

Patient Health Questionnaire

日本語版シリーズ

うつと不安の メンタルヘルス アセスメント

新潟青陵大学大学院臨床心理学研究科

村松 公美子

Kumiko Muramatsu

PHQ

GAD

Patient Health Questionnaire

日本語版シリーズ

うつと不安の メンタルヘルス アセスメント

村松 公美子

PHQ

GAD

目次

1. PHQ (Patient Health Questionnaire) について	1
2. PHQ 日本語版	1
3. PHQ-9 日本語版	3
4. PHQ-2 日本語版	7
5. PHQ-2 単独、PHQ-2 に PHQ-9 を併用するスクリーニングの精度	8
6. PHQ-9 日本語版を用いた気分障害スクリーニング評価のステップ	10
7. PHQ-9 スクリーニング評価後の参考指針	16
8. PHQ-9 によるうつ病スクリーニング評価の限界	17

9. PHQ-8 日本語版	18
10. PHQ-15 日本語版	22
11. GAD-7 日本語版	28
12. GAD-2 日本語版	32
13. PHQ-4 日本語版	36
14. まとめ	37
参考文献	38

1. PHQ (Patient Health Questionnaire) について

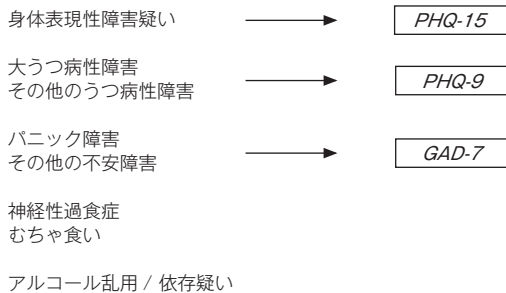
近年、英国における国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence NICE) ガイドラインにおけるうつ病治療のガイドライン¹⁾や米国精神医学会 (American Psychiatric Association APA) による DSM-5²⁾ うつ病の評価尺度として、PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)³⁾ を推奨している。精神医学、プライマリケア、臨床看護領域の他、臨床心理学領域の中でも特に認知行動療法領域においても関心を持たれている。ここでは、PHQ⁴⁾ から派生した PHQ-9³⁾、PHQ-2⁵⁾、PHQ-8⁶⁾、PHQ-15⁷⁾、GAD-7⁸⁾、GAD-2⁹⁾、PHQ-4¹⁰⁾ について、最新の各日本語版を提示し、概説する。

2. PHQ 日本語版

Spitzer,R.L. らは、米国で多忙なプライマリケア医が、短時間で精神疾患を診断・評価するためのシステム PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)¹¹⁾ を開発し、さらに実施時間の短縮化のために PRIME-MD の自己記入式質問票版として PHQ⁴⁾ を開発した。PHQ はプライマリケア医が日常診療において遭遇する 8 種類の疾患の診断・評価ができるようになっている。PHQ⁴⁾ は多くの言語に翻訳され、妥当性および有用性が検討されており、筆者らは、PRIME-MD の開発者である Spitzer,R.L. ら と PHQ 日本語版を再翻訳法によって作成し、妥当性研究を行っている¹²⁾。PHQ⁴⁾ の中から、大うつ病性

障害モジュールの9個の質問項目を抽出した自己記入式質問票がPHQ-9³⁾、身体症状にかかわる身体表現性モジュール13個とうつ病性障害モジュールから2個の質問項目を抽出したものがPHQ-15⁷⁾である。不安障害に関わる質問項目を抽出し別途の自己記入式質問票として開発したものがGAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)⁸⁾である。

PHQ：PRIME-MD™の間診票PQから派生



PHQ-15

身体（化）症状（症状レベル）

PHQ-9

大うつ病性障害
その他のうつ病性障害
うつ状態（症状レベル：重症度）

GAD-7

不安症状（症状レベル）
全般性不安障害
（パニック障害、社会不安障害、PTSD）

図1 PHQ系の自己記入式質問票と評価される精神疾患・症状群

3. PHQ-9 日本語版

筆者らは、Spitzer,R.L. らと再翻訳法によって作成した PHQ 日本語版⁴⁾ から、大うつ病性障害に関わる 9 個の質問項目を抽出して PHQ-9 日本語版¹³⁾ を作成しており、2018 年 PHQ-9 日本語版の性能について研究報告した¹⁴⁾。PHQ-9 日本語版 (2018) を、表 1 に示す。

DSM-5²⁾ では、うつ病性障害の症状レベルの重症度を測定する評価尺度として PHQ-9 が推奨されている。DSM-5 で推奨されている PHQ-9 は、コアの 9 個の質問項目は、オリジナル PHQ-9 と同様であるが、症状を測定する期間が、オリジナルでは「過去 2 週間」であるが、DSM-5 で推奨されているものは「過去 1 週間」である。DSM-5 の推奨に対応した PHQ-9 日本語版 (症状評価版 2013) を表 2 に示す¹⁵⁾。症状評価は、「全くない = 0 点」「数日 = 1 点」「半分以上 = 2 点」「ほとんど毎日 = 3 点」として総スコア (0 ~ 27 点) を算出する。

筆者らが開発した PHQ-9 日本語版を原版として、簡易アセスメントツールキットである PHQ-9 日本語版「こころとからだの質問票」¹⁶⁾ が、日本ファイザー製薬 (ヴィアトリス製薬) から発行されている。また、PHQ-9 日本語版を使用した身体疾患患者のうつ病・うつ状態のアセスメントを支援するコンピュータープログラムを開発している¹⁷⁾。また、身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト¹⁸⁾ においても、評価尺度として推奨されている。PHQ-9 は、米国心臓協会 (American Heart Association AHA) で推奨されている¹⁹⁾ ことから、国内における心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイ

ドライン (2012 改訂版)²⁰⁾ の中においても抑うつの評価尺度 (PHQ-9 日本語版 JCS2012 版) として挙げられている。また、NICE ガイドライン¹⁾ において、うつ病治療の効果指標として、PHQ-9 を推奨している。国内でも認知行動療法介入の効果指標として PHQ-9 日本語版 (JSAD 版：日本不安障害学会版) を作成している。

表 1 PHQ-9 日本語版 (2018)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁（ひんぱん）に悩まされていますか？	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
(A) 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(B) 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(C) 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(D) 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(E) あまり食欲がない、または食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(F) 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(G) 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(H) 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふだんよりも動き回ることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(I) 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたが、いずれかの問題に1つでもチェックしているなら、それらの問題によって仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？

全く困難でない	やや困難	困難	極端に困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu「PHQ-9 日本語版 (2018)」

無断転載、改変、電子化、転送化を禁じます。

出典：Muramatsu K., Miyaoka H., Kamijima K. et al. Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary General Hospital Psychiatry. 52: 64-69, 2018.

