

に進めないだろう（当事者と研究者との関係性の問題）。⑥自死遺族当事者間、当事者と支援者や研究者との対話の場づくり、あるいはそれを可能とする「物差し」が必要ではないか。⑦犯罪被害者支援グループでも当事者間の温度差や感覚の違い、結果としてグループ内でお互いを傷つけてしまうといったことはある。⑧社会構成主義の原理的指針として、対話を途絶えさせないことが重要である。ただそこへ向かう道筋が何かは難しく、何らかの仕掛けや工夫が必要だろう。⑨対話のためには、何らかの共通認識が必要だと思う。たとえば共有前提がお互い欠けている、という前提を共有できないか。⑩対話の場をだれが何のために設定するのかを明確にすることが重要ではないか。

3. 自死遺族の自助グループ・支援グループに関する文献研究

①グループの特徴について、当事者主催のグループ数やインターネットを介したグループの増加といった現在の動向に加えて、たとえば42%のリーダーが精神保健か医療の訓練を受けているといった個々のグループの特徴が報告されていた（Cerel et al., 2009; Rubey & McIntosh, 1996）。またグループはその特徴から大きく、クローズド形式のグループ（メンタルヘルスの専門家が運営

することが多い）、オープン形式のグループ、ハイブリッド形式のグループ（専門家と当事者が協働して運営）に区別されていた

（Jordan, 2010）。②いくつかのガイドラインやマニュアル（Flatt, 2007; Lifeline Australia, 2009; WHO, 2008）において自死遺族の自助グループ・支援グループの機能が指摘されていた。またFeigelmanとFeigelman（2008）は、L. Shulmanによる相互扶助の10の原理を用いてグループの効果を質的に検討していた。③自死遺族の自助グループ・支援グループやプログラムについての肯定的な記述は数多くあるが、実際にその効果を検証した研究はほんの一握りしかない（Jordan & McMenamy, 2004）。McDaidら（2008）によるシステマティックレビューでは、8つの介入研究が収集され、そのいくつかにおいて一定の効果が認められていた。うちグループについて検討しているのは1つのみ（Pfeffer et al, 2002）であり、その他は、グループセラピーとCBTを用いた研究であった。Pfefferら（2002）は12週間にわたって、遺児へのグループ（心理士による運営）の介入を行ったところ、非介入群と比べて、不安、抑うつが軽減した一方で、社会的適応とPTSDについては差がなかった。（表1）

このほか、オーストラリアでは、4つの地

表1 Pfeffer et al (2002) の研究結果概要

概要	アウトカム指標	結果
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.5時間各週のグループセッション ● 愛着や認知的コーピングの概念をもとにマニュアルを作成し、それに沿った実施 ● 心理教育的内容と支援的内容 ● 両親にも同時に（ただし別々に）実施 ● スーパーヴィジョンをグループリーダーに各週実施 	ベック抑うつ尺度 (BDI)	×
	子ども向け PTSD 反応指標 (CPSRI)	×
	子ども向け抑うつ指標 (CDI)	○
	子ども向け顕在性不安尺度改訂版 (RCMAS)	○
	社会的適応尺度 (子ども・青年向け) (SAICA)	×

域で展開されたアクティブ・ポストベンション・サービスについて、外部組織による評価が行われていた。これは、個別のサービス・プログラムというよりも、地域全体への効果として扱う点でユニークな報告である。コミュニティの自死遺族支援への反応力、参加者のQOLの改善、参加者の満足度の向上などが確認され、サービスが適切であると結論付けられた。

上述のように、北米を中心として、自死遺族の自助グループ・支援グループの①特徴、②機能、③効果についての報告はあるものの、これらについて日本での報告は見当たらなかった。

4. 研修の効果測定ツールの開発

研究1において2因子構造を確認した後、因子負荷量の重さや項目内容の偏りを考慮して、各因子より5項目を抽出した。また、より実践的な危機介入の状況を反映する3項目を加えて、最終的に13項目からなるSIRI-JSを作成した。研究2では、SIRI-JSの妥当性と信頼性を再度確認した。結果、SIRI-JSは自殺予防研修の効果を測定する上で有効な指標であることが確認された。

