

## 理学療法専攻学生の精神的健康度

—精神的健康度12項目版とZung自己評価式抑うつ尺度日本語版を使用した評価—

仙波浩幸  
清水和彦

教員が新入生の精神的な健康状況を知り、その結果を在学中の学生生活及び臨床実習の援助に活用することは必要であり、特に在学中、臨床実習などで、社会とのかかわりを持つことが多い理学療法専攻では重要である。我々は平成21, 22年度にA大学理学療法学科に入学した128名（男子95名、女子33名）を対象に実施された精神的健康度12項目版（GHQ12テスト）とZung自己評価式抑うつ尺度日本語版（Zungテスト）を解析する機会を得たので、それを使用して新入生の精神的健康度を調査した。GHQ12テストの結果を福西らのcut-off pointを適用して評価すると、A大学理学療法学科の全入学生の52.3%が「精神的に不健康である」とされ、一方、Zungテストの結果をZungのcut-off pointを適用して評価すると、59.4%の学生が「抑うつ傾向あり」と判定された。同様の評価は、他大学の調査でも報告されている。しかし、長年に亘って学生指導に関わっている我々は、少数の不健康学生の存在は肯定できるものの、これ程高率に「精神面での要注意者」が新入生に存在するとは考えることが出来ず、判定に使用した両テストのcut-off pointが、現代の学生の健康度のスクリーニングに適合していないのではないかと疑問を抱いた。そこで、調査結果から逆に、新入生の75%前後は「精神的健康度に問題がない」、「抑うつ状態ではない」と判定するcut-off pointを求めたところ、GHQ12で5以下、Zungで47以下は問題なしという基準が得られた。これらのcut-off pointが、入学後の学生の精神状況の予測に有用であるか否かは、実証を要するところではあるが、多くの学生を、低いcut-off pointを使って与えられた不健康との判定に従って指導するのでなく、現代の学生としては許容できる精神的健康度であるとして肯定的に捉えて指導する方が望ましいと考える。一方、この新基準を適用してもなお不健康であると判定された学生については、それぞれの尺度の特徴を踏まえた上で、十分なサポート体制を考えて対処すべきであろう。

キーワード：精神的健康度（GHQ12）、Zung自己評価式抑うつ尺度、cut-off point、理学療法専攻大学生

### 【緒言】

理学療法、作業療法、看護などの医療系学科のカリキュラムは、必修科目、実習、演習が多いこと、3, 4年次には4-5ヶ月の長期にわたり、一人または少数にわかれ、複数の学外の医療施設においてインターン実習を実施することが特徴である。学内における履修は、授業時間が長く、教員や学生同士の親密度が高くなる。その他、医療専門職として高い倫理観を

入学時より求めており、他学部の学生と比較してさまざまなストレスにさらされると思われる。そして精神的健康度が低下し、うつ状態に陥るリスクが高くなると推測できる。佐藤<sup>1)</sup>は、うつ状態に入ると、自尊心の低下、他人への否定的なアプローチ、人間関係の親密性の低下、接近と恐怖の葛藤、自意識過剰をきたし、友人や両親との関係維持や、大学生活に支障をきたすことになると述べている。中山ら<sup>2)</sup>は自分への自信を持っているほど、充実した大学生活を送ることができ、自分への自信といった自己効力感を維持し、人間形成を促す支援環境づくりの必要性を指摘している。このように学生が充実した大学生活及び有意義な臨床実習を送るためには、精神的健康を保つことが重要であり、問題が起きそうな学生に対しては、兆候を早期に見出して精神的なサポートを行うことが必要であろう。その反面、大学生活は自らの力でストレスを克服していく能力を育てる時期でもあるので、過度のサポートは逆効果を招くことになる。

この研究の目的は二つある。第1は理学療法専攻新生が、どのような精神的健康度及び抑うつ度であるのかを調べ、彼らが有意義で充実した大学生活を送れるように計画するための知見を得ることである。第2は、一世代前の学生でなく、現在の学生のデータを使って、理学療法専攻学生の精神的健康度、抑うつ状態度を評価するcut-off pointを設定することである。

## 【方 法】

平成21、22年度にA大学理学療法学科に入学した学生は129名（男子96名、女子33名）である。本研究の実施に先立ち学生に本研究の趣旨を説明した。文書による同意が得られなかった1名を除いて128名（男子95名、女子33名）を対象に、精神的健康度12項目版テスト（GHQ12: General Health Questionnaire-12、以下GHQ12と略）<sup>3)4)</sup>とZung自己評価式抑うつ尺度日本語版テスト（以下ZUNGと略）<sup>5)</sup>を同時に実施した（付録）。実施時期は両年度共に入学2ヶ月後の6月である。GHQ12は個別にGHQ法とLikert法による合計得点を求めた後、全体、男性、女性別に、合計得点と項目別得点の平均値、標準偏差を求めた。ZUNGも同様に個別に合計得点を求めた後、全体、男性、女性別に、合計得点と項目別得点の平均値、標準偏差を求めた。

