

タイトルページ

論文タイトル

Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: A Draft Recommendation Statement from the Japan Preventive Services Task Force

全著者氏名

Kei Mukohara ¹, Kei Miyazaki ², Hideki Mori ³, Kazuya Honda ⁴, Ayako Shibata ⁵, Masatsugu Sakata ^{6 7 8}, Masaki Futamura ⁹, Yusuke Tsugawa ^{10 11} on behalf of the Japan Preventive Services Task Force (JPPSTF)

全著者の所属機関

¹ Department of General and Family Medicine, Kurume University Medical Center, Kurume, Japan

² Department of General Medicine & General Internal Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan

³ Department of General Internal Medicine, NHO Nagasaki Medical Center, Omura, Nagasaki, Japan

⁴ Department of Nursing, Graduate School of Health and Medical Sciences, Junshin Gakuen University (Nurse Practitioner [NP] Course), Fukuoka, Japan

⁵ Department of Obstetrics & Gynecology, Yodogawa Christian Hospital, Osaka, Japan

⁶ Department of Neurodevelopmental Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan

⁷ Department of Health Promotion and Behavioral Sciences, Kyoto University School of Public Health, Kyoto, Japan

⁸ International Institute for Integrative Sleep Medicine (WPI-IIIS), Tsukuba Institute for Advanced Research (TIAR), University of Tsukuba, Tsukuba, Japan

⁹ Department of Pediatrics, NHO Nagoya Medical Center, Nagoya, Japan

¹⁰ Division of General Internal Medicine and Health Services Research, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA, USA

¹¹ Department of Health Policy and Management, UCLA Fielding School of Public Health, Los Angeles, CA, USA

責任著者

Kei Mukohara, MD, PhD

Department of General and Family Medicine, Kurume University Medical Center, 1155-1 Kokubu-machi, Kurume, Fukuoka 839-0863, Japan

Telephone Number: +81-942-22-6111

E-mail Address: mukohara_kei@kurume-u.ac.jp

図の数:0

表の数:2

利益相反

Dr. Masatsugu Sakataは、名古屋市の支援による寄附講座である名古屋市立大学大学院医学研究科の神経発達医学分野に雇用されている。同医師は、本研究とは別に第一三共から個人的な報酬を受け取っている。Dr. Yusuke Tsugawaは、本研究とは無関係の他の業務に関して、米国国立衛生研究所(NIH)／国立老化研究所(R01AG068633およびR01AG082991)、NIH／国立マイノリティ健康・健康格差研究所(R01MD013913)、およびGregory Annenberg Weingarten, GRoW @ Annenbergから資金提供を受けており、M3, Inc.の取締役を務めている。その他の著者は利益相反がないことを表明する。

研究資金の出所

本研究は、日本の公的医療費の最適化などを目的とする一般社団法人EVIDENCE STUDIOから資金提供を受けたJPPSTFプロジェクトの一環として実施された。資金提供者は、推奨の策定、エビデンスの解釈、または本原稿を投稿するという判断のいずれにも関与していない。

免責事項

日本予防医療専門委員会(JPPSTF)が行う推奨は、いかなる資金提供組織からも独立している。これらは、著者らが所属する機関の公式な見解を示すものではない。

著者の貢献の種類

すべての著者が、推奨の構想と策定、エビデンスの解釈、および原稿の批判的改訂に貢献した。すべての著者が最終版を承認し、本研究のすべての側面について説明責任を負うことに同意する。

倫理審査承認番号および機関名

本研究は文献レビューのみに基づくものであり、人を対象とする研究や識別可能な個人データを含まないため、久留米大学倫理委員会(医療・医学倫理)により倫理審査は不要と判断された。

謝辞

本研究は、日本の公的医療費の最適化などを目的とする一般社団法人EVIDENCE STUDIOから委託されたJPPSTFプロジェクトの一環として実施された。契約は、JPPSTF委員長であるKei Mukoharaが所属する久留米大学との間で正式に締結された。

抄録

米国予防医療専門委員会 (USPSTF) は、12～18歳の青年における大うつ病性障害 (MDD) のスクリーニングを推奨しており、そのようなスクリーニングには中等度の純便益があると中等度の確実性をもって結論づけている。USPSTFはまた、11歳以下の児童におけるMDDのスクリーニング、および児童・青年における自殺リスクのスクリーニングについては、便益と害のバランスを評価するにはエビデンスが不十分であると結論づけている。しかし、若者のメンタルヘルスと自殺が重要な公衆衛生上の課題である日本の集団において、児童・青年におけるMDDおよび自殺リスクのスクリーニングが純便益をもたらすかどうかは、依然として不明である。

日本予防医療専門委員会 (JPPSTF) は、児童・青年におけるMDDおよび自殺リスクのスクリーニングに関する独立した文献レビューを委託し、本推奨を策定した。

JPPSTFは、12～18歳の青年におけるMDDのスクリーニングには少なくとも小さな純便益があると中等度の確実性をもって結論づける。JPPSTFは、11歳以下の児童におけるMDDのスクリーニングについては、エビデンスが不十分であり、便益と害のバランスを判断できないと結論づける。

