

臨床研究で使用する自己記入式抑うつ評価尺度の特徴

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2016-09-19 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 臼田, 謙太郎 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/275

■ 研究ノート

臨床研究で使用する自己記入式抑うつ評価尺度の特徴

武蔵野大学大学院人間社会研究科人間学専攻博士（後期）課程

白田謙太郎

はじめに

うつ病は有病率が高く、また状態像としての抑うつも臨床現場で多くみられ、だれにも身近な存在であると言える。そのため多くの研究が行われ、測定方法も多岐にわたる。これまで臨床心理学領域でも精神医学領域でも、構造化面接や自記式の質問紙などが数多く開発されてきた¹⁾。我が国における疫学研究では、気分障害、不安障害、物質障害のいずれかの障害の生涯有病率は約25%である。中でも特に頻度が高い大うつ病性障害では、生涯有病率が6.2%に上ることが明らかにされている。この調査では日本の複数の地域住民に対してCIDI（Composite International Diagnostic Interview）という構造化面接を用いて行われている²⁾。同じくCIDIを用いた米国の統計では、精神疾患の生涯有病率は46.6%、うつ病の生涯有病率は16.2%であり、かなりの頻度で罹患することがこれまでに明らかにされている³⁾。また、Hasinらの調査では、アルコール・物質関連依存や全般性不安障害、パーソナリティ障害と特に強い関連があることが示されており、うつ病が他の精神疾患と併存する可能性が示されている⁴⁾。この調査でもCIDIが使用されている。このように地域住民を対象にした疫学調査ではCIDIを多く用いるが、介入研究でもその他の構造化面接が使用される機会が多い。

抑うつの測定方法については、本来は構造化面接がGold Standardであり、欧米ではHAM-D（Hamilton Rating Scale for Depression）が臨床研究やその他尺度の標準化を行う際の外的基準として用いられる⁵⁾。また、MADRS（Montgomery-Asberg Depression Scale）や M.I.N.I.（Mini International Neuropsychiatric Interview）も代表的な構造化面接である。構造化面接は得られる情報が客観的であるため、精度の高い評価を行う際には不可欠であるが、多くの時間を必要とし、同時に複数人の評価を行うことはできない。

そのため、研究においても、より簡便であるため自記式の評価尺度が用いられる頻度は高い。例えば抑うつ状態の経時的変化や、どの症状が強くてどの症状が軽いのかということについては自記式評価尺度からでも一定の情報量は得られ、同時に複数の対象に実施することができる利点もある。

しかし、一口に「抑うつ」を測定している尺度であっても、大うつ病の診断が付くような患者を対象にした場合と、大学生や社会人など比較的健康度の高い対象の「抑うつ感」を測定するのでは用いるにふさわしい尺度が異なる場合がある。いかに優れた尺度であっても、想定している対象と異なったサンプルに実施した場合には精度が下がったり、適切にスクリーニングができない可能性もある。そのため研究をデザインする段階で使用する尺度の適正は十分に考えておく必要がある。また、尺度ごとに尋ねている期間が異なっていたり、症状の頻度あるいは程度など、内容が異なっ

ている場合もある。スクリーニング目的で使用するのか、経時的な変化を見るのか、などの使用目的も含めて考慮しておくことが求められる。また考察をするときにも留意する必要が出てくるかもしれない。カットオフポイントについても、臨床現場で漏れなくハイリスク者を見つけ出すための得点なのか、もしくは研究のための厳密な得点なのかということで、その意味合いは大きく異なる。

尺度を選択する際に、標準化の状況や「信頼性」「妥当性」については多くの人が着目するであろう。しかしそれだけではなく、これから行う研究で使用するときにその尺度が想定している使用目的や対象を改めて確認し、使用することが妥当であるかということについても考慮することで、研究の精度はさらに高まると考えられる。それ以外に、項目数や回答内容によって生じる回答者への負担、有料なのか無料なのか、先行研究での分析方法などあらかじめ十分な吟味を行った上で、尺度を選定し研究を行うことが必要ではないだろうか。