「精神的健康度」の判定は、合計得点が2点以下であれば「健康」とし、3点以上であれば「不健康」とする福西<sup>6)</sup>のcut-off point (2/3で示す)を個々の学生の合計得点と照合して行った。「抑うつ度」の判定は、合計得点が40点未満であれば、「問題なし」、40点以上であれば「問題あり」とするZungのcut-off point (39/40)を個々の学生の合計得点と照合して行った。その結果得られた各群の頻度を全体、男性、女性別に調べた。また、個々の学生が得たGHQ法による合計得点とZUNG法による合計得点の関連を散布図と相関係数を使用して調べた。さらにGHQ法とLikert法との関連について相関係数を使用して調べた。

これとは別に、入学生をGHQ12の合計得点を低い（健康度が高い）方から順番に並べて、全体の75%までに入る学生は、現代の学生として許容できる「精神的健康度」であると定

義し、そのような判定が出来るcut-off pointを求めた。同様に、ZUNGの合計得点についても抑うつ度の低い方から75%までに入る学生を「抑うつ度問題なし」と定義し、そのような判定を与えることが出来るcut-off pointを求めた。統計解析にはSPSS17を使用し、検定の有意水準は5%とした。

## 【結 果】

学生のGHQ12の合計得点の分布は、22名が集まった1点を最頻値として、0点に18名、2点に21名と2点以下に全症例の47.7%が集まった。3点で7名となり、一旦頻度が下がるが、17名が集まった4点以上はなだらかに右に尾を引く分布となった(表1)。全学生のGHQ12合計得点の累積パーセントは、2点で47.7%(61/128)であり、福西のcut-off point 2/3を適用すると半数を超える52.3%の学生が「精神的不健康」と判定される。女性だけで見ると2点までの累積パーセントは27.3%であるので、72.7%の学生が「精神的不健康」と判定される。GHQ12合計得点の平均±標準偏差は、男子で3.11±2.55点、女子で4.36±3.11点であり、平均で見てもcut-off point (2/3)を上回っている。質問項目別に不健康度が高い項目をみると男女ともに「いつもストレスを感じている」学生の割合が最も高く、特に女子では79%に達していた(表2)。Likert法で求めたGHQ12の得点とGHQ法で求めた得点の間のPearsonの相関係数は0.91であった。

表1 GHQ12得点の累積度数分布

得点	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント
0	18	14.1	18	14.1
1	22	17.2	40	31.3
2	21	16.4	61	47.7
3	7	5.5	68	53.1
4	17	13.3	85	66.4
5	14	10.9	99	77.3
6	10	7.8	109	85.2
7	8	6.3	117	91.4
8	4	3.1	121	94.5
9	4	3.1	125	97.7
10	1	0.8	126	98.4
11	2	1.6	128	100
12	0	0	128	100
計	128	100	128	100

全学生について求めたZUNGの合計得点の分布は、GHQ12の分布ほどは、小さい値の側に偏らなかった(表3)。最少得点は27、最高得点は65であった。累積パーセントを求めると、「抑うつ度に問題が無い群」を判別するZungのcut-off point 40未満の学生は34.4%に過ぎず、残りの65.6%の学生は「問題あり」と判定された。ZUNGの合計得点の平均は全学生で42.60±7.58、男子41.57±7.29点、女子45.58±7.71点でGHQ12の合計得点同様、cut-off pointを上回って「問題あり」の領域に入っていた。また女性の平均が男性の平均に比べて有意に高かった。個別的な項目に対する得点の平均の比較を表4にまとめた。ここでも女性の平均の方が男性の平均よりも高い項目が多く見られるが、GHQ12ほど大きな差は見られなかった。男性も女性も、朝方気分がすぐれない学生の平均点が最も高かった。

GHQ12合計得点とZUNG合計得点との関係を図に示す。相関係数は0.64であった。ZUNGの合計得点が最も低い27から29までの5名は、GHQ12合計点も0と最低点を示し、

表2 GHQ12の項目別平均得点

項目番号	設 問	全体 (n = 128)		男性 (n = 95)		女性 (n = 33)		男女間 有意差
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
GHQ1	何かをするときにいつもより集中して	0.16	0.37	0.16	0.37	0.18	0.39	
GHQ2	心配事があってよく眠れないことは	0.25	0.44	0.26	0.44	0.21	0.42	
GHQ3	自分のしていることに生きがいを感じることが	0.17	0.38	0.15	0.36	0.24	0.44	
GHQ4	容易に物事を決めることが	0.12	0.32	0.12	0.32	0.12	0.33	
GHQ5	いつもストレスを感じることは	0.56	0.50	0.48	0.50	0.79	0.42	*
GHQ6	問題を解決できなくて困ったことが	0.42	0.50	0.40	0.49	0.48	0.51	
GHQ7	いつもより日常生活を楽しく送ることが	0.09	0.29	0.06	0.25	0.18	0.39	
GHQ8	問題があったときに積極的に解決しようとする	0.16	0.37	0.13	0.33	0.24	0.44	
GHQ9	気が重くて憂うつになることは	0.39	0.49	0.33	0.47	0.58	0.50	*
GHQ10	自信を失ったことは	0.38	0.49	0.33	0.47	0.55	0.51	*
GHQ11	自分は役に立たない人間だと考えたことは	0.24	0.43	0.18	0.39	0.42	0.50	*
GHQ12	一般的にみて幸せといつもより感じたことは	0.48	0.50	0.52	0.50	0.36	0.49	
GHQ total		3.43	2.75	3.11	2.55	4.36	3.11	

