

大学新入生健診におけるメンタルヘルス調査の検討

神人 蘭^{1,2)}, 岡本 百合¹⁾, 三宅 典恵¹⁾, 永澤 一恵²⁾
杉原美由紀¹⁾, 古本 直子¹⁾, 矢式 寿子¹⁾, 松山まり子¹⁾
石原 令子¹⁾, 玉田 美江¹⁾, 日山 亨¹⁾, 横崎 恭之¹⁾
吉原 正治¹⁾

近年、大学生のうつは増加傾向にあり、学校生活にも大きな影響を及ぼす。また、早期にうつ病を発症すると、その後も再発しやすく、慢性的な経過をたどる。そのために、大学メンタルヘルスの現場において、抑うつ症状の早期発見と早期治療は極めて重要である。そこで、本研究では、抑うつ症状の程度によって、BDI-IIの各項目得点に違いがあるかを検討した。その結果、自殺念慮、悲しみや喜びの消失、罪責感、活力喪失といった項目が高得点の場合には、総得点が有意に高くなることが明らかになった。また、これらの項目で高得点を示した新入生は、全体の約1%であった。今回の検討から、総得点だけでなく、自殺念慮や悲しみ、喜びの消失、罪責感、活力喪失などの項目にも注目して検討し、早期の支援につなげていく必要があると考えられた。

キーワード：大学生、抑うつ、新入生健診

Evaluation of depression when entering a university

Ran JINNIN^{1,2)}, Yuri OKAMOTO¹⁾, Yoshie MIYAKE¹⁾, Ichie NAGASAWA²⁾
Miyuki SUGIHARA¹⁾, Naoko FURUMOTO¹⁾, Hisako YASHIKI¹⁾, Mariko MATSUYAMA¹⁾
Reiko ISHIHARA¹⁾, Mie TAMADA¹⁾, Toru HIYAMA¹⁾, Yasuyuki YOKOSAKI¹⁾
Masaharu YOSHIHARA¹⁾

In recent years, the number of university students with depression is increasing, and depressive symptoms have substantial impact on school life. Additionally, the early onset of depression is more likely to relapse and have a chronic course. Therefore, early detection and treatment of depressive symptoms are extremely important. We examined whether there were significant differences in item scores of BDI-II among the degrees of depressive symptoms. Results showed that the total score is significantly higher when the scores of suicidal thoughts, sadness, loss of pleasure, guilty feelings, and loss of energy are high. About one percent of the freshmen reported high scores in these items. Our study suggested importance of paying attention to the items such as suicidal thoughts, sadness, loss of pleasure, guilty feelings, and loss of energy.

Key words: university students, depression, freshmen health checkup

1) 広島大学保健管理センター
2) 広島大学大学院精神神経医科学

1) Health Service Center, Hiroshima University
2) Department of Psychiatry and Neurosciences, Hiroshima University

I. はじめに

近年、大学生のうつ傾向の高さが指摘されており¹⁻³⁾、自ら抑うつを訴えて相談にくるケースも増えており、筆者が所属する保健管理センターの相談件数も増加の一途である。

青年期のうつは、慢性的な経過をたどり、対人関係の困難や、学業成績の低下、薬物乱用や自殺率の増加などの否定的な結果にいたることが多く報告されている⁴⁻⁶⁾。加えて、青年期にうつ病を発症すると、成人期にうつ病を再発する確率が高まると言われている⁶⁾。我が国のうつ病による経済損失は2005年データで約2兆円と言われており⁷⁾、他の先進国と同様に、その社会的損失の影響は非常に大きいと言える。

また、我が国の自殺者数は年間約3万人と深刻な状況となっており、特に、15-34歳の若い世代で死因の第一位は自殺であり、これは、先進7カ国のなかでも日本のみと非常に不名誉な状態である⁸⁾。この傾向は大学でも同様で、内田らの報告によると、大学生においても、死因の第一位は自殺である。自殺の背景には、うつ病などの気分障害をはじめ、何らかの精神疾患があるとされているが、自殺した学生のうち、保健管理センターが関与した学生は19%と少なく、受診や診断を受けずに自殺してしまう学生も多い⁹⁾。

こういった背景や自殺予防の観点からも精神疾患の早期発見、早期介入を行っていくことはきわめて重要である。

新入生を対象にしたメンタルヘルス支援の取り組みは、我々も、以前より新入生健診でメンタルヘルス調査や呼び出しによる面接を行ってきた^{10,11)}。今回は、新入生健診で実施したメンタルヘルス調査の結果を質問項目に注目して検討し、その特徴について考察することとした。

