3-a, 表3-b）

岐阜大学保健管理センターの昭和49年10月から51年9月までの2年間の月別利用状況（新規来談者数）³⁾を調べてみると、新規来談者の在籍学生に占める割合（年間利用率）は1.9%、そのうち1年次学生は47.8%と約半数近くも占めている。1年次新規来談者の1年次学生総数に対する率は3.6%で、2年次以上の学生の利用率1.2%の3倍という高率を示している。

表3-a 1年次の休学、退学者数：年度別

| | 43年度 | 44年度 | 45年度 | 46年度 | 47年度 | 48年度 | 49年度 | 50年度 |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 学生数 A | 851 (174) | 835 (152) | 835 (160) | 825 (170) | 888 (183) | 923 (214) | 940 (212) | 951 (227) |
| 休学者数 a | 9 (5) | 4 | 10 (1) | 9 (1) | 16 | 16 (3) | 15 (2) | 15 |
| $\frac{a}{A} \%$ | 1.1 | 0.5 | 1.2 | 1.1 | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.6 |
| 退学者数 b | 6 (3) | 11 | 12 (3) | 12 (1) | 12 (2) | 10 (2) | 10 (2) | 14 (1) |
| $\frac{b}{A}$ | 0.7 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.4 | 1.1 | 1.1 | 1.5 |

括弧内 女子

表3-b 1年次の休学、退学者数：学部別

| | 教 育 | 医 | 工 | 農 | 計 |
|------------------|-------------|----------|------------|------------|-------------|
| 学生数 A | 2437 (1276) | 615 (70) | 2381 (7) | 1615 (139) | 7048 (1492) |
| 休学者数 a | 26 (10) | 13 | 25 | 30 (2) | 94 (12) |
| $\frac{a}{A} \%$ | 1.1 (0.8) | 2.1 | 1.0 | 1.9 (1.4) | 1.3 (0.8) |
| 退学者数 b | 27 (11) | 10 | 34 (1) | 16 (2) | 87 (14) |
| $\frac{b}{A} \%$ | 1.1 (0.9) | 1.6 | 1.4 (14.3) | 1.0 (1.4) | 1.2 (0.9) |

括弧内 女子

しかもこの1年次学生がセンターへ新規来談する時期は4・5・6月が最も多く、この3ヶ月間に、年間新規来談者の68.2%が集中し利用している。この理由はいろいろと考えられるが、大学入学直後で身体的にも精神的にもまた社会的にも急激な変化がおこって、心理的に不安定となり、入学による目標喪失、入学後の期待はずれ、新しい大学生活への不適応など幾つかの要因が重なり合ってセンターへ来所するのではと推察し、とすれば1年次学生に休学、退学が多いのではと思い調べてみた。

大学への受験動機進学動機^{24) 25)}が曖昧であって、高学歴社会(文部省の調査²⁶⁾)によると我が国の高等教育機関への進学率は38.4%の社会的圧力によって何はともあれ進学をと合格本位の考え方で、はっきりした目的意識なしに進学する 경우가多く、当然入学後には転学部、転学科を考え、悩み、勉学意欲を失い、休学、留年さらに退学という結末になる恐れが考えられる。学生生活実態調査²⁷⁾意識調査²⁸⁾学生生活への満足度の調査^{24) 29) 30)}また総理府の一連の調査^{31) 32) 33)}などで、「不本意ながら入学した」、「他大学を不合格となった時のすべり止めとして」、「第一志望大学でなかった」、「大学に対し、学生生活に対し不満足」など大学、学部、学生生活などに不満の意をあらわす学生が多いと報告されている。このような精神状態で毎日を送っておれば、精神衛生上の問題を生ずるのは当然と考えられる。

1年次の休学率は、4学部の8年間平均で1.3(0.8)%で全学年次休学率より低い。学部別では、医は2.1%で全学年次休学率より高い。医学部は教育・工・農学部とちがい修業年限が2年長く6年なので、全学年次休学率が他学部より高率というならばまだしも、1年次休学率では他学部と全く同じ条件であるのに最も高率を示している。1年次休学は、入学手続きの際前期分の授業料を納入してしまいうため後期からはじめて休学届が提出され、前期では殆んど休学はみられなかった。休学理由は殆んどが一身上の都合、家庭の事情で、疾病による休学は、8年間で19名で1年次休学者の20.2%、精神障害は5名で5.3%を占めている。1年次の疾病による休学率、精神障害による休学率はいずれも低率を示している。しかし1年次の休学率は高いという報告もみられる。^{12) 15) 17)}

II 退学について

1. 年度別、学部別の退学者数(表4-a, 表4-b)

退学者数の在籍学生総数に占める割合(退学率)の最も高率の年度は、学部では昭和48年度の1.1%、短大では昭和50年度の11.7%である。短大は毎年度ともに学部と比較して高い退学率を示している。男子と女子の比較では、昭和43年度を除き男子が高率を示し、女子では退学率が減少の傾向がみられる。8年間の平均退学率は、学部では0.9(0.7)%、短大では9.3(1.6)%、短大は学部の10倍の高率を示している。学部別にみると、最高は教育の1.1%、最低は医の0.4%で、とくに医の低い率が目につく。各学部ともに女子は低い率を示している。

表4-a 退学者数：年度別

| | | 43年度 | 44年度 | 45年度 | 46年度 | 47年度 | 48年度 | 49年度 | 50年度 |
|-------------|-----------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 教育・医 農・工 | 学生数 A | 3329 (596) | 3451 (611) | 3542 (638) | 3601 (664) | 3621 (683) | 3715 (750) | 3841 (803) | 3989 (855) |
| | 退学者数 a | 19 (8) | 32 (5) | 35 (6) | 37 (3) | 36 (3) | 42 (5) | 36 (6) | 37 (5) |
| | a/A % | 0.6 (1.3) | 0.9 (0.8) | 1.0 (0.9) | 1.0 (0.5) | 1.0 (0.4) | 1.1 (0.7) | 0.9 (0.7) | 0.9 (0.6) |
| 短大 | 学生数 B | 526 (3) | 535 (9) | 566 (9) | 559 (11) | 532 (8) | 529 (11) | 540 (5) | 582 (6) |
| | 退学者数 b | 26 | 47 | 58 | 50 (1) | 61 | 48 | 49 | 68 |
| | b/B % | 4.9 | 8.8 | 10.2 | 8.9 (9.1) | 11.5 | 9.1 | 9.1 | 11.7 |

括弧内 女子

表4-b 退学者数：学部別

| | 教育 | 医 | 工 | 農 | 計 | 短大 |
|-----------|----------------|---------------|--------------|---------------|-----------------|--------------|
| 学生数 A | 9692 (4776) | 3534 (358) | 9316 (25) | 6547 (441) | 29089 (5600) | 4369 (62) |
| 退学者数 a | 102 (38) | 14 (1) | 96 (1) | 62 (1) | 274 (41) | 407 (1) |
| a/A % | 1.1 (0.8) | 0.4 (0.3) | 1.0 (4.0) | 0.9 (0.2) | 0.9 (0.7) | 9.3 (1.6) |