D. 考察

「自死遺族を支えるための指針」については、地域において配布、ガイドライン作成の参考、研修材料といった形式で一定程度利用されていた。自死遺族支援の展開には地域によって未だばらつきがあり、今後まだ利用される可能性もあることを考えると、大幅な改訂は現場の混乱を招く可能性もある。他方、2割の自治体は指針について知っているものの利用しておらず、冒頭で示した自助グルー

プからの指摘も考え併せると、焦点を絞り込んだ形での改訂の検討が適切であると考えられた。

一方、現状の自死遺族支援について、支援に取り組んでいる人々の間でのコミュニケーション、あるいは対話が必要であるという指摘がこの領域の専門家からも出されたことは、軌を一にしているといつてよいだろう。とくに、自殺総合対策大綱の改定も近づいており、この時期に「自死遺族支援とは何か」について、今一度明確にする作業が必要かもしれない。ただし、研究者が、あるいは現場からでも定義を明示してポピュラリティー競争をすることの限界はすでに明白であり、対話を継続するための方法・場づくりが必要であることも指摘された。

その意味では、すでに国内外でなされている自死遺族の自助グループ・支援グループ研究の知見を生かすことも重要であろう。海外のいくつかの研究では、グループの理論的背景を明確にし、あるいは特徴、機能、効果について実証的に検討した報告がみられたが、特定の支援方法を推奨するまでの知見は得られていないといえるだろう。むしろ、国外においても、自死遺族支援の効果について評価する動きがある、という点を参考とすべきである。さまざまなステークホルダーが、了解できる程度の客観性をもって自死遺族支援の取り組みを評価し、改善していくよう協働作業には、対話の方法・場としての可能性があるのではないだろうか。

E. 結論

地域における自死遺族への支援において、徐々に量的に状況の改善が認められるなか、

関係組織の連携を含めた、質的な状況改善の取り組みが必要であると考えられた。特に、関係諸機関のコミュニケーションの促進が求められており、今後は指針を含めた、そこに資するためのツールや場の整備が重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

川島大輔・川野健治・小山達也・伊藤弘人：自死遺族の精神的健康に影響を及ぼす要因の検討。精神保健研究 56：55-63, 2010.

川島大輔・川野健治・伊藤弘人：日本語版 Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) 作成の試み。精神医学 52：543-551, 2010

川島大輔・川野健治：自殺の危機介入スキル尺度(日本語版 SIRI)。臨床精神医学 39 巻増刊号：掲載予定。

川島大輔・川野健治：日本語版 SIRI の短縮版作成の試み。投稿中。

2. 学会発表

川野健治 自死遺族の精神保健的問題 第 106 回精神神経学会, 学術総会 広島, 2010. 5. 20.

Kawano K. : Secondary wounding experience of the bereaved by suicide. ISSBD21th, Lusaka, 2010. 7. 26

Kawano K, Kawashima D, Shojima S: Community Residents' Attitude to Suicide and Suicide Prevention in Japan. IASP 4th Asia Pacific Regional Conference, Brisbane, 2010. 11. 18.

Kawashima D. : Programs for Suicide Prevention in Japan. International symposium of Korea association for suicide prevention, Seoul, 2010. 9. 10.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

なし

2型糖尿病患者の心理変容過程を考慮した診療スキルの開発

研究分担者 野田光彦

国立国際医療研究センター病院 糖尿病・代謝症候群診療部部長

研究要旨：

糖尿病患者ではうつ病の有病率が健常人より高いことが報告されているが、糖尿病診療現場では過小評価されている可能性があることが指摘されている。また既報のうつ病有病率はその評価法によって大きく異なる。本研究では自記式うつ病評定尺度と診断的面接法を併用することによって、本邦における糖尿病患者のうつ病有病率を正確に評価することを目標とする《Phase1》。

またうつ病を併発した糖尿病患者では血糖コントロールが増悪しやすく、糖尿病合併症の有病率も増加する結果、QOL が低下し医療費も増大することが報告されている。そこでうつ病に進展するリスクが高いと考えられる、抑うつ症状を有する糖尿病患者に対し、認知行動療法を主体とした心理療法的介入を行い、血糖改善効果およびうつ病への進展抑制効果の検討を行う《Phase2》。

