

第2回職場のメンタルヘルス検討会(2010/6/7)情報提供

職場におけるうつ病等のスクリーニングのための調査法とその利用について

川上憲人

東京大学大学院医学系研究科

精神保健学分野

うつ病スクリーニングには労働者の半数が賛成だが、健康情報の取り扱いには留意が必要なこと

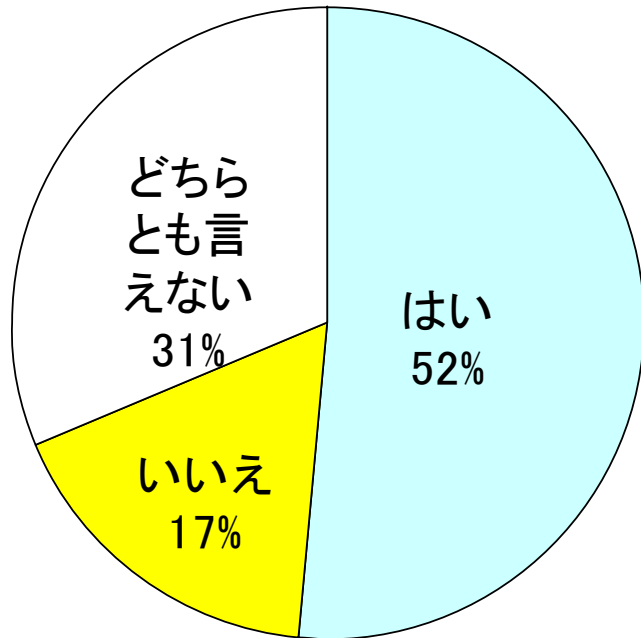


1

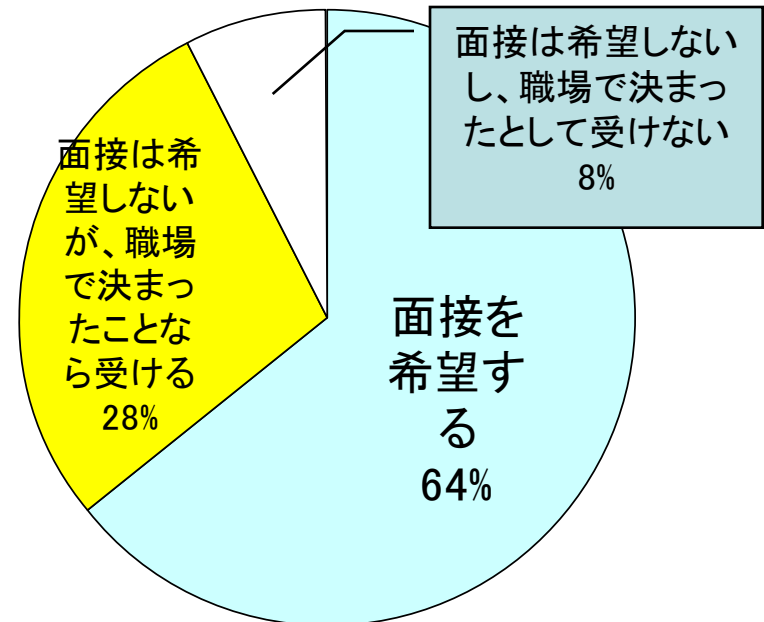
うつ病のスクリーニングに対する労働者の意見

①(地方公務員に対する調査結果)

うつ病の「スクリーニング」が職場で実施されることを希望するか(n=1,976)



自分がうつ状態や高ストレスと判定された場合、医師や看護師の面接を受けることを希望するか (n=1,976)



うつ病のスクリーニングに対する労働者の意見

②(地方公務員に対する調査結果)

うつ病スクリーニングにおいて労働者が重要と考える要素(3つまで複数選択可)(n=1,957)

項目	人数	(%)
うつ状態や高ストレスと判定された場合、ストレスへの対処法なども教えてもらえること	1162	(59.4)
精神科医やカウンセラーなど専門家が面接をしてくれること	1131	(57.8)
自分の書いた内容が、医師や看護師以外の者には見られないこと	1115	(57.0)
記入する質問票が簡単であること	801	(40.9)
うつ病の「スクリーニング」が効果的であることを事前に教えてもらえること	514	(26.3)
うつ状態や高ストレスと判定された場合、医療機関を受診するかどうかは完全に自分で決められること	378	(19.3)
ホームページなどからいつでも行えること	255	(13.0)
年に1回など頻度が少ないこと	156	(8.0)
その他	46	(2.4)

出典:平成21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「リワークプログラムを中心とするうつ病の早期学研から職場復帰に至る包括的治療に関する研究」
分担研究書, 2010.