括弧内 女子

文部省の調査⁹⁾によれば、全国国立大学の退学者は在籍者の1.2%に当ると報告されている。学部別の退学率をみると、文学部、教育学部は高率にみられ、医学部は低いという報告^{35) 36)}もある。また女子は男子より低いという報告^{5) 36)}もみられる。

2. 学部別の退学理由(表5-a)、年度別の疾病(及び死亡)による退学(及び除籍)者の内訳(表5-b)及び年度別の死亡による除籍者の死因(表5-c)

一身上の都合、家庭の事情による退学が最も多く、8年間の退学者総数に占める割合は、学部では73.0%、短大では45.0%、次いで学部では他大学進学によるもの6.6%、短大では勤務の都合20.4%で、疾病によるもの(病死も含む)は、学部で6.6%、短大で0.7%である。疾病による退学者の在籍学生に対する率は、学部、短大ともに0.07%、死亡による除籍者は、学部で0.06%、短大で0.09

%である。短大では、疾病による退学者の退学者総数に占める割合は0.7%で、学部の6.6%に比して非常に低いが、在籍者に対する率は学部、短大とも同率である。この傾向は、休学でも明らかに認められた。

表5-a 退学理由：学部別

| | 教育 | 医 | 工 | 農 | 計 | 全退学者に 対する% | 短大 | 全退学者に 対する% | |
|---------|------------|----------|-----------|-----------|-------------|---------------|----------|---------------|------|
| 一身上の都合 | 48 (23) | 9 (1) | 51 (1) | 36 (1) | 144 (26) | 52.6 | 150 | 36.9 | |
| 家庭の事情 | 22 (6) | 5 | 19 | 10 | 56 (6) | 20.4 | 33 | 8.1 | |
| 他大学進学 | 7 (2) | | 6 | 5 | 18 (2) | 6.6 | 19 | 4.7 | |
| 病 気 | 6 (2) | | 4 | 2 | 12 (2) | 4.4 | 2 | 0.5 | |
| 勉学意欲喪失 | 1 | | 4 | 2 | 7 | 2.6 | | | |
| 就 職 | 3 | | 1 | 1 | 5 | 1.8 | 1 | 0.2 | |
| 経済的理由 | 1 | | 1 | 2 | 4 | 1.5 | | | |
| 結婚,花嫁修業 | 2 (2) | | | | 2 (2) | 0.7 | 1 (1) | | |
| 勤務の都合 | | | | | | | 83 | 20.4 | |
| 通学困難 | | | | | | | 4 | 1.0 | |
| 除籍 | 死亡 | 7 (3) | | 7 | 3 | 17 (3) | 6.2 | 4 | 1.0 |
| | その他 | 5 | | 3 | 1 | 9 | 3.3 | 110 | 27.0 |

括弧内 女子

表5-b 疾病（及び死亡）による退学（及び除籍）者の内訳：年度別

| 年 度 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 計 | 全疾病退学者 に対する% | 短 大 |
|-------------------------|----------|----------|----------|----|----|----|----|----|-----------|-----------------|-----|
| 腎炎及び ネフローゼ | | 2 (2) | | 1 | | | | 1 | 4 (2) | 13.8 | |
| 脳腫瘍・白血病 心麻痺・ 細網肉腫 | 2 (1) | | 1 | | | | 1 | | 4 (1) | 13.8 | 1 |
| 事 故 死 | 1 | 1 | | | | | | 1 | 3 | 10.3 | 2 |
| 自 殺 | | 1 | 1 | | 2 | 3 | | | 7 | 24.1 | 1 |
| 精 神 障 害 | | | 3 (1) | | | | 2 | 3 | 8 (1) | 27.6 | 1 |
| 病 名 不 詳 | | 1 (1) | | | | 1 | | 1 | 3 (1) | 10.3 | |
| 計 | 3 (1) | 5 (3) | 5 (1) | 1 | 2 | 4 | 3 | 6 | 29 (5) | | 5 |

括弧内 女子

表5-c 死亡による除籍者の死因：年度別

| 年 度 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 計 | 短 大 |
|-------|----------|----------|----|----|----|----|----|----|-----------|-----|
| 病 死 | 2 (1) | 2 (2) | 1 | | | | | 2 | 7 (3) | 1 |
| 事 故 死 | 1 | 1 | | | | | | 1 | 3 | 2 |
| 自 殺 | | 1 | 1 | | 2 | 3 | | | 7 | 1 |
| 計 | 3 (1) | 4 (2) | 2 | | 2 | 3 | 2 | 1 | 17 (3) | 4 |

括弧内 女子

学部でわずかながらみられた勉学意欲喪失によるものは、短大でみられなかったが、授業料未納によって学則で除籍されたものが、退学（除籍）者の27.0%，在籍学生の2.5%という高率にみられた。一身上の都合、家庭の事情という退学理由は、休学理由のところでも述べたと同様なことが推察される。精神障害が真の退学理由であるが、退学届では一身上の都合になっているという例を知っている。疾病による休学率は、学部で0.36%，短大で0.30%であるのに比較して、疾病による退学率は0.07%

と非常に低い率を示している

疾病による退学者の内訳をみると、精神障害によるものが27.6%で1位、次いで自殺が24.1%、腎炎及びネフローゼが13.8%、事故死（不慮の事故による死亡）10.3%、その他となっている。疾病による休学のうち精神障害による休学は41.3%と高率にみられたのに比較して、精神障害による退学は1位ではあるが27.6%と低い率を示している。

死亡による除籍者の死因順位は、自殺、病死が同数で1位、次いで不慮の事故による死亡となっているが、死亡による除籍者の在籍学生に対する率は0.06%、また昭和48年度には3名の自殺があって自殺率は人口10万対80.8となっている。

疾病による退学のうち精神障害の占める率が高く、首位を占めているという報告^{5) 11) 13) 35)} さらに死亡による除籍のうち自殺が1位を占めているという報告^{7) 10) 14) 17) 35) ~ 39)} 自殺は人文科学系の学生に多いという報告^{36) 37) 39)} 自殺に関する精神疾患の比重は決して軽くなく、自殺者の中に相当数の精神障害者がいたという報告^{35) 38) 40) 41)} などがみられるが、文部省の調査¹¹⁾ によれば、傷病による退学は在籍学生の0.09%、死亡による退学は0.05%、さらに退学者のうちの傷病によるものは4.2%、死亡によるものは2.5%、傷病による退学者のうち精神障害によるものは19.3%で1位、死亡による退学者のうち事故死が42.4%で1位であると報告している。

