

うつ病スクリーニング

最終更新日：2017 年 6 月

〈要約〉

▼プライマリ・ケアにおけるスクリーニングは、正確な診断のためのインタビュー、十分な治療、注意深いフォローアップが可能であるシステムが存在するという場合にのみ有効であるという海外における根拠が存在するが、日本における根拠は不十分である。
▼スクリーニングの害について、日本における根拠は不十分である

〈文献レビューの結果〉

■疫学

日本国内の三つの都市（岡山，長崎，横浜）と八つの地方市町（岡山県玉野市，鹿児島県串木野市（現いちき串木野市）・吹上町（現日置市）・市来市（現いちき串木野市）・東市来町（現日置市），栃木県佐野市，山形県天童市・上山市）の一般住民を対象に，2002 年から 2006 年に行われた疫学調査では，計 4,130 人が参加し最終回答率 55.1%が得られ，過去 12 ヶ月間に 2.2%が，調査終了までの時点で 6.1%が，大うつ病を経験していた^{1,2}。

日本で，紹介状を持って心療内科を受診した 161 名のうつ病患者について調査したところ，初診の診療科は内科 64.7%，婦人科 9.5%，脳外科 8.4%，精神科 5.6%，心療内科 3.8%という報告がある³。

■スクリーニングの重要性

41 の研究のメタアナリシスによると，プライマリ・ケア場面の一般内科医は，スクリーニングをしていない場合，うつ病患者の 47.3%[95%CI, 41.7-53.0]しか正しく同定できていないと推定されている⁴。

■スクリーニングの対象

米国予防医学専門委員会（USPSTF）は，12 歳以上の小児・青年，妊婦および産後の女性を含む一般成人をうつ病スクリーニングの対象としている^{5,6}。

英国国立保健・臨床研究所（NICE）のガイドラインでは，一般成人に加えて，慢性的な健康問題（がん，心臓病，糖尿病や，筋骨格，呼吸器や神経の障害など）の病歴を有する 18 歳以上のうつ病リスクの高い患者を対象としたスクリーニングを提案している⁷。

◎スクリーニングツール

プライマリ・ケアで、簡単に行えるスクリーニングとして、PHQ-9, PHQ-2 (二質問法), 老年期うつ病評価尺度 (GDS), エジンバラ産後うつ質問表 (EPDS) などがある。また地域住民対象に行う気分・不安障害スクリーニングのための自記式質問調査票として、K6 が一般的に使用されており、こちらについても後述する。

○「PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)」と「PHQ-2 (二質問法)」

PHQ-9 は、DSM 診断基準の評価項目が含まれた 9 項目の質問である。PHQ-9 のスコア範囲は 0~27 点であり、10 点以上はうつ病の可能性を示唆している。PHQ-2 (二質問法) は、PHQ-9 の冒頭 2 項目からなる質問であり、最近 2 週間の「気分の沈み込み・抑うつ気分」と「興味の低下・消失」についてたずねている。口頭での確認が容易であり、はい/いいえまたは 0-3 のスケールで求めることができる。「はい」が 1 以上または 3 以上のスコアの場合、うつ病の可能性を示唆する。

村松ら (2007) は、PHQ の日本語版について、back-translation を経て作成し信頼性・妥当性研究を行っている⁸。日本語版の質問表については、著者らの Web ページ⁹を参照されたい。

海外のプライマリ・ケア環境における 2,642 人の患者を対象とした PHQ-9 と PHQ-2 の検証試験では、大うつ病を診断のための感度、特異度は、それぞれ PHQ-9 (74%, 91%), PHQ-2 (61%, 92%) であり、3 ではなく 2 以上のスコアを閾値とした場合の PHQ-2 の感度、特異度は (86%, 78%) であった¹⁰。

また、PHQ-2 と似たスクリーニングツールとして、「二質問法」がある¹¹。

- ①「この 1 ヶ月の間、気持ちが沈み込んだり、憂うつな気分になったりすることがよくありましたか？」
- ②「この 1 ヶ月の間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？」