スクリーニング陽性者の中には
たくさんの健常者が含まれること



2

スクリーニング検査

迅速に実施可能な検査で、疾病を暫定的に識別すること（疾病の診断を目的としない）。

		検査結果		
		陽性	陰性	計
疾病異常	+	真陽性 (T P)	偽陽性 (F N)	真の罹患者 (T P + F P)
	-	偽陽性 (F P)	真陰性 (T N)	真の健康者 (F P + T N)
	計	検査陽性 (T P + F P)	検査陰性 (T N + F N)	検査総数 (T)

スクリーニング効率の指標

- ・ 感度 (ST) : 疾病ありの者のうち、スクリーニング陽性となる者の比率 = 陽性者 (TP) / 真の罹患者 (TP + FN)
- ・ 特異度 (SP) : 疾病なしの者のうち、スクリーニング陰性となる者の比率 = 陰性者 TN / 真の健康者 (TN + FP)
- ・ 陽性反応的中度 (PVP) : スクリーニング陽性者のうち、疾病ありの者の比率 = TP / (TP + FP)
- ・ 陰性反応的中度 (PVN) : スクリーニング陰性者のうち、疾病なしの者の比率 = TN / (TN + FN)

いずれも高い方が望ましい。

職場の第一次スクリーニング(ストレスチェック) でよく使用される調査票

	項目数	回答選択枝数	カットオフ点	感度(%)*	特異度(%)*	使用料
うつ対策推進方策マニュアル調査票	5	2	2+	95以上	61	無償
職業性ストレス簡易調査票	57	4	尺度ごとに設定	未検討	未検討	無償
CES-D	20	4	16+	90以上	70以上	有償
GHQ-12	12	4	4または5+	75以上	75以上	不明
K6	6	5	5+ (13+)	75以上	70以上	無償
二質問法(TQ)	2	2	1+	95以上	60以上	無償

* うつ病あるいは精神障害一般に対する感度と特異度について、これまでの研究をもとに、おおよその値を記載した。正確でない場合があるので注意。職業性ストレス簡易調査票以外の各尺度は別紙資料に詳細を記載した。

職場の第二次スクリーニング（保健医療スタッフ等による面接）でよく使用される面接法

- 簡便なうつ病の構造化面接法（BSID）（廣，2004）
- M.I.N.I.—精神疾患簡易構造化面接法．
（Sheehan DV, Lecrubier Y著，大坪，宮岡，上島訳．星和書店，2000）
- うつ対応マニュアル二次スクリーニングアセスメント（厚生労働省地域におけるうつ対策検討会，2004）

* MINI以外の面接法は別紙資料に詳細を記載した。

感度90%、特異度90%のスクリーニングテストがある。
うつ病ありの者1%(10名)を含む1000名の集団にこ
れを適用した場合...

	元の集団	スクリーニング陽性者
うつ病あり	10	9 (=10*0.90)
うつ病なし	990	99 (=990*0.10)
合計	1000	118

スクリーニング陽性者中の疾病ありの者(陽性反応的中度)は7.6%(=9/118)である。これは事前確率が低い
ため。このため二次スクリーニングに負担がかかりやすいという
問題点がある。

最近のトレンド

尤度比(ゆうどひ)(likelihood ratio, LR)

検査前確率と検査ごとの尤度比(LR)値から、検査後確率(診断の確からしさ)が計算できる。

- ・ オッズ = 確率 / (1 - 確率) ※ 5分5分ならオッズは1
- ・ 検査前オッズ = 検査前で病気がある可能性のオッズ
- ・ 検査後オッズ = 検査後で病気がある可能性のオッズ