新潟青陵大学大学院臨床心理学研究，第7号，p35-39, 2014.

表 2 PHQ-9 日本語版 (症状評価版 2013)

この 1 週間、次のような問題にどのくらい頻繁 (ひんばん) に悩まされていますか？	全く ない	数日	半分 以上	ほと んど 毎日
1. 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. あまり食欲がない、または食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふだんよりも動き回ることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu 「PHQ-9 日本語版 (症状評価版 2013)」

無断転載、改変、電子化、転送化を禁じます。

出典：新潟青陵大学大学院臨床心理学研究，第 7 号，p35-39, 2014.

4. PHQ-2 日本語版

プライマリケア医の診療時間の短縮化を図るために、PHQ のうつ病性障害に関する 9 項目の質問項目のうち、質問項目 A（抑うつ気分）および質問項目 B（快感消失）のみを抽出して、さらに簡易化された自己記入式質問票を PHQ-2 と呼ぶ⁵⁾。

表 3 に PHQ-2 日本語版（2 項目問診版 2020）、表 4 に PHQ-2 日本語版（症状評価版 2020）を示す。筆者らまた Inagaki らは、PHQ-2 日本語版の有用性について検討している^{21) 22)}。

表 3 PHQ-2 日本語版（2 項目問診版 2020）

この 2 週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？	
A. 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない	はい いいえ
B. 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	はい いいえ

©kumiko.muramatsu「PHQ-2 日本語版（2 項目問診版 2020）」

PHQ-2 日本語版（2020）の無断転載、改変、電子化、転送を禁じます。

出典：村松公美子．PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9) 臨床精神医学第 44 巻増刊号 (2015), 368-374, 2016.

表 4 PHQ-2 日本語版 (症状評価版 2020)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁 (ひんばん) に悩まされていますか？	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
A. 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu 「PHQ-2 日本語版 (症状評価版 2020)」

無断転載、改変、電子化、転送を禁じます。

出典 : Brooke L. et al. and for the Depression Screening Data (DEPRESSD) PHQ Collaboration. JAMA. 2020; 323(22): 2290-2300. doi: 10.1001/jama. 2020. 6504

5.

PHQ-2 単独、PHQ-2 に PHQ-9 を併用するスクリーニングの精度

筆者が、共同研究者として実施された The DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Project (PHQ) (表 5-①) における「大うつ病を検出するための PHQ-2 の単独および PHQ-9 との併用の精度を推定」のメタアナリシスの研究結果の概要を次に述べる。

〈方法〉

半構造化面接、完全構造化面接、精神疾患簡易構造化面接法 (Mini-International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I.) 〈以下、M.I.N.I.〉を用いた研究における PHQ-2 単独と PHQ-9 との併用、および半構造化面接を用いた研究における PHQ-9 単独のプール感度と特異性を推定した。PHQ-2 スコアの範囲は 0 ～ 6 点、PHQ-9 スコアの範囲は 0 ～ 27 点を算出する。

〈結果〉

対象となった136件の研究のうち、100件(44318名、大うつ病患者4572名〈10%〉、平均[SD]年齢49[17]歳、女性59%)から参加者の個人情報が得られた。

半構造化面接を用いた研究では、PHQ-2の感度と特異度(95%CI)は、カットオフポイントが2以上の場合は0.91(0.88-0.94)と0.67(0.64-0.71)、カットオフポイントが3以上の場合は0.72(0.67-0.77)と0.85(0.83-0.87)であった。感度は、半構造化面接と完全構造化面接で有意に高かった。特異度は、面接の種類によって有意な差はなかった。

ROC曲線下の面積は、半構造化面接では0.88(0.86-0.89)、完全構造化面接では0.82(0.81~0.84)、M.I.N.I.では0.87(0.85~0.88)であった。半構造化面接では、PHQ-2スコアが2以上かつPHQ-9スコアが10以上の場合の感度(0.82[0.76-0.86])は、PHQ-9スコアが10以上の場合の単独感度(0.86[0.80-0.90])と比較して有意な差はなく、特異度は0.87[0.84-0.89]対0.85[0.82-0.87]と、わずかながら高かった。ROC曲線下面積は0.90(0.89~0.91)であった。この組み合わせにより、PHQ-9の全項目を記入する必要のある被験者の数が57%(56%~58%)減少すると推定された。

〈結論と妥当性〉

PHQスコアと大うつ病診断を比較した研究の個人参加者データのメタ分析では、PHQ-2(カットオフポイント2:2)とPHQ-9(カットオフポイント2:10)の組み合わせは、PHQ-9のカットオフポイントが10以上の単独の場合と比べて、感度は同程度であるが特異性は高かった。

表 5 The DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) プロジェクトの PHQ 研究

論文名	著者	雑誌名
① Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression Systematic Review and Meta-analysis	B. Levis et al.	JAMA.2020;323(22):2290-2300. doi:10.1001/jama.2020.6504
② Equivalency of the diagnostic accuracy of the PHQ-8 and PHQ-9: a systematic review and individual participant data meta-analysis.	Wu Y. et al.	Psychol Med.2020 June;50(8):1368-1380. doi:10.1017/S0033291719001314
③ The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for Screening to Detect Major Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis.	Chen He et al.	Psychother Psychosom 2020;89:25-37 doi:10.1159/000502294
④ Patient Health Questionnaire-9 scores do not accurately estimate depression prevalence: individual participant data meta-analysis.	B. Levis et al.	Journal of Clinical Epidemiology 122 (2020)115e128. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.02.002

6.

