

研究種目：基盤研究（C）  
 研究期間：2005～2008  
 課題番号：17590603  
 研究課題名（和文） 総合診療・プライマリケア領域におけるうつ病性障害と健康関連 QOL との関連  
 研究課題名（英文） The Relationship between Depressive Symptoms and Health-related Quality of Life in the Practice of General Medicine and Primary Care  
 研究代表者  
 松島 雅人（MATSUSHIMA MASATO）  
 東京慈恵会医科大学・医学部・准教授  
 研究者番号：50246443

研究成果の概要:総合診療領域の患者において、うつ病性障害の程度を評価する指標を用いて、いかなる身体症状から抑うつ状態の存在を疑うべきかを検討した。さらに、抑うつ状態の程度により、身体的 QOL (quality of life) の低下がみられるかを評価した。さらに、うつ病性障害以外の精神神経科的指標としての不安にも着目し、身体症状や QOL との関連も検討した。

交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2005 年度	500,000	0	500,000
2006 年度	400,000	0	400,000
2007 年度	400,000	120,000	520,000
2008 年度	400,000	120,000	520,000
年度			
総計	1,700,000	240,000	1,940,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：内科系臨床医学・内科学一般（含心身医学）

キーワード：総合診療 プライマリケア うつ病 不安 QOL

#### 1. 研究開始当初の背景

うつ病・抑うつ状態は、有病率が高く、これらの病態は、様々な身体的症状をしばしば呈することが近年の知見から明らかとなっている。さらに、既出の報告から、精神神経科などでうつ病が確定診断された患者群において、初診の診療科で最も多いのは精神神経科ではなく、内科であるといわれている。プライマリケアの臨床の現場において、様々な患者の訴えに対して内科的アプローチを試みても、器質的な異常を見出せないことを私たちはしばしば経験している。さらに、一般人口において多くのうつ病患者が正しく診断されていないという報告もある。従って、ある患者が身体症状を理由に受診したとし

ても、内科的アプローチを行いながら、同時に精神神経学的な背景にも配慮して診療にあたらなければならない場合が少なくないことが予想される。また、大学病院のような大規模な基幹病院でも総合診療部・総合診療科は近年、国内のさまざまなところで設置され、高次機能医療機関ではあるがプライマリケアとしての性格をもつため、診療には多面的な知識や技能とともに全人的な診療姿勢、特に疾患だけでなく患者の心理社会面への配慮が強く要求されている。以上の点より、総合診療やプライマリケア領域のうつ病の実態を明らかにすることは、今後のプライマリケア医療において重要な情報を得ることにつながる。例えばプライマリケアにおいて

うつ病と診断された患者の身体的症状の種類と頻度についての報告はあるが、ある身体的症状を訴えて受診した患者にどのくらいうつ病や抑うつ状態が隠れているかの包括的な報告はみあたらない。さらに、プライマリケア領域において頻度の高いうつ病の生活の質への影響を測定することによって社会的な影響度を評価できると考えると、うつ病、抑うつ状態の患者の健康関連 QOL について検討することも、意義深いものと考えられる。

## 2. 研究の目的

本研究は総合診療・プライマリケア領域におけるうつ病・抑うつ状態の実態を明らかにし、健康関連 QOL (health-related quality of life) への影響を評価することを目的とする。うつ病性障害の自記式評価尺度を用い、大学病院総合診療部初診患者におけるうつ病性障害のスクリーニング陽性(疑い)に該当する割合およびその重症度について記述的研究を行う。すなわち疑い例に該当した対象者の重症度別有病率、初診時に患者が訴えた身体的症状の数、種類の頻度、さらに身体的症状別のうつ病・抑うつ状態の頻度を明らかにする。また、包括的健康関連 QOL 尺度である Short-Form 36 (SF-36) を使用し、うつ病・抑うつ状態がその重症度によって、特に比較的軽症な病態においても患者の生活の質に影響を及ぼしているか検討する。さらに、様々な身体症状に影響しうる精神神経学的領域の因子として不安にも着目し、身体症状・健康関連 QOL との関連も検討する(なお、STAI は実施期間の途中から導入したため、一部の例に実施したに留まっている)。