ある検査について、

検査結果陽性の場合の尤度比 $LR(+)$ = 感度 / (1 - 特異度)

検査結果陰性の場合の尤度比 $LR(-)$ = (1 - 感度) / 特異度

とすると

検査後オッズ = 検査前オッズ × $LR(+)$ ← 検査陽性の場合

参考) オッズを確率に変換するには、

確率 = (オッズ) / (1 + オッズ)

層別尤度比(SSLR)の例: K6による気分・不安障害のスクリーニング

	K6得点*		
	0-4	5-9	10+
層別尤度比(SSLR)と 95%信頼区間	0.33 0.20-0.57	2.24 1.16-4.33	18.15 10.57-31.15
一般労働者中のうつ病の検査 後確率(検査前確率を2%と 仮定)	1%	4%	27%
ハイリスク集団におけるうつ病 の検査後確率(検査前確率 を30%と仮定)	12%	50%	90%

* K6調査票における感度+特異度が最大となる最適カットオフ点は5点だが、より高得点に設定することで二次スクリーニングを効率的に実施することができる。ただし、見落としは増加する。

スクリーニングが効果があるかどうかはスクリーニングの効率だけでは決まらないこと



3

大事なこと

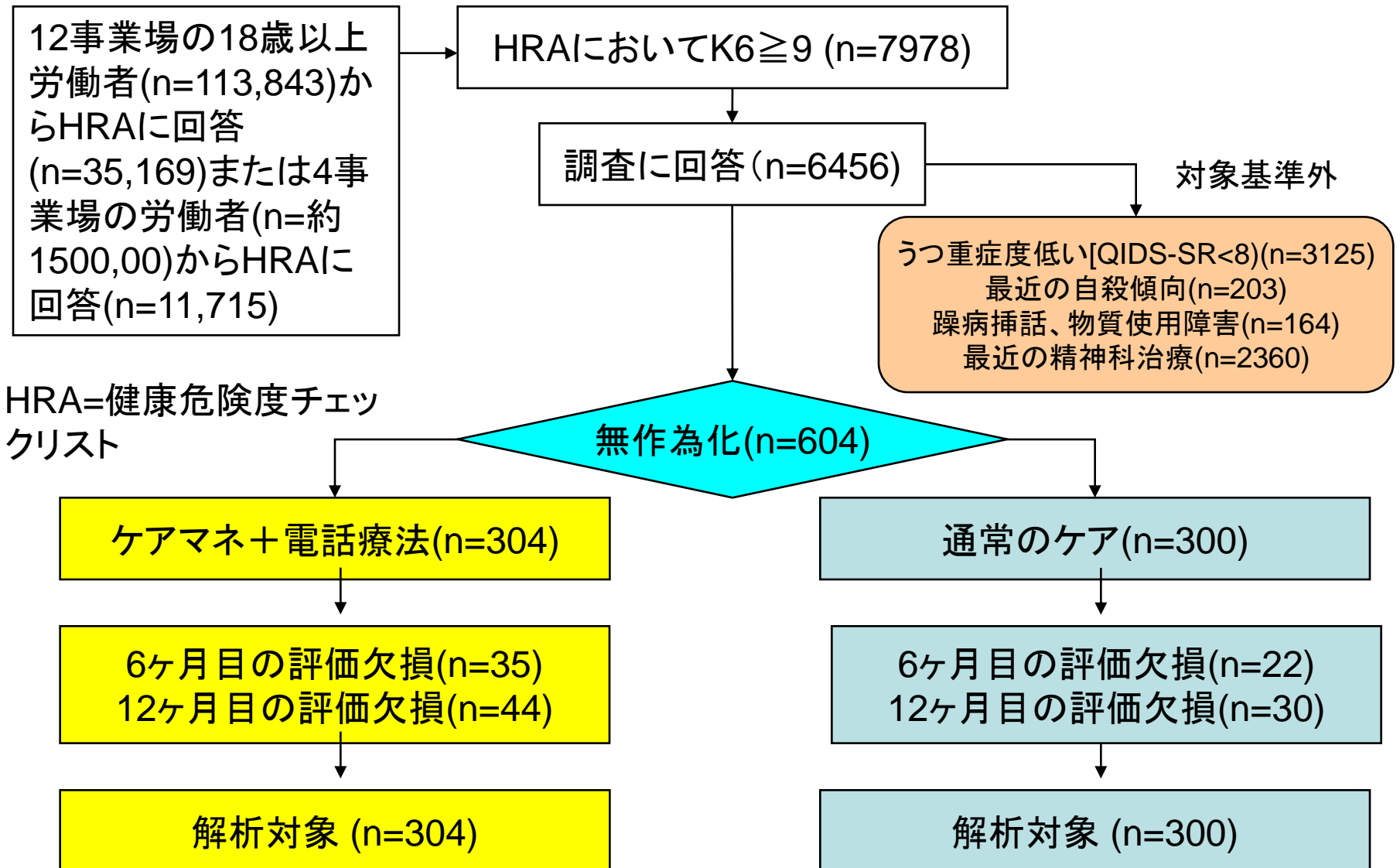
スクリーニング効率≠スクリーニングの効果

- スクリーニング効率（感度、特異度等）がよいからと言って、スクリーニングに効果（例えば、罹病期間や死亡率の減少など）があるとは必ずしも言えない（例えば、発見しても治療法のない疾患、自然回復が見込まれる疾患、発見されても受診率が低い疾患など）。
- スクリーニングの効果の科学的な検証には無作為化比較試験が求められる。

労働者におけるうつ病のスクリーニングの効果評価

- うつ状態の労働者向けの電話スクリーニング、アウトリーチおよびケアマネジメントが医学的および労働生産性のアウトカムに与える効果
- Wang PS, Simon GE, Avorn J, et al. Telephone Screening, Outreach, and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes: A Randomized Controlled Trial. JAMA 2007;298(12):1401-1411.

調査対象のリクルートと割付



介入プログラム

初回の電話連絡(91%)

- ケアマネージャーが。抑うつ症状、これまでの治療、合併を評価。治療への動機づけを提供。うつ状態の者には、個人心理療法(および薬物治療の必要性の評価)を受けることを推奨。
- 全員に心理教育ワークブックを郵送で配布。

個人治療を承諾(精神科医44%、一般医25%)

- 紹介状と受診先情報を提供

個人治療を開始(抗うつ剤服用41%)

