

介入施設における相談内容 (延べ数)

( )は直接介入実人数

	特養	老健	養護	ケアハウ ス	合計
うつ病・抑うつに関すること	10(2)	15(3)	14(3)	14(6)	53(14)
希死念慮	2	1	2	1	6
閉じこもり	1	1	3	3	8
睡眠障害	1	1			2
家族関係	2	4	3	3	12
医療	3	4	3	1	11
喪失体験	1	2		2	5
加齢		2	2	2	6
環境調整		2	1	2	5
痴呆症状に関すること	7(1)	14(3)	5(2)	6(1)	32(7)
認知障害	4	4	1		9
記銘力障害			1	4	5
せん妄・意識障害		4	1	2	7
問題行動	3	6	2		11
その他の精神障害に関すること	2(0)	5(0)	4(0)	3(0)	14(0)
統合失調症		1	2	2	5
アルコール関連問題		2	2		4
ストレス関連障害	2	2		1	5
その他	1				1
身体症状に関すること	5(0)	13(0)	6(0)	3(0)	27(0)
痛み	1	2	2	1	6
身体的障害	3	8	3	2	16
苦痛・予後	1	3	1		5
その他	7(1)	6(0)	6(0)	12(3)	31(4)
人間関係	2	2	3	6	13
性格	3	1	1	4	9
依存葛藤	2	3	2	2	9
身体介護に関すること	2	5			7
施設処遇に関すること	2	3	2	4	11
施設職員のメンタルケアに関すること	1		1		2
医療連携に関すること	3	4	1	3	11

介入研究対象者プロフィール

		N or Ave	%
総数(介入前被調査者)		86	100.00
施設種別	特老	14	16.28
	養護	27	31.40
	老健	20	23.26
	ケアハウス	25	29.07
年齢全平均		81.33	
SD		±7.86	
性別	男	17	19.77
	女	69	80.23
入所期間(月)全平均		49.00	
SD		±41.93	
配偶者	有	13	15.12
	無	73	84.88
Berthel 指標 全平均		88.97	
SD		±21.91	
MMSE 全平均		19.79	
SD		±5.38	

介入前後の GDS 総得点の比較

平均 差	自由 度	t 値	p
0.605	85	2.030	0.0455 *

介入前 GDS 高得点群 (GDS7 点以上) の変化

	平均	SD	range
介入前 GDS	9.447	1.982	7-14 点
介入後 GDS	7.737	3.046	3-15 点
	t検定	p=0.0005	***

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究  
平成15年度 分担研究報告書

日本語版 Beck Depression Inventory II (BDI-II)によるうつ病重症度の研究  
および抗うつ剤によるうつ病再発予防と自殺予防の研究

分担研究者 古川壽亮(名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学教授)

研究要旨：①抑うつ症状の自記式調査票として世界的に最も頻用されている Beck Depression Inventory の第2版 (BDI-II)の、重症度および重症度変化への鋭敏さを検討し、尺度解釈の標準化を行った。BDI-II は、重症度にも重症度の変化にも鋭敏で、DSM-IV の大うつ病の重症度の特定用語(重症/中等症/軽症/寛解)ごとに約 10 点ずつの差があった。また、BDI-II は変化にも鋭敏で、臨床的に重要な最小の変化には、5 点に対応した。②自殺の最大原因であるうつ病の治療における再発予防維持治療の効果を系統的にレビューしたところ、大うつ病の急性期後、抗うつ剤による維持治療は少なくとも 2 年間にわたって再燃/再発を半減することが確立された。

### A. 研究目的

①抑うつ症状の自己記入式調査票として、临床上および研究上世界的に最も頻用されている尺度が、ベック抑うつ質問票 Beck Depression Inventory (BDI)である。

ところが、日本においては BDI の正式の日本語訳が確定されない状況が続いていた。

この度、1996 年に至って、アメリカ精神医学会によるうつ病の診断基準の改変に対応し、質問文を大幅に検討改定した第 2 版が出版された(BDI-II)<sup>1</sup>。そこでわれわれは、

①日本語訳を再翻訳 backtranslation して原版と照合することによって意味的等価性を保証し、②出来上がった日本語版について日本人サンプルにおいて実施可能性を検討することにより、日本語版を作成した<sup>2</sup>。さらに、本年度は、標準データを得ることにより、BDI-II 得点の解釈を標準化することを目的として研究を行った。

