

Total Rehabilitation Research

Printed 2015.2.28 ISSN 2188-1855

Published by Asian Society of Human Services

*F*ebruary 2015
VOL. **2**



Kanoko CHINEN
[Zamami Island]

SHORT PAPER

日本における自己評価式うつ測定尺度の
尺度構成及び特性の概観森 浩平¹⁾²⁾ 山見 有美³⁾ 田中 敦士⁴⁾ 熊井 正之¹⁾

1) 東北大学大学院教育情報学研究部・教育部

2) 日本学術振興会特別研究員

3) 神田東クリニック MPS センター

4) 琉球大学教育学部

<Key-words>

精神障害, 心理, うつ, ストレス, 自己評価尺度

ktv_m_kohei@yahoo.co.jp (森 浩平)

Total Rehabilitation Research, 2015, 2:135-143. © 2015 Asian Society of Human Services

I. はじめに

1. 精神疾患患者数の増加とうつの測定

現代社会における逃れられないストレスによって、うつ病等の精神疾患は増加し、自殺者は年間約3万人にも上っている(警察庁, 2013)。「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」(厚生労働省, 2009)では、精神疾患の外来患者数が、1999年の170万人から2005年の約268万人へと大きく増加し、このうち気分障害が約44万人から約92万人へと2倍以上増加したことを示している。また、うつ病における自殺行動の頻度の高さが指摘され(川上・大野・宇田ら, 1994)ている。「平成24年中における自殺の状況」(警察庁, 2013)では、自殺の原因・動機として、最も多いものが健康問題、続いて経済生活問題、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題が挙げられている。健康問題の内訳としては身体の病気や統合失調症、アルコール依存、薬物乱用、その他の精神疾患、身体障害の悩みが挙げられるが、その中でも特にうつ病による悩み・影響の件数が例年もっとも高い状況が続いている。こうした現状から、うつ病を正確に評価する必要性は、産業保健、学校保健、その他公衆衛生場面においてもさらに高まっていくと考えられる。

うつ病、抑うつ状態の評価においては、他の精神障害や精神状態と同様に、精神症状を直接面接において評価することが基本であるが、自己評価式うつ尺度を用いることによる面接法とは異なる利点が挙げられる。また、質問票の併用による面接での情報の捕捉といったことも可能である。患者が口頭では言いづらい情報(希死念慮や性欲減退など)については、質問紙への記入の方が抵抗感なく回答できることや、思考、判断に時間のかかる患者が自分のペースで回答することができる。さらに、大庭・高安・高野(2010)は、自己評価尺度の

Received
December 5, 2014Accepted
January 26, 2015Published
February 28, 2015

質問票は、面接の補助的機能の他に、臨床の場においては患者が自らの症状の回復度合いを知るためのモノサシとしての機能を持ち、うつ病の患者が自らの状態を同一の尺度による数値で継続的にセルフモニタリングしていくことは、治療上有効であるとしている。また、疫学調査などの研究においても、自己評価尺度の質問票は、面接と比較して抵抗感なく被調査者に受け入れられる同時に、大規模な調査が可能になるという点からも不可欠なツールであると述べられている。

2. 自己記入式うつ尺度

現在、うつ病のスクリーニング、重症度評価、継続的評価、疫学調査などに利用するために様々な自己評価式うつ尺度が開発されているが、主なものとしては、疫学的うつ病評価尺度 Center for Epidemiological Studies Depression Scale (以下 CES-D とする ; Radloff, 1977)、ベック抑うつ質問紙 Beck's Depression Inventory (以下 BDI とする ; Beck, Ward, Mendelson et al., 1961)、ツァン自己評価式抑うつ性尺度 Zung Self-rating Depression Scale (以下 SDS とする ; Zung, 1965)、Inventory to Diagnose Depression (IDD ; Zimmerman, Coryell, Wilson et al., 1986) が挙げられる (大庭・高安・高野, 2010)。