JPPSTFは、児童・青年における自殺リスクのスクリーニングについては、エビデンスが不十分であり、便益と害のバランスを判断できないと結論づける。

JPPSTFは、日本において、12～18歳の青年に対してMDDを選択的にスクリーニングすることを推奨する (C推奨)。JPPSTFは、日本において、11歳以下の児童におけるMDDのスクリーニングの便益と害のバランスを評価するには、現在のエビデンスは不十分であると結論づける (I statement)。

JPPSTFは、日本において、児童・青年における自殺リスクのスクリーニングの便益と害のバランスを評価するには、現在のエビデンスは不十分であると結論づける (I statement)。

キーワード Depression; Suicide; Screening; Children; Adolescents; Japan

本文

本声明は、日本における児童・青年のMDDおよび自殺リスクのスクリーニングに関するJPPSTFの公式な推奨を示すものである。推奨およびその根拠は、それぞれ表1および表2に示す。本声明で用いる推奨グレード(A、B、C、D、I)は、米国予防医療専門委員会(USPSTF)が定めた定義に従う¹。USPSTF推奨グレードの定義については補足表1を参照のこと。JPPSTFの推奨策定プロセスの詳細については、JPPSTF手順マニュアル²を参照のこと。

前文(Preamble)

JPPSTFは、日本の人々の健康を改善するため、明らかな関連する徴候や症状のない患者に対する特定の予防医療サービスの有効性について、エビデンスのシステマティックレビューに基づいて推奨を行う。JPPSTFは、地方自治体と協働し、既存の法的枠組みを尊重しつつ、公正かつ透明性のある基準に基づいて、スクリーニングのトピックに関する最新の推奨を策定・共有する。これらの取り組みは、効果的な予防医療の実施を支援し、公衆の信頼を醸成することを目的としている。

JPPSTFは、予防サービスの便益と害を包括的に評価することによって推奨を策定し、両者のバランスに基づいて判断を下す。予防サービスの提供にかかる財政的費用は、推奨の策定においては考慮しない。

予防医療の意思決定は、エビデンスだけでなく、患者個々の状況や価値観にも導かれるべきである。JPPSTFは、医療従事者がエビデンスを理解し、患者に適した意思決定を行うことの重要性を認識している。さらに、政策立案においては、JPPSTFは、臨床的な便益と害とともに、実務的・社会的な観点も考慮されるべきであると考えている。

重要性(Importance)

日本において、児童・青年のうつ病と自殺は重要な公衆衛生上の課題である。青年の約6%が大うつ病性障害を有すると推定され³、PHQ-9などのスクリーニング尺度に基づくと最大17%が中等度以上の抑うつ症状を示している⁴。集団ベースの研究はさらに、児童・青年の約20%がメンタルウェルビーイングの不良を経験していることを示唆しており、年齢層を横断して抑うつ症状の相当な負荷があることを示している⁵。

自殺念慮および自殺関連行動もまた高頻度にみられる。13～18歳の青年のうち、約22～29%が過去1年以内に自殺念慮を報告し、3～7%が自殺企図を報告しており、女性でより高い割合が観察されている⁶。

さらに、自殺は日本の若者における主要な死因であり続けている⁷。全国統計によれば、2024年の自殺死亡は20,320件であり、そのうち小学生・中学生・高校生の死亡は529件で、これは1980年に統計を開始して以来最多であった⁸。

これらの知見を総合すると、抑うつ症状および自殺関連アウトカムは日本の若者において一般的かつ臨床的に重要であり、この集団における効果的なスクリーニング戦略の潜在的な重要性を浮き彫りにしている。

純便益の大きさに関するJPPSTFの評価

JPPSTFは、12～18歳の青年におけるMDDのスクリーニングには少なくとも小さな純便益があると中等度の確実性をもって結論づける。JPPSTFは、11歳以下の児童におけるMDDのスクリーニング

については、エビデンスが不十分であり、便益と害のバランスを判断できないと結論づける。JPPSTFは、児童・青年における自殺リスクのスクリーニングについては、エビデンスが不十分であり、便益と害のバランスを判断できないと結論づける。

実践上の考慮事項(Practice Considerations)

対象とする患者集団

本推奨は、委託されたレビューで評価された年齢範囲と一致して、18歳以下の児童・青年に適用される。精神疾患の既往診断があり、うつ病や自殺リスクの認識可能な徴候・症状がない個人は除外される。本推奨は大うつ病性障害(MDD)のスクリーニングに焦点を当てており、その他の抑うつ性障害は対象としない。

定義

大うつ病性障害は、少なくとも2週間持続する抑うつ気分または興味・喜びの喪失を特徴とし、しばしば易刺激性、睡眠障害、疲労、食欲の変化などの症状を伴う⁹。自殺関連行動には、自殺念慮、自殺企図、自殺死が含まれる。自殺念慮とは、自殺についての思考、検討、または計画を指す。自殺企図とは、死ぬ意図をもって行われる非致死的な自傷行為であり、負傷を伴うことがある。自殺死とは、死ぬ意図をもった自傷の結果として生じる致死的な転帰と定義される¹⁰。