## 3. 研究の方法

### (1) 対象

東京慈恵会医科大学附属病院・総合診療部外来を受診した初診患者を対象とする。

### (2) 除外基準

重度の基礎疾患・精神発達遅滞や認知症・強い症状を伴う急性疾患やその他の理由により、同意取得や自記式質問票による調査の実行に支障がある患者。

うつ病の診断歴・治療歴のある患者。また、その他の精神神経科領域の疾患・治療歴のある患者。

### (3) 評価尺度

① BDI-II (Beck Depression Inventory-Second Edition) 日本語版

世界的に最も広く使用されている自記式抑うつ評価尺度。米国精神医学会による「精神疾患の診断・統計マニュアル第 4 版」(DSM-IV) の診断基準に沿った症状を評価するために作成されている。過去 2 週間の状態について 21 項目の質問によって抑うつ状態

の重症度の評価が可能である。最低点は 0、最高点は 63 で、0~1 が極軽症、14~19 が軽症、20~28 が中等症、29 以上が重症に分類される。日本語版は、質問項目の原版との等価性が評価されている。

### ②SF-36 (Short-Form 36) 日本語版

36 項目の質問票よりなる健康関連 QOL の質問票であり、QOL を身体的影響・精神状態・活動性などの 8 つの項目(身体機能・日常役割機能(身体)・体の痛み・全体的健康感・活力・社会生活機能・日常役割機能(精神)・心の健康)に分けて数値化することが可能である。さらに、これらの 8 項目の尺度をまとめた 2 つのサマリースコア(身体的・精神的サマリースコア)として算出することができる。29 カ国の言語で翻訳され標準化されており、日本語版では日本人の国民標準値が定められており、2 つのサマリースコアは日本人の国民標準値を 50 とした偏差得点で示される。

### ③STAI (State-Trait Anxiety Inventory) 日本版

心理的不安の尺度で、不安を、不安になりやすい性格傾向(特性不安)と、変化する不安状態(状態不安)とに分け、各々 20 項目の質問への回答から、最低 20、最高 80 の間で点数化する。特性不安、状態不安の点数はそれぞれ I: 非常に低い, II: 低い, III: 普通, IV: 高い, V: 非常に高い、の 5 段階に分けられる。

## (4) 調査にあたっての方法

### ①対象者の抽出・同意の取得

総合診療部外来を受診した初診患者から、特に条件を限定することなく無作為に抽出し、前述の除外基準に当たらなければ、診察室で直接、担当医から試験の目的、方法につき口頭および文書で説明のうえ、同意書への署名を得る形で同意を取得する。

### ②身体症状の調査

対象者に対し、外来受診時に以下に述べる身体的症状についてプライマリケア国際分類を参考に想定される自覚症状について質問紙調査(表 1.)を行う。

### ③質問票の記入

さらに上記①、②、③の質問票に回答(自記式)してもらい、回収する。

### ④うつ病の確定診断

BDI-II のスコアを対象者にその場でフィードバックし、14 以上の対象者をうつ病の疑いとして、可能な限り精神神経科へ依頼のうえ、DSM-IV のうつ病診断基準を用い、うつ病の確定診断を行う。

### ⑤基本となる臨床上の情報収集

対象者全例のカルテの供覧および、受診時

の本人への聴取により、年齢・性別・主訴・受診理由・紹介の有無・同症状での他院受診の有無と回数・医療機関受診の頻度・家族構成につき可能な限り記録する。

表 1. 調査項目とした身体症状の一覧

1. 発熱	2. 食思不振	3. 全身倦怠感
4. 体重減少	5. 頭痛・頭重感	6. 眩暈
7. ふらつき	8. 意識消失	9. しびれ感
10. 胸痛・圧迫感	11. 動悸	12. 不整脈
13. 呼吸苦	14. 咳・痰	15. 咽頭痛
16. 鼻炎症状	17. 口渇感	18. 胸やけ
19. 腹痛・不快感	20. 嘔気・嘔吐	21. 下痢
22. 便秘	23. 血便	24. 背部・腰痛
25. 発疹・掻痒	26. その他	

#### ⑥対象者の人権・プライバシー保護

調査に協力・参加した患者個人の氏名は、研究結果において表現されず、個人を特定できるデータは結果には含まれない。データの集計・管理・解析は研究担当者のみが行い、この段階で患者個人名はデータから分離し処理される。調査終了、データの保管が不要となった際には、患者個人名が特定できる調査票などはシュレッダーで破棄される。