表3 ZUNG得点の累積度数分布

得点	度数	パーセント	累積度数	累積 パーセント	得点	度数	パーセント	累積度数	累積 パーセント
27	2	1.6	2	1.6	45	3	2.3	86	67.2
28	1	0.8	3	2.3	46	7	5.5	93	72.7
29	2	1.6	5	3.9	47	3	2.3	96	75
30	3	2.3	8	6.3	48	8	6.3	104	81.3
31	4	3.1	12	9.4	49	1	0.8	105	82
32	1	0.8	13	10.2	50	4	3.1	109	85.2
34	2	1.6	15	11.7	51	4	3.1	113	88.3
35	7	5.5	22	17.2	52	4	3.1	117	91.4
36	2	1.6	24	18.8	53	2	1.6	119	93
37	3	2.3	27	21.1	54	2	1.6	121	94.5
38	3	2.3	30	23.4	55	1	0.8	122	95.3
39	14	10.9	44	34.4	56	1	0.8	123	96.1
40	8	6.3	52	40.6	57	1	0.8	124	96.9
41	10	7.8	62	48.4	61	1	0.8	125	97.7
42	7	5.5	69	53.9	62	1	0.8	126	98.4
43	7	5.5	76	59.4	65	2	1.6	128	100
44	7	5.5	83	64.8					
					計	128	100	128	100

表4 ZUNG得点の項目別平均得点

項目番号	設 問	全体 (n = 128)		男性 (n = 95)		女性 (n = 33)		男女間 有意差
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
ZUNG1	気分が沈んでゆううつだ	1.82	0.68	1.73	0.63	2.09	0.77	*
ZUNG2	朝方一番気分がよい	3.43	0.75	3.42	0.74	3.45	0.79	
ZUNG3	泣いたり、泣きなくなったりする	1.48	0.65	1.34	0.52	1.91	0.81	*
ZUNG4	夜がよく眠れない	1.62	0.85	1.60	0.80	1.67	0.99	
ZUNG5	食欲は普通にある	1.52	0.78	1.48	0.73	1.61	0.93	
ZUNG6	異性に関心がある	2.29	0.97	2.00	0.85	3.12	0.78	*
ZUNG7	やせてきた	1.32	0.53	1.36	0.56	1.21	0.42	
ZUNG8	便秘する	1.36	0.77	1.28	0.68	1.58	0.97	
ZUNG9	心臓がどきどきする	1.42	0.71	1.39	0.70	1.52	0.71	
ZUNG10	疲れやすい	2.35	1.06	2.29	1.02	2.52	1.18	
ZUNG11	考えはよくまとまる	2.78	0.89	2.68	0.88	3.06	0.86	*
ZUNG12	何事もたやすくできる	3.15	0.84	3.12	0.86	3.24	0.79	
ZUNG13	落ち着かずじっとしていられない	1.92	0.92	1.99	0.96	1.73	0.76	
ZUNG14	将来に希望がある	2.41	0.92	2.37	0.92	2.55	0.91	
ZUNG15	気分はいつもに比べてイライラする	1.70	0.81	1.60	0.68	2.00	1.06	*
ZUNG16	気楽に決心できる	2.69	1.00	2.68	0.98	2.70	1.08	
ZUNG17	自分は役に立ち必要な人間だと思う	3.20	0.80	3.12	0.82	3.42	0.71	
ZUNG18	自分の人生は充実している	2.55	0.90	2.53	0.91	2.61	0.90	
ZUNG19	自分が死んだ方が他の者にとって良いと思う	1.19	0.45	1.15	0.44	1.30	0.47	
ZUNG20	日常生活に満足している	2.41	0.84	2.44	0.80	2.30	0.95	
		42.60	7.58	41.57	7.29	45.58	7.71	

ZUNGの合計得点が61点から最大の65点までの4名では、GHQ12の合計得点が9点から11点と高かったので、両極端では「抑うつ度」は「精神的健康度」の予測に役立つが、中間の得点では、分布が広がって一方の尺度から他方の尺度の得点を予想するのは難しかった。GHQ12のcut-off pointを2/3、ZUNGのcut-off pointを39/40として全学生に対して行った