- うつ状態、治療の遵守、治療継続の困難を継続評価
- 治療者に評価結果をFB(必要な場合には精神科医も)
- うつ状態が持続する場合には、別種の治療法も推奨

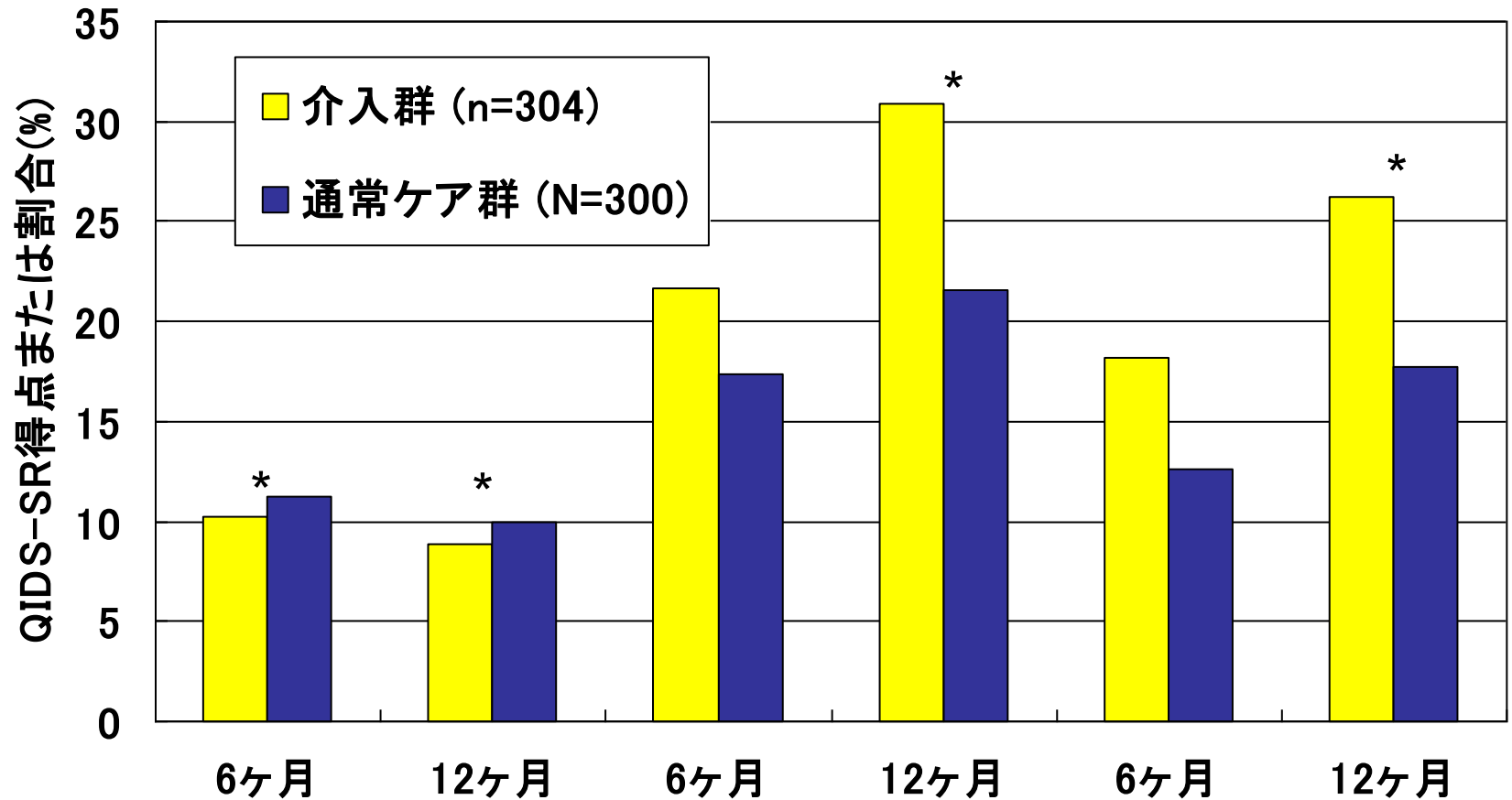
個人治療を断る

- 今後の連絡の承諾をもらう

個人療法を断る

- 定期的に電話連絡(2~4/月)
- 2ヶ月後にうつ状態の場合には、8回の認知行動セッション(1回30-40分)を電話で提供(動機づけ面接、行動活性化、認知再構成)。(34%)