II. 方法

1. 対象者

某国立大学のX年度新入生。

2. 調査方法

新入生健康診断の一部として、自記式質問紙を用いたアンケート調査を実施。自覚的な抑うつ症状を評価する自記式質問紙である Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) を含む問診票に記入してもらい、回収した (2,480名, 回収率99.2%)。全項目回答のあった2,472名の結果について検討した。

3. 調査項目

抑うつ評価尺度として、世界中で臨床、研究で広く使用されている自記式質問紙である BDI-II を使用した^{12,13)}。BDI-II は全21項目からなり、各項目0~3点で評価を行う。評価は総得点で評価し、点数が高いほど自覚的な抑うつ症状が強い。総得点によって、重症度分類が示されており、0-13点を極軽症、14-19点を軽症、20-28点を中等症、29-63点を重症と分けている。なお、問診票では、年齢、性別、所属などの項目についても含まれている。

4. 解析方法

統計解析には、統計解析ソフト IBM SPSS for Windows Ver.22を使用し、データの解析方法は一要因の分散分析にて行った。なお、有意水準は5%とした。

III. 結果

解析対象者の平均年齢は、 18.5 ± 2.2 歳、男女比は男性1,565名 (63.3%)、女性907名 (36.5%)であった。所属学部は、6年制理系学部204名、4年制理系学部1,056名、4年制文系学部1,071名、その他学部141名であった。2,472名のBDI-II平均値は 5.3 ± 5.4 点であった。次に、解析対象者の重症度分類による分布は、極軽症 (ほぼ無症状) である0-13点を示したのは、2,265名 (91.6%)、軽度である14-19点を示したのは152名 (6.1%)、中等度である20-28点を示したのは47名 (1.9%)、重度である29点以上を示したのは8名 (0.3%)であった。

次に、各項目毎の回答得点で3群 (0点群, 1

表1 項目得点別 BDI-II 総得点比較

BDI-II回答項目	項目得点別BDI-II総得点		
	0点	1点	>2点
1. 悲しさ	3.3	9.7	19.7
2. 悲観	3.7	10.6	15.2
3. 過去の失敗	3.3	7.5	14.6
4. 喜びの喪失	4.2	11.2	20.1
5. 罪責感	3.5	9.1	19.6
6. 被罰感	4.3	11.1	17.6
7. 自己嫌悪	3.9	11.4	17.7
8. 自己批判	3.7	10.2	16.2
9. 自殺念慮	4.4	12.3	28.1
10. 落涙	4.1	7.8	11.7
11. 激越	4	9.9	15
12. 興味喪失	4.5	10.7	18.9
13. 決断力低下	4.2	10.3	17.1
14. 無価値感	3.8	11.1	14.6
15. 活力喪失	3.5	10.5	20.9
16. 睡眠習慣の変化	3.3	6.4	10.5
17. 易刺激性	4.5	11.3	17.8
18. 食欲の変化	3.9	8.2	14.1
19. 集中困難	3.5	8.6	17.4
20. 疲労感	3.6	9	17.9
21. 性欲減退	4.7	10.6	14.5

表2 各項目2点以上の回答人数

BDI-II回答項目	2点以上の回答人数	%
1. 悲しさ	28	1.1
2. 悲観	131	5.3
3. 過去の失敗	162	6.6
4. 喜びの喪失	25	1.0
5. 罪責感	29	1.2
6. 被罰感	51	2.1
7. 自己嫌悪	97	3.9
8. 自己批判	114	4.6
9. 自殺念慮	7	0.3
10. 落涙	71	2.9
11. 激越	46	1.9
12. 興味喪失	17	0.7
13. 決断力低下	63	2.5
14. 無価値感	185	7.5
15. 活力喪失	25	1.0
16. 睡眠習慣の変化	193	7.8
17. 易刺激性	26	1.1
18. 食欲の変化	55	2.2
19. 集中困難	57	2.3
20. 疲労感	31	1.3
21. 性欲減退	44	1.8

点群、2点以上の群)に分け、BDI-II 平均総得点を比較した(表1)。一要因の分散分析を行ったところ、全21項目において、各群間で有意差を認め(P<0.05)、各項目の回答得点が高いほど、有意にBDI-II 総得点が高かった。

特に、自殺念慮が2点以上の場合、BDI-II 総得点は28.1点となり、重症度分類で重度に相当する得点となった。また、悲しさ、喜びの消失、罪責感、活力喪失の項目が2点以上の場合、BDI-II 総得点はいずれも19点を超え、重症度分類で中等度に該当した。