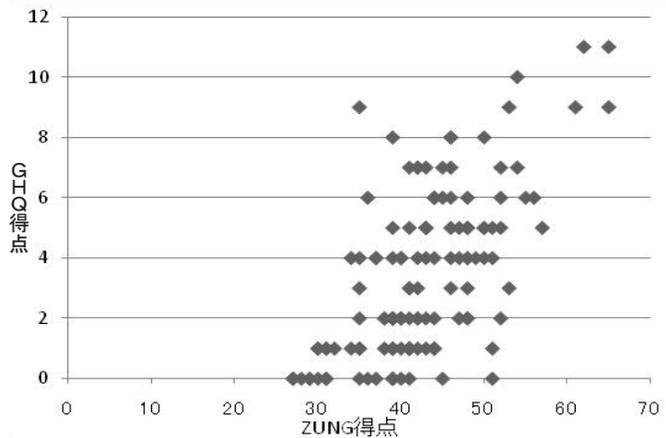


図 ZUNG得点とGHQ12得点との関係を示す散布図

「精神的健康度」と「抑うつ度」の判別結果を表5に示す。2種類の質問表の目的は異なるが、両者の一致率は71.1% (91/128) であった。

学生の少なくとも75%が精神的に健康であると定義して

GHQ12合計得点のcut-off pointを、表1に示した累積パーセントを使って求めると、4点以下の学生が占める割合は66.4%であるが、5点以下とすると77.3%となるので、合計点が5点以下ならば「精神的に健康」というcut-off point 5/6を設定した。同様の定義をZUNG合計得点に適用すると、表3の累積パーセントから、それ以下の得点の学生の割合が75%となる47点が認められたので、この点以下を「抑うつ状態はほとんど無し」のcut-off point 47/48として設定した。ここで新しく設定した二つのcut-off pointによる判定結果の相互の関係を表5のカッコ内に示した。GHQ12とZUNGの両方の基準で共に「健康」とされる学生数は、34名から80名に増加し、その分両方の基準で「不健康」と判定される学生数が57名から13名に減ることが認められる。しかし、判定の不一致例の総数はほとんど変化しないので、判別の一致率は、慣用されている基準のそれとほぼ同じ値 (72.7% ; 93/128) であった。

表5 精神的健康度 (GHQ12) と ZUNG抑うつ尺度の関係

		GHQ12判定		
		健康	不健康	
ZUNG判定	健康	34 (80)	10 (16)	44 (96)
	不健康	27 (19)	57 (13)	84 (32)
		61 (99)	67 (29)	128

## 【考 察】

### 1) 入学時に精神的健康度を測定する意義

緒言で触れたように、抑うつ状態は有意義で充実した大学生生活及び臨床実習を実現する妨げになるので、教員や大学が一丸となって入学後早期に精神的健康度が低下している学生及び将来低下が懸念される学生を把握し、妨げとなっている問題の解決を図り、精神的健康を向上させる必要がある。

Guthrieら<sup>7)</sup>は、マンチェスター大学の医学生155名を対象に、1, 4, 5年次にGHQ12を実施した。その結果、5年次に問題が生じた学生は1, 4年次の得点も高いことを見出し、GHQ12は最終年次に問題が生じる学生の予測指標としてたいへん有益であると述べている。新入生1430名に対しGHQ28項目版を用いて、入学時と1-3ヶ月後の精神的健康度を調査した井崎ら<sup>8)</sup>は、1-3ヶ月後に平均得点が13.03点から7.71点に有意に低下したが、医学的診断がついた群に限ると、平均得点の低下が見られず、入学時のGHQ28得点の高さが早期の適応や予後と関連していると述べている。小椋ら<sup>9)</sup>は、大学生における精神障害の早期発見・早期対応を目的として、10年間にわたり新入学生13096人を対象とした研究を行い、GHQ12によるスクリーニングテストで13.3~19.8%の学生が精神医学的面接の対象と判断されたと述べている。この内、継続的面接を実施した学生は57名で、そのうち12名が統合失調症の前駆症状と診断された。

以上より、1, 2年次、特に入学後早い時期における精神的健康度の測定は、個々の学生の

測定時点の精神状態の把握にとどまらず、将来の精神面の状況が推測でき、たいへん有益である。また、精神的健康が著しく低い学生、うつ状態が強い学生、精神症状が現れている学生が見出された場合には、精神科専門医と連携し、時期を失することなく医療機関で治療を受けさせることが可能となる。

しかし一方で、問題が生じる学生に注目するあまり、不健康度を過大に評価してしまう危険も注意する必要がある。そのためには、判定に使用する cut-off point をどこに設定するかが重要である。現在の学生かたぎが時代と共に大きく変わってきていることに着目して、慣用されていることを重視しすぎて、時代や、理学療法学生に合わない基準を適用して判断しないような心がけが必要であろう。Ozdemirら<sup>10)</sup>は、トルコの大学保健センター精神科を受診した大学生170名を対象にGHQ12を実施した研究で、何らかの精神科的診断がついた111名(65.3%)の学生の平均得点は7.5点、うつ病診断者84名(49%)の平均得点は9.5点であったが、精神科的診断がつかなかった59名(34.7%)の学生の平均得点でも5.3点であったと報告している。彼らはcut-off pointを7/8, 8/9, 9/10と変化させてGHQ12をうつ病のスクリーニング検査として用いる場合には、感度と特異度から見てcut-off point 8/9が有用であると述べている。