そこで、本研究では、よく使われる自己記入式の抑うつ尺度を比較検討し、それぞれの特徴について述べたい。

抑うつ尺度の使用頻度

日本において、1990年から2003年までの抑うつ研究で使用された自記式尺度の使用頻度は、最も多いものがSDS (Self-rating Depression Scale)、次にBDI (Beck Depression Inventory)、CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) と続くと報告されているが、その他に利用率の低い尺度が50種類以上あることも示されている⁶⁾。

海外の研究に使用される自記式尺度の使用頻度については、正確な数値は筆者の調べた限り明確ではないが、検索エンジンの検索結果から出現頻度を調べると以下に示す表のとおりとなった。文献検索データベースには精神・生物分野のPubMedと心理学分野のPsycInfoを用い、各尺度の略称と正式名称の両方がTitleもしくはAbstractに含まれる件数を検索した。また近年の動向を知るため、過去5年間に限った条件でも再度検索をした。その結果を表1および表2として示す。

表1 医学・生物学研究論文における各尺度の出現件数 (PubMed)

	全件数	過去5年間の件数
BDI/BDI-II	3182	1440
CES-D	2056	869
HADS	1665	947
EPDS	721	358
PHQ-9	461	385
SDS	415	141
QIDS	101	77

表2 心理学研究論文における各尺度の出現件数 (PsycInfo)

	全件数	過去5年間の件数
BDI/BDI- II	3325	1268
HADS	1188	638
CES-D	738	313
EPDS	456	230
SDS	348	96
PHQ-9	273	234
QIDS	127	85

表1、表2のデータはあくまでも検索結果に表れた数値であり、その数値がそのまま使用頻度と解釈できるわけではない。しかし、論文中で言及されている頻度の指標として一定の参考値になると考えられる。表1、表2より、BDIの使用頻度は全件数でも過去5年間でも最も高く、CES-Dは医学・生物学分野の全件数では2番目、心理学分野でも3番目に高い。日本で最も使用頻度の高いSDSは米国の雑誌に投稿される頻度は少なく、特に近年5年間のデータは使用頻度が減少傾向にあることを示している。日本のここ5年間のデータがないために比較はできないが、日本もまたSDSの使用頻度は減少している可能性が考えられる。また、QIDS (Quick Inventory of Depressive Symptomatology) とPHQ-9 (Patient Health Questionnaire) に関しては、全体の使用件数は少なく見えるが、この2つを使用された論文の約80%は過去5年間に掲載されており、近年使用頻度が高まっている。HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) も全件数、過去5年ともに比較的多く使用されている。また、産後の抑うつを測定するEPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) は他の尺度よりも限定的な使用目的ではあるが、使用頻度は高い。

以下では表1、表2に挙げた尺度のうち、近年5年間での使用頻度の高いBDI/BDI- II、CES-D、HADS、PHQ-9、QIDS、EPDSの6尺度について特徴を記述していく。

BDI/BDI- II (Beck Depression Inventory)

BDI/BDI- II (Beck Depression Inventory) は抑うつ症状の重症度を判定するための、21項目からなる自記式質問票である。BDIは1961年に開発され⁷⁾、その後1979年に一度、BDI- I Aとして修正が行われている⁸⁾。初版のBDIを開発する際に、臨床的な観察と患者の訴える言葉に基づいて作成しており、特定の「抑うつ理論」や「うつ病モデル」を想定して作成された質問票ではなかった⁷⁾が、その後1994年に米国精神医学会 (APA: American Psychiatric Association) の『精神疾患の診断・統計マニュアル第4版』(DSM-IV) が出版されたことに伴い、診断基準に挙げられた、激越 (Irritability)、無価値感 (Worthlessness)、集中困難 (Concentration Difficulty)、活力喪失 (Loss of Energy) の4項目をBDI- I Aに加え、それまでの項目を含んで精査を行い、BDI- IIは現在の21項目となった⁹⁾。