介入効果①抑うつ症状に対する効果



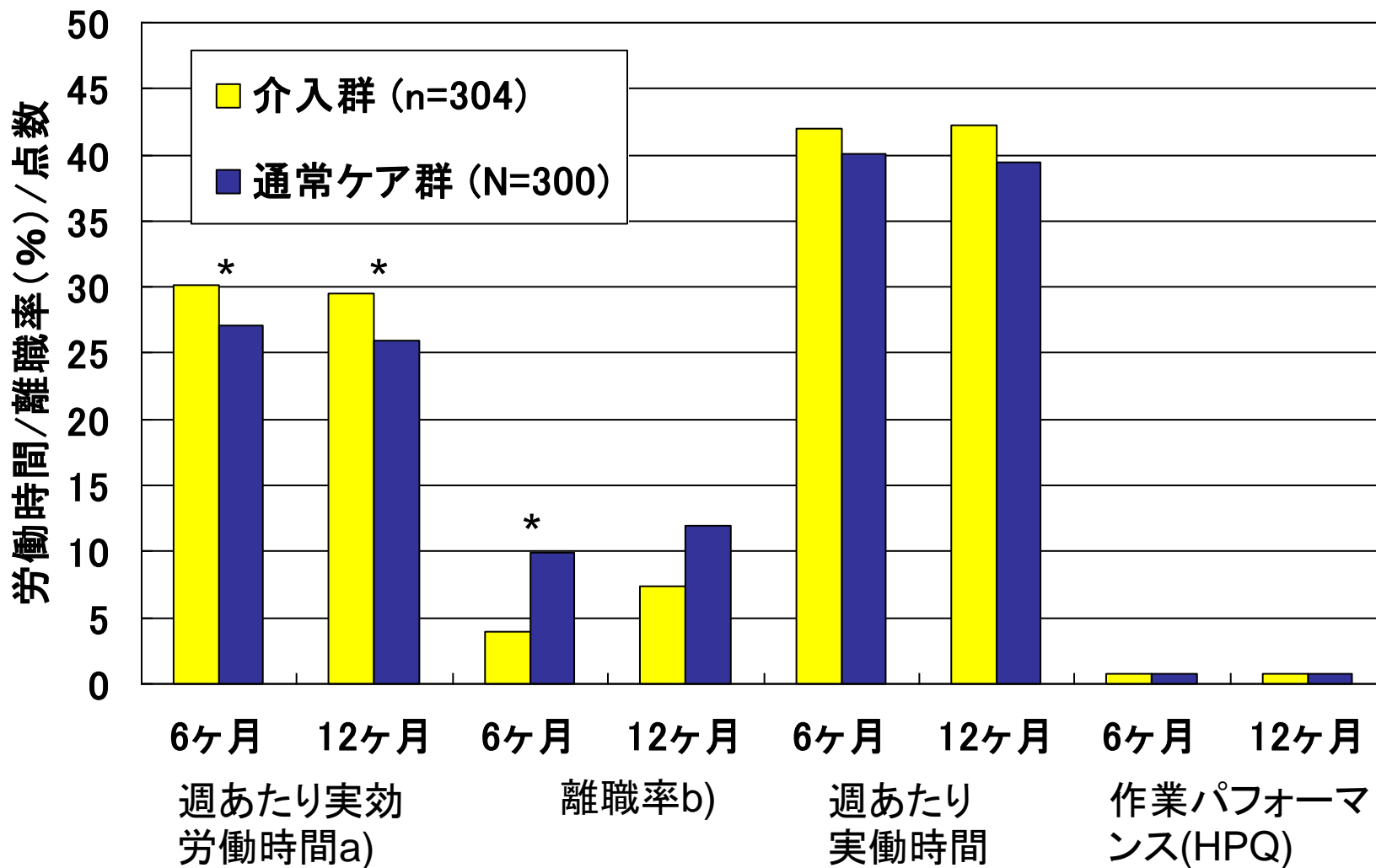
* P<0.05.

抑うつ症状の重症度(QIDS-SR)

大幅な改善(QIDS-SR得点が1/2以下)

回復(QIDS-SR得点が基準値以下)

介入効果②労働生産性に対する効果



* P<0.05.

a) 週あたり実効労働時間は、他の3指標を掛け合わせたもの。

b) 論文では在職率で示されている。必ずしも同じ企業に在職していることを意味しない。

スクリーニング陽性者を受診 させる時には十分な説明が必 要なこと



4

うつ病治療に関する最近の動向

軽症うつ病への抗うつ剤投与に慎重論

- 英国国立医療技術評価機構(NICE)のプライマリケア医向けのうつ病診療ガイドライン(2004, 2009)
- 抗うつ剤は重症のうつ病でのみ臨床的意義のある効果を示す(Kirsch I et al. Plos Med, 5(2): e45, 2008)

抗うつ剤の副作用に関する問題意識の高まり

- SSRI/SNRIの添付文書の「使用上の注意」に、興奮、攻撃性、易刺激性等に対する注意喚起及び他害行為の発生と関連する可能性に関する注意喚起を追記(2009年5月8日厚生労働省薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会)
- 医薬品・医療機器等安全性情報No.261で他害リスクの候補因子の調査結果を公表(厚生労働省医薬食品局, 2009.9)

英国国立医療技術評価機構(NICE)のプライマリケア医向けのうつ病診療ガイドライン

- ICD-10軽症うつ病には、抗うつ剤投与はメリットよりも副作用などの弊害が大きく推奨されない
- 睡眠や不安のマネジメント教育、2週間以内のフォローアップ(watchful waiting)、ストレスマネジメントのガイドブックを用いた保健指導などが推奨される。
- 抗うつ剤投与は中等症うつ病から推奨される。