3. 年度別、学部別の1年次退学者数（表3-a、表3-b）及び専門課程移行前の退学者数（表6-a、表6-b）

1年次の退学を調査する理由は、すでに1年次の休学についての項で述べてある。1年次の退学率は、4学部の8年間平均で1.2（0.9）%、年度別では昭和46年度と50年度が最高で1.5%、学部別では医が最高で1.6%である。全学年次退学率0.9（0.7）%と比較してみると、1年次退学率1.2（0.9）%は男子、女子ともに高率を示している。とくに医では、全学年次退学率の4倍もの高い率となっている。

表6-a 専門課程移行前の退学者数：年度別

| | 44年度 | 45年度 | 46年度 | 47年度 | 48年度 | 49年度 | 50年度 |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 入学生数A | 851 (174) | 835 (152) | 835 (160) | 825 (170) | 888 (183) | 923 (214) | 940 (212) |
| 退学者数a | 8 (3) | 12 | 18 (3) | 13 (1) | 19 (3) | 11 (2) | 10 (2) |
| a/A % | 0.9 (1.7) | 1.4 | 2.2 (1.9) | 1.6 (0.6) | 2.1 (1.6) | 1.2 (0.9) | 1.1 (0.9) |

括弧内 女子

表6- b 専門課程移行前の退学者数：学部別

| | 教 育 | 医 | 工 | 農 | 計 |
|------------------|----------------|-----------|------------|------------|----------------|
| 入学生数 A | 2099 (1085) | 582 (65) | 2058 (6) | 1408 (109) | 6097 (1265) |
| 退学者数 a | 28 (10) | 13 (1) | 33 (1) | 17 (2) | 91 (14) |
| $\frac{a}{A} \%$ | 1.3 (0.9) | 2.4 (1.5) | 1.6 (16.7) | 1.2 (1.8) | 1.5 (1.1) |

括弧内 女子

この医にみられる傾向と全く同じ傾向が1年次休学でも認められた。1年次退学理由は、殆んどが一身上の都合、家庭の事情であって、他大学進学は16.9%，精神障害は2.2%，その他として腎炎2名、病死、事故死、自殺が1名宛みられる。1年次の精神障害による退学は、精神障害による休学より低い率であるが、この傾向は、全学年次の精神障害による退学、休学でも同じようにみられた。1年次休学、退学率の高い医では、全員が一身上の都合、家庭の事情となっているが、知り得た範囲内では、うち3名は他大学進学が真の理由のようである。

1年次の退学率が高い理由は、今迄述べた退学届による理由では明らかにすることはできないが、他大学入学のための退学が相当に含まれているのでないかと思われる。センターへ、他大学進学、転学部などで相談に来ていた学生が、翌春希望の大学へ進学したため提出した退学届の理由は一身上の都合と記載してあった例を知っている。1年次の休学理由となり得た入学による目標喪失、大学生生活への期待はずれ、新しい大学生生活への不適應などだけでは、退学理由とまではならないと思われるが、いずれにせよ第一志望の大学、学部、学科でなかった、できれば第一志望のそれらにかわりたいと希望する学生が相当数みられるという報告^{25) 27) 34)}からも推察できるように、合格本位の進学、進路指導、学生自身の知識不足などによる適正とはいえない大学、学部、学科の決定などに問題が多いと思われる。

専門課程移行前の退学については、昭和43年度入学生が専門課程へ移行する昭和44年度から、昭和49年度入学生が対象となる昭和50年度までの7年間を調査した。専門課程移行前の退学率は、4学部の7年間平均で1.5 (1.1)%，年度別では昭和46年が最高で2.2 (1.9)%，学部別では医が最高で2.4%である。1年次退学率は、全学年次退学率より高率であることはすでに述べたが、専門課程移行前退学率は更に高率となっている。とくに医は、全学年次退学率の6倍もの高率を示していて、全学年次退学の92.9%を占めている。即ち医では14名の退学者のうち13名までが専門課程へ移行するまでの教養部で退学し、専門課程へ移行してからの退学は1名のみである。

4. 年度別、学部別の最終学年次の退学者数（表7-a、表7-b）

1年次退学率、専門課程移行前退学率が高率を示したので最終学年次（教育、工、農では4年次、医では6年次）の退学率も調べてみた。4学部の8年間平均で1.5（1.5）％、年度別では昭和50年度が最高で2.0％、学部別では教育が最高で2.1％で、医は0.2％と極めて低い。

表7-a 最終学年次の退学、留年者数及び卒業生数：年度別

| | 43年度 | 44年度 | 45年度 | 46年度 | 47年度 | 48年度 | 49年度 | 50年度 |
|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 学生数 A | 748 (132) | 808 (139) | 845 (143) | 935 (167) | 918 (155) | 917 (172) | 885 (183) | 936 (185) |
| 退学者数 a | 8 (2) | 14 (2) | 8 (4) | 15 (1) | 13 | 14 (2) | 11 (3) | 19 (5) |
| $a/A\%$ | 1.1 | 1.7 | 1.0 | 1.6 | 1.4 | 1.5 | 1.2 | 2.0 |
| 留年者数 b | 50 (2) | 84 (7) | 103 (5) | 100 (6) | 116 (12) | 124 (17) | 108 (11) | 118 (8) |
| $b/A-a\%$ | 6.8 | 10.6 | 12.3 | 10.9 | 12.8 | 13.7 | 12.4 | 12.9 |
| 卒業生数 c | 690 (127) | 708 (130) | 734 (134) | 821 (160) | 789 (143) | 779 (153) | 776 (169) | 800 (172) |
| $c/A\%$ | 92.3 | 87.6 | 86.9 | 87.8 | 86.0 | 85.0 | 86.6 | 85.5 |

括弧内 女子

表7-b 最終学年次の退学、留年者数及び卒業生数：学部別

| | 教 育 | 医 | 工 | 農 | 計 |
|-----------|----------------|-------------|------------|-------------|----------------|
| 学生数 A | 2489 (1138) | 554 (51) | 2337 (5) | 1613 (81) | 6993 (1275) |
| 退学者数 a | 52 (16) | 1 | 26 | 23 (2) | 102 (19) |
| $a/A\%$ | 2.1 (1.4) | 0.2 | 1.1 | 1.4 (2.5) | 1.5 (1.5) |
| 留年者数 b | 311 (68) | 20 (1) | 351 | 121 | 803 (68) |
| $b/A-a\%$ | 12.8 (6.1) | 3.6 (2.0) | 15.2 | 7.6 | 11.7 (5.4) |
| 卒業生数 c | 2126 (1054) | 532 (50) | 1960 (5) | 1469 (79) | 6087 (1188) |
| $c/A\%$ | 85.4 (92.6) | 96.0 (98.0) | 83.9 (100) | 91.1 (97.5) | 87.0 (93.2) |