リスクの評価

JPPSTFは青年における大うつ病性障害(MDD)のスクリーニングを選択的に推奨しており、複数の因子が個人のリスクに寄与しうることを認識している。うつ病のリスクは、うつ病の家族歴、過去の抑うつエピソード、併存するメンタルヘルスまたは行動上の状態を含む、生物学的素因と環境的影響の複雑な相互作用を反映している。年齢や性別などの個人的特性も感受性に影響を及ぼしうる。

日本の青年からのエビデンスは、生活習慣および学校関連の因子の重要性を強調している。ある縦断研究では、スポーツ活動への不参加および長時間の学業負担が、中学生におけるその後のメンタルヘルスの悪化と関連することが示された¹¹。高校生では、女性であること、睡眠障害、食欲不振、いじめ被害、社会的支援の欠如などの追加因子が、メンタルヘルス不良の発症と独立して関連していた¹¹。

デジタルメディアの使用パターンも関与が示唆されている。日本の中学生では、長時間(1日3時間以上)のゲームまたはソーシャルメディアの使用が抑うつ症状と関連していた一方、全体的なスクリーンタイムは生活習慣因子で調整後には独立して関連していなかった¹²。

対人領域を横断する心理社会的ストレスは、一貫して抑うつ症状と関連している。友人、家族、教師に関連するストレスは、抑うつ症状の存在と持続の両方に結びついている一方、保護因子には社会的支援、良好な健康行動、心理的レジリエンスが含まれる¹³。家庭、学校、地域の文脈を横断する環境的影響も、メンタルヘルスのアウトカムに実質的に寄与している¹⁴。文化的文脈もリスクプロファイルをさらに形作りうる。東アジアからのエビデンスは、性的マイノリティであることや教師によるいじめが、青年のうつ病に対する文脈固有の寄与因子となりうることを示唆している¹⁵。

全体として、これらの知見は、青年におけるうつ病のリスクが多因子性であり、個人的、行動的、心理社会的、環境的因子の複合的影響を反映していることを示している。単一の因子だけで発症を予測するには十分ではなく、リスクは個人のより広範な臨床的・社会的文脈の中で解釈されるべき

である。

スクリーニング検査

青年のうつ病に対するスクリーニング手段は、通常、自己報告または養育者報告に基づき、一般的な抑うつ症状を評価する。国際的に広く用いられている手段には、9項目からなる患者健康質問票 (PHQ-9) およびその青年向け改訂版 (PHQ-A) があり、後者は青年集団での使用を目的として設計され、多民族アジア系サンプルにおいて許容可能な精神測定学的特性を示している¹⁶。日本の青年におけるPHQ-Aの検証は進行中であり、この集団での文脈固有の実装を支えるエビデンスの蓄積が期待されている¹⁷。児童・青年向けに特別に開発された手段、たとえば児童用うつ病自己評価尺度 (CDI-J) や子ども用抑うつ自己評価尺度 (DSRS) も一般的に用いられている^{18 19}。多くのうつ病スクリーニング手段には自殺念慮を評価する項目が1つ以上含まれており、抑うつ症状と自殺リスクの同時評価を可能にしている。加えて、公衆衛生研究財団ストレスチェック (PSI) などのストレスに焦点を当てた手段は、日本の学校ベースの環境で高い心理的ストレスを抱える生徒を同定するために用いられているが、これらの手段は抑うつ性障害や自殺リスクを直接評価するものではなく、うつ病の診断に特異的ではない。ただし、高い心理的ストレスの検出を通じて、リスクの高い個人の同定に役立つ可能性はある^{20 21}。

スクリーニング間隔

JPPSTFは、青年のうつ病に対する最適なスクリーニング間隔を判断するにはエビデンスが不十分であると判断した。明確なエビデンスがない中で、適切なスクリーニング頻度は依然として不確実である。うつ病の既知のリスク因子を有する青年に対しては、反復的なスクリーニングを考慮してもよい。加えて、特に医療サービスとの接触が限られているか不定期である青年に対しては、機会をとらえたスクリーニング (opportunistic screening) が妥当である場合がある。

治療または介入

児童・青年の大うつ病性障害 (MDD) に対する治療選択肢には、薬物療法、精神療法、協働的ケア (collaborative care)、および心理社会的支援介入が含まれる²²⁻²⁴。児童・青年のうつ病治療にはさまざまな種類の精神療法が用いられているが、認知行動療法と対人関係療法が有効性を支持する最も多くのエビデンスを有している²²⁻²⁴。