②自殺の最大原因はうつ病である。初発のうつ病は 50%以上が再発することが知られている<sup>3</sup>。うつ病の再発予防は自殺を減少できると思われるが、再発予防に有効とされる抗うつ剤による維持治療は急性期治療後どれくらい続けるとどれくらいの効果があるのか。無作為割り付け比較試験の系統的レビュー(メタアナリシス)を行った。

### B. 研究方法

①名古屋市立大学および豊川市民病院精神科において、DSM-IV にて大うつ病(単一エ

ピソードまたは反復性)と診断された患者に、研究の趣旨と方法を説明し同意が得られたならば、BDI-II を施行した。一方、精神科医は患者の BDI-II 得点にブラインドに、DSM-IV の重症度の特定用語による重症度評価を行った。

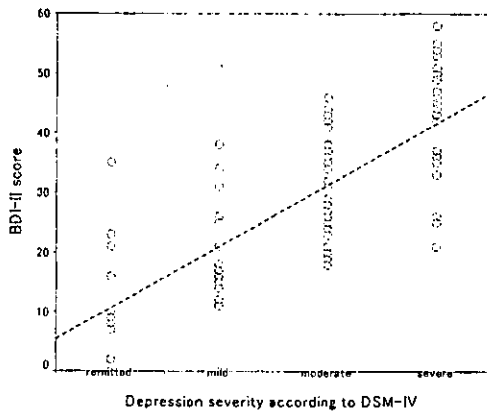
これらの患者が 14 日以上後に再来した際、再び BDI-II の記入を求めた。また、精神科医は再び BDI-II 得点にブラインドで、Clinical Global Impression-Change 尺度で評価した。

② Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Group の協力により、Medline, Embase, Cinahl, PsycLit, Psyn dex, Lilacs を包括的に検索し、該当する無作為割り付け比較試験をメタアナリシスした。

### C. 研究結果

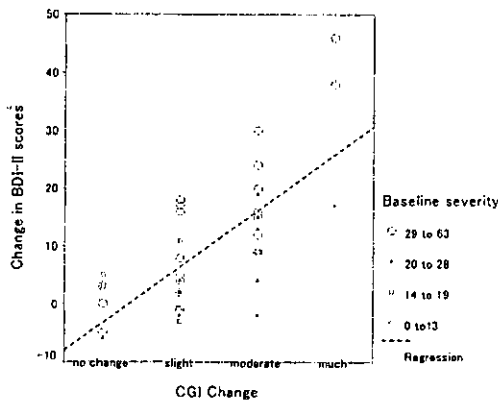
①ベースラインでの重症度評価と BDI-II 得点の得られた患者は 85 人、初診から 14 日以上を経過して再来した時点での CGI-Change と BDI-II 得点の得られた患者は 40 人であった。

ベースラインでの重症度と、BDI-II 得点との散布図は以下の通りである。



BDI-II 得点は、寛解時で 11.2 (95%信頼区間: 5.6 から 16.8)、軽症で 20.8 (16.5 から 25.0)、中等症で 30.5 (27.6 から 33.4)、重症で 42.2 (37.8 から 46.7)であった。また、重症度と BDI-II 得点の相関は 0.77 (0.67 から 0.84)であった。

2 週間以上を経過して再来した時点での BDI-II 得点と、CGI-Change による評価との散布図は以下の通りである。



BDI-II 得点の変化は、CGI-Change で不変とされた者では 0.01 (-6.2 から 6.2)、やや改善とされた者では 5.8 (1.8 から 9.9)、中等度改善以上とされた者では 17.0 (12.9 から 21.2)であった。また、CGI-Change スコアと BDI-II 得点の変化との相関は 0.72 (0.53 から 0.84)であった。

②合計 31 件の無作為割り付け比較試験、合計 4410 人の患者のデータをメタアナリシスした。抗うつ剤を中断することに比して、抗うつ剤を継続すると再発率が最大 36 ヶ月にわたって 50%以上の減少を示した。この再発率減少効果は、うつ病の重症度、うつ病の持続期間あるいは抗うつ剤中断までの寛解期間の長さとは無関係であった。また三環系抗うつ剤でも選択的セロトニン再

取り込み阻害剤でも同様に見られた。

#### D. 考察

以上より、日本語版 BDI-II はうつ病の重症度に対しても、重症度の変化に対しても、鋭敏であることが示された。

さらに、日本語版 BDI-II の得点は、重症度について、原板と同じように解釈できることが示された。BDI-II の原著マニュアルでは、ペンシルバニア大学患者について、うつ病でない患者の得点の平均は 7.7、軽症うつ病では 19.1、中等症うつ病では 27.4、重症うつ病では 33.0 と報告されている<sup>1</sup>。その後原著者らはさらに症例を集め、軽症うつ病では 18、中等症うつ病では 27、重症うつ病では 34 点と報告している<sup>4</sup>。これらの値は、今回我々が得た数値とほとんど重なっている。