所要時間は5~10分程度とされている¹⁰⁾。得点は0-3の4件法で評価され、合計63点である。Beckらは、BDI- IIの得点と重症度に関して表3のように示している。

しかし、表3の得点はうつ病と診断された患者の重症度の指標となる重症度であり、臨床上の

表3 BDI - II の得点別重症度

得点	重症度
0-13	極軽症
14-19	軽症
20-28	中等症
29-63	重症

日本版BDI-II手引きを基に作成

スクリーニングや臨床研究で最適なカットオフポイントは、原版では明確にされてはいない。その理由として、カットオフポイントは対象サンプルの性質と、BDI - II を用いる目的ごとに、感度と特異度を考慮した調整が必要であることを述べている⁹⁾。つまり臨床現場でうつ病のスクリーニングが目的であれば、偽陰性を避けるためにカットオフポイントを低めに設定し、抑うつの可能性のある人を漏れなくする必要があり、

臨床試験などのスクリーニングとして用いる場合には、カットオフポイントを高めに設定し、偽陽性を減らすようにすることが求められる。

BDI-IIの標準化は主に米国内の外来患者と、カナダの学生サンプルを対象に行われている⁹⁾。その後の研究でも同様の結果が得られており、高い信頼性と妥当性が示されている^{11) 12)}。また観察者評価尺度との相関性については、HAM-Dと $r=0.73$ という高い相関が示されている¹³⁾。

日本語版BDI-IIは小嶋と古川が日本語版作成および標準化を行っている。日本語版の標準化は日本語化の後に、一般成人と疾患群を対象にした4つの調査において信頼性・妥当性の検討が行われており、CES-DやDSM-IVの診断との比較によって検討された⁹⁾。その結果、高い信頼性と妥当性が示され、平均得点や因子構造についても原版とほぼ同様の結果が示されており、日本人の抑うつ症状を測定するのに適している⁹⁾。日本語版BDI-IIは、サクセス・ベル¹⁴⁾、千葉テストセンター¹⁵⁾、日本文化科学社¹⁶⁾などで販売しており、購入して使用することが可能である。

CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) は疫学調査を目的として米国立精神保健研究所 (National Institute of Mental Health: NIMH) によって開発された簡便に使用できるうつ病の自己評価尺度である¹⁷⁾。CES-Dは地域・集団を対象とした調査で世界的に幅広く使用されており、十分な信頼性と妥当性が検証され、世界的に最も普及しているうつ病尺度の一つである^{18) 19)}。20項目の質問で構成され、合計点によってうつ病の評価を行う。過去1週間について、「ない」「1-2日」「3-4日」「5日以上」という、症状のあった日数で評価されることが特徴であり、最高点60点から最低点0点までの間の得点で抑うつの程度を見る。カットオフポイントは原版では16点と設定され²⁰⁾、日本で行われた信頼性・妥当性の検討においても16点が妥当であると結論付けられた²¹⁾。

CES-Dはその主眼がスクリーニングにおかれている。地域集団中のハイリスク群を同定することに重きを置いているため、20項目と回答が容易な項目数である。項目の内容は、抑うつ気分についての項目が5つ、身体症状についての項目が8つ、対人関係に関する項目が2つ、ポジティブな感情を尋ねる質問が4つである。抑うつ気分や身体症状については他のうつ病尺度と大きな相違はないが、対人関係上の他者評価や認知、ポジティブ感情を日常的にどの程度感じているのかということを知っているのはCES-Dの特徴である。ポジティブ感情を反転項目で聞いているため、黙従性傾向のバイアスがかかりにくい構成となっている。日本語版CES-Dはサクセス・ベル¹⁴⁾、千葉テストセンター¹⁵⁾などで販売されており、購入することで使用が可能である。