PHQ-9 日本語版を用いた気分障害スクリーニング評価のステップ

臨床場面で PHQ を使用した気分障害スクリーニング評価するステップを 4 段階で示す。問診（ステップ 1）、身体疾患および薬物の関与によるうつ状態の鑑別（ステップ 2）、PHQ-9 スクリーニング評価（ステップ 3）、症状レベルの評価（ステップ 4）である。そのポイントは次の通りである。

ステップ1：問診（図2）

問診では、時間が限られているため、PHQ-2 日本語版（2項目問診版 2020）（表3）のPHQ気分モジュール質問項目A（抑うつ気分）および質問項目B（快感消失）によるスクリーニングを行う。

次に、2つの質問項目A、Bのいずれか1項目が「はい」の場合は、PHQ-9スクリーニングを行うことが推奨される。なお、この段階で専門医に紹介するという選択肢もあるが、「うつ病」でない場合もあることを留意する必要がある。

ステップ2：身体疾患および薬物の関与によるうつ状態を鑑別

PHQ-9スクリーニングを実施する前に、身体疾患の症状として発現するうつ状態や薬物の影響によるうつ状態を鑑別することが望ましい。その場合は、うつ病の治療とは異なるそれぞれの治療・ケアが必要となるためである。薬物の関与や脳器質性要因や薬物の関与の影響がないと判断された場合、次のステップに進むことが望ましい。なお、薬物が原因によって起こる薬剤惹起性うつ病には、β遮断薬、カルシウム拮抗剤、副腎皮質ステロイド、抗パーキンソン薬、H2受容体拮抗薬、抗ヒスタミン剤、経口避妊薬、インターフェロンなどが関係する。

ステップ3：PHQ-9スクリーニング評価（DSM-5アルゴリズム診断²⁾

PHQ-9は、PHQのうつ病評価に関する9つの質問項目で構成されている。過去2週間の症状について、「全くない」、「数日」、「半分以上」、「ほとんど毎日」の4段階で回答する。9つの質問項目のうち、5つ以上が過去2週間の「半分以上」に存在

し、そのうち1つに「抑うつ気分（質問項目1）」もしくは、「興味または喜びの消失（質問項目2）」が存在した場合に“大うつ病性障害”を疑う。また、9つの質問項目のうち、2～4つの症状が過去2週間に「半分以上」存在しており、そのうち1つに「抑うつ気分（質問項目1）」もしくは、「興味または喜びの消失（質問項目2）」が含まれる場合は“その他のうつ病性障害”とする。なお、質問項目9の「死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある」については、「数日」にチェックがあった場合も1点と数えるため、評価時には特に注意が必要である。また“大うつ病性障害”、“その他のうつ病性障害”の診断・評価は、躁病エピソードが、現在および既往がある場合は、双極性障害の診断・評価に進む。

PHQ-9 スクリーニング評価における注意事項を表6²³⁾に示す。自殺のリスクが高い場合は、迅速に精神科医療機関への紹介が望ましい。また大うつ病性障害以外の気分障害の鑑別は、プライマリケア医にとっては困難なことも多い。うつ状態を呈していても、双極性障害と単極性うつ病性障害の鑑別は専門医でも難しいことがある。両疾患の治療方法は、異なることから、注意して鑑別を行う必要があるため、病歴や経過中に躁病エピソードを認め、双極性障害が疑われる場合は、精神科専門医へ紹介する。その他表1に示す精神疾患や状態像が疑われる場合においても、精神科専門医への紹介・併診など、円滑に連携することが必要である。また、うつ病患者の半数以上が不安障害を並存している可能性があり、特にパニック障害や社会不安障害の並存率が高いことから、不安障害の併存の有無・鑑別も重要である。不安障害を並存している場合には、転帰や治療反応性が悪いことから、同様

に精神科専門医への紹介・併診などの連携することが望ましい。
そのためにもプライマリケア医療機関と精神医療サービスとの円滑な連携が要請される。

表 6 精神科専門医に紹介・併診が望ましい場合*

1. 自殺リスクが高い場合
2. 双極性障害（疑いを含む）
3. 産後発症のうつ病性障害
4. 初期の治療反応性が乏しい場合
5. 複雑な心理社会的要因が背景にある場合
6. 診断に苦慮する場合
7. 軽度～中等度うつ症状が遷延している場合
8. 不安障害を併発している場合

* Kroenke, K. et al. (2002) を改変

ステップ 4：PHQ-9 スクリーニング評価（症状レベルの評価）

回答を「全くない＝0点」、「数日＝1点」、「半分以上＝2点」、「ほとんど毎日＝3点」として総得点を算出したものが、PHQスコアとする。その範囲は0～27点である。この得点は、症状レベルの指標として用いられる。プライマリケア医が、簡単に記憶できるように、5点、10点、20点を症状レベルのカットオフポイントとしている。

0～4点はなし、5～9点は軽微～軽度、10～14点は中等度、15～19点は中等度～重度、20～27点は重度の症状レベルであると評価する。1つのカットオフポイントのみを選択する

場合、PHQ-9 の開発者の Kroenke, K. ら³⁾は、「10 点以上」が大うつ病性障害が存在する可能性の閾値としている。著者らが、PHQ-9 日本語版について行った検討においても同様に「10 点以上」が大うつ病性障害が存在する可能性の閾値であった¹⁴⁾。