また、奥村・亀山・勝谷ら (2008) では、抑うつを測定している 510 研究の中で、どの尺度が利用されているのかを調べたところ、ハミルトンうつ病評定尺度 Hamilton Rating Scale for Depression (以下 HAM-D とする ; Hamilton, 1960) が最も利用されていることが示された (38.9%)。続いてツァン自己評価式抑うつ性尺度 (SDS) が 33.9%、ベック抑うつ質問紙 (BDI) が 15.6%、一般健康調査質問紙 General Health Questionnaire (以下 GHQ とする ; Goldberg, Blackwell, 1970) が 6.9%、疫学的うつ病評価尺度 (CES-D) が 6.4% であった。また利用率が 6.4 %未満の尺度は 50 種類以上あった。

3. 目的

本稿では、こうした各尺度の中で使用頻度の高い自己評価式のうつ尺度である、ツァン自己評価式抑うつ性尺度 (SDS)、ベック抑うつ質問紙 (BDI)、一般健康調査質問紙 (GHQ)、疫学的うつ病評価尺度 (CES-D)、Inventory to Diagnose Depression (IDD) について、尺度の構成や特性等についてレビューすることを目的とする。

II. 構成及び信頼性、妥当性

ツァン自己評価式抑うつ性尺度 Zung Self-rating Depression Scale (SDS) は、Zung (1967) によって開発されたうつ病の重症度評価尺度であり、福田・小林 (1973) によって日本語版が作成された。20 項目のそれぞれについて、「いいえ」、「ときどき」、「かなり」、「いつも」のいずれかを選択する。症状の程度ではなく頻度を答え、回答に要する時間は 10~15 分程度である。選択肢は 1~4 点に配点されており、それらを合計する。総合得点は 20~80 点である。スクリーニングとして利用する場合の区分点を 40 点とすることを Zung は提唱している。また、日本語版についても福田・小林 (1973) により、折半法及び再検査法による信頼性、正常対照群、神経症群、うつ病群ごとの総合平均の比較による妥当性の検証が行われている。日本語版では正常対照群平均 35 点、神経症群平均 49 点、うつ病患者群 60 点であった。また、重症度評価や抑うつ群と不安群の判別における妥当性が確認されている (渡部・

坂井・塩入ら, 2001)。

バック抑うつ質問紙 Beck's Depression Inventory (BDI) は、Beck, Ward, Mendelson et al. (1961) により臨床的な観察と患者の訴えに基づいて作成された尺度である。「悲しみ」、「自責感」などの 21 項目で構成され、それぞれの項目について自分に当てはまる文章を選ぶ形式である。1979 年に 15 項目に修正が加えられ、選択肢を 4 つに限定した改訂版 (BDI-IA) が出版された。1996 年には、DSM-IV の診断基準を反映した項目に修正をした BDI-II が出版された。この BDI-II は 21 項目で構成され、3 つの項目以外のすべての項目について BDI-IA から修正が加えられている。日本語版 BDI-II が小嶋・古川 (2003) により作成されている。21 項目について、当てはまる心理状態をそれぞれ 4 つの選択肢から選択する。所要時間は 5 ～ 10 分程度とされる。BDI-II の選択肢は 0～3 点に配点されており、これらを合計することで得点が求められ、総合得点は 0～63 点である。大うつ病と診断された患者を重症度別に判別する区分点は、極軽症：0～13 点、軽症：14～19 点、中等症：20～28 点、重症：29～63 点とされ、区分点の適用には十分な臨床的配慮を要する。内部整合性による信頼性、寛解／部分寛解群、軽症群、中等症群、重症群ごとの総合点平均の比較による妥当性の検証が行われている (小嶋・古川, 2003)。また、同研究では因子分析が行われ、「認知的要素」、「身体的・感情的要素」の 2 因子構造であることが確認されている。日本語版の感度は 90%、特異度は 83% と報告されている (狭間・藤井, 1989)。