## 2) 理学療法専攻学生の精神的健康について

日本の大学生及びリハビリテーション専攻学生の精神的健康度の研究にはGHQ30項目版を使用しているものが多い<sup>11-17)</sup>。GHQ12と質問項目が異なる上、cut-off pointも対象に応じて変化しているので詳細な比較検討は別の機会に譲りたいが、大学新生の中にかなり多くの精神的不健康者が存在するという点を指摘している点では我々の報告と一致している。特にcut-off pointを7に設定した判定では、70%以上の精神的不健康者が認められている。最近になされた研究を中心に関連がある報告を表6にまとめた。

我々と同じGHQ12を用いた研究と比較すると、平均点は1.22の外国医療系学生からうつ病の診断がついた大学生を対象とした9.5点までであり、不健康者の割合もcut-off point 3/4点の

表6 GHQ30を使用した精神的健康度評価の文献一覧

著者(発表年度)	対象者	不健康者の割合	cut-off point	参考文献番号
渡辺ら(1992)	私立総合大学7学部2940名	50.70%	8	11
森田ら(2003)	リハビリテーション専門学校入学生979名と 長崎大学入学生1432名	専門学校生 49.9 % 大学生 37.2 %	8	12
中原ら(2003)	リハビリテーション専門学校新生979名	49.90%	8	13
河村(2004)	短期大学生254名	69.70%	7	14
毛利ら(2004)	大学, 短大, 専修・専門学校生2174名	72.6 % (7) 66.6 % (8)	7, 8	15
吉本ら(2004)	リハビリテーション専門学校新生159名	40.7 % 夜間女子 66.7 %	8	16
中原ら(2006)	リハビリテーション専門学校2年生76名	89.50%	7	17

18.5%から cut-off point 2/3点の65.2%まで、大きく変動した(表7)。外国の理学療法学生に対する報告では、ナイジェリアの理学・看護学生でGHQ12の平均点が1.22、アイルランドの理学療法学生では不健康者の割合が27%である。これらを日本の理学療法学専攻学生の値と比較すると、わが国で精神的不健康者の割合が高いことが認められる。ただ、これらの国とわが国では、社会環境が大きく異なるので様々な要因を検討して慎重に比較する必要がある。

一般の学生、社会人と医療系学生を比較した報告では、他の専攻と比較して精神的健康度が低い者が多く、特に女子学生に顕著であるとの報告が多い。しかし、テストが行われた状況、cut-off pointなどのばらつきが多いので、判定は難しいのではなかろうか。

これらの報告を参考にして、A大学の新生の精神的健康度を眺めると、A大学の新生のGHQ12得点はGHQ法で $3.43 \pm 2.75$ 点であった。得点分布はGHQ法で0-2点61名47.7%で、3点以上は67名52.3%、4点以上は60名46.9%を占めた。GHQ12項目版の日本に於けるcut-off pointは2/3が推奨されており、それを基準とすると67名52.3%が精神的健康度の低い不健康状態と判断された。ZUNGの抑うつ状態スクリーニングテストでも、40点以上を抑うつ状態と判断すると、本研究の得点は $42.6 \pm 7.58$ 、得点分布は40点未満44名34.4%、40点以上84名で59.6%を占め、全体の60%が抑うつ状態と判定された。

### 3) 性差

A大学新生のGHQ12男女別得点は、Likert法で男子 $13.4 \pm 5.07$ 点、女子 $15.4 \pm 4.87$ 点、GHQ法で男子 $3.11 \pm 2.55$ 点、女子 $4.36 \pm 3.11$ 点、ZUNG男女別得点でも、男子 $41.7 \pm 7.20$ 点、女子 $45.8 \pm 8.15$ 点であり、女子学生は男子学生と比較して有意に高い得点を示した。中原ら<sup>13)</sup>、中山ら<sup>18)</sup>、長沼ら<sup>19)</sup>も同様に女子学生の方が男子学生よりも得点が高いと報告している。中原らは、その理由を内向的で神経質である性質が環境の変化によるストレスを受けやすいためであると考察している。精神的不健康及び抑うつ状態において、性別に有意差がないという報告<sup>7) 15) 20-22)</sup>もあるが、男子学生の方が不健康者の割合が高いという報告は見当たらなかった。その他、精神的健康度に影響する要因として、性別、学年、全体の対象人数、専攻、実施時期、統計的手法、研究手法、友人や両親との関係、既往歴、試験に対するストレス感、教員との良好な関係、親しい異性の有無、学内外でのサークル活動への参加、進路選択に関する自己効力感、周囲の人からのサポート入手可能性、大学のサポート体制など学生を取りまく様々な因子が挙げられている<sup>18-21)</sup>。

### 4) 新しいcut-off pointの設定

A大学の新生128名中、GHQ12によって、「精神的健康度に問題がある」と判定された学生が67名(52.3%)、Zungによって「抑うつ傾向がある」と判定された学生が84名(59.6%)存在し、二つのテストの両方で、「問題なし」とされた学生が34名(26.6%)に過ぎなかったことは驚くべき結果である。さらに驚くことには、上述したように同じような条件の理学療法学生を対象とした他施設での調査でも、精神的な健康度の低さが報告されていることである。これらの施設では、本来、健康者の集団から、異常者を発見するために工夫されたス