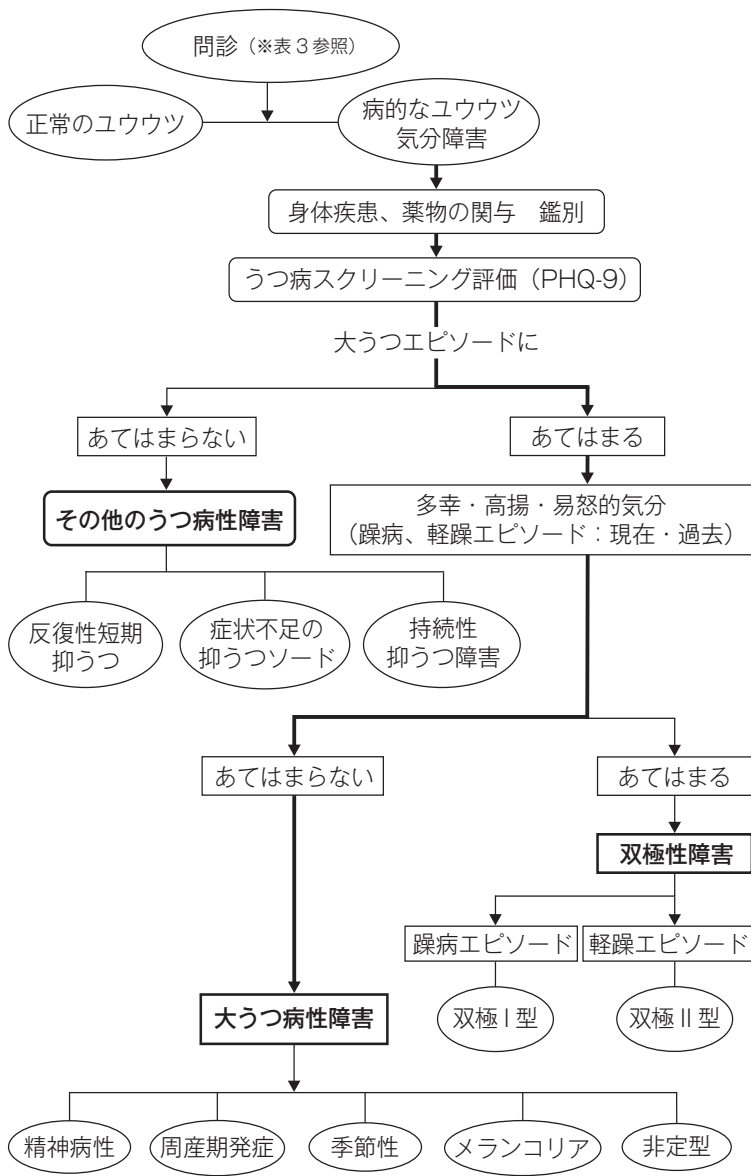


図2 うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害 評価・診断・鑑別のための概略図

7. PHQ-9 スクリーニング評価後の参考指針

PHQ-9 を使用したうつ病性障害のスクリーニングは、うつ病の診断・治療のプロセスのひとつである。その後、どのようにスクリーニング結果を活用するかを念頭においてこのツールを用いる必要がある。

参考までに、American Heart Association (AHA) の Science Advisory が推奨する PHQ-9 によるスクリーニング指針¹⁹⁾に沿うと、次のポイントが浮かび上がってくる。

(1) 短期の軽微・軽度の症状レベル：PHQ-9 が 10 点以下

この場合は、1 ヶ月間、支持的、教育的にフォローアップすることにとどめる。ただし、1 ヶ月後も症状が持続しているか、あるいは悪化している場合には、適切な診断と治療が可能な専門医に紹介し、さらに包括的臨床的評価を行うことが望ましい。

(2) PHQ-9 が 10 点以上

PHQ-9 が 10 点以上の場合は、適切な病像の評価と診断および治療マネジメントが可能な専門医に紹介し、うつ病性障害以外の他の精神疾患についての評価を含めた詳細な包括的臨床評価を行い、適切な治療（抗うつ薬、認知行動療法、補助的介入）を導入することを検討する必要がある。ただし、重症度により、そのタイミングはそれぞれ考慮することが現実的である。

PHQ-9 スコア 10～19 点で、かつ大うつ病性障害の診断に適合する場合は、軽度～中等度のうつ病性障害の可能性が高い。併存精神疾患がなく複雑な病像でないタイプであり、大うつ病エ

ピソードの既往は、1～2回までである。

一方、PHQ-9スコア 20点以上であり、3回以上の大うつ病エピソードの既往がある場合は、中等度以上の大うつ病性障害である可能性がある。双極性障害の既往、自殺の危険性、薬物依存、他の併存精神疾患や精神医学的問題などが認められる場合も少なくない。必要度は一層高くなる。

緊急度の評価が最も重要なのは、PHQ-9の質問項目9「自殺念慮、自殺企図」の評価である。この項目に「数日」、「半分以上」、「ほとんど毎日」のいずれかにチェックしている場合は、自殺念慮と自殺企図について確認する。もしリスクがある場合には、安全の確保をしながら、切迫度を評価し、精神科救急医療等に紹介する必要がある。

8. PHQ-9によるうつ病スクリーニング評価の限界

簡易構造化面接法や自己記入式うつ病スクリーニングツールは、多忙なプライマリケア医や身体科医にとっては、簡易に使用できるツールとして利便性は高い。一方で、簡略化しすぎた面接や単に質問票の得点結果から「うつ病」であると安易に診断してしまうこともあり、過剰診断傾向に陥る可能性があることも念頭においておく必要がある。

PHQ-9は、DSM-IVに応じて開発されており、第Ⅰ軸のみをスライスして「症状群」のみを評価するため、病態の全体像を把握するには、Ⅱ～Ⅴ軸までの多軸診断による包括的臨床評価が必要である。一般身体疾患の場合や、ごくありふれた「軽症の疾患」である場合、概ね「診断」が困難であることはない。しかし、

精神疾患の場合は、「軽症」であるほどカテゴリー診断による明確なラベルづけが困難になる。PHQ-9 によって症状レベルが、「軽度～中等度」である場合、明らかに症状が顕在している「重度」の「大うつ病性障害」よりも、診断面では相応の専門的力量を要する。スクリーニングされた症例について、適切な診断と治療戦略のためには、「大うつ病性障害」以外の疾患についての十分な診断弁別能力と臨床能力が要求される。

PHQ-9 をスクリーニングツールとして使用する場合においても、スクリーニングツールが内包する問題点を念頭におき使用することが望ましい。PHQ-9 スクリーニング評価後の注意事項（表 6）において示したように、プライマリケア医や身体科医が、スクリーニングされた症例について、併存する精神疾患や鑑別すべき精神疾患を疑う場合には、専門医に円滑に紹介・相談し、さらに包括的臨床的視点からの評価・診断を行う必要がある。そのためにはコメディカルスタッフ、プライマリケア医、専門医などの地域医療連携ネットワークの構築がより一層望まれる。

9. PHQ-8 日本語版

PHQ-9 の「質問項目 9」を削除した質問票が、PHQ-8 である。PHQ-8 日本語版を表 7 に示す。Kroenke らは、PHQ-9 によるうつ症状評価を含む大規模な疫学研究では、電話やインターネット調査では、PHQ-9 の「質問項目 9」についての十分な評価と介入を行うことができないと述べている⁹⁾。PHQ-9 の「質問項目 9」は、「死や自傷の考え」についての質問であり、「自殺傾

向」の評価ではない。肯定的な回答の多くは自殺傾向とは関連していないことが報告されている。臨床上のうつ評価ではなく、大規模な疫学研究やプライマリケア領域における臨床試験、インターネット調査等においては、PHQ-9の「質問項目9」についてのバックアップ体制と資源を整備することが難しいこと場合が多く、PHQ-8が使用されている。

DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Project (PHQ) (表5-②)における二変量ランダム効果モデルによるメタアナリシス研究報告は下記である。

〈目的〉

PHQ-8とPHQ-9の総得点相関の同等性と、大うつ病の診断精度についてメタアナリシスを実施した。

〈対象〉

54件の研究から16,742名(大うつ病2,097例)を対象とした。

〈結果〉

PHQ-8とPHQ-9スコアの相関は0.996(95%信頼区間0.996～0.996)であった。半構造化診断面接を参照基準とした研究(N=27)では、PHQ-9の標準カットオフポイントを10とすることで、PHQ-8の感度+特異度が最大となった。カットオフポイントが10の場合、PHQ-8の感度は0.02(-0.06～0.00)、特異度は0.01(0.00～0.01)低下したが、他のタイプの面接を用いた研究(N=27)でも同様の結果が得られた。54の主要研究をすべて合わせると、すべてのカットオフにおいて、PHQ-8はPHQ-9よりも感度が0.00～0.05(カットオフ10で

は 0-03) 低く、特異性はすべてのカットオフで 0-01 以内 (0-00 ~ 0-01) であった。

〈結論〉

PHQ-8 と PHQ-9 の総スコアは類似していた。PHQ-8 では、感度がわずかに低下する可能性があるが、特異性は同等であった。

表 7 PHQ-8 日本語版 (2020)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁（ひんぱん）に悩まされていますか？	全くない	数日	半分 以上	ほと んど 毎日
(A) 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(B) 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(C) 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(D) 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(E) あまり食欲がない、または食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(F) 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(G) 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(H) 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふだんよりも動き回ることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたが、いずれかの問題に1つでもチェックしているなら、それらの問題によって仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？

全く困難でない	やや困難	困難	極端に困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu「PHQ-8 日本語版 (2020)」

無断転載、改変、電子化、転送を禁じます。

出典：Yin,W. et al. (Muramatsu K). Equivalency of the diagnostic accuracy of the PHQ-8 and PHQ-9: a systematic review and individual participant data meta-analysis.

Psychological Medicine 50, 2019.

10. PHQ-15 日本語版

PHQ-15⁴⁾ は、PHQ の身体表現性障害モジュールの質問項目 13 項目と PHQ のうつ病性障害モジュール (PHQ-9) の身体症状項目 2 項目で構成されて 15 個の質問項目からなる。筆者は、PHQ 日本語版の身体表現性モジュール 13 項目の Somatoform disorder のアルゴリズム診断の妥当性については報告¹²⁾ している。Kroenke ら⁴⁾ のオリジナル PHQ-15 の日本語版である PHQ-15 日本語版についての有用性について検討²⁴⁾ をしている。

〈対象〉

プライマリケア医療機関等に通院中の調査に同意が得られた 189 名 (男性 92 名、女性 97 名、平均年齢 43.5 歳、SD=14.21) を対象とした。

〈方法〉

① SF-8 日本語版 (MCS) による QOL (Quality of Life) 評価と PHQ-15 日本語版の総スコアについて、4 群比較 (Kruskal-Wallis 検定) をした。

- 1 群: 高 (スコア 15 ~ 30 点)
- 2 群: 中等度 (スコア 10 ~ 14 点)
- 3 群: 低 (スコア 5 ~ 9 点)
- 4 群: 最少 (スコア 0 ~ 4 点)

② 精神疾患簡易構造化面接法 (M.I.N.I.-Plus) 〈以下、M.I.N.I.-Plus〉によって診断された身体化障害群と非身体化障害群の PHQ-15 日本語版の総スコアの 2 群比較 (t 検定) をした。

〈結果〉

① SF-8 (MCS) スコアでは、PHQ-15 症状の総スコアの 4 群 (最小、低、中、高) 間で有意差があった。

② M.I.N.I.-Plus による身体化障害群の PHQ-15 日本語版の総スコアは、非身体化障害群の PHQ-15 症状レベル総スコアと比べて有意に高かった。

〈結論〉

PHQ-15 日本語版は、身体症状症等の症状評価アセスメントに有用である。

〈PHQ-15 日本語版 (2020) (表 8)、PHQ-15 日本語版 (症状評価版 2013) (表 9)〉

Kroenke ら¹⁷⁾ のオリジナルの日本語版を表 8 に示す。「過去 4 週間」症状評価は、「悩まされていない = 0 点」、「あまり悩まされていない = 1 点」、「悩まされている = 2 点」として総スコア (0 ~ 30 点) を算出する。0 ~ 4 点が最少、5 ~ 9 点が低、10 ~ 14 点中等度、15 ~ 30 点が重度である。DSM-5²⁾ では、精神疾患における重要な症状レベルを Cross-Cutting Symptom Measure によって評価する。身体症状の症状レベルは、まず「過去 2 週間」の自覚症状において、Level 1 V Somatic Symptom (身体症状) から測定する。Level 1 V Somatic Symptom (身体症状) が mild or greater の場合、Level 2 において、Somatic Symptom Severity (身体症状レベルの重症度) を PHQ-15 によって測定することが推奨されている²⁾。DSM-5 で推奨されている PHQ-15 は、コアの質問項目は、オリジナルと同様であるが、症状を測定する期間が、オリジナルでは「過去 4 週間」であ

るが、「過去 1 週間」について測定する。DSM-5 Cross-Cutting Symptom Measure の Level 2²⁾ の推奨に対応した PHQ-15 日本語版（症状評価版 2013）を、表 9 に示す。

表 8 PHQ-15 日本語版 (2020)

この 4 週間、次のような問題にどのくらい悩まされていますか？	悩まされていない	あまり悩まされていない	悩まされている
1. 胃の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 背中での痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 腕、足、または関節（膝や股関節等）の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 生理痛や生理に関する問題（女性のみ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 性交痛や性交に関する問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 失神発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 心臓がドキドキする、または鼓動が速い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 息切れまたは息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 便秘、軟便、または下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 吐き気、下腹部にガスがたまっている感じ、または消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 睡眠の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu 「PHQ-15 日本語版 (2020)」

無断転載、改変、電子化、転送を禁じます。

表 9 PHQ-15 日本語版 (症状評価版 2013)