いくつかの抗うつ薬は成人集団におけるMDDの治療に承認されているが、米国では、フルオキセチンが8歳以上の児童に、エスシタロプラムが12~17歳の青年に承認されている^{22 23}。フルオキセチンとエスシタロプラムはいずれも選択的セロトニン再取り込み阻害薬であり、精神療法と併用されることがある。しかし日本では、児童・青年のMDDの治療に承認された抗うつ薬はなく、薬物療法は適応外使用となっている。全国医師調査およびレセプトベースの研究は、抗うつ薬、特にセルトラリンやエスシタロプラムなどの選択的セロトニン再取り込み阻害薬が一般的に処方されていることを示しているが、処方パターンは時間の経過とともに慎重な使用がなされていることを示唆している^{25 26}。抗うつ薬を使用する場合、患者は適切にモニタリングされ、特に治療の初期段階では、臨床的悪化、自殺傾向、または異常な行動変化について注意深く観察されるべきである^{22 23}。

日本における精神療法的介入には、児童・青年の抑うつ症状に対する認知行動療法 (CBT) ベースのアプローチが含まれる。日本の若者における不安・うつに対するCBTベースの心理社会的介入は、文化的に適切な教材、柔軟なセッション構造、実装支援に配慮しつつ、家族、学校、および診断横断的な設定に向けて文化的に適応されてきた²⁷。

実装 (Implementation)

児童・青年のうつ病を同定するためのいくつかのスクリーニングツールが利用可能であり、その一部はプライマリケアや学校保健の場で使用できる。初回スクリーニングの後には、通常、追加的な評価または構造化された診断的評価が続く。

日本では、児童・青年のメンタルヘルス上の問題の同定は、主として学校ベースの場で行われている。学校は一般に常勤の養護教諭(yogo teachers)を配置しており、また、心理的支援や相談を提供するスクールカウンセラーやソーシャルワーカーなどの非常勤のメンタルヘルス専門職を配置している²⁸。しかし、これらのサービスの利用可能性と密度は地域によって異なる。

重要な課題は、学校ベースの同定と臨床ケアとの連携である。抑うつ症状を有する生徒が学校で同定されることはあっても、臨床的評価や治療への効果的な連携は一貫して確立されていない²⁸。学校と医療提供者との間の紹介経路とコミュニケーションを強化することは、ケアの継続性を確保するために不可欠である。

不十分なフォローアップと治療能力は、スクリーニングの有効性を低下させ、潜在的な害につながる可能性がある。したがって、スクリーニング陽性となった個人が適切に評価され、エビデンスに基づくケアを提供されることを確実にする仕組みが必要である。

I statementに関する実践上の提案

予防可能な潜在的負荷

若年児童における大うつ病性障害(MDD)の有病率は依然として不確実であるが、早期発症のうつ病はより不良な長期アウトカムと関連している²⁸。自殺は日本の青年における主要な死因である一方、若年児童における自殺はまれであり、大幅に低い割合で発生している。逆境的小児期体験(ACE)およびメンタルヘルス障害は自殺の主要なリスク因子である²⁹。女性の青年は自殺企図の割合がより高い一方、男性の青年は自殺既遂の割合がより高い^{7 8}。自殺リスクを低減するために精神療法と薬物療法が用いられているものの、無症候性またはスクリーニングで検出された集団におけるそれらの有効性は依然として不明である²²。

潜在的な害

スクリーニングの潜在的な害には、偽陽性結果による不必要な紹介、治療、ラベリング、不安、スティグマが含まれる²²。心理的介入は一般に害が最小限であると考えられている²²。薬物治療、特に選択的セロトニン再取り込み阻害薬による治療は、児童・青年における自殺傾向のリスク増加と関連する可能性がある²³。

既存のUSPSTF推奨の適応と更新

JPPSTFは、児童・青年のうつ病および自殺リスクのスクリーニングに関するUSPSTFの最終研究計画に基づいて、エビデンスレビューのプロトコルを策定した³⁰。このプロトコルは、日本において児童・青年のメンタルヘルス上の問題の同定に中心的な役割を果たす、学校ベースおよび地域ベースの集団を組み込むためにプライマリケアの枠を超えて拡張するなど、日本の文脈を反映するよう適応された³¹。独立したレビューチームが、PubMedおよびCochrane Libraryに加え、日本のデータベース(医中誌)から同定された研究のシステマティックな文献レビューを実施するよう委託された³²。その知見はJPPSTFによって統合され、推奨策定に関する審議に資するものとされた。

AI支援ツールの使用

本原稿の作成にあたり、あらかじめ定めたキークエスション(KQ)の範囲外にある文脈的な問いに関連する文献探索を支援する目的で、大規模言語モデル(ChatGPT[OpenAI]およびClaude[Anthropic]、いずれも2025～2026年にアクセス)を使用した。本ツールはまた、テキストの明瞭性および構成の編集・改善の支援にも使用した。すべての内容は著者らが批判的にレビューし最終化しており、著者らは原稿の正確性と完全性について全責任を負う。

