

作成日：平成28年6月22日

東邦大学学術リポジトリ掲載のための学位論文【要約】

氏名：天野雄一

学位論文：受療行動からみた地域高齢者における大うつ病性障害の1年予後

著者：天野雄一、端詰勝敬、吉田英世、藤原佳典、大淵修一、坪井康次

公表誌：心身医学 55(3):247-254, 2015

論文の要約：

【諸言】

高齢社会の進展により心身医学領域の臨床場面においても高齢者のうつ病や認知症に遭遇する場面が増えている。大うつ病性障害は平成23年度の厚生労働省による患者調査では生涯有病率は6.7%、年間有病率は2.9%であり、高齢者における大うつ病性障害の頻度は、先進国においてはおおむね1~4%程度である。高齢者においては大うつ病に罹患すること自体が生命予後を悪化させるリスクファクターになりうるとされている。また気分障害の患者は1990年代に比べ2000年代の方が何らかの医療機関を受診する割合が増加していると報告されているが高齢者のうつ病患者は医療機関への受療行動を積極的にとらないことが指摘されている。さらに高齢者におけるうつ病は未治療である場合、必ずしも改善しない経過をたどるとされている。以上より、地域在住のうつ病患者の予後や受療行動を把握することは重要と考えられる。そこで我々は、未治療のうつ病高齢者を地域で把握した上でその1年後の予後と受療行動を明らかにすることを目的に本調査を立案した。

【方法】

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所が2011年10月に実施した介護予防のための総合的健康調査（ベースライン調査）と2012年に実施したその追跡調査にあわせて行われた。ベースライン調査の参加者を対象に大うつ病性障害の者を同定し、1年後の受療状況を追跡調査時に把握した。ベースライン調査の対象は、板橋区内の一定地域の65~84歳の男女全員で、この条件に該当する7,162人を抽出し、施設入所者、過去の健康調査参加者を除外した6,699人を本研究の対象とした。ベースライン調査では、厚生労働省の策定したうつ予防・支援マニュアルに基づく、うつに関する基本チェックリスト及びMini-Mental States of Examination (MMSE)を実施した。うつに関する基本チェックリストが陽性で、かつMMSEが24点以上で認知機能が保たれている者に医師による面接調査への参加を依頼した。医師による面接調査は1人の医師が担当し、構造化面接 Structured Clinical Interview Schedule for DSM-IVを用いた診断を行い、大うつ病性障害の者を同定した。同定されたものについては臨

床的な意義のあるうつ病をとらえるため、Hamilton Depression Scale(以下、HAM-D)により7点以上の者に最終的な診断を与え、専門医療機関の受診を勧めた。

2012年に行われた総合的健康調査の追跡調査では、ベースライン調査で把握した大うつ病性障害の者全員に対して、予後を知るための医師面接調査への参加を依頼した。総合的健康調査の追跡調査の未受診者には、郵便と電話で連絡をとり、趣旨を説明し調査への参加を依頼した。追跡調査参加者に対しては改めて2011年に医師面接調査を行ったときと同じ医師による構造化面接、HAM-Dによる重症度評価、MMSEによる認識機能の評価を行った。また、希望者には受診のための紹介状を発行した。

なお本研究は東邦大学医学部の倫理委員会の承認を得て行われた。

【結果】

ベースライン調査の参加者は913名で、898名(男性358名、女性540名、平均年齢73.5歳SD=5.0)からデータ使用の同意が得られた。このうち159名がうつに関する基本チェックリストが陽性で、そこからMMSE得点が23点未満であった21名を除いた138名に医師面接調査への参加を依頼した。医師面接調査の参加者は76名で、診断面接により13名の未治療の大うつ病性障害の者が同定され、全員が専門医療機関の受診を希望し、紹介状が発行された。