この 1 週間、次のような問題にどのくらい悩まされていますか？	悩まされていない	あまり悩まされていない	悩まされている
1. 胃の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 背中の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 腕、足、または関節（膝や股関節等）の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 生理痛や生理に関する問題（女性のみ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 性交痛や性交に関する問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 失神発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 心臓がドキドキする、または鼓動が速い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 息切れまたは息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 便秘、軟便、または下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 吐き気、下腹部にガスがたまっている感じ、または消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 睡眠の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu 「PHQ-15 日本語版 (症状評価版 2013)」

無断転載、改変、電子化、転送化を禁じます。

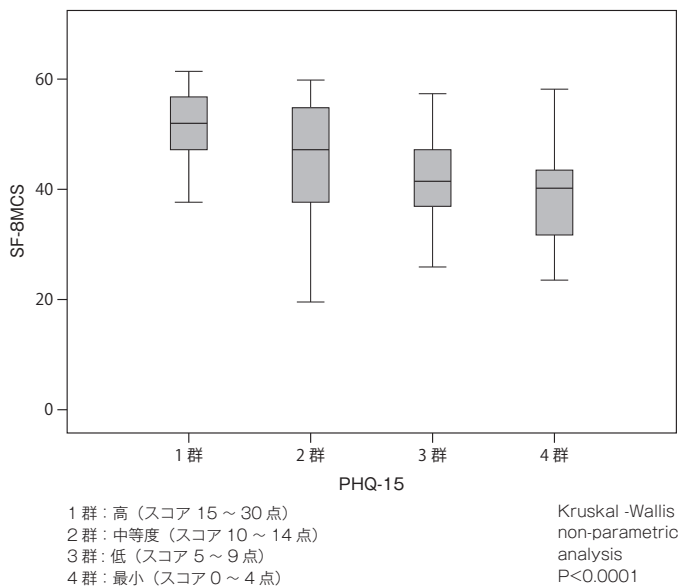


図 3 PHQ-15 日本語版スコア (症状評価) と QOL (Quality Of Life)

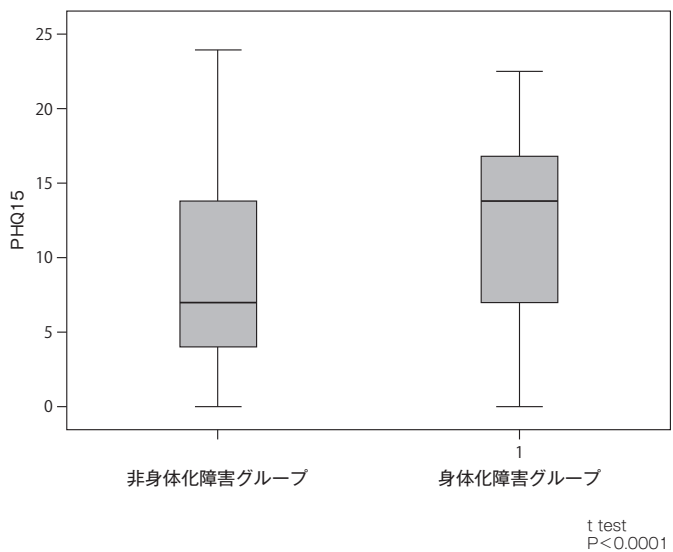


図 4 PHQ-15 日本語版 vs M.I.N.I.-Plus

11. GAD-7 日本語版

Spitzer,R.L. らが、PHQ の不安障害に関わる質問項目を抽出し、全般性不安障害 (GAD) の簡易アセスメントツールとして別途の自己記入式質問票として開発したものが GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)^{8) 25)} である。筆者らは、Spitzer,R.L.、Kroenke,K. の承認を得て、再翻訳法により GAD-7 日本語版 (表 10) を作成している^{20) 21)}。症状評価は、「全くない = 0 点」、「数日 = 1 点」、「半分以上 = 2 点」、「ほとんど毎日 = 3 点」として総スコア (0 ~ 21 点) を算出する。0 ~ 4 点が軽微、5 ~ 9 点が軽度、10 ~ 14 点が中等度、15 ~ 21 点が重度である。NICE ガイドライン¹⁾において、全般性不安障害のアセスメントとして推奨されている。筆者らや Doi は、GAD-7 日本語版の妥当性について検証している^{26) 27) 28)}。

〈対象〉

プライマリケア医療機関および総合病院 (内科、心療内科、精神科) で調査に対して同意が得られた外来患者 176 名 (43.2 ± 15.8 歳、女性 118 名、男性 57 名)

〈方法〉

自己記入式質問票：GAD-7 (日本語版) を実施後、GAD-7 の結果を知らない医師 (内科医 8 名、精神科医 1 名)、臨床心理士 3 名、精神保健福祉士 1 名が、48 時間以内に M.I.N.I-Plus (日本語版) 面接を施行した。

〈診断判定基準〉

M.I.N.I.-Plus 全般性不安障害を golden standard とした。

〈統計解析〉

解析有効数 n=161 について、GAD-7 総スコアと M.I.N.I.-Plus との診断の一致率について、感度 (Sensitivity)、特異度 (Specificity)、尤度比 (Likelihood Ratio) を算出した (表 11)。また層別尤度比 SSLR (stratum-specific likelihood ratio) を算出した (表 12)。

〈結果〉

層別尤度比 SSLR (stratum-specific likelihood ratio) から、GAD-7 日本語版の総スコアにおいて、カットオフポイントが、10 点以上を越えると、全般性不安障害の可能性が判別できる結果であった。

表 10 GAD-7 日本語版 (2018)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？	全く ない	数日	半分 以上	ほと んど 毎日
(1) 緊張感、不安感または神経過敏を感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 心配することを止められない、または心配をコントロールできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) いろいろなことを心配しすぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) くつろぐことが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) じっとしていることができないほど落ち着かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) いらいらしがちであり、怒りっぽい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 何か恐ろしいことがおこるのではないかと恐れを感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたが、いずれかの問題に一つでもチェックしているなら、それらの問題によって仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？

全く困難でない	やや困難	困難	極端に困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu [GAD-7 日本語版 (2018)]