一般健康調査票 (GHQ) は、Goldberg (1970) によって開発されたうつ病等の精神神経症状の有無を鑑別する自記式の質問紙であり、日本語版は中川・大坊 (1981) により作成された。GHQ は本来 60 項目であるが、判別能力の高い項目を選んで作られた 30 項目版、20 項目版、12 項目版、さらに因子分析から求められた 28 項目版 (GHQ28) が開発されている。GHQ30 の因子分析では、「不安」、「無能力感」、「抑うつ」、「対処困難」、「社会的機能低下」の 5 因子が抽出されている (Goldberg DP & Hilier VF, 1979)。また、日本語版 GHQ30 の因子分析では、「抑うつ」、「不安」、「緊張」、「気力低下」、「対人関係障害」、「対処困難」、「不眠」、「アンヘドニア (無快楽症) と社会的逃避」の 8 因子が抽出されている (Ohta, Kawasaki, Araki et al., 1995)。GHQ12 の妥当性も他の版と比べて遜色ないことが示されている (Goldberg, Gater, Sartorius et al., 1997)。施行時間は、60 項目で 6～8 分、30 項目で 3～4 分、12 項目で 2～5 分程度とされる。選択肢は、「全くなかった」、「あまりなかった」、「あった」、「たびたびあった」から該当するものを 1 つ選ぶという回答方法であるが、採点の際は、逆転項目が含まれているので注意が必要である。採点方法は、各選択肢に対し、0 点－1 点－2 点－3 点を与えて採点するリカード法と、0 点－0 点－1 点－1 点 (「全くなかった」、「あまりなかった」と答えた場合は 0 点、「あった」、「たびたびあった」と答えた場合には 1 点) を与えて採点する GHQ 法の 2 種類が存在する。GHQ2 種類の採点方法の相関関係は 0.92～0.94 と高く、スクリーニング機能として大差がないため、近年では単純な GHQ 法の方が奨励される傾向にある。日本語版 GHQ については、折半法、再検査法、内的整合性による信頼性、また他尺度との併存的妥当性が検証されている (中川・大坊, 1985)。GHQ28 については因子的妥当性の検証が行われ (中川・大坊, 1996)、総得点の他に「身体症状」、「不安と不眠」、「社会機能障害」、「重症抑うつ」の 4 種類の下位尺度について詳細に分析することができる。また、日本語版 GHQ30、GHQ28 の感度は 92～95%、特異度は 78～85% と報告されている。

疫学的うつ病評価尺度 Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) は、

一般人におけるうつ病を発見することを目的として、米国国立精神保健研究所 (National Institute of Mental Health; NIMH) にて Raddloff (1977) により開発されたテストであり、20 項目から構成されている。20 項目各々について、この 1 週間における詳細な頻度について「ない」、「1~2 日」、「3~4 日」、「5 日以上」の 4 件法で選択する。回答に要する時間は 10~15 分程度である。項目は 0~3 点に配点され、総合点は 0~60 点となる。5 項目以上無回答であれば評価対象とせず、4 項目以内であれば、回答項目に関して総得点を算出後、回答項目数で割り 20 を掛けた値が合計得点となる。区分点について、Raddloff (1977) は 16 点と設定としており、日本語版においても 16 点が妥当であることが島・鹿野・北村ら (1985) によって確認されている。日本語版では、折半法、再検査法による信頼性、また外部妥当性が検証されている。感度は 73%、特異度は 100%と報告されている (Shinar, Gross, Price et al., 1986)。