推奨を支持するエビデンス

レビューの範囲

JPPSTFは、児童・青年のMDDおよび自殺リスクについて、スクリーニングの便益と害、スクリーニングの精度、および治療の便益と害を評価するため、独立したシステマティックレビューを委託した。プライマリケアの場に適用可能なエビデンスに焦点を当てたUSPSTFのレビューとは対照的に、JPPSTFのレビューは、日本の文脈を反映して、学校ベースの場からのエビデンスも考慮した。入院施設、精神科の居住型施設、または精神科救急部門で実施された研究は除外された。

スクリーニング検査の精度

独立したレビューチームによって実施された委託システマティックレビュー³²では、うつ病のスクリーニングツールを評価した4件の診断精度研究と、青年における自殺関連アウトカムのスクリーニングを評価した1件の研究が同定された³³⁻³⁷。含まれたすべての研究は日本国外かつプライマリケア以外の場で実施された。スクリーニング手段は、構造化または半構造化された診断面接を参照基準として比較された。

うつ病スクリーニング手段の研究全体を通じて、精度は手段、カットオフ閾値、集団によって異なっていた³³⁻³⁶。報告されたAUC値は、学校または地域ベースのサンプルにおいて約0.73から0.94の範囲であった³³⁻³⁶。ある研究では、CES-DとMDIは0.89～0.90のAUC値を示し、選択されたカットポイントで感度約0.90、特異度約0.72～0.74であった³⁴。2段階の学校ベース研究は複数の手段にわたって中等度の診断精度を報告し³³、他の研究は性別および手段による変動を示し、AUC値は0.83から0.93の範囲であった³⁶。

精度の推定値は、リクルート設定および集団によって異なっていた。ある研究では、AUC値は学校ベースのサンプル(0.91～0.94)の方がインターネットでリクルートされたサンプル(0.76～0.78)よりも高かった³⁴。対象条件(MDD対より広範な気分障害)および参照基準の違いも観察された。

自殺関連アウトカムについては、1件の研究がPHQベースのアプローチと記録ベースのリスクスコアを評価し、自傷のリスクがある青年を同定するもので、感度はサブグループおよびフォローアップ期間に応じて約0.48から0.84の範囲であった³⁷。

参照基準の評価は、スクリーニング後の比較的短い間隔(概ね1週間から2か月以内)で実施された³³⁻³⁵。スクリーニング手段と診断面接との間の症状の参照期間の違いが指摘された。

レビューチームが実施したQUADAS-2評価によれば、バイアスリスクは研究間で異なり、特に2段階または濃縮サンプリングデザインを用いた複数の研究において、患者選択ならびにフローおよびタイミングのドメインで懸念があった³³⁻³⁵。指標検査および参照基準に関する懸念も報告された一方、適用可能性の懸念は概ね低いと評価された。

スクリーニング手段とカットオフ閾値は研究間で異なっていた。PHQ-9やPHQ-Aを含む、現在の実践で一般的に用いられている手段は、含まれた研究では十分に代表されておらず、追加の検証

研究は臨床集団または選択された集団で実施されている。

早期発見と治療の便益

委託されたレビュー³²では、スクリーニングプログラムが青年のうつ病または自殺リスクの発見および治療開始に関連するアウトカムを改善するかどうかを直接評価した、2件の刊行物に報告された1件の学校ベースのランダム化臨床試験が同定された³⁸⁻³⁹。SHIELD試験では、患者健康質問票-9(PHQ-9)による普遍的スクリーニングは、通常の学校の慣行に基づく絞った同定と比較して、MDDと自殺リスクの両方について、同定、フォローアップの必要性の確認、およびサービス開始の割合の増加と関連していた³⁸⁻³⁹。しかし、これらの研究は、症状の改善、機能、自殺企図、死亡などの直接的な健康アウトカムではなく、プロセスアウトカムを評価したものであった³⁸⁻³⁹。

委託されたレビューはまた、うつ病または自殺リスクを有する児童・青年に対する治療介入を評価したランダム化臨床試験を同定した⁴⁰⁻⁴³。これらの研究は、心理的介入および学校ベースの介入が抑うつ症状を改善し、一部の症例では自殺関連アウトカムを改善しうることを示唆している。たとえば、親子相互交流療法は早期児童期うつ病の寛解の可能性の増加と関連し⁴⁰、大規模な学校ベースのプログラムは新たな自殺企図の発生を減少させた⁴¹。

これらを総合すると、スクリーニングは同定とフォローアップサービスの開始を増加させる可能性があり、いくつかの効果的な介入が利用可能である。しかし、スクリーニングそれ自体が健康アウトカムを改善するという直接的なエビデンスは依然として限られている³⁸⁻⁴³。

スクリーニングと治療の害

委託システマティックレビュー³²では、児童・青年のうつ病および自殺リスクのスクリーニングの害に関する限られたエビデンスが同定された。1件のクラスターランダム化臨床試験は、自殺関連の思考および行動について尋ねることが、即時的または持続的な苦痛を増加させず、2日後の自己報告された自殺念慮の増加とも関連しないことを見出した。同様の知見が、リスクの高い生徒の間でも観察された⁴⁴。適用可能な場において、うつ病に特異的なスクリーニングの害に関する直接的なエビデンスは同定されなかった。

