

19990281

平成11年度厚生科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

うつ状態のスクリーニングとその転帰としての

自殺の予防システム構築に関する研究

主任研究者 大野 裕

(慶應義塾大学医学部精神神経学教室)

平成11年度厚生科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業
うつ状態のスクリーニングとその転帰としての
自殺の予防システム構築に関する研究

目次

I.総括研究報告

うつ状態のスクリーニングとその転帰としての
自殺の予防システム構築に関する研究 1
主任研究者：大野 裕 (慶応義塾大学専任講師)

II.分担研究報告

1. フィールドの選定に関する研究 6
分担研究者：一柳一朗 (青森県立高等看護学院)

2. うつ病のスクリーニングの精度に関する研究 16
分担研究者：小泉 毅 (青森県立精神保健福祉センター)

3. うつ病に対する介入マニュアルの作成に関する研究 49
分担研究者：大山博史 (青森県立精神保健福祉センター)

4. うつ病患者に対する介入マニュアルの作成に関する研究
及び、認知療法的介入の有用性に関する研究 59
分担研究者：大野 裕 (慶応義塾大学専任講師)

5. 地域疾患登録及び国保連レセプト等とのレコードリンケージに関する研究 ... 70
分担研究者：三田禮造 (弘前大学医学部教授)

総括研究報告書
うつ状態のスクリーニングとその転帰としての
自殺の予防システム構築に関する研究

主任研究者 大野裕 慶應義塾大学専任講師
分担研究者 小泉毅 青森県立精神保健福祉センター
大山博史 青森県立精神保健福祉センター
一柳一朗 青森県立高等看護学院
三田禮造 弘前大学医学部教授
吉村公雄 国立がんセンター研究所

研究要旨

精神医学的障害が公衆衛生的にきわめて重要な位置を占めることは世界的に受け入れられた認識になっているが、なかでもうつ病はきわめて重要な位置を占めている。そこで、本研究では、先行研究を検討すると同時に、青森県の一地域を選定して実際に予備的な調査を行って、様々な視点から現在の問題点を明らかにして、地域に介入することによってうつ病を早期に発見し、その転帰としての自殺を予防するためのマニュアル作成のために今後必要となる作業課題を明らかにした。

A. 研究目的

1999年に発表された世界保健機関WHOとハーバード大学グループの Global Burden of Disease Study (Murray CJL, et al.: The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1996) は、精神医学的障害が公衆衛生的にきわめて重要な位置を占めることを強く印象づけた (Ustun TB: The global burden of mental disorders. American Journal of Public Health 89:1315-1318, 1999)。

これは、premature death のために失われた生命の年数と機能障害 disability を持ちながら生活した年数との総和である Disability Ajusted Life years (DALYs) を用いて 107 の

疾患の社会的影響を計算したもので、精神医学的障害の影響はがんやHIV以上であり、心血管疾患や呼吸器疾患に匹敵するという結果が得られたのである。そのなかで、大うつ病性障害によって引き起こされる disability は、目が見えない状態 blindness や paraplegia のそれに相当すると推定されている。しかも、2020年の予測したデータからは、単極性の大うつ病が虚血性心疾患について第2位に位置するようになることが明らかになった。

(表1、表2)

うつ病は有病率が高く、うつ病にかかることで死亡率が高まり、医療経済的にも大きな負担になることが明らかになり、世界的に注目されており、The Economics of Neuroscience の2000年5月号では Surgeon General の David Satcher を迎えて、米国における自殺の経済効果についての特集が組まれている。欧米の報告

では、うつ病の時点有病率は、うつ病性障害の生涯有病率は、米国精神医学会の診断分類マニュアルである「DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル」によれば、男性で5%から12%、女性で10%から25%であり、時点有病率は3%から7%である。

また、プライマリーケアの臨床場面では5-10%、入院患者では10-14%の本患者がうつ病性障害にかかっていると推定されている。しかも、大うつ病性障害の診断基準を満たさない軽症うつ病の患者はその2倍から3倍に上るとされている。