Inventory to Diagnose Depression (IDD) は、DSM-III 診断基準に基づき Zimmerman, Coryell, Corenthal et al. (1986) により作成されたテストであり、うつ病の診断に用いることが可能である。DSM-III 診断基準と対応する 22 項目から構成されている。各 22 項目について直近 1 週間の状態にあてはまる陳述を 5 段階評価 (0~4) から選択し、症状が存在する陳述 (1~4) を選択した場合には、その症状が 2 週間以上続いているのか、2 週間以内なのかを二者択一で選択する。記入時間はおよそ 15 分程度とされている。記入後は、「診断基準に該当する 9 つの症状項目のうち 5 項目以上に該当する症状項目がチェックされていること」「各項目の重症度が項目番号 1、20 で 2 点、5、6 で 3 点、その他項目では 2 点のカットオフ点以上を示していること」「各症状が 2 週間以上継続していること」「項目の中に必須項目が少なくとも 1 つは含まれていること」、以上の 4 つの条件を満たすとうつ病と判定される。さらに、総合得点がうつ病の重症度を示すようになっている。信頼性については、折半法および再検査法で高い信頼性が示されており、内的整合性も高い。また、他のうつ尺度との外的妥当性、及びうつ病群と対照群での総合点平均の比較による妥当性の検証が行われている (上原・坂戸・佐藤ら, 1995)。感度は 86%、特異度は 74%であることが報告されている (Zimmerman, Coryell, Corenthal et al., 1986)。

レビューを行った各尺度において、それぞれ尋ねる内容は、心理状態や、「たびたびあった」のような症状の頻度、さらに「3~4 日」のように具体的な頻度、また症状の有無に加えその症状の継続期間を尋ねるものであった。GHQ については短縮版のように項目数の異なるものが作成されているが、それ以外の尺度は概ね 20 項目程度であり、回答時間は 5~15 分程度であった。これらの尺度は、スクリーニングに用いることを目的とした尺度であるため、区分点についてはすべての尺度に設けられている。高い感度と特異度が確認されているだけでなく、さらに SDS と BDI については重症度別の判別が可能である。BDI および GHQ については因子分析が行われており、多因子構造であることが確認されている。状態を因子ごとに分析することが可能である。

Ⅲ. 尺度特性及び利用方法

SDS の利点としては、項目数が少ないこと、共通の回答項目になっているため BDI や GHQ、IDD のように選択肢のすべてを読む必要がなく、回答者に負担がかからないことが挙げられる。重症度別の判別ができるという利点はあるが、治療による改善に対する鋭敏さは劣ると指摘されている (Hamilton, 1976)。また、身体症状についての項目が多いことから、高齢者においては、性欲減退、制止、食欲減退、日内変動、便秘といった身体症状において高得点となるため、高齢者に利用する場合においては区分点を高くする必要があると Zung (1967) は述べている。

BDI、BDI-II は臨床上、研究上頻繁に利用されており、エビデンスが蓄積されている質問票である。BDI-II はうつ病の重症度を測定することに関して妥当性が確認されており、SDS とともに段階的な判別が可能である。また、特定の項目 (自殺念慮、悲観) は自殺行為を予測することが Beck, Ward, Mendelson et al. (1961) により確認されており、総合得点のみならず特定項目の評価に注意を払うことも重要である。

GHQ は、総得点が高いほど精神障害である可能性が高いことを示すように作成されたスクリーニング尺度であるが、一般対象者への使用を容易にするために「一般健康調査」と命名されている。英語版が開発された後、多くの言語に翻訳され、米国、欧州、アジアなど広く国際的に用いられるようになった (Goldberg, Gater, Sartorius et al., 1997)。中川・大坊 (1981) により作成された日本語版は、臨床場面、地域、職域における調査などで幅広く用いられている。GHQ は、もともと神経症のスクリーニングを目的として開発されたものであるが、うつ病 (Papassotiropoulos, Heum, Maier, 1997; Papassotiropoulos, Heum, 1999) や心筋梗塞後の気分障害 (Goldberg, Hilier, 1979) などのスクリーニングにも有用であることが報告されている。GHQ 得点は、女性は男性より高得点であり、社会階層が低い方が高い階層よりも高得点である傾向がみられたとされている (Goldberg, Hilier, 1979; Goldberg, Williams, 1988)。GHQ は集団・組織を対象にして、全体的な健康状態や問題の把握、あるいは健康増進事業などの効果測定や経済効果といった地域研究に用いられることが多い。個人対象では、企業や健康診断において一次スクリーニングに用いられることが多い。