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) は、一般外来に身体疾患を訴えて来院する患者の不安と抑うつを測定することを目的に英国で開発された尺度である²²⁾。これまでにヨーロッパ各国に加えて、ヘブライ語、アラビア語、中国語、日本語、ウルドゥー語など16か国語以上に翻訳され使用されている²³⁾。臨床経験に基づいた項目であり、過去1週間の様子について抑うつに関する7項目と、不安に関する7項目の合計14項目で構成されている²³⁾。各項目は0～3点の4段階で、合計点は0点から42点である。所要時間は2～5分とされ、患者への負担は少ない²³⁾。原版のカットオフ得点は範囲で区分されており、0～7点が「不安、抑うつなし」、8～10点が「疑いあり」、11点以上が「不安、抑うつあり」と判断される²⁴⁾。

この尺度の最大の特徴は、スクリーニング尺度であるため、短時間に実施可能であり、不眠、食欲不振など性的関心の低下などの身体疾患に左右される項目は含まれていない。そのため、身体疾患やその他の理由で身体的影響が認められる場合に、この尺度は有効である。また、反転項目も配置されており、回答者が悪い方に回答してしまうことを避ける工夫がされている²²⁾。原版の標準化は精神科医の診断を外的基準として信頼性と妥当性の検討が行われている。

日本語版は非患者の女性²⁴⁾と消化器内科外来に訪れた患者²⁵⁾を対象に標準化が行われている。その際、「胃が気持ち悪くなるような一種恐ろしい感じがしますか」という項目は「不安で落ち着かないような恐ろしい感じがしますか」と表現の若干の変更後に実施されている。日本語版は不安項目については高い内的整合性と基準関連妥当性を示しているが、抑うつ項目についてはやや低い値となっている²⁸⁾ ²⁹⁾。しかし、身体疾患を持つ患者の心理状態を把握するための一定の有用性は示されている²²⁾ ²³⁾ ²⁴⁾ ²⁵⁾。なお日本語版の使用に関しては、北村が翻訳した項目が精神科診断学4巻に掲載されており、引用することで使用が可能となっている²⁶⁾。

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) は精神疾患診断・評価システムであるPRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ²⁷⁾を基にうつ症状に関わる9つの質問項目のみを抽出して作成された²⁸⁾ ²⁹⁾。PHQ-9は、DSM-IVの大うつ病エピソードの診断基準に準拠した最低限の項目数で成り立っており、他のうつ病スクリーニング自記式質問票に比べて約半分の質問数である³⁰⁾。さらに、診断基準に当てはまる項目数と症状レベルの評価を同時に行うことが可能であり、他の自記式質問紙と比較しても感度と特異度が高いことが明らかにされている³¹⁾。

PHQ-9はDSM-IVの診断基準と、質問項目が1対1で対応しており、1つの質問の中に複数の質問文が組み込まれている。質問文の中のいずれか1つでも当てはまれば、その頻度についての自己評価を行う。例えば、睡眠に関する質問は「寝つきが悪い、途中で目が覚める。または逆に眠り過ぎる」という質問に対し、一つでも当てはまった場合、最近の2週間について回答を行う。項目数が9問と少なく、もともとプライマリ・ケアに携わる医師が使用することを念頭に作られた尺度であるため、短時間でリスク評価が必要な場面でのスクリーニングツールとしてPHQ-9は特に有効であると考えられる³²⁾。また、APAが推奨している治療抵抗性うつ病に関するガイドライン (TRD: Treatment Resistant Depression; A Roadmap for Effective Care) ³³⁾でも自記式のうつ評価尺度とし

て推奨されており、治療経過を定期的に評価する際の指標として有用であることが示されている。

PHQ-9は英語の他に日本語、スペイン語、フランス語、ドイツ語、アラビア語などさまざまな言語に翻訳され、その妥当性および有用性が検討されている³¹⁾。日本においてもPHQ-9の有用性は証明されており、日本語版PHQ-9を基に作成された「こころとからだの質問票」がファイザー社から発刊されている³²⁾。

QIDS-SR (Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report)