二つのうち、両方もしくは、いずれかが該当すれば、スクリーニング陽性とする。2003 年に『BMJ』に掲載された論文では、過去 1 ヶ月の気分の落ち込みと興味の減退の二つについて口頭で患者にたずねる方法の感度と特異度は、それぞれ 97% [95%CI, 83-99], 67% [95%CI, 62-72] と報告している¹²。

○「老年期うつ病評価尺度 (Geriatric Depression Scale: GDS)」

非認知症の高齢者を対象に開発された尺度であり、当初は 30 項目の質問項目で、その後 15 項目バージョン (感度 81%, 特異度 78%)¹³が登場したが、現在は 5 項目バー

ジョンが開発され、感度 94%[95%CI, 91-98]、特異度 81%[95%CI, 75-87]の信頼性、妥当性が確認されている¹⁴。

- ・基本的に自分の人生に満足していますか？
- ・よく退屈しますか？
- ・しばしば無力感を感じますか？
- ・外に出て新しいことを始めるよりも家の中にいるほうが好きですか？
- ・現在の自分を無価値なものと感じますか？

5 項目のうち、2 項目以上はうつ病の存在を示唆している¹⁵。

なお、GDS15 の日本語版については、日本老年医学会のサイトからダウンロード可能である¹⁶。

○「エジンバラ産後うつ自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS)」

エジンバラ産後うつ病自己評価票は、産後うつ病のスクリーニングを目的として、1987 年に Cox らが開発した自己記入式質問紙で、世界的に産後うつ病のスクリーニングと使用されている¹⁷。1996 年に日本語版 EPDS が作成され、信頼性と妥当性も確認され、日本語版 EPDS では、産後うつ病の疑いと判断するカットオフ点を 9 点以上としている¹⁸⁻¹⁹。日本語版 EPDS の調査用紙の原文は、1993 (平成 5 年) 度の「厚生省心身障害研究報告書」のなかに掲載されている²⁰。

○6 項目のケスラー心理的尺度 (K6)

K6 は、米国国民健康インタビュー調査 (National Health Interview Survey : NHIS) のために 2002 年 Kessler らにより開発された、抑うつ・不安を測定する 6 項目、5 件法の尺度であり、過去 1 カ月間の抑うつ、不安症状を評価する²¹。日本語版は 2008 年により開発され信頼性、妥当性が確認されている (AUC, 0.94[95%CI, 0.88-0.99])²²。スコア範囲は 0~24 点であり、重症精神障害を予測するカットオフ点として 13 点以上が、また一般住民の心理ストレスを評価するカットオフ点として 5 点以上が提案されている²³。K6 の日本語版質問調査用紙は、全米併存疾患調査 (National Comorbidity Survey : NCS) のサイトからダウンロード可能である²⁴。

■スクリーニングの利益と害

スクリーニングの利益についての日本における根拠は不十分である。害としては、スクリーニングの不適切なラベリング、うつ病の治療の費用や副作用、等が考えられるが、根拠は不十分である^{5,6}。

コクランレビューでは、7 つの研究を分析した結果、うつ病の症状に対するスクリー

ニングの有効性についての根拠は乏しいと結論している。(標準化平均差 -0.02 [95% CI, $-0.25-0.20$])²⁵.

USPSTF は、12歳以上の小児・青年、また、妊婦および産後の女性を含む一般成人を対象とした、プライマリ・ケアにおけるうつ病のスクリーニングは、正確な診断、十分な治療、注意深いフォローアップが可能なシステムが整備されている場合に勧められると結論している。一方で、11歳以下の小児には、うつ病スクリーニングを行う根拠は不十分としている^{5,6}。

海外の9のプライマリ・ケア現場の診療所において、うつ病スクリーニング陽性となった13歳から17歳の青年を対象に、個人対面の心理教育や熟達した臨床家による定期的なフォローアップなどから構成される「協働ケア」を受けた群は、対照群と比較して、12か月後の抑うつ症状の有意な減少(OR 3.3[95%CI, 1.4-8.2])、および寛解率の有意な上昇(OR 3.9[95%CI, 1.5-10.6])がみられた²⁶。