括弧内 女子

全学年次退学率と比較してみると、男子、女子ともに高率で、専門課程移行前退学率とほぼ同じ率を示している。この最終学年次退学率の高いのは、後に述べる学部留年者（卒業遅延者）が卒業見込みなくなって、卒業を断念し退学するのが大きく関与しているのではないかと推定される。医は1年次退学率、専門課程移行前退学率ともに他学部に比して極めて高率を示していたが、最終学年次（6年次）退学率は極めて低い率を示している。これに反して、全学年次、1年次、専門課程移行前ともに比較的退学率の低かった教育は、最終学年次になって最高率を示している。退学理由は殆んどが一身上の都合、家庭の事情であるが、後で述べるが留年者は再留年しやすく、留年期間の長い学生ほど退学する率が高くなっている。

Ⅲ 留年について

1. 年度別、学部別の所定修業年限（いわゆるストレート）での専門課程移行学生数及び卒業生数
（表8-a、表8-b）

今まで述べてきたように、いろいろな理由で余儀なく休学したりさらに不本意ながら退学していく学生が毎年相当数にのぼるが、所定の修業年限（教育・工・農は4年、医は6年）で単位、授業科目を修得し得ず卒業できずに在学期間が延びている学生の存在も重要な問題である。そこで昭和42年度入学生から昭和49年度入学生までについて、それぞれが専門課程に移行予定の当該年度で、所定の単位を修得し（いわゆるストレートで）専門課程へ移行した率と、さらに教育・工・農は昭和40年度入学生

表8-a 所定修業年限（いわゆるストレート）での専門課程移行学生数及び卒業生数：年度別

| | 43年度 | 44年度 | 45年度 | 46年度 | 47年度 | 48年度 | 49年度 | 50年度 |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 入学生数 A | 787 (139) | 851 (174) | 835 (152) | 835 (160) | 825 (170) | 888 (183) | 923 (214) | 940 (212) |
| 移行学生数 a | 753 (133) | 802 (168) | 795 (152) | 783 (155) | 753 (166) | 792 (178) | 855 (208) | 881 (206) |
| a/A % | 95.7 (99.3) | 94.2 (96.6) | 95.2 (100) | 93.8 (96.9) | 91.3 (97.7) | 89.2 (97.3) | 92.6 (97.2) | 93.7 (97.2) |
| 入学生数 B | 730 (128) | 766 (138) | 785 (140) | 849 (166) | 836 (147) | 836 (167) | 814 (172) | 876 (178) |
| 卒業生数 b | 669 (126) | 677 (130) | 670 (131) | 732 (154) | 703 (139) | 706 (150) | 670 (162) | 713 (168) |
| b/B % | 91.6 (98.4) | 88.4 (94.2) | 85.4 (93.6) | 86.2 (92.8) | 84.1 (94.6) | 84.4 (89.8) | 82.3 (94.2) | 81.4 (94.4) |

括弧内 女子

表 8- b 所定修業年限（いわゆるストレート）での専門課程移行学生数及び卒業生数：学部別

| | 教 育 | 医 | 工 | 農 | 計 |
|--------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| 入学生数 A | 2 379 (1 213) | 602 (68) | 2 298 (6) | 1 605 (117) | 6 884 (1 404) |
| 移行学生数 _a | 2 265 (1 187) | 567 (66) | 2 106 (6) | 1 476 (112) | 6 414 (1 371) |
| $\frac{a}{A}$ % | 95.2 (97.9) | 94.2 (97.1) | 91.6 (100) | 92.0 (95.7) | 93.2 (97.6) |
| 入学生数 B | 2 259 (1 093) | 547 (56) | 2 116 (6) | 1 570 (83) | 6 492 (1 236) |
| 卒業生数 _b | 1 981 (1 029) | 480 (51) | 1 718 (5) | 1 361 (75) | 5 540 (1 160) |
| $\frac{b}{B}$ % | 87.7 (94.1) | 87.7 (91.1) | 81.2 (83.3) | 86.7 (90.4) | 85.3 (93.9) |

括弧内 女子

から昭和 47 年度入学生まで、医は昭和 38 年度入学生から昭和 45 年度入学生までについて、それぞれが卒業予定の当該年度で、所定の単位を修得し（いわゆるストレートで）卒業した率について調査した。

ストレートでの専門課程移行率は、昭和 48 年度まで年々減少し、昭和 48 年度は最低で 89.2%，その後徐々に増加してきている。女子は男子より高率で、殆んど増減していない。4 学部の 8 年間平均は 93.2（97.6）%である。学部別にみると、教育・医がやや高く、工・農がやや低く、各学部ともに女子が高率を示している。ストレートで専門課程へ移行できなかった学生は、それまでに退学したか、教養部留年をしていることになる。

ストレートでの卒業率は、年々漸減の傾向がみられ、昭和 50 年度が最低で 81.4%である。女子は毎年度男子より高率で、漸減傾向も男子ほど著明でない。4 学部の 8 年間平均は 85.3（93.9）%で学部別にみると工がやや低い。各学部ともに女子が男子より高率を示している。ストレートで卒業できなかった学生は、それまでに退学したが、学部留年または教養部留年をしていることになる。ストレート専門課程移行とストレート卒業とは相関があって、最も高率で移行した教育は、最も高率で卒業し、移行率が最も低かった工は、卒業率も最も低い。さらにストレート専門課程移行率と 1 年次休学率、退学率及び専門課程移行前退学率とに相関が認められる。

文部省²⁵⁾によれば、4 年制大学学部の入学者のうち 4 年間在学して卒業した者（いわゆるストレートに卒業した者）の比率は、年々低下の傾向を示し、昭和 46 年 4 月の入学者で 75%となっている。これを専攻分野別にみると理学系では 70%に達しておらず最も低いと報告している。

2. 年度別、学部別の年度末における留年者数（表9-a、表9-b）

各年度末で、卒業生を送り出した後の在籍学生に占める留年者の比率を調べてみた。年度別にみると

表9-a 年度末における留年者数：年度別

| | 43年度 | 44年度 | 45年度 | 46年度 | 47年度 | 48年度 | 49年度 | 50年度 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 学生数A | 2687 (467) | 2711 (478) | 2777 (495) | 2812 (506) | 2801 (536) | 2902 (592) | 3039 (629) | 3146 (676) |
| 留年者数 a | 131 (5) | 175 (11) | 214 (12) | 199 (7) | 211 (13) | 252 (11) | 273 (16) | 276 (15) |
| $\frac{a}{A}$ % | 4.9 (1.1) | 6.5 (2.3) | 7.7 (2.4) | 7.1 (1.4) | 7.5 (2.4) | 8.7 (1.9) | 9.0 (2.5) | 8.8 (2.2) |

括弧内 女子

表9-b 年度末における留年者数：学部別

| | 教 育 | 医 | 工 | 農 | 計 |
|-----------------|-------------|------------|-----------|------------|--------------|
| 学生数 A | 7470 (3690) | 3116 (313) | 7271 (18) | 5018 (358) | 22875 (4379) |
| 留年者数 a | 496 (81) | 222 (4) | 627 | 386 (5) | 1731 (90) |
| $\frac{a}{A}$ % | 6.6 (2.2) | 7.1 (1.3) | 8.6 | 7.7 (1.4) | 7.6 (2.1) |