QIDS-SR (Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report) はAPAの大うつ病の診断基準 (DSM-IV) の9項目と一致した症状を評価できるうつ病評価尺度である³⁴⁾。QIDS-SRは診断面接によって大うつ病エピソードと診断された症例に対してうつ病の重症度を評価する目的で開発され、臨床研究において高い精度を示すことが実証されている^{35) 36) 37)}。原版のQIDS-SRは成人のうつ病³⁸⁾、双極性障害の抑うつ状態³⁹⁾、身体疾患の抑うつ⁴⁰⁾、高齢者の症状³⁸⁾ など、さまざまな疾患、状態を対象に信頼性・妥当性の検討が行われている。また、HAM-DやMADRSなど構造化面接とほぼ同等の精度を示すことがこれまでの研究で明らかにされている^{36) 37)}。そのため、STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression; うつ病軽減のための代替的連続治療法)⁴²⁾ などの大規模臨床試験においても経時的なうつ病の症状評価を行うツールとして用いられている。

QIDS-SRは過去1週間の状態についてDSM-IVの大うつ病エピソードの診断基準9項目に対応している16問の質問から成っており、得点は0～3点で評価される。合計点は0～27点である。所要時間は5～7分程度とされており、回答者への負担は比較的少ない。また、症状の頻度と程度の両方を含んだ文章で構成されている。

日本語版のQIDS-SRは、構造化面接であるHAM-DおよびBDI-IIを外的基準とした信頼性・妥当性の検証が藤澤らによって行われており、原版のQIDS-SRと比較してもほぼ同等の精度を有していることが実証されている³⁵⁾。またうつ病の寛解と非寛解を判別するカットオフポイントに関しては、6点と7点の間が感度・特異度ともに最適であることが示されており、この点についても原版と一致している。

QIDS-SRを使用する利点として、①PHQ-9と同様にDSM-IVの大うつ病エピソードの診断基準に正確に一致した項目であること、②アンカーポイントが明確であり頻度と重症度の両方の情報が得られること、③性欲・性活動に関する項目がなく回答者が答えやすいこと、④所要時間が5～7分と短く負担が少ないこと、⑤にパブリックドメインであり、使用料を払わずに使用することが可能な点などが挙げられている⁴³⁾。

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Edinburgh Postnatal Depression Scale (以下EPDS) はCoxらによって作成された、産後うつ病のスクリーニング尺度である⁴⁴⁾。もとはプライマリ・ケアにおいて、早期に産後うつ病を発見することを目的として開発され、これまで産後うつ病の検出率を診断面接と比較した研究⁴⁵⁾ や、経時的な調査における指標⁴⁶⁾ としても使用されている。またこれまでに多くの言語に翻訳されており⁴⁷⁾、地域ごとの得点や特性も明らかにされている⁴⁸⁾。EPDSの大きな特徴は、周産期の身体的変化を想

定して作成されているため、他の尺度と比べて身体症状の項目を含んでいない⁴⁴⁾。そのため周産期の抑うつにおける精度は高く、一般的に多くの抑うつ研究で使用されるBDIよりも高い検出率を示すことが明らかにされている⁴⁵⁾。

尺度は10項目の質問で構成され、過去1週間の精神状態についての質問に0～3の4件法で回答する形式である。最も当てはまるものに一つ丸を付け、最低が0点、最高が30点である。所要時間はおよそ5分とされており、回答者に負担が少ないように工夫されている⁴⁴⁾。カットオフポイントについては各国においてばらつきがある。原版では13点以上が最も精度が高いとされた⁴⁴⁾。しかし、その後各国でEPDSの標準化が行われているが、9点～14点と基準点にばらつきがみられ⁴⁹⁾ ⁵⁰⁾ ⁵¹⁾、地域や調査を行う時期によりある程度基準点の違いが見られる。そのため、カットオフポイントは使用する地域向けに標準化された基準を重視すべきであると考えられる。

日本語版も標準化が行われており、一般的に周産期の抑うつ測定に用いられている。日本語版の標準化は構造化面接を外的基準として行われ、おおむね原版と同様に高い精度が得られたが、カットオフポイントについては原版と異なり、9点が基準点となっている⁵¹⁾。日本語版の入手については再英訳されたEPDS日本語版が許可を得る必要がなく使用可能である⁵²⁾。