委託されたレビューは、治療の害に関する限られたエビデンスを同定した。うつ病を有する青年に対する心理的または行動的介入の4件のランダム化臨床試験は、治療に関連する重篤な害の増加について明確なエビデンスを報告しなかった⁴³⁻⁴⁶⁻⁴⁸。重篤な有害事象はまれであり、概ね群間で同様であるか、介入とは無関係と判断された⁴³⁻⁴⁶⁻⁴⁸。自殺リスクに対する治療の害に関するエビデンスはより限られていた。1件のランダム化臨床試験は、救急部門の利用やその他の重篤な害の増加を同定しなかった⁴⁵。

全体として、害に関するエビデンスは限られている。害は一貫性なく定義され、サンプルサイズは小さく、ほとんどの研究はまれな有害事象を検出する検出力を有していなかった。いくつかの試験はリスクの高い参加者を除外しており、フォローアップは限られていた。したがって、利用可能なエビデンスは主要な短期的害を示唆していないものの、まれなまたはより長期的な害を除外するには不十分である。

研究のニーズとギャップ

児童・青年のうつ病および自殺リスクのスクリーニングに関するエビデンスは、いくつかの重要な点で依然として限られている。第一に、抑うつ症状の重症度、機能状態、自殺企図、死亡などの健康アウトカムをスクリーニングが改善するかどうかを直接評価した研究はなかった。既存の試験は主として、同定や

サービス開始などの中間アウトカムを評価しており、したがって患者にとって重要なアウトカムに対するスクリーニングの直接的な便益は依然として不確実である。

第二に、スクリーニング精度に関するエビデンスは限られており、異質性がある。利用可能な研究は日本国外で、しばしばプライマリケア以外の場で実施され、多様な手段、カットオフ閾値、参照基準を用いていた。PHQ-9やPHQ-Aなど、現在の実践で一般的に用いられている手段は十分に代表されていなかった。日本の集団において、また学校やプライマリケアを含む関連する場を横断した、さらなる検証研究が必要である。

第三に、スクリーニングの害に関するエビデンスは乏しい。自殺関連の思考および行動について尋ねることの潜在的な医原性の影響を直接評価したランダム化試験は1件のみであり、うつ病のスクリーニングの害を評価した研究はなかった。心理的苦痛、ラベリング、スティグマ、および偽陽性結果の意図しない帰結を含む潜在的な害を評価するための追加研究が必要である。

第四に、いくつかのランダム化臨床試験が治療介入を評価したものの、その多くは活動性の自殺傾向または重度の精神科的併存疾患を有する個人を除外していた。その結果、治療効果および害のリスクの高い集団への適用可能性は依然として不確実である。まれではあるが臨床的に重要な有害事象を含め、便益と害の両方を評価するために、より広範な選択基準とより長いフォローアップを備えたより大規模な試験が必要である。

第五に、実装に関するエビデンスは限られている。日本では、若者のメンタルヘルス上の問題の同定はしばしば学校ベースの場で行われるが、臨床ケアとの連携は一貫していない。スクリーニング、紹介、治療を学校システムと医療システムを横断して統合したモデルを評価する研究が、スクリーニングが効果的に改善されたアウトカムに転換されうるかどうかを判断するために必要である。

最後に、最適なスクリーニング間隔およびリスク層別化の戦略に関するエビデンスが不足している。適切なスクリーニング頻度を判断し、スクリーニングから最も便益を受けうるリスクの高い集団を同定し、的を絞ったスクリーニングと普遍的なスクリーニングのアプローチの有効性を評価するための研究が必要である。

References

1. US Preventive Services Task Force. Grade Definitions. October 2018. [Internet]. [cited 2026 Mar 21]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/grade-definitions/>.
2. Japan Preventive Services Task Force. JPPSTF Procedure Manual. OSF. Published 2025 May [Internet]. [cited 2026 Mar 21]. Available from: <https://osf.io/sr9he/>.
3. Yamaguchi Y, Yamaguchi H, Harai H, et al. Three-year longitudinal study of depressive state and estimated prevalence of depression among high school students in Japan. *Rinsho Seishin Igaku*. 2009;38(2):209-18. Japanese.
4. Nakajima S, Otsuka Y, Itani O, et al. Association between commuting and mental health among Japanese adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2024 Oct;78(10):588-94.
5. Takaku R, Shobako N, Nakata T. Three years of COVID-19-related school restrictions and mental health of children and adolescents in Japan. *Sci Rep*. 2024;14:16707. [Internet] [cited 2026 Mar 21] Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-67138-y>
6. Nagamitsu S, Mimaki M, Koyanagi K, et al. Prevalence and associated factors of suicidality in Japanese adolescents: results from a population-based questionnaire survey. *BMC Pediatr*. 2020 Oct 6;20(1):467.
7. Ministry of Health, Labour and Welfare. The 2025 White Paper on Suicide Countermeasures: Summary—FY 2024 General Situation of Suicide and Implementation Status of Suicide Countermeasures in Japan (Provisional translation). Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2025. [Internet] [cited 2026 Mar 21] Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/001656748.pdf>
8. Ministry of Health, Labour and Welfare; National Police Agency. Status of suicide in Japan in 2024. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2025. [Internet] [cited 2026 Mar 21] Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsu_year.html Japanese.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
10. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-Directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
11. Itani O, Kaneita Y, Doi K, et al. Longitudinal Epidemiologic Study of Poor Mental Health Status in Japanese Adolescents: Incidence of Predictive Lifestyle Factors. *J Clin Psychiatry*. 2018 Jul 3;79(4):17m11516.
12. Kuwabara Y, Imamoto A, Hori N, et al. Excessive gaming and social media are associated with depressive symptoms among junior high school students in Japan. *Pediatr Int*. 2025 Jan-Dec;67(1):e70063.
13. Takakura M, Sakihara S. Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *J Adolesc Health*. 2001 Jan;28(1):82-9.
14. Mori N, Arimoto A, Tadaka E. Exploring an Applied Ecological Model of the Effects of Household, School, and Community Environments on Adolescent Mental Health in Japan. *Int J*