括弧内 女子

年々増減を繰返しながらも、留年率は増加の傾向がみられ、とくに男子に著明で、女子は毎年度ともに男子より低く、かつ増加傾向はあまりみられない。昭和49年度が男子、女子ともに最高で9.0 (2.5) %、4学部の8年間平均は7.6 (2.1) %である。学部別にみると工が最高で8.6%である。年度末における留年率と全学年次休学率及びストレート卒業率とに著明ではないが相関が認められる。

3. 年度別、学部別の2年次留年者数（表10-a、表10-b）

専門課程に移行する時期（教育・工・農は前期末、10月、医は後期末、3月）にそれぞれ2年次留年率を調べてみると、年度別では昭和48年度が最高で11.3%、その後やや減少している。女子は毎年度ともに男子より著明に低率である。4学部の8年間平均は7.6 (1.9) %で、学部別にみると工・農が高く、教育・医が低い。留年経験のない学生の2年次留年率と、すでに1年留年している学生の再

表 10-a 2年次留年者数：年度別

| | 43年度 | 44年度 | 45年度 | 46年度 | 47年度 | 48年度 | 49年度 | 50年度 |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| 学 生 数 A | 827 (144) | 885 (173) | 872 (154) | 855 (157) | 859 (170) | 945 (183) | 1010 (216) | 1014 (216) |
| うちすでに1年 留年者数 B | 32 (2) | 31 (1) | 39 (2) | 26 | 33 (1) | 57 (3) | 77 (2) | 53 (5) |
| うちすでに2年 以上留年者数 C | 12 | 12 (2) | 9 | 12 | 13 | 15 | 21 (1) | 30 (1) |
| 留 年 者 数 a | 46 (3) | 51 (3) | 44 (1) | 49 (2) | 77 (3) | 107 (4) | 96 (6) | 81 (5) |
| $\frac{a}{A}$ % | 5.4 (2.1) | 5.8 (1.7) | 5.0 (0.6) | 5.7 (1.3) | 9.0 (1.8) | 11.3 (2.2) | 9.6 (2.8) | 8.0 (2.3) |
| 1年留年者の 再留年者数 b | 8 (2) | 4 | 9 (1) | 9 | 8 | 19 (2) | 24 (1) | 15 (1) |
| $\frac{b}{B}$ % | 25.0 (10.0) | 33.3 | 23.1 (50.0) | 34.6 | 24.2 | 33.3 (66.7) | 31.2 (50.0) | 28.3 (20.0) |
| 2年以上留年者 の再留年者数 c | 7 | 7 (1) | 6 | 6 | 9 | 9 | 15 | 16 |
| $\frac{c}{C}$ % | 58.3 | 58.3 (50.0) | 66.7 | 50.0 | 69.2 | 60.0 | 71.4 | 53.3 |

括弧内 女子

表 10-b 2年次留年者数：学部別

| | 教 育 | 医 | 工 | 農 | 計 |
|---------------------|----------------|----------|----------|------------|----------------|
| 学 生 数 A | 2473 (1224) | 624 (66) | 2447 (6) | 1723 (117) | 7267 (1413) |
| うちすでに1年 留年者数 B | 81 (14) | 29 | 138 | 100 (2) | 348 (16) |
| うちすでに2年 以上留年者数 C | 42 (4) | 5 | 44 | 33 | 124 (4) |
| 留 年 者 数 a | 141 (23) | 29 | 221 | 160 (4) | 551 (27) |
| $\frac{a}{A}$ % | 5.7 (1.9) | 4.6 | 9.0 | 9.3 (3.4) | 7.6 (1.9) |
| 1年留年者の 再留年者数 b | 30 (6) | 4 | 33 | 29 (1) | 96 (7) |
| $\frac{b}{B}$ % | 37.0 (42.9) | 13.8 | 23.9 | 9.3 (50.0) | 27.6 (43.8) |
| 2年以上留年者 の再留年者数 c | 26 (1) | 1 | 29 | 19 | 75 (1) |
| $\frac{c}{C}$ % | 61.9 (25.0) | 20.0 | 65.9 | 57.6 | 60.5 (25.0) |

括弧内 女子

留年率及び2年以上留年している学生の再留年率とを比較してみると、4学部の8年間平均では、それぞれ7.6(1.9)%, 27.6(43.8)%, 60.5(25.0)%となり、すでに1年留年している学生の再留年率は、留年未経験の学生の留年率の3.6倍、さらに2年以上留年している学生の再留年率は8.0倍となる。これは留年者は再留年し易く、留年期間が長ければ更に再留年し易いということを意味している。なお教養課程の2年次に在籍する学生の入学年度別の構成をみると、すでに1年以上留年している学生の増加傾向がみられるが、留年者は再留年する率が高いという事実から、今後さらに留年者は増加するのではと推定される。

なお学科別の専門課程移行時の留年率(教養部留年率)をみると、毎年度高い留年率を示す学科もみられるが、必ずしも一定してないので各学部の最高留年率のみにとどめると、教育では26.7%, 医では9.6%, 工では28.8%, 農では31.3%の高率を示した学科がみられた。

4. 最終学年次の留年者数及び卒業生数(表7-a, 表7-b)

最終学年次留年率は、年度別にみると、年度によって増減がみられるも漸増の傾向が認められ、昭和48年度が最高で13.7%で、4学部の8年間平均では11.7(5.4)%で、女子が低率である。学部別にみると、工が最高で15.2%, 医が最低で3.6%である。この最終学年次(教育・工・農は4年次、医は6年次)の留年は卒業遅延を意味している。最終学年次の卒業率は、年度別にみてあまり増減がみられず、4学部の8年間平均で87.0(93.2)%で、学部別にみると医・農が高、教育・工が低い。各学部ともに女子が高率である。さらに留年率と卒業率には、当然のことであるが明らかな相関が認められる。

留年といっても、なかには疾病にて余儀ない場合もあれば、意図的に留年する学生もいるし、卒業する意志があるのかと疑いたくなるような者もいることも確かである。しかし多くの学生は卒業したいと願いながらも、所定の単位が修得できず卒業できないと思われる。文部省²⁶⁾によれば、25%の学生が所定修業年限(4年)で卒業できず、とくに理学系では30%余の学生がいわゆるストレートに卒業できてないとのことだが、留年の問題は今後も重要課題の一つと思われる。堀中(京都大学)⁴²⁾は、入試の総合得点と教養部留年の間に関係があり、留年者は下位40%から多く発生している、学部留年(卒業遅延)は、現実社会との結びつきの稀薄な学部(文・法・理)に率高く、応用学的な色彩のこい教・経・薬・工・農は比較的低い、留年が長期化する傾向、再留年しやすくなる傾向がみられる、留年者は精神科受診率が高くかつ自殺率も高くなる傾向があると報告している。その他留年者、病欠し易い学生には精神障害が多いという報告^{35) 43)}もみられる。センター利用の学生に多くの留年者がいて、かつそれら学生のなかに精神科を受診したことのある者が多いという事実^{1) 2)}は、これら休学、退学、留年者のなかに、精神医学的な援助を必要とする学生がかなりいると思われる。