おわりに

臨床心理学・精神医学の臨床研究で使用するという視点から、各尺度の特徴と内容についてまとめてきた。本稿では主に尺度の理論的背景、項目の構成・特徴、使用に適した対象、日本語版の標準化状況などについて紹介することに重きを置いた。うつ病・抑うつ状態は世間でも多く知られており、身近な存在ではあるが、ここまで記述したとおり測定する尺度は多岐にわたり、その内容も想定している対象も尺度ごとに異なっている。

BDI/BDI-IIやCES-Dなどの長く使われている尺度は、やや項目数が多かったり、質問文の表現に古い印象を持つ人もいるかもしれない。しかし、長く使用されていることから、過去のデータとの比較を行いやすく、また諸外国のデータが多く蓄積されていることが利点である。HADS、EPDSは前者が身体疾患を伴う状態、後者が周産期の身体的に大きな変化があること前提に作られた尺度であり、身体変化による影響をできるだけ除いた項目の構成になっている。抑うつに伴う身体的な症状があることが前提の対象や、身体状態の影響を除いて抑うつを測定したい場合に有効な尺度である。また、PHQ-9、QIDS-SRは近年作成された比較的新しい尺度である。まだ使用された研究数は他の尺度に比べると少ないが、特に海外ではその使用頻度は高まっており、大規模な治験や臨床研究で使用されている尺度である。大きな特徴は、DSM-IVの診断基準に準拠した項目で構成されていることや、頻度や症状を多軸的に測り、多様な抑うつ症状を捉えることが可能な点にある。

このように各尺度が想定している対象、測れるものは様々である。時代とともに頻繁に使用される尺度が変化したり、項目の作成方法が異なることもある。しかし、新しい尺度の方が確実に優れているというわけではない。それぞれの尺度には使用するメリットとデメリットがあり、重要なことは研究者がそれを理解した上で使用することであろう。実際に使用する場合には、尺度のマニュアルや標準化論文などに目を通したうえで使用することが望まれる。

引用文献

- 1) 坂本真士：Ⅱ抑うつへの心理援助第2章 抑うつとは。In: 抑うつと自殺の心理学－臨床社会心理学的アプローチ。金剛出版; pp38－58, 2010
- 2) 川上憲人：こころの健康についての疫学調査に関する研究, 平成 16～18 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）. こころの健康についての疫学調査に関する研究 総合研究報告書, 2006
- 3) R.C. Kessler, P. Berglund, O. Demler, R. Jin, D. Koretz, K. R. Merikangas, A. J. Rush, E. E. Walters, P. S. Wang: The Epidemiology of Major Depressive Disorder. JAMA 289; 3095－3105. 2003.
- 4) D. S. Hasin, R. D. Goodwin, F. S. Stinson, B.F. Grant; Epidemiology of Major Depressive Disorder. Archives of General Psychiatry 62, 2005
- 5) C. Cusin, H. Yang, A. Yeung, and M. Fava: Chapter 2 Rating Scales for Depression. pp.7－35; In: L.Baer, M. A. Blais, editors: Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health. New York : Humana Press, 2010
- 6) 奥村泰之, 亀山晶子, 勝谷紀子, 坂本真士：1990年から2006年の日本における抑うつ研究の方法に関する検討. パーソナリティ研究 16 (2) ; 238－246, 2008.
- 7) A. T Beck, C. H.Ward, M. Mendelson, J.Mock & J.Erbaugh: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4; 561－571, 1961
- 8) A.T. Beck, R.A .Steer, R Ball, W.F. Ranieri: Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. J Pers Assess. 67; 588－597, 1996
- 9) A.T.Beck, R.A. Steer. G.K.Brown. (著) . 小嶋雅代, 古川 壽亮 (訳) : 日本語版BDI-Ⅱーベック抑うつ質問票－手引. 日本文化科学社, 2003
- 10) 上島 国利, 樋口 輝彦, 野村 総一郎, 大野 裕, 神庭 重信, 尾崎 紀夫 : 気分障害. 医学書院, 2008
- 11) R.A. Steer, R. Ball, W.F. Ranieri, , A.T. Beck: Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. Journal of Clinical Psychology 55, 117－128, 1999.
- 12) M.A.Whisman, J.E.Perez, W.Ramel: Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in a student sample. Journal of Clinical Psychology 56; 545－551, 2000
- 13) A.T. Beck, R. A. Steer, M. G. Carbin: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation Clinical Psychology Review. 8 (1) ; 77－100, 1988
- 14) 心理検査の販売専門店 サクセス・ベル株式会社 (<http://www.success55.co.jp/>) (2013年9月現在)
- 15) 心理検査の発行・販売 千葉テストセンター (<http://www.chibatc.co.jp/>) (2013年9月現在)
- 16) 日本文化科学社 (<http://www.nichibun.co.jp/>) (2013年9月現在)
- 17) 島悟 : NIMH/CES-D【うつ病/自己評価尺度】. 千葉テストセンター, 2008
- 18) Cho, M. J., Nam, J. J., & Suh, G. H: Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. Psychiatry Research 81; 341－352, 1998
- 19) A. J.Morin, G.Moullec, C. Mai " ano, , L. Layet, J. L.Just, , & Ninot, G.. Psychometric properties