無断転載、改変、電子化、転送化を禁じます。

出典：村松公美子，新潟青陵大学大学院臨床心理学研究，第7号，p35-39，2014。

表 11 GAD-7 日本語版 (2018) スコアとカットオフポイント

GAD (全般性不安障害) (n=68)				
GAD-7 スコア	感度 (%)	特異度 (%)	Likelihood Ratio	95%CI
≥ 8	85.3	89.2	7.9	4.4-14.1
≥ 9	79.4	92.5	10.6	5.3-21.2
≥ 10	70.6	93.5	10.9	2.1-23.3
≥ 11	63.2	94.6	11.8	5.1-27.0
≥ 12	55.9	95.7	13.0	5.2-32.8
≥ 13	41.2	97.8	19.1	5.5-67.1

表 12 GAD-7 日本語版 (2018) スコアと不安症状レベル (重症度)

GAD-7 スコア 不安症状レベル	M.I.N.I.-Plus GAD (+) n=68	M.I.N.I.-Plus GAD (-) n=98	SSLR	95%CI
なし 0-4	2	66	0.04	0.01-0.14
軽度 5-9	18	21	1.17	0.68-2.01
中等度 10-14	32	4	10.94	4.29-27.8
重度 15-21	16	2	10.94	3.00-39.8

GAD: 全般性不安障害

M.I.N.I.-Plus: The Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus

SSLR: stratum-specific likelihood ratio

12. GAD-2 日本語版

GAD-2 は、GAD-7 の最初の 2 項目で構成されており、GAD の 2 つの中核的診断基準に対応している。GAD-2 日本語版を表 13 に示す。GAD-2 のスコアの範囲は 0～6 点であり、カットオフポイントが 3 以上の場合は、臨床的に有意な不安のスクリーニングカットオフポイントを示している。GAD-2 で、3 点以上の場合は、さらに GAD-7 の全項目の記入を促して、GAD-7 のアセスメントを実施する。GAD-7 において 10 点以上の場合は、不安障害のタイプの診断と治療について、専門医への紹介の必要性について判断するために臨床面接の実施が要請される。

筆者は、GAD-2 日本語版による不安障害のスクリーニングの有用性を検証している。

〈対象〉

プライマリケア医療機関および総合病院（内科、心療内科、精神科）で調査に対して同意が得られた外来患者 176 名（43.2 ± 15.8 歳、女性 118 名、男性 57 名）

〈方法〉

自己記入式質問票：GAD-2（日本語版）を実施後、GAD-2 の結果を知らない医師（内科医 8 名、精神科医 1 名）、臨床心理士 3 名、精神保健福祉士 1 名が、48 時間以内に M.I.N.I.-Plus（日本語版）面接を施行した。

〈診断判定基準〉

M.I.N.I.-Plus 全般性不安障害を golden standard とした。

〈統計解析〉

解析有効数 n=161 について、GAD-7 総スコアと M.I.N.I.-Plus との診断の一致率について、感度 (Sensitivity)、特異度 (Specificity)、尤度比 (Likelihood Ratio) を算出した (表 14)。また層別尤度比 SSLR (stratum-specific likelihood ratio) を算出した (表 15)。

〈結果〉

層別尤度比 SSLR (stratum-specific likelihood ratio) から、GAD-7 日本語版総スコアのカットオフポイントは、3 点以上が、不安障害 (全般性不安障害等) の可能性が疑われた。

〈結論〉

GAD-2 日本語版のカットオフポイントが 3 以上の場合は、不安障害 (全般性不安障害等) のスクリーニングに有用である。

表 13 GAD-2 日本語版 (2020)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
(1) 緊張感、不安感または神経過敏を感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 心配することを止められない、または心配をコントロールできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたが、いずれかの問題に一つでもチェックしているなら、それらの問題によって仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？

全く困難でない	やや困難	困難	極端に困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu 「GAD-2 日本語版 (2020)」

無断転載、改変、電子化、転送を禁じます。

出典：Kroenke, K. et al.: The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 32: 345-59, 2010.

村松公美子：Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版 up to date. *新潟青陵大学大学院臨床心理学研究*, 7: 35-9, 2014.

表 14 GAD-2 日本語版 (2020) スコアとカットオフポイント

M.I.N.I.-Plus GAD (全般性不安障害) (n=69)				
GAD-2 スコア	感度 (%)	特異度 (%)	Likelihood Ratio	95%CI
≥ 2	97.1	63.5	2.7	2.0-3.5
≥ 3	82.3	81.2	4.6	3.0-7.1
≥ 4	63.8	90.6	6.8	3.6-12.8
≥ 5	44.9	96.9	14.4	5.0-41.5

表 15 GAD-2 日本語版 (2020) スコアと不安症状レベル (重症度)

GAD-2 スコア 不安症状レベル	M.I.N.I.-Plus GAD (+) n=69	M.I.N.I.-Plus GAD (-) n=96	SSLR	95%CI
なし～軽度 0-2	13	79	0.23	0.14-0.37
中等度 3-4	25	14	2.48	1.41-4.38
重度 5-6	31	3	14.38	4.9-41.51

M.I.N.I.-Plus: The Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus
 SSLR: stratum-specific likelihood ratio

13. PHQ-4 日本語版

表 16 PHQ-4 日本語版 (2020)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁（ひんぱん）に悩まされていますか？	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
(1) 緊張感、不安感または神経過敏を感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 心配することを止められない、または心配をコントロールできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 物事に対してほとんど興味がなく、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©kumiko.muramatsu「PHQ-4 日本語版 (2020)」

無断転載、改変、電子化、転送を禁じます。

出典：Kroenke, K. et al.: An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. Psychosomatics 50:6, 2009.