世界精神医学会は、こうした問題を受けてプライマリーケア場面での介入が重要と考え、発展途上国を中心にプライマリーケア医に対する教育的支援を行い、うつ病の診断と治療の技能向上を図るプログラムを実施している。こうした試みはこのほかにも、英国をはじめとする様々な国で行われている。

このようにうつ病に対する治療効果を高めようとする試みは、それによって日常の機能障害を防ぎ、自殺を予防するためである。我が国では、昨年初めて自殺者が3万人を越えて社会的な問題として認識されたが、自殺者の9割以上がその前に精神医学的障害に罹患していたということが各種の研究から明らかにされている。なかでも、うつ病はその最大の原因であり、とくに高齢者においてはその傾向が強まる(Conwell Y, et al.: Relationships of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological sutopsy study. *Am J Psychiatry* 153:1001-1008, 1996)。

こうした状況を考えると、うつ病を早期に発見し、的確に治療することが極めて重要

であることがわかる。例えば、スウェーデンのゴットランドで行われた研究によれば、一般医をトレーニングする導入することによって、自殺を減少させたと報告されている。

そこで、本研究では、地域に介入することによってうつ病を早期に発見し、その転帰としての自殺を予防するためのマニュアル作成の基礎的調査を行った。

B. 研究方法

高齢者のうつ病およびそのスクリーニングと自殺予防に関する先行研究を調査し、さらに参加協力の得られた青森県の一地域で調査を行った。青森県には60あまりの市町村があるが、そのなかから自殺による死亡率の高い地域を選び出し、調査・研究への協力を依頼し、協力の得られた地域を共同で調査を行った。つまり町の事業の健康事業の一環として調査への参加を呼びかけ「心の健康づくり教室」を開催し(資料1, 2) 65歳以上の高齢者433名に、自記式のうつ病評価尺度であるSDSと、身体疾患を持つ人の不安とであるHADS (Hospital Anxiety depression Scale)、構造化面接であるCID Iの短縮修正版(資料3)、痴呆スクリーニング、生きがい感尺度を施行し、同時に調査協力者の人口動態的背景を調査した(資料4)。調査に当たっては、調査協力者が高齢であるために、すべて面接方式として保健婦が質問文を読み上げて、調査協力者が回答するという形で行い、「心の健康づくり教室」に参加できなかった人に対しては自宅訪問をして行った。また、地域住民のプライバシーの保護と主体性を尊重した。

C. 研究結果

まず、大野の報告にあるように、先行研究では Beck Depression Inventory、CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)、General Health Questionnaire、Geriatric Depression Scale、Hamilton Rating Scale、Hopkins Symptom、IDS (Inventory for Depressive Symptomatology)、Zung Depression Scale (SDS)、Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)など様々なスクリーニングが用いられてきている。さらに、最近では、より少ない質問項目でスクリーニングするとともに、ライフイベントやうつ病と他の精神医学的障害の併存など、他の要因を加味したスクリーニングが行われて成果を上げている。さらに、地域だけではなく、プライマリーケア場面でのスクリーニングも重要である。これは、三田の報告にあるように、うつ病患者が様々な身体不定愁訴を訴えることに加えて、うつ病が一般身体疾患の予後や経過に影響するからである。この点に関して、自殺の危険性の高いうつ病のスクリーニングプログラムを開発すると同時に、うつ病と身体疾患の関連についても研究を進める必要性が明らかになった。

実際の調査では、一柳の報告にあるように、地域の特性を明らかにした。その上で、小泉らの報告にあるように、参加者の年齢の分布、HADSの抑うつ尺度得点、HADSの不安尺度得点、HADSの総得点、SDSの総得点、生活満足度、CIDIで陽性となった症状数の性別ごとの総数、平均値、標準偏差、平均値の標準誤差を表示したものである。さらに、性別による各項