- of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 59; 327–340, 2011
- 20) L. S. Radloff: The CES-D scale: A report of depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1; 385–401, 1977
 - 21) 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則: 新しい抑うつ性自己評価尺度について *精神医学* 27; 717–723, 1985
 - 22) A.S. Zigmond, R.P. Snaith: The hospital anxiety and depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67; 361–370, 1983
 - 23) R. P. Snaith: The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes* 1 (1) ; 29, 2003
 - 24) 八田宏之, 東あかね, 八城博子 ほか: Hospital Anxiety and Depression Scale日本語版の信頼性と妥当性の検討: 女性を対象とした成績. *心身医学* 38 (5) ; 309–315, 1998
 - 25) 東あかね, 八城博子, 清田啓介 ほか: 消化器内科外来におけるhospital anxiety and depression scale (HAD尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. *日本消化器病學會雑誌* 93 (12) ; 884–892, 1996
 - 26) A.S. Zigmond, R.P. Snaith 著 北村俊則 訳: "Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度)" *精神科診断学* 4 (3) ; 371–372, 1993
 - 27) R.L.Spitzer, J.B.W.Williams, K. Kroenke et al.: Utility of a new procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care; the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 272; 1749–1756. 1994
 - 28) K. Kroenke, R.L.Spitzer, J.B.W. Williams: The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *JGen Intern Med* 16; 606–613, 2001
 - 29) K. Kroenke, R.L. Spitzer: The PHQ-9 A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals* 32: 509–515, 2002
 - 30) 村松 公美子: 7.F3: うつ病 4) PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) *臨床精神医学* 39巻増刊号; 236–239, 2010
 - 31) 村松 公美子, 上島国利: プライマリ・ケア診察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, 2009
 - 32) 村松 公美子, 宮岡 等, 上島 国利ほか: 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; 1299–1306,2006.
 - 33) F.G. John, B.R. Michel, G.M. Melvin eds: *Treatment Resistant Depression: A Roadmap for Effective Care*. American Psychiatric Publishing Inc, Washington, D.C., 2011
 - 34) R, A John, M. H. Trivedi, H.M. Ibrahim, T.J. Carmody, B. Arnow, D. N. Klein, J.C. Markowitz, P. T. Ninan, S. Kornstein, R. Manber, M. E. Thase, J.H. Kocsis, M. B. Keller: The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) , clinician rating (QIDS-C) , and self-report (QIDS-SR) : A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry* 54 (5) ; 573–583, 2003