研究方法：

《Phase 1》

外来糖尿病患者(男性:20-75歳、女性:20-75歳)を対象とする横断研究で、目標症例数は200例以上とする。糖尿病の診断を受け外来通院中で、本研究参加への同意が取得できた患者を対象に自記式うつ病評定尺度:PHQ-9と診断的面接法:SCIDを同日内に施行し、うつ病の有病率を評価する。二次評価項目として自記式うつ病評定尺度と診断的面接法のそれぞれでうつ病と診断された患者群を比較し、自記式うつ病評定尺度によるうつ病診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。

《Phase 2》

Phase 1にて自記式うつ病評定尺度:PHQ-9にて陽性、診断的面接法:SCIDにて陰性と評価された、大うつ病性障害が除外され、かつ抑うつ症状を有すると判断された外来糖尿病患者(男性:20-75歳、女性:20-75歳)を対象とする介入研究であり、目標症例数は30例以上とする。Phase 1にて抑うつ症状を有すると判断された患者で心理療法を受けることへの同意が取得できた患者を対象に月1回の内科診療と同時に、通常の糖尿病教育、認知行動療法を主体とする心理療法的介入を最低6ヶ月間行い、長期的な血糖改善効果の有無をHbA1cの前後比較で評価する。二次評価項目として、心理療法的介入による抑うつ指標、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(TC、TG、HDL)の変化を前後比較する。

結果とまとめ(進捗状況)：

'10年度はSCIDを行う臨床心理士のトレーニングを実施した後、4月以降の9ヶ月間に、Phase1:外来糖尿病患者におけるうつ病有病率調査として、平均年齢が66.9歳で代謝指標のコントロールが比較的良好な、重篤な合併症を有さない2型糖尿病患者26例を対象にPHQ-9とSCIDを実施した。結果、全例でPHQ-9の得点が10点未満と低く、SCIDにおいても現在のうつ病性エピソードを示す患者は認められなかった。'11年1月より、調査対象患者を重篤な糖尿病合併症や大血管障害を有する患者にも拡大し、より一般化された外来糖尿病患者におけるうつ病有病率を評価する予定であり、最終リクルート目標症例数は200例を予定している。

研究協力者氏名

峯山 智佳 国立国際医療研究センター国府台病院 内科 糖尿病・内分泌外来 非常勤職員
本田 律子 国立国際医療研究センター病院 糖尿病・代謝症候群診療部
先駆的医療推進室医長
三島 修一 国立国際医療研究センター国府台病院 第一内科医長
柳内 秀勝 国立国際医療研究センター国府台病院 第三内科医長
塚田 和美 国立国際医療研究センター国府台病院 副院長
亀井 雄一 国立精神・神経医療研究センター病院 精神科 医長
奥村 泰之 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部 研究員

A. 研究目的

糖尿病患者ではうつ病の有病率が健常人より高いことが報告されているが、糖尿病診療現場では過小評価されている可能性があることが指摘されている。また既報のうつ病有病率はその評価法によって大きく異なる。本研究では自記式うつ病評定尺度と診断的面接法を併用することによって、本邦における糖尿病患者のうつ病有病率を正確に評価することを目標とする。

またうつ病を併発した糖尿病患者では血糖コントロールが増悪しやすく、糖尿病合併症の有病率も増加する結果、QOL が低下し医療費も増大することが報告されている。そこでうつ病に進展するリスクが高いと考えられる、抑うつ症状を有する糖尿病患者に対し、認知行動療法を主体とした心理療法的介入を行い、血糖改善効果およびうつ病への進展抑制効果の検討を行う。

B. 研究方法（倫理面への配慮）

《Phase1》

[研究デザイン]

本研究は外来糖尿病患者におけるうつ病有病率を評価する横断研究である。

[実施場所]

国立国際医療研究センター国府台病院外来病棟

[対象(選択基準、除外基準)]

20歳以上76歳未満の外来糖尿病患者

除外基準:

1. 本研究への参加同意が得られないもの
2. 日本語の読解に問題のある患者
3. 認知機能障害(アルツハイマー型、脳血管性)がある患者
4. うつ病の増悪による入院加療が必要な患者や、自殺の危険性がある患者
5. 統合失調症の診断による治療歴がある患者