目の違いを検定したところ、男女間で有意な差は認められなかった。また、HADSで軽度-中等度の問題があると考えられる10点から19点の人は91人、20点以上が7人であった。SDSでは、50-59点が4人、60点以上が2人であった。また、HADSの総得点とSDSの総得点の相関係数が0.619で有意に高いことが明らかになった。さらに、死および自殺に関してはSDSの方が予測率が高いことが推察された。

また、大山らの報告にあるように、実際に調査を行った結果、いくつかの問題点が明らかになった。それは、質問紙自体に関しては、質問が多く時間がかかりすぎること、質問の内容がわかりにくいこと、質問が生活習慣と相容れないことであり、調査時期に関しても農作業の時期との関係を考慮する必要があることが明らかになった。

D. 考察

実際の調査から、うつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防に関して、以下の点を今後さらに検討していく必要が明らかになった。

①アンケートの修正：より簡便にうつの人をスクリーニングできる質問紙を開発する。質問する時期を自由に設定できるようにして、現在のエピソードと過去のエピソードを聞けるようにする。質問項目は極力少なくし、社会文化的背景の影響を受けないように言葉を選択する。

②多面的なスクリーニングの実施：以下の4つの方法を検討する。

(a) 対象を町全体に広げ、集団検診などでスクリーニング

(b) 病院に簡易質問紙を置き、うつ状態の人をスクリーニング

(c)民生委員や保健推進委員の訪問時の使用
(d)スクリーニング質問紙や啓蒙目的のパンフレットの家庭への配布

③危険群への保健婦の介入：危険群へ保健婦が介入ができる体制を整える。また、精神的なものを表に出したくない、誰に相談して良いかわからないという声を考慮して、相談場所の設置を考える。

④地元医療機関との連携：うつ病に対しては地域における初期介入が重要であることがわかっており、一般臨床医、保健婦、精神科医の協力体制を確立する。ちなみに、世界精神医学会（WPA）はプライマリーケア場面での介入が重要と考え、発展途上国を中心にプライマリーケア医に対する教育的支援を行い、うつ病の診断と治療の技能向上を図るプログラムを実施している。こうした試みはこのほかにも、英国をはじめとする様々な国で行われている。

⑤うつ病や自殺に関する地域啓蒙活動プログラムの開発：自殺の問題をオープンに話し合える地域環境を整備する。そのために、講演会、パンフレットの作成・配布、レクリエーションのすすめ（冬でも集まって楽しめる機会の創造）、地域相談システムの確立、等を検討する。

⑥保健婦の技能向上プログラムを企画し実施：診断（見立て）と介入技法（含：カウンセリング技法）の獲得を目的として

⑦倫理的な問題についての検討：情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護、等についてさらに検討する必要がある。

⑧うつ病と身体疾患の関連について明らかにする。

⑨必要に応じて受療行為を勧め、服薬遵守性を高めるための介入マニュアルを作成す

る。その際に、臨床試験で認められた治療の効果を意味する *efficacy* と、現実の臨床場面で認められる効果を意味する *effectiveness* を区別して考えていくことが重要である。

E.結論

様々な視点から、地域に介入することによってうつ病を早期に発見し、その転帰としての自殺を予防するためのマニュアル作成の基礎的調査を行い、現在の問題点と今後の作業課題を明らかにした。

表 1. DALYs: Disability Adjusted Life Years World Wide

感染	17.2%
呼吸器	10.7%
心臓	10.5%
精神障害	9.7%
悪性腫瘍	5.8%
H I V	5.1%
物質使用	1.8%
自殺	1.6%
その他	37.6%