クリーニングテストが、いつの間にか異常者の集団から、少数の健常者を発見するテストに変化してきているといえよう。我々の学生時代に比べ、学生を取り巻く環境が大きく変貌し、それに対する学生の対処法も時代と共に変化してきているが、実際に学生に接している経験から、大多数の学生は、社会生活や学生生活に適応しているように見え、半数を超える学生が精神的に不健康であるとは考えにくい。不健康者が多く判定される原因としては、実際に社会の変化に適応できない学生が増加している、学生の適合能力以上に、ストレスが増えているなど多くの要因が挙げられるが、我々はその一つとして、判定のために使用されている cut-off point それ自体が、時代の変化に適合していない可能性を考えた。福西がGHQ12の基準として2/3を提唱したのが今から20年以上前の1990年、Zungが39/40を提唱したのが50年以上前の1965年であることを考えると、このあたりで今一度cut-off point 自体を検討することも有意義であると考えられた。近年、わが国で行われているGHQ12を使った調査でも、cut-off point を2/3から3/4へ1点上昇させている報告が見られるが(表7)、我々はA

表7 GHQ12を使用した精神的健康度評価の文献一覧

著者(発表年度)	得点(*:Likert法)	不健康者の割合	cut-off point	参考文献番号	
Firth J (1986)	英国医学生318名	11.66 ± 5.16 *	31.2%	3/4	23
福西勇夫 (1990)	国内大学生31名		42%	2/3	6
Guthrie E, et al (1998)	マンチェスター大学の医学生1, 4, 5年生		36.6%, 31.6%, 21.9%	2/3	7
Harrison J, et al (1999)	英国の38014名の大規模調査		学生 34.9% 18-34歳 28.3%	2/3	24
内田和彦・他 (2002)	国内医学生	2.91 (平均値)	12.6%	6/7	25
景山隆之・他 (2003)	公立病院女性看護職98名	4.3 ± 3.5	60.2%, 54.1%	2/3, 3/4	26
伊藤桜子・他 (2005)	メンタルヘルスセンター利用者2361名	4.8 ± 3.7	65.2%	2/3	27
Omigbodun OO, et al (2006)	ナイジェリアの医, 歯, 理学, 看護学生1178名	1.22 ± 1.87 1.66 ± 2.22 医・歯学生			28
Ozdemir H, et al (2007)	トルコの大学生170名(精神科受診者)	7.5 ± 3.7 (何らかの精神科診断) 9.5 ± 2.4 (うつ病診断)		8/9を推奨	10
Zaid ZA, et al (2007)	マレーシアの医学生253名		46.2%	3/4	21
Biro E, et al (2010)	ハンガリーの医学生89名	2.15 ± 2.69	18.5%	3/4	29
兒玉幸子・他 (2010)	国内大学医療系新入生の115名(男性28名, 女性87名)	4.26 ± 2.8	59%	3/4	20
Walsh JM, et al (2010)	アイルランドの理学療法学生125名	12.9 ± 5.19 *	27%	3/4	30

大学のデータを使って、現代の学生の7割から8割の「精神的健康度」を「許容できる」と判定するには、cut-off pointをどこまで上昇させなければならないかを調べてみた。その結果、GHQ12のcut-off pointを5/6に、Zungのcut-off pointを47に移動させると、128名中、GHQ12によって「精神的健康度に問題がある」と判定された学生が67名から29名(22.7%)に、Zungによって「抑うつ傾向がある」と判定された学生が84名から32名(25.0%)に減少し、二つのテストの両方で、「問題なし」とされた学生は34名から80名(62.5%)に増加した。つまりこの基準を使うと、A大学の新入生の大半は、精神的に健康で、一部の学生だけが健康上の問題を抱えているということになり、慣用されている基準による判定結果とは大きく異なるのである。

我々は、普通に社会生活、学生生活を送っている学生の過半数を「不健康」とする基準は、慣用されているというだけの理由でそのまま受け入れるのではなく、いろいろな側面から、検討して、納得した上で受け入れるべきであると考え、新しい基準を提案した。我々が提案した基準が妥当なものであるか、入学後の学生指導に有用であるかは、さらに検証が必要であろう。

## 付 録

精神的健康度テスト(GHQ: General Health Questionnaire)はGoldbergらが開発した非器質性、非精神病性の精神障害のスクリーニングテストで、神経症状の発見や把握を主たる目的とするほか、うつや緊張を伴った疾患性など、精神的健康度を測る質問紙として用いられている<sup>3,4)</sup>。このテストは、使用する設問数によって60項目版、30項目版、28項目版、12項目版がある。GHQ12は最小項目数の短縮版であり、60項目版と同程度の判別能力を有していること<sup>6)</sup>、2因子構造で高い信頼性と妥当性を有していること<sup>31, 32)</sup>、ストレス指標としての妥当性を有していることが確認されている<sup>33)</sup>。表8に今回A大学で使用されたGHQ12およびZUNG質問表を示す。12項目の設問を4件法で被験者自身の判断で回答する。採点方法には、Likert法(0, 1, 2, 3と配点)及びGHQ法(0-0-1-1と配点)がある。この論文では主としてGHQ法による採点結果を使用し、Likert法による採点はGHQ法との関連を見るだけに使用した。GHQ12項目版のcut-off pointは、わが国で広く使われている合計得点が2点以下を精神的健康度が高い健康状態、3点以上を精神的健康度の低い不健康状態とする基準をこの論文でも使用した。