Ⅳ その他

文部省の報告²⁶⁾では、高等教育機関の在学者のうち女子学生の比率は年々高まってきており、全体で32%、その内訳では大学で21%、短大で86%と述べられているが、岐阜大学でも年々女子学生の比率が高まっており（昭和43年度17.9%、昭和50年度21.4%）、とくに教育では、昭和48年に男女比が逆転して女子学生が過半数を占めるようになってきている。これらのことから女子学生に特有な心身の保健衛生にもさらに留意する必要がある。

大学紛争と留年、卒業遅延との間に関連がみられたという報告^{8) 34) 42) 44)}がある。岐阜大学では、昭和44年に大学紛争が激化し、一時教育学部本館が封鎖されたりしたが、この大学紛争による休学、退学、留年への影響は、この調査では明らかに見出されなかった。

多くの学生が昼間勤務している工業短期大学部の休学、退学の資料の上では、昭和46年のドルショック、昭和48年のオイルショックによる経済不況のあおり、勤務先の都合などによる休学、退学の増加といった現象は認められなかった。

おわりに、大学における精神衛生は、単に疾病の早期発見、早期治療とか社会復帰すなわち復学への働きかけだけでなくさらに発病の予防と健康増進、アフタ・ケアにも十分に留意しなければならない。さらに教育機関である大学という場における精神衛生活動である故に、教育活動の主たる目的の一つである人間形成に寄与するものでなければならず、問題を有する特殊な学生のためだけのものでなく、広く全学生のための活動であることを認識して、修学に支障をきたさせる諸条件をとり除く努力を必要とすることは云うまでもないことである。しかし当面の緊急事として、休学、退学、留年者のなかに潜在している精神不健康な学生への適切な指導、援助活動とか精神障害学生の早期発見、早期治療、復学前後の指導、援助さらに社会的適応性の増進、再発防止など、行なわなければならないことが多くあることを休学、退学、留年の実態の調査結果が示唆していて、改めて精神衛生の重要性を認識させられた。

ま と め

岐阜大学における昭和43年度から昭和50年度までの8年間の休学、退学さらに留年の実態を調査し、その結果について、精神衛生的見地から考察を行なった。

教育・医・工・農学部

1) 休学率：1.6（1.1）%、疾病による休学：在籍学生の0.36%、うち精神障害が41.3%、1年次休学率：1.3（0.8）%

2) 退学率：0.9（0.7）%、疾病による退学：在籍学生の0.07%、うち精神障害が27.6%、自殺が24.1%、1年次退学率：1.2（0.9）%、専門課程移行前退学率：1.5（1.1）%、最終学年次

退学率：2.0%

3) 一身上の都合、家庭の事情による休学、退学のなかに、精神障害によるものがかなり多いと推定される。精神分裂病の有病率：0.23%

4) 所定修業年限（いわゆるストレート）での専門課程移行率及び卒業率：93.2（97.6）%、85.3（93.9）%

5) 年度末における留年率：7.6（2.1）%、2年次留年率：7.6（1.9）%、最終学年次留年率：11.7（5.4）%、最終学年次卒業率：87.0（93.2）%、留年者は再留年する率が高い。

工業短期大学部

1) 休学率：4.7%、うち疾病によるもの6.3%

2) 退学率：9.3（1.6）%、うち疾病によるもの0.5%、授業料未納など学則により除籍されたもの27.0%（在籍学生の2.5%）

これらの調査結果を考察して、大学における精神衛生の重要性を指摘、強調した。

引用資料および文献

- 1) 田中 實：岐阜大学保健管理センター年報，創刊号，1976.
- 2) 田中 實：第14回全国大学保健管理研究集会，東海北陸地方研究集会報告書，1977.
- 3) 田中 實：岐阜大学保健管理センター年報，投稿中.
- 4) 松浦千文，重信卓三：第10回全国大学保健管理研究集会報告書，1973.
- 5) 井上幹夫：九州大学保健管理センター紀要，1，1973.
- 6) 沢田丞司：保健管理概要，2，高知大学保健管理センター，1973.
- 7) 井ノ畑タツエ，小柏道子，木村暁子：福井教育大学保健管理センター概要，1，1974.
- 8) 山田裕幸：九州大学保健管理センター紀要，3，1976.
- 9) 文 部 省：学校保健統計調査報告書，昭和44年度.
- 10) 広島大学保健管理センター事業報告書，9，1975.
- 11) 文 部 省：学校保健統計調査報告書，昭和43年度.
- 12) 高橋 徹，篠塚睿：第9回全国大学保健管理研究集会報告書，1972.
- 13) 永井治男，相川勝代：長崎大学保健管理概要，1973.
- 14) 大阪大学保健管理センター年報，5，1975.
- 15) 山田通夫，山田節子，杉山通子，本間博，吉光紀行：第5回全国大学保健管理研究集会中国，四国地方部会研究集会報告書，1969.

- 16) 森田昭之助：第8回全国大学保健管理研究集会報告書，1971.
- 17) 佐賀大学保健管理センター概要，1，昭和50年度.
- 18) 稻浪正充：臨床精神医学，3(6)，1974.
- 19) Blaine, G. B. & McArthur, C. C.: Emotional Problems of the Student. 2nd Ed.,
Appleton-Century-Crofts, N. Y., 1971.
- 20) Reifler, C. B., Lipzin, M. B. & Fox, J. T.: Amer. J. Psychiat. 124, 1967.
- 21) チオルコ編，福田哲雄監訳：大学生の精神衛生，文光堂，1972.
- 22) 石川清：精神衛生管理研究，4，1972.
- 23) 藤光紀一郎：第7回全国大学保健管理研究集会報告書，1970.
- 24) 斉藤幸一郎：大学時報，25，1976.
- 25) 山中達：京都大学学生懇話室紀要，3，1974.
- 26) 文部省：我が国の教育水準，第4回要旨，昭和50年度.
- 27) 鹿児島大学学生部：学生生活実態調査報告書，昭和46年度.
- 28) 近畿大学学生部：新入学生意識調査報告書，昭和48年度.
- 29) 上地安昭：厚生補導，101，1974.
- 30) 藤井虔：京都大学学生懇話室紀要，3，1974.
- 31) 総理府：青少年の連帯感などに関する調査報告書，1971.
- 32) 総理府：青少年の連帯感などに関する調査報告書，1976.
- 33) 総理府：世界意識調査報告書，1972.
- 34) 山中達，藤井虔：厚生補導，119，1976.
- 35) 勝又一夫，佐藤裕造，大屋敬彦：名古屋大学保健管理センター年報，創刊号，1974.
- 36) 山中達：京都大学学生懇話室紀要，3，1974.
- 37) 山中達：厚生補導，95，1974.
- 38) 三浦信子，児島英，藤村勝美：第5回中国四国地方研究集会報告書，1976.
- 39) 藤土圭二：厚生補導，95，1974.
- 40) McCulloch, J. W. & Philip, A. E. : Suicidal Behaviour.
Pergamon Press, Oxford, 1972.
- 41) 大原健士郎：日本の自殺，誠信書房，1965.
- 42) 山中達：厚生補導，72，1972.
- 43) 井関敏之：第6回全国大学保健管理研究集会報告書，1968.
- 44) 黒田正典，細江達郎：東北大学学生相談所紀要，3，1976.