次に、各項目2点以上を回答した人数を表2に示す。2点以上を多く回答したものが多かった項目は、睡眠習慣の変化193名(7.8%)、無価値感185名(7.5%)、過去の失敗162名(6.6%)であった。一方、自殺念慮7名(0.3%)、興味の喪失17名(0.7%)、喜びの喪失25名(1.0%)、活力喪失25名(1.0%)は2点以上を回答するものが少ない項目であった。また、悲しさ28名(1.1%)、罪責感29名(1.2%)の項目も約1%程度であり、他の項目に比べて2点以上を回答する割合は少なかった。

IV. 考 察

近年、成人うつ病発症のリスクとして、閾値下うつ(自覚的な抑うつ症状を認めるものの、大うつ病エピソードの診断基準を満たさない)の存在に注目が集まっている。青年期においても、閾値下うつは後のうつ病発症のリスク要因となると報告されている¹⁴⁾。われわれが行った新入大学生対象のコホート研究でも、入学時の抑うつ症状は、その後一年間にわたって維持され、入学時の閾値下うつ症状は、一年以内のうつ病発症のリスクとなることが分かっている(Jinnin et al, in preparation)。気分障害の有病率は10代半ば~20代半ばに直線的に増加し、閾値下うつの有病率は、10代半ばをピークに年齢に伴い減少する。すなわち、10代半ば~20代半ばの青年期~若年成人期にかけて、閾値下うつから大うつ病エピソードへの移行が起こり¹⁴⁾、いわば、うつ病の臨界期といえることができる。

青年期のうつは、学生生活やその後も様々な影響を及ぼすため、発症前からハイリスクの大学生の早期発見や予防介入も非常に重要となってくる。我が国では、少子化が進み、18歳人口が減少している一方で、大学進学率は上昇しており、大

学全入時代と言われて久しい。青年期の多くが大学生を経験し、その在学中は様々な環境の変化や将来を決定するようなライフイベントを経験し、抑うつを経験しやすい時期でもある。青年期の閾値下うつにおいては、成人と同様に、社会機能障害を起こしていることが報告されており¹⁴⁾、学業面、人間関係などの場面で影響を及ぼし、大学生生活へ適応を難しくする要因となることが考えられる。このような学生を早期発見し、介入していくことで将来のうつ病発症を予防できるため、学生メンタルヘルスにおいて中心的な保健管理センターの担う役割は大きいと考える。

新入生健診のメンタルヘルス調査の結果については、これまでに報告してきたが、以前の調査では自記式抑うつ尺度として、Zung Self-rating Scale (SDS) を使用していた^{10,11)}。今回の検討では、BDI-II を使用したが、BDI-II は国内外で臨床、研究で広く使用されており、日本版の信頼性・妥当性も確認されている。西山らの報告でも、我が国の大学生での使用に関して、有用性も確認されており¹⁵⁾、今回使用した。今回の検討では、BDI-II の項目に注目して解析を行っているが、全ての項目で、項目毎の回答得点が高いほど、総得点も高得点になっていた。また、項目によって、特徴がみられた。まず、自殺念慮の項目は、2点（自殺したいと思う）以上を回答した場合には、28.1点と高い得点になっていた。重症度分類では重度に該当する得点であり、また、BDI-II で特異度が最も高くなるのは、25点となり¹⁶⁾、抑うつ状態である可能性も高いと考えられる。また、悲しさ（2点：いつも気が滅入っている）、喜びの消失（2点：以前は楽しめたことにもほとんど喜びを感じなくなった）、罪責感（2点：ほとんどいつも罪悪感を感じている）、活力喪失（2点：活力が足りなくて十分動けない）の項目の場合も、これらの項目が2点以上の場合にはBDI-II 平均総得点は19点を超えていた。重症度分類では中等症に該当し、これらの項目は、うつ病の中核症状を含む項目であった。

海外のレビューでは、閾値下うつの場合、後の大うつ病エピソードの予測因子として、成人で

は抑うつ気分と睡眠障害であるのに対し、青年期の場合にはうつ病の中核症状（抑うつ気分、喜びの消失）と希死念慮が後の大うつ病エピソードを予測するという報告がされている¹⁴⁾。今回の検討でも、自殺念慮や抑うつ気分、喜びの消失の項目が2点以上の場合には、重症度分類でも中等度以上の得点を示しており、こういった項目で2点以上の回答している学生に対しては、より優先的なアプローチが必要となる可能性がある。