患者の登録方法:

20歳以上76歳未満の外来糖尿病患者で、除外基準のいずれにも抵触しない患者を研究登録適格例として連続登録する。

[主要なアウトカム指標とその測定方法]

対象者におけるうつ病の有病率を評価する。

評価方法として、研究対象者全員に自記式うつ病評定尺度(PHQ-9)と診断的面接法(SCID)を施行し、うつ病の確定診断を行う。

なお、面接法を実施する心理士には PHQ-9 の得点は開示しない。

[副次的アウトカム指標とその測定方法]

自記式うつ病評定尺度(PHQ-9)と診断的面接法(SCID)のそれぞれでうつ病と診断された患者群を

比較し、自記式質問表によるうつ病診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。

[観察スケジュールおよび測定方法の記載]

1) 糖尿病の診断を受け当院内科外来通院中で、本研究参加への同意が取得できた患者を対象に①自記式うつ病評定尺度:PHQ-9 と②診断的面接法:SCID を同日内に施行する。

2) 対象患者の主治医には、質問紙法を実施する日と同日に以下の3質問からなるアンケートを実施する。

- (1) 当該患者が抑うつ症状を有していると考えられる(2点)
- (2) 当該患者が抑うつ症状を有している疑いがあると考える(1点)
- (3) 当該患者は抑うつ症状を有さないと考える(0点)

このアンケート結果は、主治医が担当患者の心理状態について抱いている印象と、PHQ-9、SCID の結果との相関を評価するのに用い、糖尿病臨床医が患者の抑うつ症状の有無をどの程度正確に把握できているかを評価する。

なお、この時点では主治医には PHQ-9 の結果は開示していないものとする。

[中止基準]

今回の研究への参加を辞退したいとの申し出、同意の撤回があった場合は中止とする。

[目標症例数]

本研究での目標症例数は200名以上とする。

[研究期間(登録期間、追跡期間)]

約3年間とする。

[統計学的事項(解析対象集団、解析項目・方法)]

本研究は横断研究であり、研究対象者全例を解析対象とし、対象者のうつ病有病率、および自記式うつ病評定尺度によるうつ病診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。

《Phase2》

[研究デザイン]

抑うつ症状を有すると判断された外来糖尿病患者に対し心理療法的介入を行い、代謝指標、および抑うつ指標の改善の有無を介入の前後で比較検討する。

[実施場所]

国立国際医療センター国府台病院外来病棟

[対象(選択基準、除外基準)]

Phase 1 にて大うつ病性障害が否定され、抑うつ症状を有すると判断された外来糖尿病患者

除外基準:

1. 心理療法的介入を実施することへの同意が得られないもの

2. 過去にうつ病を含む精神疾患と診断された既往のある患者、もしくは現在治療中の患者。精神疾患の既往とは精神科専門医を受診し診断されたものとし、カルテ上の記載と問診での確認を必要とする。
3. 重篤な糖尿病性合併症に罹患している患者。糖尿病性合併症とは網膜症、腎症、神経障害を指し、うち重篤なものとは網膜症に対するレーザー治療・硝子体手術の既往があるもの、Stage3b 以上の腎症、有痛性糖尿病神経障害とする。
4. 有症状で、入院加療を必要としたり QOL の低下を伴った動脈硬化性疾患(脳・心血管障害)の既往のある患者。脳血管障害とは脳梗塞、脳出血、心血管障害とは狭心症・心筋梗塞・うっ血性心不全とし、カルテ上の記載と問診での確認を必要とする。いずれも外科的治療の既往(ステント留置、バイパス術等外科的介入)があるものを含む。
5. うつ病の増悪により入院加療が必要となった患者、自殺の危険性がある患者

患者の登録方法:20 歳以上 76 歳未満の外来糖尿病患者で、自記式うつ病評定尺度にて陽性、診断的面接法にて陰性と判断され、大うつ病性障害が除外された抑うつ症状を有する外来患者のうち、除外基準のいずれにも抵触しない患者を研究登録適格例とする。

[主要なアウトカム指標とその測定方法]