Zung自己評価式抑うつ尺度日本語版テストは自己記入式の抑うつ状態スクリーニングテストで、信頼性と妥当性が確立され、世界中で広く使用されている<sup>5, 34, 35)</sup>。ZUNGの評点は、抑うつ傾向が強いほど、高くなるように配点が工夫されている。cut-off pointは合計得点が40点であり、40点以上は抑うつ状態と判定する。

表8 GHQ12とZUNGの質問票

この1週間の自分にあてはまると思われる番号に○をつけてください。

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. 何かをする時いつもより集中して</p> <p>0 できた</p> <p>1 いつもと変わらなかった</p> <p>2 いつもよりできなかった</p> <p>3 全くできなかった</p>  | <p>7. いつもより日常生活を楽しく送ることが</p> <p>0 できた</p> <p>1 いつもと変わらなかった</p> <p>2 できなかった</p> <p>3 全くできなかった</p>          |
| <p>2. 心配事があって、よく眠れないようなことは</p> <p>0 全くなかった</p> <p>1 あまりなかった</p> <p>2 あった</p> <p>3 たびたびあった</p>       | <p>8. いつもより問題があった時に積極的に解決しようとするのが</p> <p>0 できた</p> <p>1 いつもと変わらなかった</p> <p>2 できなかった</p> <p>3 全くできなかった</p> |
| <p>3. いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が</p> <p>0 あった</p> <p>1 いつもと変わらなかった</p> <p>2 なかった</p> <p>3 全くなかった</p> | <p>9. いつもより気が重くて憂うつになることは</p> <p>0 全くなかった</p> <p>1 いつもと変わらなかった</p> <p>2 あった</p> <p>3 たびたびあった</p>          |
| <p>4. いつもより容易に物事を決めることが</p> <p>0 できた</p> <p>1 いつもと変わらなかった</p> <p>2 できなかった</p> <p>3 全くできなかった</p>     | <p>10. 自信を失ったことは</p> <p>0 全くなかった</p> <p>1 あまりなかった</p> <p>2 あった</p> <p>3 たびたびあった</p>                       |
| <p>5. いつもストレスを感じたことが</p> <p>0 全くなかった</p> <p>1 あまりなかった</p> <p>2 あった</p> <p>3 たびたびあった</p>             | <p>11. 自分は役に立たない人間だと考えたことは</p> <p>0 全くなかった</p> <p>1 あまりなかった</p> <p>2 あった</p> <p>3 たびたびあった</p>             |
| <p>6. 問題を解決できなくて困ったことが</p> <p>0 全くなかった</p> <p>1 あまりなかった</p> <p>2 あった</p> <p>3 たびたびあった</p>           | <p>12. 一般的にみて幸せといつもより感じたことは</p> <p>0 たびたびあった</p> <p>1 あった</p> <p>2 なかった</p> <p>3 全くなかった</p>               |

この1週間の自分にあてはまるものに○をつけてください。

質 問 項 目				
1. 気分が沈んでゆううつだ。	い い え	時 に	たいてい	い つ も
2. 朝方一番気分がよい。	い つ も	たいてい	時 に	い い え
3. 泣いたり、泣きたくなったりする。	い い え	時 に	たいてい	い つ も
4. 夜がよく眠れない。	い い え	時 に	たいてい	い つ も
5. 食欲は普通にある。	い つ も	たいてい	時 に	い い え
6. 異性に関心がある。	おおいに	かなり	少 し	な し
7. やせてきた。	い い え	少 し	かなり	たいへん
8. 便秘する。	い い え	時 に	たいてい	い つ も
9. 心臓がどきどきする。	い い え	時 に	たいてい	い つ も
10. 疲れやすい。	い い え	時 に	たいてい	い つ も
11. 考えはよくまとまる。	い つ も	たいてい	時 に	い い え
12. 何事もたやすくできる。	い つ も	たいてい	時 に	い い え
13. 落ち着かず、じっとしてられない。	い い え	時 に	たいてい	い つ も
14. 将来に希望がある。	おおいに	かなり	少 し	な い
15. 気分はいつもに比べてイライラする。	い い え	少 し	かなり	たいへん
16. 気楽に決心できる。	い つ も	たいてい	時 に	い い え
17. 自分は役に立ち必要な人間だと思う。	おおいに	かなり	少 し	い い え
18. 自分の人生は充実している。	たいへん	かなり	少 し	い い え
19. 自分が死んだ方が、他の者にとって良いと思う。	い い え	時 に	たいてい	い つ も
20. 日常生活に満足している。	おおいに	かなり	少 し	い い え