表 2. Global Burden of Disease

1990 年推計		2020 年予測			
順位	原因	割合	順位	原因	割合
1	下部呼吸器疾患	8.2	1	虚血性心疾患	5.9
2	下痢性疾患	7.2	2	単極性大うつ	5.7
3	産期関連障害	6.7	3	交通事故	5.1
4	単極性大うつ	3.7	4	脳血管疾患	4.4
5	虚血性心疾患	3.4	5	慢性閉塞性呼吸器疾患	4.2
6	脳血管疾患	2.8	6	下部呼吸器疾患	3.1
7	結核	2.8	7	結核	3.0
8	M 麻疹	2.7	8	戦争傷害	3.0
9	交通事故	2.5	9	下痢性疾患	2.7
10	先天異常	2.4	10	H I V	2.6

フィールドの選定に関する研究

分担研究者 一柳一朗 青森県立高等看護学院学院長

研究要旨

「うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究」が施行可能で、しかもそれが地域住民に役立つフィールドを選定する作業を行った。この選定作業には、研究に協力する地域の選定と、その地域の中で調査・研究を行う地域の選定の二つが含まれる。そうした点を考慮することによって、心身両面に働きかけることによって地域住民の健康を増進し、ひいては自殺を予防しようとする試みへの積極的な参加が得られた。さらに、今後こうした地域を中心に、同様の事業を展開していくことが望まれることを指摘した。

A. 研究目的

青森県の平均寿命は全国的にも短く、いわゆる短命県返上のための健康増進活動を積極的に行っている。その中心となるのが、成人病の発症予防と治療であり、乳幼児の死亡率の低下である。さらに、最近では、自殺率の低下が重要な因子になることが明らかになっていることから、地域を挙げて心身の健康の増進を通じた自殺予防活動を行う必要が認識されてきた。そうした状況の中で、「うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究」が施行可能で、しかもそれが地域住民に役立つフィールドを選定する作業を行った。この選定作業には、研究に協力する地域の選定と、その地域の中で調査・研究を行う地域の選定の二つが含まれる。

B. 研究方法

青森県には60あまりの市町村があるが、そのなかから自殺による死亡率の高い地域を選び出し、調査・研究への協力を依頼した。本調査は、倫理面への配慮から、あく

までも地域が主体的に参加して共同で調査を行うこととした。

C. 研究結果

表1は、全国および青森県の自殺の死亡数・年次別を比較したものである。表2は、自殺率の高い一部地域の人口10万人あたりの自殺の年齢調整死亡率・年次別・性別を表示したものである。

これらの地域の中からA町の協力が得られ、調査を開始した。表3は、昭和53年以来のA町の自殺の年次別・性別・年齢別の死亡数を表示したものである。

ついで、第二段階として、A町の保健福祉課の担当者および保健婦と協議を重ね、調査・研究を実施する地域と対象者を検討した。をA地区、B地区、C地区の3地区に分け、まずB地区の65歳以上の高齢者を対象に調査を行うことにした。

表4はA、B、Cの各地区の昭和53年から平成9年までの自殺者数である。

B地区の65歳以上の高齢者の人口は、男性が164名、女性が263名、計427名であった。表5は、昭和63年から平成

9年までのB地区の自殺者数を表示したものであり、男性3名、女性8名、計11名であった。表6、7は、B地区およびA、B地区の各年度ごとの自殺死亡者数の推移を表示したものである。

また、表8は、自殺企図のために救急搬送となった人の一覧を表示したものであり、表9は平成11年度に自殺した人の一覧である。ちなみに、平成10年度および平成11年度の高齢者の自殺者を表10、11に示した。

D. 考察と結論

身体面の健康はもちろん、精神面の健康に関する関心の高い地方自治体を選定したことによって、心身両面に働きかけることによって地域住民の健康を増進し、ひいては自殺を予防しようとする試みへの積極的な参加が得られた。今後こうした地域を中心に、同様の事業を展開していくことが望まれる。

また、Butler NR ら (Butler NR, Lewis MI, Sunderland T: Aging and mental health: diagnosis of dementia and depression. *Geriatrics* 1992; 47(6):49-57) によれば、自殺した人の20%が自殺したその日に、40%が過去1ヶ月の間に、そして75%が過去3ヶ月の間にプライマリーケアの医師を受診しており、プライマリーケア場面でうつ病患者を選択することも重要であると考えられた。