Phase 1 で抑うつ症状を有すると判断された患者に対し、認知行動療法を主体とする心理療法的介入を行い、血糖値改善効果を HbA1c 値の前後比較で検討する。

[副次的なアウトカム指標とその測定方法]

抑うつ症状を有する糖尿病患者に対し認知行動療法を主体とする心理療法的介入を行い、抑うつ指標、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(TC、TG、HDL)を介入前後で比較し改善率を評価する。

[観察スケジュールおよび測定方法の記載]

- ① PHQ-9 と SCID を施行した次の内科診療日を介入前値とし HbA1c、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(T-Cho、TG、HDL-Cho、LDL-Cho)を評価する。抑うつ指標は Phase 1 の PHQ-9 の値を使用する。
- ② 介入は 1 回/月の内科診療、糖尿病教育、心理療法的介入を最低 6 ヶ月継続して行い、介入直後(介入開始後 6 ヶ月)、介入後 3 ヶ月(同 9 ヶ月)、同 6 ヶ月(同 12 ヶ月)に抑うつ指標、HbA1c、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(T-Cho、TG、

HDL-Cho、LDL-Cho)を評価する。

- ③ 観察期間中の経口血糖降下薬、インスリン、降圧薬、脂質異常症治療薬の投与量及び種類は変更しないものとする。またこの期間は教育入院等、緊急性を有さない入院は行わない。ただし中止基準に抵触する場合は患者の安全性を優先し、該当患者の研究を中止し、臨床的に必要な措置を講じるものとする。

※ 糖尿病教育は①日本糖尿病学会編『糖尿病治療ガイド』に準じた糖尿病診療医による情報提供、②1 回/月の栄養相談室における栄養指導、③最低 1 回の理学療法士による運動療養指導からなる。

※ 認知行動療法は、Jennifer Gregg 博士(San Jose University)が使用した「Acceptance and Commitment Therapy for Diabetes Self-Management:Therapist Manual」、および「The Diabetes Life Style Book」、「ACT を学ぶ」に基づいて、内科診療医 1 名が全例を担当して実施する。認知行動療法の内容妥当性は臨床心理士のスーパーバイズの下で管理・評価されるものとする。

[中止基準]

- 1) 本研究への参加を辞退したいとの申し出、同意の撤回があった場合。
- 2) 急激な血糖、血圧コントロールの増悪を認め、治療薬の速やかな変更もしくは入院の上で精査加療が必要と判断された場合。
- 3) 現在投与している薬物に対し、中止や薬剤変更、治療が必要な副作用を認めた場合。
- 4) 糖尿病性合併症の増悪、動脈硬化性疾患(心・脳血管疾患)の発症、その他の疾患の併発(感染症、悪性疾患、外傷など)を認め、その疾患に対する精査加療が優先される場合。
- 5) 抑うつ症状の増悪により精神科専門外来の受診や入院加療が必要と判断されたり、自殺の危険性がある場合。

[目標症例数]

目標症例数を 30 名とする。

[研究期間(登録期間、追跡期間)]

約 3 年間とする。

[統計学的事項(解析対象集団、解析項目・方法)]

本研究は介入・前後比較研究であり、抑うつ症状を有する糖尿病患者に心理療法的介入を行った対象者の HbA1c、抑うつ指標、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(T-Cho、TG、HDL-Cho、LDL-Cho)の介入前後の比較で改善率を評価する。

[倫理面への配慮]

本研究は 2008 年 12 月現在におけるヘルシンキ宣言、臨床研究の倫理指針に基づいて行われる。

研究参加はあくまでも個人の自由意思によるものとし、研究への同意参加後も随時撤回可能であり、不参加による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳密に守られることについて開示文書を用いて十分に説明するものとする。

・インフォームドコンセント

患者への説明:登録に先立って、担当医は患者本人に施設の国立国際医療センターの倫理審査委員会の承認が得られた説明文書を患者本人に渡し必要事項の説明を行う。

・本研究への参加に際しては、本研究実施計画書及び患者への説明文書が国立国際医療センターの倫理審査委員会で承認されることを必須とする。

・本研究に関する個人情報には患者診療データであり、施設外に漏洩しないように当院の通例に則って個人情報を保護する。

[有害事象発生時の対応]