蛋白尿陽性者への働きかけ

—— 長期蛋白尿観察者に対して行った事例より ——

中尾 けさじ

目的、検尿で蛋白尿陽性が続いた場合、どのように指導したらよいかなど話題に上がるようになって久しい（学校保健法一部改正は最近であるが、大学生については40年代に入ってから検尿が行われ始めたように記憶するので、かれこれ10年の年月が過ぎようとしている）が内科医による検討はすでに昨年名古屋大学の佐藤氏らの発表等多いように思われる。大学の保健管理センター又は、保健室などに勤務する保健婦、看護婦としては、どう対処するかについての方針は現在でも確立していない。普通、校医より定期健康診断、臨時の健康診断後、要観察、要精検、要治療等と指示が出され、そして、1人1人に対する個人指導となる。これがいわゆる事後措置ということになると考えるので、事例を通して保健婦、看護婦の立場で検討を試みた。

事例Ⅰ S君、昭和26年生、18才、男子、自宅通学、1年次より蛋白尿（十）にて観察することを校医より指示されて、蛋白尿観察を始めた。蛋白尿（十）、血圧108～62、潜血（一）であった。1年次の夏休みに腎生検を受け、その結果は、亜慢性腎炎Ⅲ～Ⅳ型（木下分類）であった。その後、病院にて観察、そして4年次になり就職試験を受けたところ不合格となり、再度検査入院し、必要ならば治療も行うことになった。腎生検の結果、亜慢性腎炎Ⅲ～Ⅳ型（木下分類）であり、悪化していないことで安心はしたものの、入院中、不眠を訴えていると家族、教官から相談を受けた。本人にはカウンセリングをし、かつ主治医、校医、教官等の協力も得られ精神的にも安定し、治療に専念できた。蛋白尿（十）～（一）となり、就職も決まり卒業した。

事例Ⅱ N君、昭和25年生、21才、男子、自宅通学、3年次の定期健康診断で検尿し、蛋白尿（十）、血圧156～96、潜血（十）となり校医の指示により精検をすすめたがなかなか受けず、又、継続的に検尿も受けないうまま約1ヶ年近くが経過して年度末に就職試験等が心配になったのか相談に来る。親にもほとんど話がしてなく、関係者と相談の結果、家族へ連絡し、病気に対する理解、協力を働きかけた。検査入院して必要ならば治療をということになった。腎生検は、亜慢性腎炎Ⅲ～Ⅳ型（木下分類）、検査結果等について再三主治医より家族、本人、教官とわれわれ保健婦も一諸に説明を受け、話し合い、理解を深めた。退院、復学後、強迫的考えや行動が見られ蛋白尿（十）、血圧148～98、潜血（一）で余り改善がみられなかった。そこで、校医、教官の協力も得て精神科医の指導を受けた。その後、蛋白尿も（十）～（土）、血圧136～70、潜血（一）と安定し、心身の安定も得られて

就職先も決まり、無事卒業した。

事例Ⅲ K君、昭和27年生、19才、男子、寮生、1年次の定期健康診断の検尿でチェックされ、早朝尿検査をすすめても受検せず、寮で医学部学生の話聞いて不安になり、病院へ受診、その折、自分のカルテを見て慢性腎炎となっていることを知り、精検をすすめても受けず、校医と協力して指導を試みたが拒否的態度で聞き入れず慢性腎炎と思い込んでいた。3年次になって不安となり（就職のことなどもあるので）相談に来たので精検をすすめ、入院して腎生検をする。その結果、亜慢性腎炎Ⅰ型（木下分類）であった。主治医との関係もよく蛋白尿（+）～（-）であるが就職も内定して卒業した。

考察 以上の事例より蛋白尿陽性者との長い間（3～5年）のかかわりの中ではいろいろな援助、働きかけが必要であることを痛感した。

1. 1人で深く悩み、いたずらに悪化させる恐れがあるので、最初の指導が大事である。
2. 必ず、主治医、家族、本人の指導教官等と連絡を密にする。
3. 事後措置の1つとして行い、他の医療機関への紹介もただ紹介のみに終ることなく、その後の経過を連絡し、必ず把握する。
4. 復学してからも必要に応じた援助をする。

要約すれば、上記のようになるがその援助が如何に出来るかは、本人に対してはもちろんであるが校医、主治医、家族、教官への働きかけなど各関係者間の連絡調整を私たち保健婦、看護婦が円滑に行い、その連絡調整によって、その後本人に働きかけることが大切であると考えます。

これは第19回東海学校保健学会（5.2.2.6）で発表したものです。又、経過観察においては那加保健室の看護婦諸姉（高松、栗本、林垣姉）の協力を得たり、その他校医、教官、主治医の諸先生方の御協力御指導を得られたことを深く感謝しますと共に、今後の学校保健活動により一層の御理解と御支援、御協力をお願いしたいと思います。