表1 自殺の死亡数・死亡率・年次別・全国・県比較（人口10万対）

	全 国		青 森 県		町	
	死亡数・死亡率	死亡数・死亡率	死亡数・死亡率	死亡数・死亡率	死亡数・死亡率	死亡数・死亡率
昭和53年	20,199	17.6			3	26.6
昭和54年	20,823	18.0			3	26.8
昭和55年	20,542	17.7			9	80.1
昭和56年	200,96	17.1			2	17.9
昭和57年	20,668	17.5			3	26.9
昭和58年	24,985	21.0	375	24.5	5	45.3
昭和59年	24,344	20.4	398	26.1	6	54.8
昭和60年	233,83	19.4	368	24.2	3	27.8
昭和61年	25,667	21.2	378	24.9	6	56.0
昭和62年	23,831	19.6	407	26.9	4	37.6
昭和63年	22,795	18.7	336	22.3	7	66.9
平成元年	21,125	17.3	315	21.0	5	48.6
平成2年	20,088	16.4	287	19.4	4	38.5
平成3年	19,875	16.1	342	23.2	7	68.4
平成4年	20,893	16.9	336	22.9	4	39.4
平成5年	20,516	16.6	301	20.5	6	59.9
平成6年	20,923	16.9	319	21.7	5	50.3
平成7年	21,420	17.2	296	20.0	8	81.0
平成8年	22,138	17.8	340	23.0	3	30.6
平成9年					6	61.8

表2 自殺の年齢調整死亡率・年次別・性別（人口10万対）

市町村	平成3年～7年		順 位	
	男	女	男	女
村	90.4	15.7	1	20
村	78.0	5.4	2	51
村	76.6	9.5	3	36
村	75.6	0.0	4	-
町	67.6	19.9	5	11
村	56.3	27.8	6	4
村	54.8	42.3	10	2
町	40.2	28.7	22	3
村	27.1	26.3	45	5
村	51.4	44.2	12	1
平成7年				
全 国	21.3	9.3		
青森県	28.1	8.7		

表3 自殺の死亡数・年次別・性別・年齢別
(人口10万対)

	死亡数・死亡率		65歳以上の人数	
			男	女
昭和53年	3	26.6	1	1
昭和54年	3	26.8	1	0
昭和55年	9	80.1	1	2
昭和56年	2	17.9	0	1
昭和57年	3	26.9	1	1
昭和58年	5	45.3	0	0
昭和59年	6	54.8	1	2
昭和60年	3	27.8	0	1
昭和61年	6	56	1	1
昭和62年	4	37.6	0	0
昭和63年	7	66.9	2	3
平成元年	5	48.6	0	2
平成2年	4	38.5	2	2
平成3年	7	68.4	1	2
平成4年	4	39.4	1	1
平成5年	6	59.9	4	0
平成6年	5	50.3	1	2
平成7年	8	81	1	3
平成8年	3	30.6	1	2
平成9年	6	61.8	2	2
合計	99	47.3	21	28

表4 自殺の死亡数・地区別(昭和53～平成9年)

	死亡数	65歳以上の人数		人口千対
		男	女	
A地区	37	11	11	4.9
B地区	29	5	10	8.9
C地区	33	6	6	2.9
	99	21	6	4.9

(人口 平成10年8月31日現在)

A地区 4237人
 B地区 1685人
 C地区 4171人

表5 B地区65歳以上の自殺者
 (昭和63～平成9年まで)

地区	男	女	計
a	1	0	1
b	0	0	0
c	0	0	0
d	0	1	1
e	1	2	3
f	0	0	0
g	1	5	6
h	3	8	11

表6 B地区年次別65歳以上の自殺者数の推移(昭和63年～平成9年まで)

63年度	H元年		H2年		H3年		H4年		H5年		H6年		H7年		H8年		H9年		計
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11