## 【参考文献】

- 1) 佐藤武：大学生にみられるうつ状態における対人関係及び両親による影響. 心身医学 49: 1131-1132, 2009.
- 2) 中山直子, 村松健司, 岡昌之, 他：新入学生のポジティブな学生生活と構造的にみた関連要因. CAMPUS HEALTH 47: 181-186, 2010.
- 3) Goldberg DP, Hiller VF: A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 9: 139-145, 1979.
- 4) 中川泰秋, 大坊郁夫：GHQ精神健康調査票手引. 日本文化科学社, 1985.
- 5) Zung WWK: A self-rating depression scale. Ach Gen Psychiat 12: 63-70, 1965.
- 6) 福西勇夫：日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point. 心理臨床 3: 228-234, 1990.
- 7) Guthrie E, Black D, Bagalkote H, et al: Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. J R Soc Med 91: 237-243, 1998.
- 8) 井崎ゆみ子, 武久美奈子, 前田健一：大学新入生のメンタルヘルスGHQによるスクリーニングと面接を施行して. 精神科治療学 25: 523-530, 2010.
- 9) 小椋力, 仲本晴男, 大田裕一・他：精神障害の早期発見・早期対応を目的とした大学生に対する精神保健活動 10年間の経験から. 精神医学 49: 855-864, 2007.
- 10) Ozdemir H, Rezaki M: General Health Questionnaire-12 for the detection of depression. Turk Psikiyatri Derg 18: 13-21, 2007.
- 11) 渡辺登：質問紙法による大学生の精神健康調査. 社会精神医学 15:269-274, 1992.
- 12) 森田正治, 福井凡子, 中原雅美・他：リハビリテーション教育研究 8:67-69, 2003.
- 13) 中原雅美, 森田正治, 原口健三・他：日本版GHQによる新入生の健康度. リハビリテーション教育研究 8: 70-72, 2003.
- 14) 河村壮一郎：精神健康調査票を用いた短期大学生の精神的健康に関する要因の検討. 鳥取短期大学研究紀要 50: 17-25, 2004.
- 15) 毛利瑞穂, 敷川悟, 竹村祥恵・他：A県における学生の精神健康調査. 日社精医誌 13: 41-51, 2004.
- 16) 吉本龍司, 森田正治, 宮崎至恵・他：入学直後における学生一般的健康調査. リハビリテーション教育研究 9: 50-52, 2004.
- 17) 中原雅美, 村上茂雄, 松崎秀隆・他：学生の情意面と精神健康度との関係. リハビリテーション教育研究 11: 74-76, 2006.
- 18) 中山直子, 村松健司, 岡昌之・他：新入学生のポジティブな学生生活と構造的にみた関連要因. CAMPUS HEALTH 47: 181-186, 2010.
- 19) 長沼洋一, 山村礎, 犬塚彩・他：大学生の4年間のGHQ30得点の推移とストレス緩衝要因の関連. CAMPUS HEALTH 47: 103-108, 2010.
- 20) 兒玉幸子, 佐藤武, 新地浩一：大学新入生のメンタルヘルスとその関連要因. CAMPUS HEALTH 47: 187-192, 2010.
- 21) Zaid ZA, Chan SC, Ho JJ: Emotional disorders among medical students in a Malaysian private medical school. Singapore Med J 48: 895-899, 2007.
- 22) 村田伸：学生の精神的健康に関する調査報告. 理学療法学 25S: 13, 1998.
- 23) Firth J: Levels and sources of stress in medical students. BMJ 292: 1177-1180, 1986.
- 24) Harrison J, Barrow S, Gask L, et al: Social determinants of GHQ score by postal survey. J of Public Health Medicine 21: 283-288, 1999.
- 25) 内田和彦, 大竹厚裕, 八谷百合子・他：医学部学生における生活習慣調査. J UOEH 24: 114, 2002.
- 26) 景山隆之, 錦戸典子, 小林敏生・他：公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連. 大分看護科学研究 4: 1-10, 2003.

- 27) 伊藤桜子, 津田彰, 山本晴義・他: メンタルヘルスセンター利用者の精神的健康度と生活習慣要因との関連性. 久留米大学心理学研究 4: 89-102, 2005.
- 28) Omigbodun OO, Odukogbe AT, Omigbodun AO, et al: Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41: 415-21, 2006.
- 29) Biro E, Balajti I, Adany R, et al: Determinants of mental well-being in medical students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 45: 253-258, 2009.
- 30) Walsh JM, Feeney C, Donnellan C: Sources of stress and psychological morbidity among undergraduate physiotherapy students. Physiotherapy 96: 206-212, 2010.
- 31) 新納美美・森俊夫: 企業労働者への調査に基づいた日本版GHQ精神健康調査票12項目版(GHQ-12)の信頼性と妥当性の検討. 精神医学 43: 431-436, 2001.
- 32) Allison KR, Adlaf EM, Irving HM, et al: Relationship of vigorous physical activity to psychologic distress among adolescents. J Adolesc Health 37: 164-166, 2005.
- 33) 三島徳雄, 加藤登紀子, 河野啓子・他: ストレス反応指標としてのGHQの検討—国家試験前後の変動から—. 産業ストレス研究 3: 59, 1995.
- 34) Radloof LS: The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychology Measurement 1: 385-401, 1977.
- 35) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則・他: 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 2: 717-723, 1985.