#### ⑦解析

▼総合診療部外来を受診した初診患者における、BDI-IIによるうつ病(疑い例)および、うつ病性障害の各重症度分類の割合を算出する。

▼身体的症状別にうつ病(疑い例)の陽性予測値を算出、陽性尤度比を推定することにより、身体的症状からうつ病や抑うつ状態をどの程度疑うことができるかを検討する。さらに、うつ病(疑い例)に該当するか否かにより、各身体症状の出現率が異なるかをchi-square testにて検討する。

▼うつ病(疑い例)か否かを従属変数とし、性別・年齢を交絡因子として調整し、各身体的症状を独立変数としたロジスティックモデルを用いて、各症状のうつ病診断への寄与度を検討する。

▼BDI-IIによる極軽症、軽症、中等症、重症の4つの重症度分類において、SF-36の身体的・精神的サマリースコアを一元配置分散分析によって比較する。

▼各身体症状の有無によって、STAIによる状

態不安、特性不安各々について差があるかをWilcoxon rank-sum testによって比較する。

▼状態不安、特性不安が、健康関連QOLを低下させるか否かを検討するために、SF-36の身体的サマリースコアを従属変数とした重回帰モデルを想定し、STAIによる状態不安、特性不安のほか、性別、年齢、BDI-IIのスコアを交絡因子として同時に独立変数とし、解析を行う(STAIによる調査は途中からの導入であるため、実施例数は109例(男/女:64/45例)に限られている)。

SF-36によるスコアの算出には「SF-36 エクセルによるスコアリングプログラム日本語版 version 1.2」を使用し、他の主な解析には統計解析ソフト「STATA version 8.2」を使用した。

#### 4. 研究成果

##### (1) 対象者の背景

東京慈恵会医科大学附属病院・総合診療部外来を受診した初診患者のうち、同意を得たうえで対象となった198例の背景を表2.に示す。平均年齢が約41歳と比較的若く、職業では会社員(役員含む)が約半数を占めた。

表 2. 対象者の背景

性別(男/女)	103 / 95	52.0/48.0%
年齢(歳)	41.2±14.3	
職業(人)		
会社員・役員	98	49.5%
自営業・経営	13	6.6%
専門職	18	9.1%
事務職	14	7.1%
主婦	15	7.6%
学生	10	5.1%
無職	10	5.1%
その他・不明	20	10.1%

##### (2) BDI-IIスコアと重症度分類による割合

BDI-IIのスコアの平均は9.8±7.8であった。前述のようにBDI-IIでは最低点が0、最高点が63となり、0~13が極軽症、14~19が軽症、20~28が中等症、29以上が重症に分類される。臨床的にうつ病の疑いとなるのは14以上であるとされている。4つの重症度分類別の対象者の割合を表3.に示す。うつ病の疑いに該当した対象者は21.7%であった。プライマリケア領域での患者のうつ病の有病率は10~20%と報告によって一定しないが、この検討でもほぼそれらから逸脱しないものと考えられた。

表 3. BDI-II の結果

平均	9.8±7.8
極軽症	155 (78.3%)
軽症	23 (11.62%)
中等症	13 (6.57%)
重症	7 (3.54%)

(3) STAI による状態不安・特性不安の平均と性別毎の段階別の割合

STAI の実施は全 109 例で、特性不安は平均 42.8±10.3、状態不安は 44.3±10.7 であった。表 4. に段階別の対象者の割合を示す。

表 4. STAI による段階別の対象者の割合

特性不安

非常に低い	0 (0.0%)
低い	10 (9.2%)
普通	32 (29.4%)
高い	41 (37.6%)
非常に高い	26 (23.9%)

状態不安

非常に低い	1 (0.9%)
低い	19 (17.4%)
普通	41 (37.6%)
高い	42 (38.5%)
非常に高い	6 (5.5%)

(4) うつ病（疑い）の有無と身体症状の関連 ～単変量解析～

うつ病（疑い）の有無に対する各身体症状の関連の単変量解析として、各身体症状の有無から、うつ病（疑い）の有無をいかに予測できるかを以下のように検討した（表 5.）。chi-square test (Fisher's exact test) の結果、有意となったのは表の通りである。