表7 B地区以外の65歳以上の自殺者数

	63年度		H元年		H2年		H3年		H4年		H5年		H6年		H7年		H8年		H9年		計
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
A地区	2	2	0	0	1	1	0	0	1	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0	1	
C地区	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	
		4		2		3		1		1		4		1		3		2		2	23

(参考) B地区以外の65歳以上の人口

	男	女		
A地区	411	597	1008	
C地区	403	609	1012	
計	814	1206	2020	

表8 町における自殺行為に関する調査

1. 調査対象 町
 2. 統計期間 平成6年1月1日～平成11年9月17日まで

調 査 票

No.	搬送年月日	性別	年齢	地区別	自損別	No.	搬送年月日	性別	年齢	地区別	自損別
1	6. 4. 28	男	78	C	(3)		*参考(死亡のため不搬送)				
2	7. 6. 5	男	75	A	(4)	1	11. 9. 5	男	74	B	(4)
3	8. 11. 10	男	77	B	(4)						
4	9. 4. 24	男	43	A	(4)						
5	9. 5. 22	男	55	A	(1)						
6	9. 11. 12	男	65	B	(1)						
7	10. 9. 10	女	31	A	(4)						
8	10. 10. 27	男	70	A	(3)						
9	11. 2. 6	女	31	A	(3)						
10	11. 7. 30	男	52	C	(4) 死亡						
11	11. 9. 13	男	77	A	(4) 死亡						

<凡例>

地区A

地区B

地区C

自損(1) 自殺を目的として薬物その他異物を飲用した事故

自損(2) 自殺を目的としたガス類の吸入による事故

自損(3) 自殺を目的とした刃物、銃器、鈍器等による事故

自損(4) 自殺を目的とした首つり、投身その他自損(1)～(3)以外の手段によるもの

自損(5) 狂言自殺その他自殺を目的としない自損行為

表9 日地区における過去20年間の自殺死亡者の29名の詳細

死亡年月日	年齢	性別	職業	家族構成 同居人数	自殺企画 の場所	自殺の方法	推定される自殺 の原因、動機	何らかの病気があつた 場合の疾病名	その病気の受診 医療機関名
S590513	46	女	農業		その他	縊死	病苦	不明	不明
S591112	26	男	不明	5人	その他	縊死	不明	不明	不明
S600207	58	女	農業		その他	縊死	うつ病10年	不明	不明
S610313	43	男	農業		自宅小屋	殺虫剤	不明	不明	不明
S610327	31	男	不明		その他	車排気ガス	不明	不明	不明
S610819	65	女	不明		その他	縊死	不明	不明	不明
S611110	53	男	農業		倉庫の中	縊死	心因反応	不明	不明
S630322	52	女	農業		自宅裏	除草剤	不明	不明	不明
S630802	90	女	農業		畑	縊死	不明	不明	不明
H010622	41	女	農業		自宅小屋	縊死	不明	不明	不明
H010627	31	男	不明		その他	車排気ガス	不明	不明	不明
H020401	83	女	農業		自宅小屋	縊死	不明	不明	不明
H030421	79	女	農業		自宅廊下	縊死	不明	不明	不明
H030605	60	男	農業		敷地内納屋	縊死	不明	不明	不明
H030711	65	男	農業	5人	自宅	除草剤	不明	不明	不明
H040902	67	女	農業		自宅小屋	縊死	不明	不明	不明
H060222	29	男	作業員	母、子	町外	車に練炭	家族内トラブル	不明	不明
H060604	78	女	農業		畑	縊死	仕事仲間のトラブル	不明	不明
H060728	87	女	農業		自宅小屋	縊死	不明	不明	不明
H070519	85	女	農業		自宅	農薬マブナート	不明	高血圧	病院
H081110	78	男	農業		自宅	縊死	高齢で独居迷惑かける	前立腺病術後	病院
H090806	70	女	農業	独居	自宅	農薬マイゼン	病苦、退院翌日	脳梗塞	病院
H091112	65	男	農業		自宅	農薬	アル中		病院