2,343人の産後の女性を対象とした海外の介入試験では、1,897人(80.1%)においてアウトカムデータが得られたが、そのうち、654人(34.5%)が産後うつ病を示唆した。その654人のうち、スクリーニング、診断、治療、フォローアップのシステムを入れた介入群は対照群と比較して有意に12か月後のうつ症状の改善が認められた²⁷。

米国の46のプライマリ・ケア現場の診療所に訪れた27,332人の患者を対象にしたRCTでは、抑うつ症状を有していた1,356人のうち、うつ病ケアの質改善プログラム(臨床医と患者への教育、抑うつ症状患者の同定、看護師による投薬フォローアップや、精神療法士へのアクセス)を受けた群(913人)は、対照群(443人)と比べて、医療機関への受診回数に差はなかったが、12か月の間にケアの質、うつ症状の改善、離職率の低下を有意に認めた²⁸。

スクリーニングの介入タイミングやフォロー間隔についての根拠は不十分である^{5,6}。

<参考文献>

- 1) Yoshimasu K, Kawakami N. Epidemiological aspects of intermittent explosive disorder in Japan; prevalence and psychosocial comorbidity: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2006. *Psychiatry Res.* 2011; 186(2-3): 384-389.
- 2) Ishikawa H, Kawakami N, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016; 25(3): 217-229.
- 3) 三木治. プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態. *心身医学.* 2002; 42: 585-591.
- 4) Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009; 374(9690): 609-619.

- 5) U.S. Preventive Service Task Force. Depression in Children and Adolescents: Screening. February 2016.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/depression-in-children-and-adolescents-screening1> (2017年3月1日アクセス)
- 6) U.S. Preventive Service Task Force. Depression in Adults: Screening. January 2016.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/depression-in-adults-screening1> (2017年3月1日アクセス)
- 7) Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. October 2009.
<https://www.nice.org.uk/guidance/CG91/> (2017年3月1日アクセス)
- 8) Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, et al. The Patient Health Questionnaire, Japanese version: validity according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus. Psychological Reports. 2007; 101: 952-960.
- 9) NOVA 出版メディカル・ソリューション部. 村松公美子. 身体科におけるうつ病のスクリーニングツールの留意点.
<http://nova-med.com/utsu-scr/muramatsu.php> (2017年3月1日アクセス)
- 10) Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. Ann Fam Med. 2010; 8(4): 348-353.
- 11) Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997; 12(7): 439-445.
- 12) Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ. 2003; 327: 1144-1146.
- 13) Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. J Affect Disord. 2010; 125(1-3): 10.
- 14) Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. J Am Geriatr Soc. 2003; 51(5): 694-698.
- 15) Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. J Am Geriatr Soc. 1999; 47(7): 873-878.
- 16) 一般社団法人 日本老年医学会. 高齢者診療におけるお役立ちツール.
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/index.html> (2017年3月1日アクセス)
- 17) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987; 150: 782-786.
- 18) 岡野禎, 村田真, 増地聡, 他. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学. 1996; 7(4): 525-533.
- 19) Cox JL, Holden JM 著, 岡野禎治, 宗田聡監修. 産後うつ病ガイドブック-EPDS を活用するために-. 南山堂. 2006.
- 20) 岡野禎治. 産後うつ病の自己評価スケール (EPDS) について 平成5年度厚生省心身障害研究 「妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する研究」
<https://www.niph.go.jp/wadai/mhlw/1993/h050336.pdf>
- 21) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002; 32(6): 959-976.
- 22) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. Int J Methods Psychiatr Res. 2008; 17(3): 152-158.
- 23) 川上薫人, 高崎洋介, 鈴木越治, 他. 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成17年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」

<http://ikiru.ncnp.go.jp/report/ueda17/ueda17-9.pdf>

(2017年3月1日アクセス)

- 24) National Comorbidity Survey (NCS). K10 and K6 Scales.
https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php (2017年3月1日アクセス)
- 25) Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. CMAJ. 2008; 178: 997-1003.
- 26) Richardson LP, Ludman E, McCauley E, et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. JAMA. 2014; 312(8): 809-816.
- 27) Yawn BP, Dietrich AJ, Wollan P, et al. TRIPPD: a practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. Ann Fam Med. 2012; 10(4): 320-329.
- 28) Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. JAMA. 2000; 283(2): 212-220.