表 5. うつ病（疑い）の有無および各身体症状との関連

	陽性予測値	尤度比 (95% C. I.)	p 値
食思不振	0.47	3.15 (1.68 - 5.94)	0.001
全身倦怠感	0.29	1.46 (1.16-1.84)	0.01
体重減少	0.45	2.95 (1.31-6.65)	0.02
胸痛・圧迫感	0.35	1.97 (1.06-3.64)	0.04
動悸	0.54	4.21 (2.10-8.41)	<0.001
胸やけ	0.50	3.60 (1.09-11.90)	0.04

(5) うつ病（疑い）の有無と身体症状の関連 ～多変量解析～

うつ病（疑い）の有無を従属変数、各身体症状の有無を独立変数とし、さらに年齢・性別も交絡因子として調整するために同時に独立変数としたロジスティックモデルを用いた検討を行った（表 6.）。食思不振、全身倦怠感、胸痛、動悸がオッズ比 4.62, 2.84, 3.78, 5.88 で有意となった。この結果は、概ね単変量での検討と類似したものといえた。

表 6. うつ病（疑い）の有無および各身体症状との関連（多変量解析）

	オッズ比 (95% C. I.)	p 値
食思不振	4.62 (1.56-13.67)	0.01
全身倦怠感	2.84 (1.10-7.38)	0.03
胸痛・圧迫感	3.78 (1.30-10.93)	0.01
動悸	5.88 (1.57-22.00)	0.01

(6) うつ病性障害の重症度分類と健康関連 QOL の関連

うつ病性障害の重症度分類によって、SF-36 によって測定された QOL 指標、すなわち身体的サマリースコア (Physical Component Summary: PCS) と精神的サマリースコア (Mental Component Summary: MCS) が異なるかを一元配置分散分析 (Scheffe 法) を用いて検討した (図 1. および図 2.). 特に、うつ病性障害の重症度が増すごとに身体的 QOL が低下するの否かに注目した。重症度が 1

段階増すことを考えた際、軽症から中等症に移行すると有意に身体的QOLが低下することが示された。なお、精神的QOLでは、極軽症から軽症へ、中等症から重症へ増すところで有意に低下していた。

図 1. SF-36 の身体的サマリースコアとBDI-IIによる重症度分類

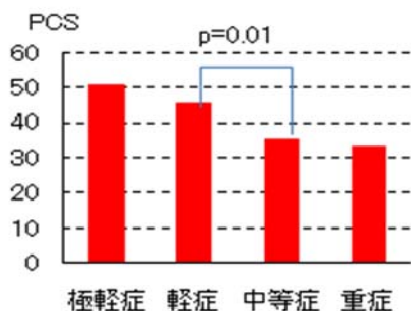
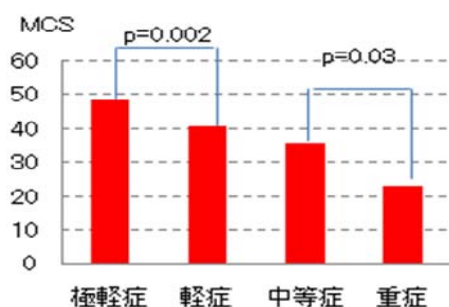


図 2. SF-36 の精神的サマリースコアとBDI-IIによる重症度分類



(7) 各身体症状の有無による、特性不安、状態不安各々の差

それぞれの身体症状の有無によって、STAIによる特性不安・状態不安に差があるか否かを検討するため、症状毎にある群とない群に分け、特性不安・状態不安の差を Wilcoxon rank-sum test によって比較した。結果を以下に示す (表 6・表 7)。特性不安において有意な差がみられた症状は、全身倦怠感、眩暈、ふらつき、胸痛・胸部圧迫感であり、状態不安についてはこれらに加えて胸やけでも有意差が認められた。

表 6. 各身体症状の有無による特性不安の差

身体症状	特性不安 (95% C. I)	p 値
全身倦怠感	あり	46.1 (43.7-48.6)
	なし	38.7 (35.9-41.5)
眩暈	あり	49.3 (42.0-56.5)
	なし	41.7 (39.8-43.7)
ふらつき	あり	46.0 (41.9-50.1)
	なし	42.0 (39.8-44.2)
胸痛・圧迫感	あり	47.5 (42.7-52.2)
	なし	41.6 (39.5-43.7)