BDI-II の変化については原著については未だ研究が報告されていない。そこで、我々は今回の結果に基づき、

0-9 点 変化なし、もしくは些少の変化(5 点が臨床的に有意義な最小変化であろう)

10-19 点 中等度の変化

20 点以上 著名な変化

と考えられた。

自殺に対する予防効果は症例数が少ないため確認できなかったが、抗うつ剤による維持治療は明らかにうつ病の再発再燃を減少させる。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究  
平成15年度 分担研究報告書

うつ病評価方法として二質問法(TQ)およびBDI、SIGH-Dの検証

分担研究者 尾崎紀夫 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

研究要旨：我々は二質問法とBDIは職域においてうつ病スクリーニング手段としての有用性を確認しているが、職域においてうつ病と思われる群を同定するのに二質問法とBDIを利用し、同時にストレス項目因子を確認することで、職場におけるうつ病惹起ストレス因子を検討した。その結果、複数の業務担当、期待度の変化といったストレス項目がうつ病惹起因子として検出された。癌患者におけるうつ病のスクリーニング手段として二質問法の有用性について検討した。その結果、二質問法はCES-D-20とほぼ同等の有用性をもっていると考えられる結果を得た。また、自己記入式質問紙法である二質問法やBDIを用いて心不全患者、リウマチ患者、慢性疼痛症患者におけるうつ状態の頻度を検討した。その結果、心不全患者やリウマチ患者において30-40%がうつ状態に陥っていることが確認された。さらに心不全患者では必ずしも身体疾患の病状と明確な関係なくうつ状態が惹起されているが、一方、リウマチ患者は身体疾患の病状と依存してうつ状態が惹起されていることが示唆された。

#### A. 研究目的

うつ病患者の多く、さらには自殺者の多くも、専門医療機関に受診していないという事実を鑑みると、自殺者の減少には、うつ病患者を早期発見し、治療に導入するのが焦眉の課題と考えられる。そこでうつ病のスクリーニング手段として自己記入式質問法の有用性について職域で検討してきたが、その成果をもとに職域での有用性が立証されている二質問法とBDIを用いて、うつ状態の頻度を確認し、うつ状態とストレス項目との関係を検討した。また、身体疾患患者に伴ううつ病をスクリーニングする手段として二質問法の有用性に関して癌患者を対象として

検討した。さらに、心不全患者、リウマチ患者を対象にうつ状態の頻度及び身体疾患の病状との関連を検討した。

#### B. 研究方法

1. 職域でのうつ状態の検討：小売業、電機関連業種、機械製造業種の各約200人強に二質問法、BDIならびにストレスチェック質問紙を配布して、抑うつ状態の頻度と、抑うつ状態とストレス項目との関係を検討した。加えて、外来うつ病患者の勤労者にも同様のストレスチェック質問紙を配布し、臨床的にうつ病と診断された患者における発症前ストレス項目を同定することとし

た。

2. 癌患者を対象とした二質問法の有用性検討：入院または通院中で、放射線科を受診しているがん患者のうち、放射線科主治医の説明により、研究に対する文書での同意が得られた患者 48 名（入院 11 名、外来 37 名）を対象とした。SCID-IV を用いた面接により DSM-IV の大うつ病エピソードの有無を判定し、これを基準として自己記入式 2 質問法および CES-D20 項目版の感度と特異度を検定した。

3. 心不全患者、リウマチ患者を対象とした抑うつ状態の検討：心不全患者には BDI、リウマチ患者には二質問法、疼痛症患者には二質問法と BDI の双方を行い、抑うつ状態の頻度、疾患の病勢との関係を検討した。

### C. 研究結果と考察

1. 職域でのうつ状態とストレス項目との関係：3 業種 701 名のデータより、TQ2 点の事例は 173 名（24.7%）、さらにこの中で BDI15 点以上の事例は 68 名（9.7%）。これらのうつ状態群にみられるストレス項目を検討したところ、上位 5 位内には以下の項目が見られた。1 位：複数の仕事を担当した、2 位：会社の将来への見通しが定まりにくくなった、3 位：会社の設備が故障した、5 位：わたしの仕事への期待度が変化した。一方、勤労者うつ病 71 名で検討したところ、上位 5 位内には以下の項目が見られた。1 位：わたしの仕事への期待度が変化した、2 位：複数の仕事を担当した、3 位：趣味を続けられなくなった、4 位：会社の将来への見通しが定まりにくくなった、5 位：いやがらせ、いじめ、または暴行を受けた。