CES-D は項目数が 20 項目と少なく、回答も 1 週間のうちの具体的な頻度 (日数) で選択するため、回答者の負担が少なく簡便に使用できる。厚生労働省 (2000) による保健福祉動向調査の調査票に本尺度が使用されたように、日本における疫学調査において用いられている。感度が 73% と、真に疾患ありのものうち、検査で疾患ありと判定されないものが多少存在するため、区分点である 15 点以下であるからといってうつ病を診断からはずすことはできない。

IDD は DSM-III-R の診断基準に基づいて作成され、診断における妥当性、信頼性が確認されている。うつ病の判定に用いることができるとともに、重症評価における妥当性、信頼性も確認されており、重症度評価にも用いることができる。利用する際には、不安症状の影響を受けることを認識しておく必要がある。ただし、その影響は BDI に比較すると弱いものであることが確認されている (上原・坂戸・佐藤ら, 1995)。また、特異度が 74% と、他の尺度と比較して低いため、真に疾患のないものうち、検査で疾患なしと判定されないものが存在する。スクリーニングに用いる際は、うつの可能性のあるものを広く拾う可能性があることに留意が必要である。

IV. おわりに

BDI、SDS、CES-D では尺度により重視する症状が異なることが知られている（坂本・大野，2005）。また、BDI と SDS を比較すると、BDI は重症度が高い対象者の場合には有効に機能するが、重症度が低い対象者を測定するには不適切な尺度であると報告されている（奥村・坂本，2004）。日本において、精神病理学的評価には印象や勘や経験に頼った評価が少なくない。どの程度頻度の高い、あるいは頻度の希少な現象かなども、母集団におけるデータの裏づけを欠いたまま、あるいはデータを考慮しないままに経験的に評価され思い込まれていることも少なくない（岡崎，2010）。尺度利用の前には、各々の尺度が重視している抑うつ症状について留意することが必要であり、さらに対象者が適切であるかを検討しなければならない。

GHQ に関する研究においては、総合得点から精神障害の有無を判別する区分点について様々な検討がなされてきたが、対象者の居住地、年齢、性別、基礎疾患、調査施行場面など様々な要因によって変わる可能性があり、調査ごとに設定することが望ましい（Goldberg, Gater, Sartorius et al, 1997）。しかし、こうした使用頻度の高い尺度については作成から年月が経っており、社会的状況等の変化へ対応していないことも考えられる。BDI-II では、「食欲」「睡眠」では、減少だけでなく増加についても評価できるよう変更され、初版の BDI と比べ、現代の状況に合わせいくつかの文章表現が改訂されている（小嶋・古川，2003）。

実施時の対象や状況に合った尺度が用いられることで、うつ病やうつ状態に関する病態のより正確な把握が可能となり、合法的な根拠をもって治療が進められる。評価や検査における基礎データの収集が短期間に更新され、対象者の状況に合わせた尺度の開発、改善が活発に行われる状況が今後望まれる。

文献

- 1) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J & Erbaugh J(1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- 2) Beck AT, Steer RA & Brown GK(2003) 日本版 BDI-II 手引き. 小嶋雅代・古川壽亮(編), 日本文化科学社.
- 3) Goldberg DP & Blackwell B(1970) Psychiatric illness in general practice : A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 1, 439-443.
- 4) Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al.(1997) The Validity of Two Versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27, 191-197.
- 5) Goldberg DP & Hilier VF(1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9, 139-145.
- 6) Goldberg DP & Williams P(1988) A user's guide to the General Health Questionnaire. *NFER-Nelson*.
- 7) Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al.(1997) The Validity of Two Versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27, 191-197.