出典: Depression: the treatment and management of depression in adults (update) (2009)
(<http://guidance.nice.org.uk/CG90>)

注: DSM-IV大うつ病の重症度(症状数)はICD-10中等症・重症うつ病エピソードに該当。ICD-10軽症うつ病は、DSM-IVでは小うつ病になるので、上記のガイドラインはDSM-IV診断に該当するなら抗うつ剤投与が推奨されることになる。

新規抗うつ剤(SSRI/SNRI)の使用における自殺企図や衝動性に関する注意の改訂 (2009)

2.重要な基本的注意

- (2) 不安、焦燥、興奮(...中略...)があらわれることが報告されている。また、因果関係は明らかではないが、これらの症状・行動を来した症例において、基礎疾患の悪化又は自殺念慮、自殺企図、他害行為が報告されている。(…後略…)
- (4) 家族等に自殺念慮や自殺企図、興奮、攻撃性、易刺激性等の行動の変化及び基礎疾患悪化があらわれるリスク等について十分説明を行い、医師と緊密に連絡を取り合うよう指導すること。

某社製品情報2009年7月改訂から、いずれの新規抗うつ剤においても同様の注意事項が2009年5月以降記載されている。

SSRI/SNRIと他害行為について(医薬品・医療機器等 安全性情報No.261, 2009)

- 薬事法第77条の4の2に基づき、製造販売業者より報告された国内副作用報告222例を分析。
- うちレベル2(殺人等の傷害の症例であり、例えば、刃物で切る、家族・他患者に対する暴力行為といった経過情報が記載された症例)14%、レベル1(殺意等の傷害につながる可能性のある症例であり、例えば、暴言を吐く、カッとしやすくなるといった経過情報が記載された症例)28%、レベル0(他害行為なし)59%。
- 主なリスク候補因子
 - (1) 若年者において他害行為レベルが高い可能性。
 - (2) 男性では実際に他害行為に至る症例の割合が高い。
 - (3) 過去に衝動的行動歴がある場合、他害行為レベルを上げる。
 - (4) 主病名が「大うつ病またはうつ病」と診断されている症例に比べて「うつ状態」「不安障害」「強迫性障害」の症例では他害行為レベルが高い傾向。
 - (5) 他の精神障害、パーソナリティ障害を伴う場合に他害行為レベルが上がる。
 - (6) 投与期間、処方変更、併用薬剤などの項目については、関連不明。