追跡調査における医師面接は、ベースライン調査で大うつ病性障害と診断された13名を対象として実施し、このうち12名が追跡調査に参加した。1年後の診断は、大うつ病性障害が7名で、大うつ病性障害部分寛解が2名であった。残る3名のうち2名は2011年時の診断がアルコール依存症と大うつ病性障害の合併と双極性障害によるうつ状態であったことが半明し、最後の1名は2011年に既に大うつ病性障害で治療を受けていた。そのため大うつ病性障害であった7名(男性3名、女性4名)と大うつ病性障害部分寛解であった2名(男性1名、女性1名)についてHAM-Dの推移を検討した。HAM-Dの2011年と2012年の平均点は14.3と15.1で、1年後も大うつ病性障害であった7名で14.9点と14.9点、大うつ病性障害部分寛解であった2名では13.5点と14.0点であった。またMMSEの2011年と2012年の平均点は25.7(SD=2.6)と26.6(SD=3.4)で、1年後も大うつ病性障害であった7名で25.4点(SD=2.1)と26.7点(SD=3.9)であった。部分寛解であった者のうち1名は27点から30点に上昇し、もう1名は25点から23点に低下していた。追跡調査参加者のうち専門医で治療を開始していた者は1名であった。アドヒアランスが不良で2012年時の診断は大うつ病性障害のままであった。なお2012年の追跡調査時にあらためて専門家への受診をすすめたところ2名が受診に応じている。

【考察】

本研究ではベースライン調査で大うつ病性障害と診断されたものにすべてに紹介状を作成したにもかかわらず受療行動につながったものは1人のみであった。しかもその1人も通院アドヒアランスは良好とはいえなかった。この結果は高齢者の大うつ病性障害の患者を適切に医療機関への受診につなげることが困難であることを示している。先行研究では、医師側、患者側双方の理由により、うつ病自体が適切に診断されていないことが受療行動につながらない理由として言及されているが、本研究はうつ病の診断がなされたうえで受療行動を追跡し、受療行動をとっていないことを明らかにしたことが新しい知見といえる。Barryらが指摘しているように経済的、身体的な理由で医療機関へ受診ができなかったことも挙げられるが、対象者は本調査のために東京都健康長寿医療センター研究所を訪れており、身体機能から医療機関への受診が困難であるとの理由は考えにくい。対象者は、うつ病であることをいったんは認識したうえで精神科への受診自体を希望しなかったことが考えられる。本調査は他の健康調査を含むものであるため、参加者は健康への興味があるもの、健康を保つことへの意識が高いものが多い可能性がある。高齢者は身体的な問題についての受療行動に比べ精神的な問題への受療行動をとりにくいとの報告されており、本調査も同様で

あることが考えられた。健康への関心があるにもかかわらず、必ずしも受療行動につながっていないことは、身体面への関心と精神面への関心に意識に差がある可能性や精神症状をもっていることへの否認、精神科領域への受診への抵抗などが挙げられる。他方で、2012年の追跡調査時に改めて専門家への受診を勧めたところ2名が受診に応じた。複数回受診を勧めたことで受診の必要性についての認識が改善し、受療につながった可能性があり、受療行動の改善には継続的な支援が有効であることが示唆される。

うつ病の予後を増悪させる要因として認知症の併存が指摘されているが、本調査では追跡調査ができた7名のMMSE値は1年で1.3点上昇していた。MMSE値の上昇には馴化効果が影響した可能性もあるが、この結果は大うつ病性障害が認知症発症のリスク要因であるという説に必ずしも合致しない。しかし、本調査ではMMSEにより認知症を疑われた者は対象としていない。そのため大うつ病性障害に先行して認知症が出現している場合や、認知症とうつ病を併存している者は除外されている。認知機能と大うつ病性障害の関連については必ずしも実態を反映していない可能性が考えられる。なお本調査の限界としてサンプリングバイアスの問題が挙げられる。本研究は健康調査と同時に行われたので、健康への関心が乏しい者が対象に含まれていない可能性がある。また、医師面接調査の参加率は6割弱である。さらに、認知症はなくうつ病のために認知機能が低下していた者についても除外していた可能性がある。つまり、重症のうつ病が最初から除外されている可能性は否定できない。しかしながら、ベースライン調査時で結果的に同定された大うつ病性障害9名を参加者898人で割ると約1%となり、先行研究で得られた高齢者における大うつ病性障害の有病率に相当する。サンプリングバイアスやスクリーニングバイアスはあるものの、本研究は、地域の大うつ病性障害、特に比較的軽症のそれを高率にとらえており、その1年後の受療行動を高い追跡率で明らかにしたものであると考える。

【結論】

地域で把握された大うつ病性障害の高齢者において受診勧奨により受診に至った者は1年間で1名のみであった。未治療の者の1年予後は不良であり、治療を開始した1名もアドヒアランスが不良で十分な改善が認められなかった。専門医療機関受診の支援とともに、受診後に治療効果が上がるよう継続的に支援することが重要であると考えられた。

以上