以上から、共通項目としては、「複数の仕事を担当した」、「わたしの仕事への期待度が変化した」、

「会社の将来への見通しが定まらなくなった」、の項目が挙げられる。これまでの報告でも職域のうつ病惹起因子として「高い要求水準と低いソーシャルサポート」、「低い自由裁量権と努力に対する報酬の低さ」が指摘されている。今回の調査でも、同様の傾向が検証された。

2. 癌患者での有用性：DSM-IV 大うつ病エピソードに対する感度、特異度は、二質問法では感度 100%、特異度 73%、陽性的中率 20.0%、CES-D-20 では感度 100%、特異度 76%、陽性的中率 21.4%であった。すなわち二質問法は 20 項目を要する CES-D-20 とほぼ同等を有用性がうつ病スクリーニングにおいてありと判断される。

3. 心不全患者：CCU 退室時の心不全患者と健常人における BDI 得点を比較したところ、心不全患者の方が有意に高値であった（図 4）。心不全患者におけるうつ病の合併頻度は BDI の cut off 値 13 点とした場合、102 例中 29 例（28.4%）あり、約 3 割は抑うつ状態であるとみなされた。また、退院時には、CCU 退室時と比べ BDI 得点は低下しており、身体症状改善に伴いある程度抑うつ症状は軽快するものと思われる。さらに、CCU 退室時の BDI 得点と心機能（LVEF、BNP、NYHA）を比較したが、抑うつと心不全重症度との関連は認められず、心不全の重症度に関係なく、心不全患者は CCU 入院時に抑うつ状態になるものと考えられた。

リウマチ患者：1,866 例（男性 301 例、女性 1,565 例）、41.5%がうつ状態と診断された。うつ状態の患者は非うつ状態の患者に比して、医師の活動性評価（VAS）19.7 vs 14.5mm, 患者疼痛 VAS 40.9 vs 23.7mm, 患者全般 VAS 43.3 vs 24.6mm, CRP 1.5 vs 1.1mg/dl, HAQ 0.986 vs 0.569 と、いずれも有意に高かった。うつ状態の頻度は disability の強

い例 (HAQ >1.375) で有意に高かった。合併病態との関連では、悪性腫瘍と骨折 (odds ratio 2.309, 1.982) がうつ状態に影響していた。s

#### D. 結論

1. 二質問法と BDI は職域においてうつ病スクリーニング手段としての有用性がすでに我々によって確認されているが、職域においてうつ病と思われる群を同定するのにこの質問紙を利用し、同時にストレス項目因子を確認することで、職場におけるうつ病惹起ストレス因子を検討した。その結果、実際のうつ病症例と同様、多数の業務担当、期待度の変化といったストレス項目がうつ病惹起因子として検出された。今後、これらの質問紙はスクリーニング手段だけでは

なく、うつ病を防ぐために、どのような介入をすべきかを同定するための指標を明らかにする上でも有用であろう。二質問法は癌患者におけるうつ病スクリーニング手段として有用であることが確認された。心不全患者やリウマチ患者において 30-40% がうつ状態に陥っていることが確認された。さらに心不全患者では必ずしも身体疾患の病状と明確な関係なくうつ状態が惹起されているが、一方、リウマチ患者は身体疾患の病状と依存してうつ状態が惹起されていることが今回の結果から示唆された。この点に関しては、今後、より詳細な検討を要する。

H. 知的財産権の出願 なし



III 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

神庭重信	うつ病による自殺を予防する	精神科	3	403	2003. 11
本橋豊	自殺の疫学	精神科	3	404-408	2003. 11
栗田主一	都市部住宅地域に在住する高齢者の自殺予防プログラムの開発	精神科	3	422-430	2003. 11
神庭重信	うつ病の早期発見と介入のためのマニュアル	精神科	3	441-448	2003. 11
大野裕	地域におけるうつ病の自殺のスクリーニング	精神科	3	449-453	2003. 11
角南譲	うつ病の早期発見と介入のためのマニュアルーいのちの電話のためのマニュアル	精神科	3	454-459	2003. 11

20030742

以降は雑誌/図書等に掲載された論文となりますので、  
「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。