Environ Res Public Health. 2022 Dec 14;19(24):16820.

15. Kiing JSH, Ragen ES, Sulaiman MSBM, et al. Bullying and depression among adolescents in East Asia: a scoping review on prevalence rates, risk and protective factors. *Front Psychiatry*. 2025 Mar 5;16:1497866.
16. Sung SC, Ang FJL, Liu X, et al. Screening for depressive disorders: Validation of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in a population-based multi-ethnic Asian sample. *Psychiatry Res*. 2025 Jun;348:116487.
17. Japan Society for the Promotion of Science (JSPS). KAKENHI Grant Number 25K06793: Validation of a Japanese Version of a Screening Tool for Adolescent Depression Based on a Birth Cohort Study. 2025. [Internet]. [cited 2026 Mar 21]. Available from: <https://kaken.nii.ac.jp/en/grant/KAKENHI-PROJECT-25K06793/>
18. Ozono S, Nagamitsu S, Matsuishi T, Yamashita Y, Ogata A, Suzuki S, Mashida N, Koseki S, Sato H, Ishikawa S, Togasaki Y, Sato Y, Sato S, Sasaki K, Shimada H, Yamawaki S. Reliability and validity of the Children's Depression Inventory-Japanese version. *Pediatr Int*. 2019 Nov;61(11):1159-1167.
19. Birlleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *J Child Psychol Psychiatry*. 1981 Jan;22(1):73-88.
20. Chiba University Center for Child Mental Development and Education. Web-based stress screening for children and adolescents. [Internet] [cited 2026 Mar 21] Available from: <https://www.cocoro.chiba-u.jp/rccmd/StressCheck/index.html> Japanese.
21. Furukawa M, Tsuchiya A, Namihira Y, Noda Y, Hori S, Koshiha T, Shimada H, Shimizu E. Longitudinal changes in Stress Responses, Stressors, and Social Supports among adolescent students: A latent growth curve modeling approach. *PCN Rep*. 2025 Nov 17;4(4):e70244.
22. US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2022 Oct 18;328(15):1534-42.
23. Miller L, Campo JV. Depression in Adolescents. *N Engl J Med*. 2021 Jul 29;385(5):445-9.
24. Weersing VR, Goger P, Schwartz KTG, et al. Evidence-Base Update of Psychosocial and Combination Treatments for Child and Adolescent Depression. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2025 Jan-Feb;54(1):1-51.
25. Saito T, Reines EH, Florea I, et al. Management of Depression in Adolescents in Japan. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2019 Dec;29(10):753-63.
26. Nomoto K, Inagaki A, Yamauchi K. Increased Antidepressant Prescriptions for Children and Adolescents with Major Depressive Disorder in Japan Based on a Claims Database. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2025 Oct 23;21:2385-2400.
27. Ishikawa SI, Kishida K, Takahashi T, Fujisato H, Urao Y, Matsubara K, Sasagawa S. Cultural Adaptation and Implementation of Cognitive-Behavioral Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Japanese Youth. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2023 Sep;26(3):727-750.
28. Korczak DJ, Goldstein BI. Childhood onset major depressive disorder: course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *J Pediatr*. 2009 Jul;155(1):118-23.
29. Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, Jorm AF. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022

Oct;31(10):1489-99.