保 健 管 理 の 現 状 に つ い て

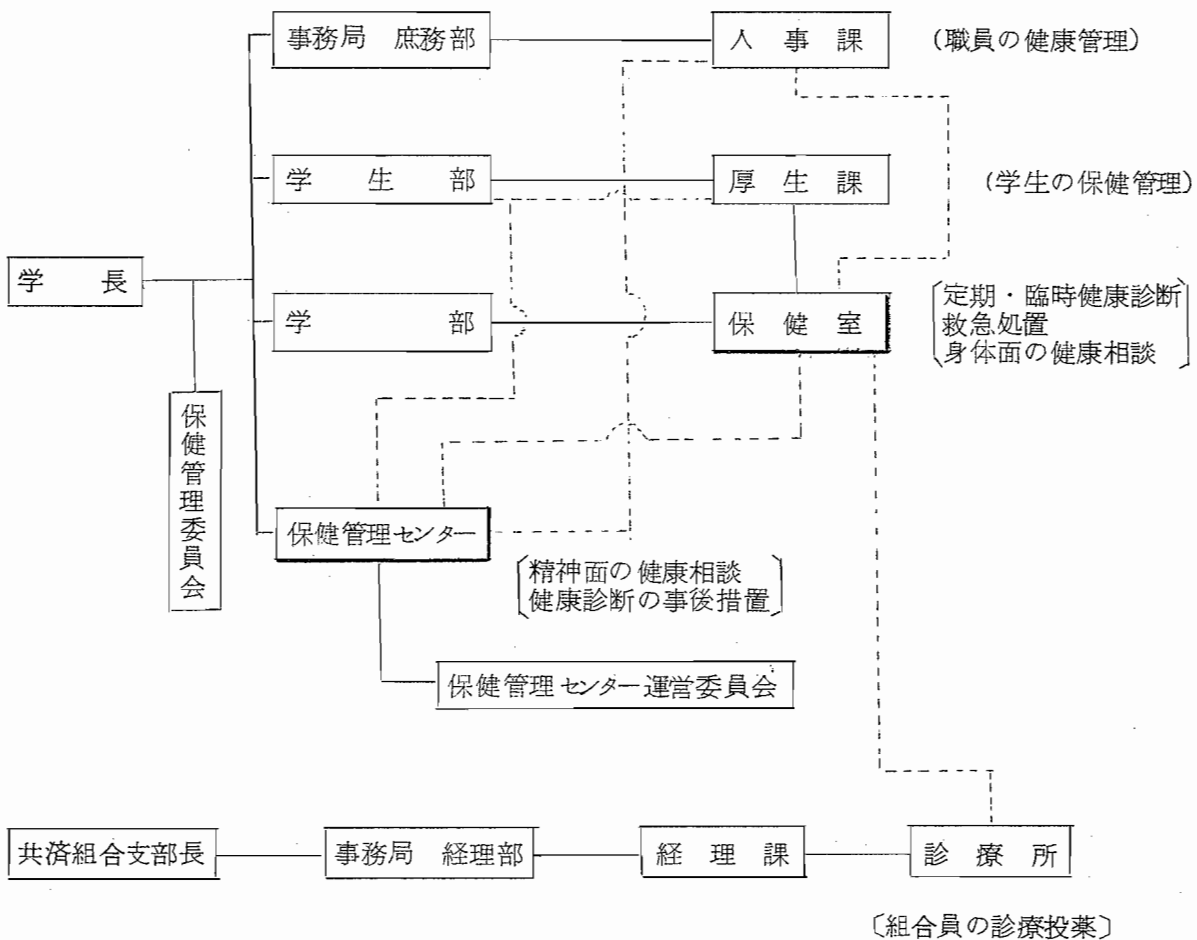
大学の保健管理は、学校保健法に基づき保健室をおき、健康診断、健康診断の事後措置、救急処置及び健康相談を行うこととしている。

一方、国立学校設置法により、学生の厚生補導施設として保健管理に関する専門的業務を行うため、保健管理センターが置かれている。

本学でも、各地区の保健室を中心にして保健業務を行ってきたが昭和49年に保健管理センターが設置され、所長のもとに専任の保健管理医、保健婦各1名により長良地区にオープンした。

しかしながら、本学では学舎の統合をひかえているため建物も仮設最小限にとどまり、人員が整備されるまで保健室と保健管理センターの両方において保健業務を行い漸次整備一本化を図っていくこととなった。

健 康 管 理 機 構 図



春に行う定期健康診断の受診率は、毎年90%を超えているがこの未受診者について問題がある。保健所等で受診し、その結果を提出するように指導はしているがその徹底はなかなか困難である。したがって健康診断日の受診徹底について各教官の協力が是非とも必要となる。

秋の臨時健康診断では、四年次学生及び体育サークル所属学生を対象に実施しているが、特に体育サークル学生の受診率が低調である。実施時期、例えば、合宿の前にサークル単位で実施する等、今後更に検討を要するものと思われる。

定期健康診断のうち胸部エックス線撮影については、外部に委託しているため毎年その経費が膨大となっている。その経費は、昭和50年度学生保健管理費の33%、本学厚生補導経費の7.1%をしめるに至った。

学校医は、学内と学外から各保健室に委嘱しているためそれだけ附属病院等への負担が多くなっている現状であるが、保健管理医等センター所員の増員が一日も早く達せられることを望むものである。

昭和51年の保健室利用状況

| 区 分 | | 長良保健室 | | 那加保健室 | | 保健管理センター | | 計 | | 計 |
|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|----------|-----|-------|-------|--------|
| | | 学生 | 職員 | 学生 | 職員 | 学生 | 職員 | 学生 | 職員 | |
| 医 師 | 診 察 | 61 | 21 | 95 | 95 | — | — | 156 | 116 | 272 |
| | 健 康 相 談 | 33 | 8 | 81 | 129 | 1,118 | 203 | 1,232 | 340 | 1,572 |
| 看 護 婦 | 応 急 処 置 | 1,256 | 986 | 1,287 | 1,901 | — | — | 2,543 | 2,887 | 5,430 |
| | 検 査 | 270 | 135 | 489 | 704 | 216 | 34 | 975 | 873 | 1,848 |
| 看 護 婦 | 生 活 指 導 | 152 | 81 | 277 | 118 | — | — | 429 | 199 | 628 |
| | 他の医療機関へ紹介 | 32 | 11 | 91 | 34 | 61 | 8 | 184 | 53 | 237 |
| | 健康診断書発行 | 112 | — | 1,514 | 11 | — | — | 1,626 | 11 | 1,637 |
| 計 | | 1,916 | 1,242 | 3,834 | 2,992 | 1,395 | 245 | 7,145 | 4,479 | 11,624 |

看護婦は、学生部及び各学部にも所属している。それぞれ一長一短はあるが、将来は保健管理センター所属とし、一本化されなければならない。

厚生補導施設である保健管理センターの現状は、主に相談業務を行うサービス機関としての役割を果たしており、その窓口をできる限り広くするため、専任の保健管理医、インターカーのほか心理学、保健体育学、精神神経医学、内科学の各専門教官の応援を得て学生相談室を開設している。

UPIテスト等を資料として新入学生全員（900人）の一斉個別面接は、医学部及び附属病院の医師並びに教育学部及び教養部の心理専攻教官延二十数名の協力を得て昭和42年から続けられている。集団生活の適応、青年期に多く見られる情緒の不安定な学生に対して指導助言等かなりの効果を揚げている。

現在、学舎の移転統合がその緒についたが、本格的なセンター施設設置に向けて、定員の増加と設備・器具の整備など、概算要求、厚生補導特別設備の要求等、具体化するべくとり組んでいる。

昭和51年度保健管理センター運営委員

| | |
|-----|-------|
| 委員長 | 早瀬正二 |
| 委員 | 田中實 |
| " | 中井幹 |
| " | 長澤弘 |
| " | 丸井澄子 |
| " | 三浦清 |
| " | 難波益之 |
| " | 深沢俊男 |
| " | 安江隆夫 |
| " | 菊地正邦 |
| " | 藤井洋 |
| " | 岡田幸郎 |
| " | 田中幸穂 |
| " | 石黒金二 |
| " | 山添鉄弥 |
| " | 伊藤融 |
| " | 吉田剛正 |
| " | 小山田隆一 |

岐阜大学保健管理センター年報 第2号

昭和52年3月30日発行

編集 岐阜大学保健管理センター
発行 岐阜市長良城之内1466