メンタルヘルスのチェックは、質問紙を用いてスクリーニングを行い、必要な学生に対しては医師やカウンセラー、保健師などによる面接を行っている大学は多い¹⁷⁾。これまでわれわれも、総得点と希死念慮の項目が高得点のものに対して、呼び出しを行い、面接を行ってきた。呼び出しには約8割の学生が応じており、面接を行った時点で約60%の学生は問題ないが、一方で、ハイリスク状態や治療が必要な学生も約15%いる。また、呼び出しに応じなかった学生ものに相談に訪れる事例もあり、相談窓口である保健管理センターの存在を知らせるという意味も含め、こういった取り組みは一定の効果があると考えられる¹¹⁾。近年、本学でもハイリスクである学生は増えており、面接の結果、治療が必要な学生も増加している。しかし、大学保健管理に関わる人員は限られており、サポートや治療が必要と思われる学生をより効率よく拾い上げ、早期介入を行うことも実務的には必要になってくる。

今回の検討で、自殺念慮を2点以上で回答したものは2,472名中7名であり、悲しさ、喜びの消失、罪責感、活力喪失といった項目が2点以上を回答した人数も全体の約1%にあたる30名以下であり、これらの該当者を優先的に呼び出し、面接を行うにしても、実務的にも可能な数であると考えられた。

今回の検討は、単年度データでの検討であり、年度によって、人数には多少変動があるかもしれない。そのため、複数年でのデータを検討する必要があると考えているが、総得点のみならず、項目にも注目して検討することで、ハイリスク学生に対して早期からの適切なサポートにつながる可

能性が示唆された。

V. 結 語

今回、新入生の入学時に行ったメンタルヘルス調査の結果を通じて、その特徴と、今後のメンタルヘルス支援における検討を行った。まだ予備的な結果ではあるが、今回の検討から、総得点だけでなく、自殺念慮や悲しみ、喜びの消失、罪責感、活力喪失などの項目にも注目して検討することが重要であると示唆された。今後は、データの蓄積を行い、所属や性差、年齢等も考慮するなど、さらなる検討を行っていききたい。

文 献

- 1) 上田裕美：抑うつ感を訴える大学生. 教育と医学, 50 : 428-433, 2002.
- 2) 阿部昌宏, 井上裕美子, 大山良徳：大学生の抑うつ状態とストレス要因に関する調査研究. 大阪工業大学紀要, 44 : 9-22, 1999.
- 3) Tomoda A, Mori K, Kimura M, Takahashi T, et al: One-year prevalence and incidence of depression among first year university students in Japan a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 54: 583-588, 2000.
- 4) Horowitz JL, Garber J: The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 74: 401-415, 2006.
- 5) Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al: Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 35: 1427-1439, 1996.
- 6) Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, et al: Natural course of adolescent major depressive disorder, I: continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 38: 56-63, 1999.
- 7) 佐渡充洋：精神医学のフロンティア うつ病による社会的損失はどの程度になるのか？うつ病の疾病費用研究一. *精神神経学雑誌*, 116 : 107-115, 2014.
- 8) 内閣府「平成26年版自殺対策白書(概要)」[抜粋]：平成26年6月3日共済新報, 55 : 40-42, 2014.
- 9) 内田千代子：研究班発表大学における休・退学、留年学生に関する調査(第34報). *全国大学メンタルヘルス研究会報告書*, 35 : 36-51, 2013.
- 10) 黒崎充勇, 岡本百合, 松山まり子, 他：大学新入生のうつ状態に関するアンケート調査一過去4年間の入学時評価とその転帰についての検討から一. *総合保健科学*, 22 : 49-57, 2006.
- 11) 三宅典恵, 岡本百合, 神人 蘭, 他：大学新入生のうつ傾向に関する検討. *総合保健科学*, 29 : 7-11, 2013.
- 12) Beck AT, Steer RA, Brown GK: *Manual for the Beck Depression Inventory-2.* Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1996.
- 13) Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, et al: Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res.* 110: 291-299, 2002.
- 14) Bertha EA, Balázs J: Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 22: 589-603, 2013.
- 15) 西山佳子, 坂井 誠：日本人大学生に対するうつ病評価尺度(日本版BDI-II)適用の有用性. *行動療法研究*, 35 : 145-154, 2009.
- 16) Arnau RC, Meagher MW, Norris MP, et al: Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychol.* 20: 112-119, 2001.
- 17) 徳田智代：新入生に対するメンタルヘルス面接の試み(Ⅰ). *久留米大学心理学研究*, 3 : 125-134, 2004.