プライマリケアにおいて、うつ病と不安障害は、コモンメンタルディスオーダーとも呼ばれ、比較的よく認められる。著者らのプライマリケアにおける精神疾患の疫学研究においても、気分障害（うつ病）圏が12.5%、不安症圏が8.5%認められた。またうつ病圏と不安症圏の併存が認められことを報告している²⁹⁾。

PHQ-4 は、うつ病と不安症の2項目を組み合わせた超簡易スクリーニングツールとして有用である³⁰⁾。「全くない=0点」、「数日=1点」、「半分以上=2点」、「ほとんど毎日=3点」として総スコア(0~12点)を算出する。0-2点が正常、3-5点が軽度、6-8点中等度、9-12点が重度である。DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Project (PHQ) が、PHQ-4 妥当

性について、著者らのデータを含むメタアナリシスによる検証がなされている。

14. まとめ

PHQ-9、PHQ-2、PHQ-8、PHQ-15、GAD-7、GAD-2、PHQ-4 の各日本語版を掲載し、最新情報の概説を本冊子にまとめた。

本冊子の作成にあたり、科学研究費助成事業基盤研究 (B) 17H04091 「うつ不安の患者登録サイトでの費用対効果見える化と Stepped Care の誘導」(研究代表者 清水栄司千葉大学医学研究院教授) の分担研究費および新潟青陵大学研究費の助成を受けた。

参考文献

- 1) The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults updated edition(2020): National Institute for Health & Clinical Excellence(NICE). National Collaborating Centre for Mental Health, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. www.nice.org.uk/guidance/CG90.
- 2) American Psychiatric Association(2013): Diagnostic and Statistical Manual of Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- 3) Kroenke,K., Spitzer,R.L., Williams,J.B.W. (2001): The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16: 606-613.
- 4) Spitzer,R.L., Kroenke,K., Williams,J.B.W. et al.(1999): Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282: 1737-1744.
- 5) Kroenke,K., Spitzer,R.L., Janet,B.W. et al.(2003): The Patient Health Questionnaire-2 Validity of a Two-item Depression Screener. *Med Care* 41: 1284-1292.
- 6) Kroenke,K., Strine,T.W., Spitzer,R.L. et al.(2009): The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders* 114, 163-173.
- 7) Kroenke,K., Spitzer,R.L., Williams,J.B.W. (2002): The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 64: 258-266.
- 8) Spitzer,R.L., Kroenke,K., Williams,J.B.W. et al.(2006): A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 22: 166(10): 1092-7.
- 9) Kroenke,K., Spitzer,R.L., Janet,B.W. et al.(2010): The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 32: 345-59.
- 10) Kroenke,K., Spitzer,R.L., Janet,B.W. et al.(2009): An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50: 613-621.
- 11) Spitzer,R.L., Williams,J.B.W., Kroenke,K. et al.(1994): Utility of a new procedure for Diagnosing mental disorders in Primary Care. The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*. 272: 1749-1756.
- 12) Muramatsu K., Miyaoka H., Kamijima K. et al.(2007): The Patient Health Questionnaire, Japanese version: validity according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus. *Psychological Reports*, 101: 952-960.
- 13) 村松公美子, 上島国利(2009): プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール: Patient Health Questionnaire-9 日本語版「こころとからだの質問票」. *診断と治療* 97: 1465-1473.
- 14) Muramatsu K., Miyaoka H., Kamijima K. et al.(2018): Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9(J-PHQ-9) for depression in primary care *General Hospital Psychiatry*. 52: 64-69, 2018.

- 15) 村松公美子(2014): 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 第7号, 35-39.
- 16) 上島国利, 村松公美子監修(2008): こころとからだの質問票(PRIME-MD™ PHQ-9 日本語訳版), 日本ファイザー製薬・ヴィアトリス製薬.
- 17) 村松公美子(2013): 身体化におけるうつ病スクリーニングツールの留意点: 身体疾患患者の精神的支援ストラテジー(樋口輝彦総監修, 村松公美子, 伊藤弘人編), NOVA出版, 6-11.
- 18) 村松公美子(2013): 米国心臓病協会(American Heart Association AHA)指針と評価, 内科疾患患者のメンタルケアアプローチ 循環器疾患編 (桑原和江, 伊藤弘人編), 新興医学出版社, 15-22.
- 19) Lichtman, J.H., Bigger, T., Blumenthal, J.A. et al.(2008): Depression and coronary heart disease. *Circulation*. 118: 1768-1775.
- 20) 野原隆司(班長)(2012): 循環器の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告): 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2012改訂版).
- 21) 村松公美子(2005): Patient Health Questionnaire(PHQ)-2 (日本語版)の有用性について, *心身医学* 45(Supplement): 159.
- 22) Inagaki M., Ohtsuki M., Yonemoto N. et al.(2013): Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 and PHQ-2 in general internal medicine primary care at a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*, 35: 592-597.
- 23) 村松公美子, 宮岡等, 上島国利, 村松芳幸(2008): プライマリケアにおけるうつ病スクリーニングに有用な評価ツール——Patient Health Questionnaire(PHQ)-9について. *精神科治療学* 24: 1299-1306.
- 24) Muramatsu K.(2015): The Prevalence and Quality of Life of Somatoform disorder in Japanese patients. WPA REGIONAL CONGRESS OSAKA Japan 2015.
- 25) 村松公美子(2013): 脳とこころのプライマリケア(宮岡等編) VI章 心と身体の接点の診療, プライマリケア医に何を求めるか, シナジー社, 544-555.
- 26) Muramatsu K., Muramatsu Y., Miyaoka H. et al.(2009): Validation and utility of a Japanese version of the GAD-7. PANMINERVA MEDICA 20th World Congress on Psychosomatic Medicine Abstracts Book 2009, 51(Suppl 1 to No 3): 79.
- 27) 村松公美子, 宮岡等, 上島国利ほか(2010): GAD-7日本語版の妥当性・有用性の検討. *心身医学*. 50(6): 166.
- 28) Doi S., Ito M., Takebayashi Y., Muramatsu K. and Horikoshi M.(2018): Factorial Validity and Invariance of the 7-Item Generalized Anxiety Disorder Scale(GAD-7) Among Populations With and Without Self-Reported Psychiatric Diagnostic Status. *Front. Psychol.* 9:1741. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01741.
- 29) Muramatsu K., Miyaoka H., Kamijima K. et al.(2021): Prevalence and Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorders in Studies of PRIME-MD and PHQ(Patient Health Questionnaire) in Japan. *Anxiety Disorders* Edited by Vladimir V. Kalinin. The New

Achievements. Chapter 7.

- 30) Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2009): An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics* 50: 6.

Patient Health Questionnaire 日本語版シリーズ (PHQ, GAD)
—うつと不安のメンタルヘルスアセスメント—

2021年3月31日 第1刷発行

著・者 むらまつ くみこ
発行者 村松 公美子
連絡先 〒951-8121
新潟市中央区水道町 1-5939 番地
新潟青陵大学大学院臨床心理学研究科
e-mail: muramatsu@n-seiryu.ac.jp

制 作 株式会社 金木犀舎

科学研究費助成事業基盤研究 (B)17H0491 分担研究費助成
© Kumiko Muramatsu 2021, Printed in Japan