- 8) Hamilton M(1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- 9) Hamilton M(1976) Clinical evaluation of depression: clinical criteria and rating scale, including a Guttman scale. In: Gallant M, Simpson GM(Eds.) *Depression: Behavioral, Spectrum Publication*.
- 10) 狭間直己・藤井薫(1989) Beck Depression Inventory の妥当性の検討. 九州神経精神医学, 35, 28-32, 1989.
- 11) 川上憲人・大野裕・宇田英典・中根充文・竹島正(1994) 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：3 地区の総合解析結果, 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究分担研究報告書 (厚生労働科学特別研究事業) .
- 12) 警察庁(2013) 警察庁統計資料「平成 24 年中における自殺の状況」.
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/h2>
- 13) 小嶋雅代・古川壽亮(2003) 日本版 BDI-II ーベック抑うつ質問票ー手引き, 日本文化科学社.
- 14) 厚生労働省(2000) 平成 12 年保健福祉動向調査の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hftyosa/hftyosa00/>
- 15) 厚生労働省(2009) 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書.
- 16) 中川泰彬・大坊郁夫(1981) 日本版一般健康調査質問紙法の妥当性と信頼性の検討とこの質問紙法の臨床応用. 国立精神衛生研究所モノグラフ, 110-197.
- 17) 中川泰彬・大坊郁夫(1985) 日本版 GHQ 精神健康調査票手引. 日本文化科学社, 1985.
- 18) 中川泰彬・大坊郁夫(1996) 日本語版 GHQ 精神的健康調査票手引きー日本語 GHQ の短縮版: 解説ー. 日本文化科学社, 117-147.
- 19) 大庭さよ・高安陶子・高野知樹(2010) 精神科臨床評価検査法マニュアル(改訂版). 臨床精神医学編集委員会(編), 臨床精神医学, 39, 226-235.
- 20) Ohta Y, Kawasaki N, Araki K, Mine M, Honda S(1985) The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30) in Japanese middle-aged and elderly residents. *Int J Soc Psychiatry*, 41, 268-275.
- 21) 岡崎祐士(2004) 精神科臨床評価検査法マニュアル, 臨床精神医学増刊号, 11-12.
- 22) 奥村泰之・亀山晶子・勝谷紀子・坂本真士(2008) 1990 年から 2006 年の日本における抑うつ研究の方法に関する検討. パーソナリティ研究, 16(2), 238-246.
- 23) 奥村泰之・坂本真士(2004) アナログ研究に BDI と SDS は有効か?. 日本社会心理学第 45 回大会発表論文集, 756-757.
- 24) Papassotiropoulos A, Heum R & Maier W(1997) Age and cognitive impairment influence the performance of the General Health Questionnaire. *Compr Psychiatry*, 38, 335-340.
- 25) Papassotiropoulos A & Heum R(1999) Screening for depression in the elderly; a study on misclassification by screening instruments and improvement of scale performance. *Prog Neuro-Psycho-pharmacol Biol Psychiatry*, 23, 431-446.
- 26) Radloff LS(1977) The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

- 27) 坂本真士・大野裕(2005) 抑うつとは. 坂本義彦・大野裕(編), 叢書実証にもとづく臨床心理学 2 抑うつ臨床心理学, 東京大学出版会, 7-28.
- 28) 島悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘(1985) 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学, (6), 7-723.
- 29) 渡部雄一郎・坂井美和子・塩入俊樹・細木俊宏・染矢俊幸(2001) Zung 自己記入式抑うつ評価尺度及び不安評価尺度の臨床的有用性について. 精神医学, 30(8), 991-996.
- 30) Zimmerman M, Coryell W, Coryell C & Willson S(1986) A Self-Report Scale to Diagnose Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 43(11), 1076-1081.
- 31) Radloff LS(1977) The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- 32) Shinar D, Gross CR, Price TR, Banko M, Bolduc PL & Robinson RG(1986) Screening for depression in stroke patients: the reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Stroke*, 17(2), 241-245.
- 33) 上原徹・坂戸薫・佐藤哲哉・佐藤聡・川島義章(1995) 日本語版 Inventory to Diagnose Depression(IDD)の信頼性と妥当性の検討 自己記入式調査表による大うつ病診断. 精神科治療学, 10, 181-188.
- 34) Zung WWK(1967) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12, 63-70.