表 7. 各身体症状の有無による状態不安の差

身体症状	状態不安 (95% C. I)	p 値
全身倦怠感	あり	47.3 (44.5-50.1)
	なし	40.7 (37.9-43.4)
眩暈	あり	50.5 (43.8-57.2)
	なし	43.3 (41.2-45.4)
ふらつき	あり	49.1 (44.9-53.3)
	なし	43.2 (40.9-45.4)
胸痛・圧迫感	あり	49.3 (45.4-53.2)
	なし	43.0 (40.8-45.3)
胸やけ	あり	56.5 (42.6-70.4)
	なし	43.6 (41.6-45.6)

(8) 不安と身体的QOLとの関連

特性不安、状態不安が身体的QOL、精神的QOLを低下させるのか否かについて、以下のような重回帰モデルを用いて検討した。すなわちSF-36の身体的サマリースコアを従属変数とし、STAIによる特性不安、状態不安を独立変数としたうえで、さらに交絡因子としてBDI-IIのスコアと年齢、性別を独立変数に加えたものである。

この結果、SF-36の身体的サマリースコアに対しては、BDI-IIのスコアの影響を考慮した場合に、特性不安・状態不安とも有意な関連は示さなかった。これらのことから、身体的QOLに対しては、不安よりも抑うつの方がより強い影響をもって低下させることが示唆された。

表 8. SF-36の身体的サマリースコアを従属変数とした多変量解析

	coefficient (95% C. I.)	p 値
性別	2.45 (1.56 - 13.67)	0.12
年齢	-0.15 (1.10 - 7.38)	0.01
BDI-II	-0.65 (1.30-10.93)	<0.001
特性不安	-0.03 (-0.32 - 0.26)	0.84
状態不安	0.10 (-0.16 - 0.35)	0.46

#### (9) まとめ

①内科的観点でプライマリケア領域の患者における患者の身体症状を聴取し、それらからうつ病性障害の存在を疑うにあたって、食思不振、全身倦怠感は特に十分な配慮と考察が必要な症状であることが考えられた。さらに、胸やけ、胸痛など、他の胸部の不定愁訴にも注意すべきであることが示唆された。

②うつ病性障害の重症度が高くなることにより、精神的QOLのみならず身体的QOLもが明確に低下するものと考えられた。これらは先に述べた様々な身体症状の存在を介した結果であることが予想される。うつ病性障害の存在が患者の身体的活動や社会生活にも悪影響をもたらすことを考えるべきとの観点から、プライマリケアにあたる医療従事者にとって示唆に富む結果と思われる。

③もう一つの精神神経学的因子としての不安と身体症状との関連を考慮した場合、不安を構成する2つの要素、すなわち特性不安と状態不安では、関連を示すと思われる症状には明らかな違いはみられなかった。今後さらに多数での検討を行い、症状に関わっていると思われる原疾患との関係を含めて考察する必要もあるといえる。

④健康関連QOLと不安との関連を考えた際、不安の程度もQOLを低下させるものと思われた。しかし、実際に検討した結果では、身体的QOLに関しては、抑うつの方が、不安よりもQOLの低下に大きく関わっていることが示唆された。

#### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計 0 件)

[学会発表] (計 3 件)

1. 細谷 工, 松島雅人, 法橋建, 総合診療部外来患者における不安と身体症状・身体的QOLとの関連, 第16回日本総合診療医学会学術集会, 2008年3月9日, 名古屋市公会堂

2. 細谷 工, 松島雅人, 法橋 建, 患者の不安がどのような身体症状と関連し, 身体的QOLにどのように関連しているか, 第15回日本総合診療医学会学術集会, 2007年3月17日, 石川県文教会館

3. 細谷 工, 松島雅人, 忽滑谷和孝, 法橋建, 総合診療・プライマリケア領域におけるうつ病性障害と健康関連QOLとの関連の検討, 第14回日本総合診療医学会学術集会, 2006年3月4日, 宇部市文化会館

[図書] (計 0 件)

[産業財産権]

○出願状況 (計 0 件)

○取得状況 (計 0 件)

[その他]

#### 6. 研究組織

(1) 研究代表者

松島 雅人 (MATSUSHIMA MASATO) (東京慈恵会医科大学 医学部 准教授) 研究者番号: 50246443

(2) 研究分担者

忽滑谷 和孝 (NUKARIYA KAZUTAKA) (東京慈恵会医科大学 医学部 講師) 研究者番号: 00218257

(3) 連携研究者