日本うつ病学会の見解

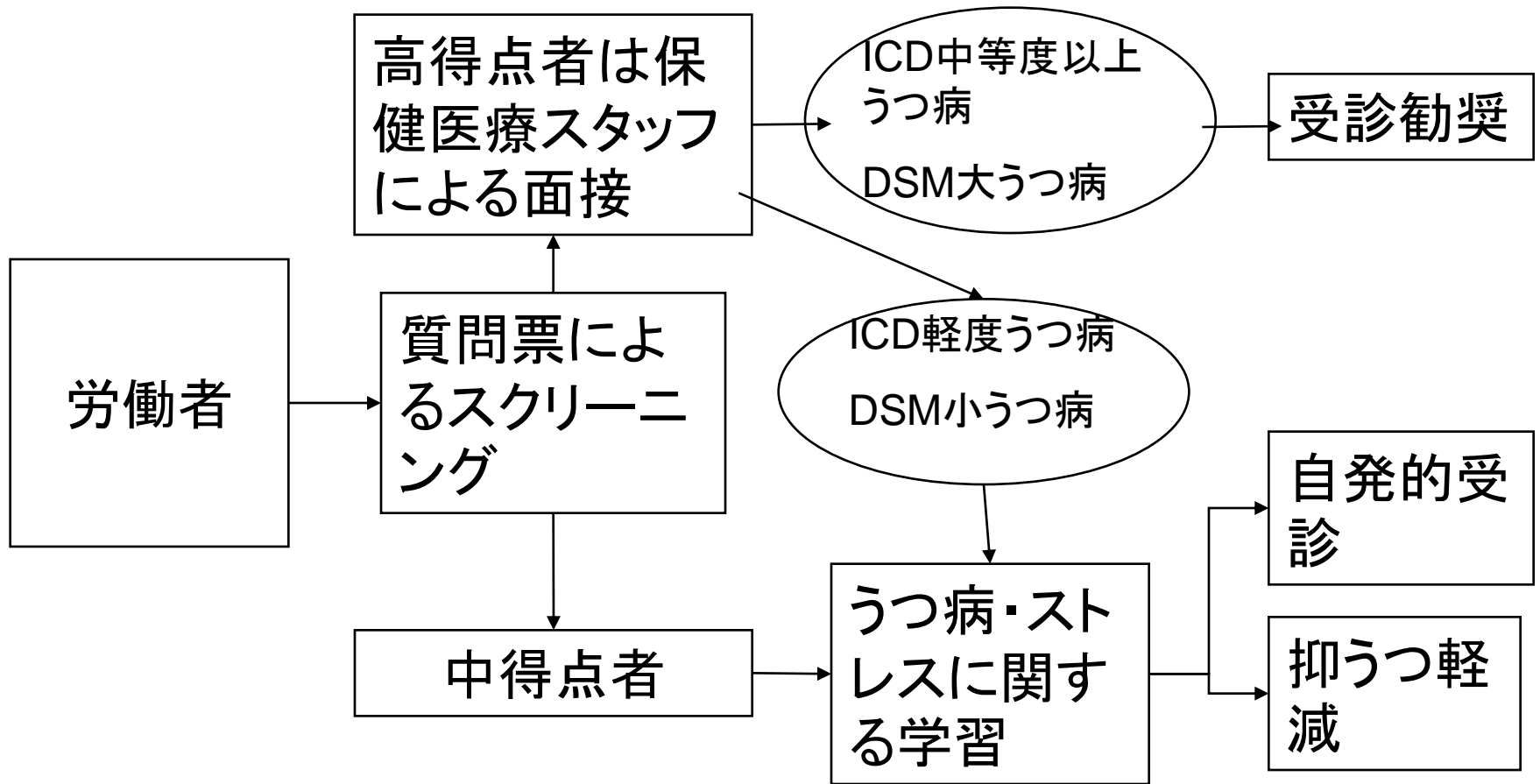
- 攻撃性や衝動性、自傷行為の出現の多くはアクティベーション・シンドローム(賦活症候群)といわれる症状の一部である可能性が高い。アクティベーション・シンドロームは新規抗うつ薬だけでなく、従来から使用されているその他の抗うつ薬でも起こりうる。
- この状態は一過性のものであり、ご本人やご家族、周囲の方がこの症状を疑った際にはすぐに担当医に相談されることで対応が可能である。
- 新規抗うつ薬についても(...中略...)細心の注意を払いながら、その効果を最大限得られるように使用することが大切。

まとめ：職場におけるうつ病スクリーニングの課題

- 健康情報の取り扱いに留意が必要（医師、看護職などの保健医療スタッフのみがスクリーニング結果を閲覧できる等）。
- 知識と経験のある専門家が二次面接を行うことが望ましい。
- 「受けたくない」約1割の労働者の意思をどうくみ取るか。
- 薬物治療のメリットとデメリットを本人に情報提供した上で受診勧奨を行うことが必要。
- 過剰な受診を避ける工夫が必要（事業場が安全配慮義務を考慮しすぎることにより、軽度のうつ状態まで薬物治療を行う結果になることを避けること）。
- 対象者にストレス対処の教育を実施すること、職場のストレス対策による一次予防策を推進することが望まれる。

現時点での川上個人のまとめであり、何らかの組織を代表するものではない。また今後の議論の中で修正、追加されることもある。

うつ病のスクリーニングとうつ病の学習による2段階うつ対策(構想)



出典：平成21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「リワークプログラムを中心とするうつ病の早期学研から職場復帰に至る包括的治療に関する研究」分担研究書, 2010.(一部改変した)