30. US Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: Final Research Plan. [Internet] [cited 2026 Mar 22] Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/final-research-plan/screening-depression-suicide-risk-children-adolescents>
31. Japan Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: Final Research Plan. [Internet] OSF. 2026 [cited 2026 Jun 14]. Japanese. Available from: <https://osf.io/4u8xj/files/vhsyp>
32. Kaneko T, Isaji Y, Suya S, Mashizume Y. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: a draft systematic review update adapted from the USPSTF review for the Japan Preventive Services Task Force [Preprint]. Jxiv. Posted online July 2, 2026. doi:10.51094/jxiv.4795
33. Dierker LC, Albano AM, Clarke GN, et al. Screening for anxiety and depression in early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Aug;40(8):929-36.
34. Cuijpers P, Boluijt P, van Straten A. Screening of depression in adolescents through the Internet: sensitivity and specificity of two screening questionnaires. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Feb;17(1):32-8.
35. Patton GC, Coffey C, Posterino M, et al. A computerised screening instrument for adolescent depression: population-based validation and application to a two-phase case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999 Mar;34(3):166-72.
36. Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR. Screening for adolescent depression: a comparison of depression scales. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991 Jan;30(1):58-66.
37. Simon GE, Stewart CC, Richards JE, et al. Accuracy of Self-Report Questionnaires and Records-Based Risk Scores to Identify Adolescents' Risk for Self-Harm. *Psychiatr Serv*. 2025 Jun 1;76(6):554-62.
38. Sekhar DL, Schaefer EW, Waxmonsky JG, et al. Screening in High Schools to Identify, Evaluate, and Lower Depression Among Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2021 Nov 1;4(11):e2131836.
39. Sekhar DL, Batra E, Schaefer EW, et al. Adolescent Suicide Risk Screening: A Secondary Analysis of the SHIELD Randomized Clinical Trial. *J Pediatr*. 2022 Dec;251:172-7.
40. Luby JL, Barch DM, Whalen D, et al. A Randomized Controlled Trial of Parent-Child Psychotherapy Targeting Emotion Development for Early Childhood Depression. *Am J Psychiatry*. 2018 Nov 1;175(11):1102-10.
41. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1536-44.
42. Tang TC, Jou SH, Ko CH, et al. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Aug;63(4):463-70.
43. Merry SN, Stasiak K, Shepherd M, et al. The effectiveness of SPARX, a computerised self-help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*. 2012 Apr 18;344:e2598.
44. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Apr 6;293(13):1635-43.

45. Kennedy A, Gray C, Sheridan N, et al. BRAVA: A randomized controlled trial of a brief group intervention for youth with suicidal ideation and their caregivers. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2025 Jul 16;19(1):78.
46. Wright B, Tindall L, Hargate R, et al. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression in adolescents: 12-month outcomes of a UK randomised controlled trial pilot study. *BJPsych Open*. 2019 Dec 12;6(1):e5.
47. Kitchen CEW, Tiffin PA, Lewis S, et al. Innovations in Practice: A randomised controlled feasibility trial of Behavioural Activation as a treatment for young people with depression. *Child Adolesc Ment Health*. 2021 Sep;26(3):290-5.
48. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jun;61(6):577-84.

表1. JPPSTF推奨の要約

対象集団	推奨	グレード
日本における12～18歳の青年	JPPSTFは、日本において、12～18歳の青年に対してMDDを選択的にスクリーニングすることを推奨する。	C
日本における11歳以下の児童	JPPSTFは、日本において、11歳以下の児童におけるMDDのスクリーニングの便益と害のバランスを評価するには、現在のエビデンスは不十分であると結論づける。	I
日本における児童・青年	JPPSTFは、日本において、児童・青年における自殺リスクのスクリーニングの便益と害のバランスを評価するには、現在のエビデンスは不十分であると結論づける。	I

表2. JPPSTFの根拠の要約

根拠	評価
検出 (Detection)	日本国外で実施された研究に基づき、青年のうつ病に対するスクリーニング手段の精度に関する十分なエビデンスがある。11歳以下の児童におけるうつ病のスクリーニング、および児童・青年における自殺リスクのスクリーニングの精度に関するエビデンスは不十分である。
早期発見と治療の便益	うつ病または自殺リスクのスクリーニングが健康アウトカムを改善するという直接的なエビデンスはない。治療介入が青年の抑うつ症状を改善するという十分なエビデンスがある。スクリーニングで検出された集団における自殺関連アウトカムを低減する介入の有効性に関するエビデンスは不十分である。
早期発見・介入・治療の害	うつ病および自殺リスクのスクリーニングと治療の害に関するエビデンスは不十分である。
JPPSTFの評価	JPPSTFは、12～18歳の青年におけるMDDのスクリーニングには少なくとも小さな純便益があると中等度の確実性をもって結論づける。 JPPSTFは、11歳以下の児童におけるMDDのスクリーニングについては、エビデンスが不十分であり、便益と害のバランスを判断できないと結論づける。 JPPSTFは、児童・青年における自殺リスクのスクリーニングについては、エビデンスが不十分であり、便益と害のバランスを判断できないと結論づける。

Supplementary Table 1. USPSTF Recommendation Grade Definitions

Reproduced from U.S. Preventive Services Task Force. Grade Definitions. [Internet] [cited 2026 Mar 30]. Available from:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/grade-definitions>

Grade	Definitions
A	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial.
B	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.
C	The USPSTF recommends selectively offering or providing this service to individual patients based on professional judgment and patient preferences. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.
D	The USPSTF recommends against the service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.
I Statement	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service. Evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.