表10 平成10年の自殺

性別	生年月日	死亡年月日	自殺の方法
男	T13.5.21	H10.2.17	縊死
男	S15.12.19	H10.2.1	縊死
女	T5.8.23	H10.9.4	縊死
男	S14.3.9	H10.11.26	縊死による頸死

表11 平成11年度自殺者名簿. Tb1 2000年3月31日 20:09

死亡年月日	年齢	性別	職業	家族構成 同居人数	自殺企画 の場所	自殺の方法	推定される自殺 の原因、動機	何らかの病気があつた 場合の疾病名	その病気の受診 医療機関名
H11718	82	女	不明		旧住居裏	縊死	不明	結膜炎	眼科
H11730	52	男	大工		作業小屋	縊死	不明	なし	
H11905	74	男	不明		自宅	縊死	不明		
H11913	78	男	不明		自宅敷地内	縊死	不明		
H12219	73	男	不明	7人	自宅	縊死	不明	高血圧・痛風	病院

うつ病のスクリーニングの精度に関する研究

分担研究者 小泉毅 青森県立精神保健福祉センター センター長
分担研究者 吉村公夫 国立ガンセンター研究所 研究員
研究協力者 田中江里子 慶應義塾大学大学院

研究要旨

地域住民の協力を得て、高齢者を対象としたうつ病のスクリーニングの精度に関する研究を行った。先行研究をレビューした上で、青森県の一地域の65歳以上の高齢者427名に、自記式のうつ病評価尺度であるSDSと、身体疾患を持つ人の不安とであるHADS (Hospital Anxiety depression Scale)、構造化面接であるCID Iの短縮修正版、痴呆スクリーニング、生きがい感尺度を施行し、同時に調査協力者の人口動態的背景を調査した。その結果、HADSで軽度-中等度の問題があると考えられる10点から19点の人は91人、20点以上が7人であった。SDSでは、50-59点が4人、60点以上が2人であった。また、HADSの総得点とSDSの総得点の相関係数が0.619で有意に高いことが明らかになった。さらに、死および自殺に関してはSDSの方が予測率が高いことが推察された。

A. 研究目的

地域住民の協力を得て、高齢者を対象としたうつ病のスクリーニングの精度に関する研究を行った。

B. 研究方法

先行研究をレビューした上で、青森県の一地域の65歳以上の高齢者427名に、自記式のうつ病評価尺度であるSDSと、身体疾患を持つ人の不安とであるHADS (Hospital Anxiety depression Scale)、構造化面接であるCID Iの短縮修正版、痴呆スクリーニング、生きがい感尺度を施行し、同時に調査協力者の人口動態的背景を調査した。調査協力者が高齢であるために、すべて面接方式として保健婦が質問文を読み上げて、調査協力者が回答するという形で行い心の健康づくり教室に参加できなかった人に対しては自宅訪問をして行った。これはあくまでも住民の自主的参加とし、参加を拒否した2名の高齢者には調査を行わなかった。

C. 研究結果

表1は参加者の年齢の分布を示したものであり、表2は年齢、HADSの抑うつ尺度得点、HADSの不安尺度得点、HADSの総得点、SDSの総得点、生活満足度、CID Iで陽性となった症状数の性別(1:男性、2:女性)ごとの総数、平均値、標準偏差、平均値の標準誤差を表示したものである。さらに、性別による各項目の違いを検定したところ、表3に表示したように男女間で有意な差は認められなかった。

表4は、個々の質問項目に対する回答の数を示したものである。

これをもとに各質問紙で得られた点数を計算し、それぞれの点数をとった住民の数の分布を表5、6、7、8に示した。表5はHADSの抑うつ尺度得点(HADSD)、表6はHADSの不安尺度得点(HADS A)、表7がHADSの総得点(HADST)、表8はSDSの総得点(SDST)の分布