- 35) 藤澤大介, 中川敦夫, 田島美幸, 佐渡充洋, 菊地俊暁, 射場麻帆, 渡辺義信, 山口洋介, 舩松克代, 衛藤理沙, 花岡素美, 吉村公雄, 大野 裕: 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度 (日本語版QIDS-SR) の開発. *ストレス科学* 25; 43–52, 2010
- 36) T.J. Carmody, A. J. Rush, I. H. Bernstein, S. H. Brannan, M. Mustafa, M. H. Trivedi: Making clinicians lives easier: guidance on use of the QIDS self-report in place of the MADRS. *Journal of Affective Disorders*. 95 (1) ; 115–118, 2006
- 37) A. J.Rush, M.H. Trivedi, T.J. Carmody, H. M.Ibrahim, J. C. Markowitz, G. I. Keitner, S. G. Kornstein, B. Arnow, , D.N. Klein, R. Manber: Self-reported depressive symptom measures: sensitivity to detecting change in a randomized, controlled trial of chronically depressed, nonpsychotic outpatients. *Neuropsychopharmacology*. 30 (2) ; 405–416, 2005
- 38) I. H. Bernstein, A. J. Rush, T. J. Carmody, A. Woo & M. H. Trivedi: Clinical vs. self-report versions of the quick inventory of depressive symptomatology in a public sector sample. *Journal of Psychiatric Research*, 41 (3–4) ; 239, 2007
- 39) M. H. Trivedi, A. J.Rush, M. L. Crismon, T. M. Kashner, M. G. Toprac, T. J. Carmody, B. Witte, Clinical results for patients with major depressive disorder in the Texas Medication Algorithm Project. *Archives of General Psychiatry* 61 (7) ; 669, 2004
- 40) E. S. Brown, M. Murray, T. J. Carmody, B. D. Kennard, C. W. Hughes, D. A. Khan, & A. J. Rush: The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-report: a psychometric evaluation in patients with asthma and major depressive disorder. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 100 (5) ; 433–438, 2008
- 41) P. Doraiswamy, I. Bernstein, A.Rush, Y. Kyutoku, T. Carmody, L. Macleod, B.Witte: Diagnostic utility of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS - C16 and QIDS - SR16) in the elderly. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 122 (3) ; 226–234, 2010
- 42) M.H. Trivedi, A.J. Rush, S.R. Wisniewski, A.A. Nierenberg, D.Warden, L. Ritz, G. Norquist, R.H. Howland, B. Lebowitz, P.J. McGrath, K. Shores-Wilson, M.M. Biggs, G.K. Balasubramani, M. Fava: STAR*D Study Team. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps - A STARD Report. *Am J Psychiatry* 163; 1905–1917, 2006
- 43) 藤澤大介: 認知行動療法の評価尺度—QIDS-SR, DAS24, 治療者評価尺度. *臨床精神医学*, 39増刊号, *精神科臨床評価・検査法マニュアル*; 839–850, 2010
- 44) J. L. Cox, J. M.Holden, & R.Sagovsky: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 150; 782–786, 1987
- 45) B.Harris, P. Huckle, R. Thomas, S. Johns, & H. Fung: The use of rating scales to identify post-natal depression. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 154; 813–817, 1989
- 46) P. Boyce, I. Hickie, , & G. Parker: Parents, partners of personality ? Risk factors for post-natal depression. *Journal of Affective Disorders*, 21 (4) ; 245–255. 1991

- 47) W. Lundh, , & C.Gyllang: Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Some Swedish Child Health Care Centres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7 (3) ; 149–154, 1993
- 48) V. J. Pop, I. H. Komproe, & M. J. Van Son: Characteristics of the Edimburgh Post Natal Depression Scale in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 26 (2) ; 105–110, 1992
- 49) D. Murray & J. L. Cox: Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS) . *Journal of reproductive and infant psychology* 8 (2) ; 99–99, 1990
- 50) W. Lundh, , & C. Gyllang,: Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Some Swedish Child Health Care Centres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7 (3) ; 149–154, 1993
- 51) 岡野禎治: 産後うつ病の自己評価スケール (EPDS) について. 妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する研究, 1993
- 52) J.L. Cox, J.M. Holden: *Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 岡野禎治、宗田聡 訳：周産期のメンタルヘルス—EPDSのガイドブック. 南山堂 2003