SHORT PAPER

A General View of Construct and Characteristics of Self-evaluation Depression Scale in Japan

Kohei MORI^{1) 2)} Yumi YAMAMI³⁾ Atsushi TANAKA⁴⁾
Masayuki KUMAI¹⁾

- 1) Tohoku University Graduate School of Educational Informatics Research Division, Education Division
- 2) Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science
- 3) Kanda-Higashi clinic, MPS center
- 4) Faculty of Education, University of the Ryukyus

ABSTRACT

The number of patients suffering from mental disorders such as depression has been increasing. The statistical data shows that more than 30,000 people commit suicide every year in Japan and that depression is seemed to be the most influential factor. The call for accurate evaluation of depression would be growing in occupational health, school health and other public health field. In this paper, the construct and the characteristics of the following scales are reviewed: Zung Self-rating Depression Scale (SDS), Beck Depression Inventory (BDI), General Health Questionnaire (GHQ), and Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). As a result, understanding of difference in depressive symptoms of each scale and careful examination of the subject are implied. Frequent update of fundamental data for evaluation and examination, and accommodating scales to subjects' situations are also seemed to be in need.

<Key-words>

mental disorder, psychology, depression, stress, self-evaluation scale

Received
December 5, 2014

Accepted
January 26, 2015

Published
February 28, 2015

ktv_m_kohei@yahoo.co.jp (Kohei MORI)

Total Rehabilitation Research, 2015, 2:135-143. © 2015 Asian Society of Human Services

Total Rehabilitation Research VOL.2

発行 2015年2月28日
発行人 Masahiro KOHZUKI ・ Youngjin YOON
発行所 Asian Society of Human Services
〒903-0213 沖縄県中頭郡西原町千原1
TEL/FAX 098-895-8420

定 価 ￥2,000 円 (税別)

*落丁・乱丁本はお取り替え致します。

*本書は、「著作権法」によって、著作権等の権利が保護されている著作物です。本書の全部または一部につき、無断で転載、複写されると、著作権等の権利侵害となります。上記のような使い方をされる場合には、あらかじめ本学会の許諾を求めてください。

Printed in Japan

Total Rehabilitation Research
VOL.2 February 2015

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Study on the Activation of Able-Art through the Corporate Mecenat.....**Moonjung KIM**, et al. 1
-
- Corsi Blocks Task Complexity Effects in People with Intellectual Disabilities.....**Yuhei OI**, et al. 22
-
- Current Situation and Issues of Inclusive Education System in Okinawa
: Analysis Using the Inclusive Education Assessment Tool(IEAT).....**Natsuki YANO**, et al. 30
-
- The Comparison and Consideration of Support Services for the Students with Disabilities
in Higher Education Institutions in Japan and South Korea
: In the Aspect of the Career Education for the Employment Promotion of Persons with Disabilities.....**Haejin KWON**, et al. 46
-

REVIEW ARTICLES

- The Effect of Complementary and Alternative Medicines on Cognitive Function in Alzheimer's Disease
: A Systematic Review.....**Minji KIM**, et al. 64
-
- Research Trends and Prospects of Psychological Tests on Children of Intellectual Disabilities.....**Aiko KOHARA**, et al. 80
-

SHORT PAPERS

- Approach to the Educational Needs of Severe Motor and Intellectual Disabilities by Visiting Education.....**Eunae LEE**, et al. 95
-
- A Study of "Cultural Competence" in Social Work Education Research
: Using Quantitative Content Analysis on English-Written Literature.....**Liting CHEN** 106
-
- Research Trends and Issues of Foreign Language Activities in Special Needs School.....**Minami KINJO**, et al. 116
-
- Principles and Curriculum of Education Recommended for Children with Intellectual Disabilities
: Working Memory Training for Children with ID: A Review.....**Shogo HIRATA**, et al. 124
-
- A General View of Construct and Characteristics of Self-evaluation Depression Scale in Japan.....**Kohei MORI**, et al. 135
-