である。図9, 10, 11, 12は、それらを図示したものである。

これらの表から、HADSで軽度-中等度の問題があると考えられる10点から19点の人が91人、20点以上が7人であった。SDSでは、50-59点が4人、60点以上が2人であった。

表13は、個々の質問紙得点の相関係数を表示したものであるが、この表から、HADSの総得点とSDSの総得点の相関係数が0.619で有意に高いことが明らかになった。

なお、死および自殺に対する考えは、CIDI-SF-Rの質問7およびSDSの質問19で尋ねられているが、そうした考えの有無とHADSおよびSDSの総得点を図1に示した。この結果から、死および自殺に関してはSDSの方が予測率が高いことが推察された。

D. 考察

高齢者のうつ病は病気の発症や死亡率に影響を与えるし (NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life. JAMA 1992; Caine DE et al. Am J Geriatr Psychiatry 1993)、自殺した高齢者の多くが大うつ病にかかっていたことも明らかになっている (Conwell Y, 1994)。しかも、多くの高齢者が自殺前にプライマリケアの医師にかかっていた (Carney SS et al. J Am Geriatr Soc 1994) が、適切な診断や治療が行われていなかったという (Ormel J et al, Psychological med 1990)。

このようにうつ病が気づかれにくい原因の一つとして、気分症状を隠したり少なめに報告したりする可能性が指摘されている。しかも、高齢者はとくにその傾向が強く (Harper RG et al. J Nerv Ment Dis 1990; 20:909-923)、若年者と60歳以上の高齢者の抑うつ度を自記式のベックうつ病尺度 (BDI) と他覚評価のハミルトンうつ病尺度 (Ham-D) とを用いて比較検討した Lyness JM ら (Lyness JM, Cox C, Curry J,

Conwell Y, King DA, Caine ED: Older age and the underreporting of depressive symptoms. J Am Geriatr 1995, 43:216-221) の研究でも、高齢の患者は抑うつ症状を少なめに報告していることが示されている。したがって、臨床場面では患者以外からも情報を集める必要があるし、研究でも自記式の質問紙だけで抑うつ症状を評価するだけでは不十分な可能性がある。

一般に、スクリーニング検査の妥当性の検証には、米国精神医学会の『DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル』のような確立した診断基準に基づいた診断と比較する方法と、臨床診断と比較する方法がある。『DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル』のような明確な診断基準が作成されたことによって、構造化された面接が可能になり、こうした面接の評価に基づいてスクリーニングに用いた簡易質問票の妥当性の検証が一般には行われている。一方、臨床医の診断に基づいた妥当性の検証も行われているが、臨床診断自体が信頼性に乏しいという指摘もあり、こうした基準に基づく評価の問題点も指摘されている。

さらに、最近では、解析方法を工夫することによってスクリーニングの精度を高めようとする試みも積極的に行われている。なかでも、receiver operating curve と呼ばれる解析方法は、カットオフポイントを変えることによって true positive と false positive の率を計算し、より正確にスクリーニングできる質問を同定しようとするものである。これはときに、positive predictive value と negative predictive value も同時に算定することが多い。

こうした手法を用いて、最近では、より少ない質問項目で抑うつ者人を同定しようとする試みが行われている。例えば、Berwick らはMHI の5項目版を用いることによって大うつ病患者

を同定できるとしている。しかも、その報告によれば、1項目のみで大うつ病患者を同定可能としている。このほかにも、SteerらはBDIの2項目を用いることによってうつと不安を同定できることを報告し、WyshakとBarskyは1項目で臨床家の診断を予測できるとしている。またRostらはDISをもとに短縮版を作成している。

今回の結果からは、先行研究を参考にしながら、より精度の高い簡易質問紙を作成することが可能であると考えられる。

E. 結論

先行研究、及び青森県のある地域の高齢者を対象にした研究からより精度の高い簡易質問紙を作成することが可能であると考えられた。