日常診療の範囲内での調査であり、有害事象が生じた際は適切な処置を行うが、研究としての補償はない。

C. 研究結果

1.SCID を行う臨床心理士のトレーニングと Quality control

本調査内で SCID に従事する 3 名の臨床心理士に対し、'10 年 1 月～3 月にかけて SCID の講習会を計 9 時間(うち SCID の概説が 3 時間、ケース・ヴィネットが 6 時間)、糖尿病の講習会を 2 時間実施した。さらに、4 月 1 日～12 月 31 日までに、調査参加への同意が得られ、PHQ-9 と SCID を完遂した 26 例のうち、7 例において精神科専門医が同席面接を行った。その後臨床心理士と精神科専門医による症例検討会を 1 回実施することで、SCID を行う臨床心理士の評定者間一致度を高めることを目指した。なお、SCID に従事した臨床心理士と同席面接を行った精神科専門医の間で、大うつ病性エピソードの有無に関する評価は全例で一致していた。

2.患者背景

'10 年 4 月 1 日～12 月 31 日の期間に、国立国際医療研究センター国府台病院内科、糖尿病・内分泌外来に、6 ヶ月以上糖尿病で定期通院している 20 歳以上 76 歳未満の患者のうち、カルテ記載から除外基準に抵触していないことが推測された 30 名に対し、本調査への協力を依頼した。30 名中 3 名が《Phase1》の除外基準に抵触することが新たに判明するか、もしくは参加を辞退したため、実際に PHQ-9 と SCID

を実施したのは 27 名であった。さらに 1 名が SCID 実施中に調査の中断を申し出たため、最終的に調査を完遂したのは 26 名であった。(図 1)

調査を完遂した 26 例は全例 2 型糖尿病患者で、うち男性 57.7%、女性 42.3%、平均年齢は 66.9 歳(男性:67.0 歳、女性:63.6 歳)、平均糖尿病罹病期間は 13.5 年であった。平均 BMI は 24.2 と軽度肥満傾向があったが、平均 HbA1c (JDS) 値: 6.50%、平均随時血糖値: 140.7mg/dL、平均収縮期血圧: 129.8mmHg、平均 non-HDL: 136.2 と、代謝指標のコントロールは比較的良好な患者群であった。重篤な糖尿病合併症を有する症例はなく、大血管障害を合併する症例も含まれなかった(糖尿病網膜症、腎症、神経障害の判定については表 1 下の付則を参照のこと)。

悪性疾患の治療歴を有する症例が 3 例、精神・心療内科受診歴を有する症例が 2 例(現在は受診していない)含まれており、現在ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤を服用している症例は 3 例であった。

糖尿病に対する治療内容は、食事・運動療法のみが 5 例(19.2%)、インスリン治療中の患者は 2 例(7.7%)、経口血糖降下薬使用している患者は 21 例(80.8%)で、経口血糖降下薬の平均使用種類数は 1.54 種類であった。(表 1)

3.結果

3-1 PHQ-9

調査を完遂した 26 例においては、全例が PHQ-9 の得点は 10 点未満であった(図 2)。内訳は 0～4 点が 19 例(男性: 13 例/86.7%、女性 6 例/54.5%)、5～9 点が 7 例(男性: 2 例/13.3%、女性 5 例/45.5%)で、女性の方が得点の高いものの占める割合が多かった。

PHQ-9 の得点の多寡によって、血糖コントロールの程度や内服している経口血糖降下薬の種類の多さに差が存在するかどうかについて評価した(図 3、図 4)。PHQ-9 の得点が 0～4 点の群 (n=19) と 5～9 点の群 (n=7) に分けて、それぞれの平均 HbA1c (JDS) 値と経口血糖降下薬の平均内服種類数を解析したところ、PHQ-9 の得点が 5～9 点の群の方が、0～4 点の群と比較して平均 HbA1c (JDS) 値、経口血糖降下薬の平均内服種類数ともに低値であった(平均 HbA1c (JDS) 値、0～4 点の群: 6.65% (SD: 0.69)、5～9 点の群: 6.11% (SD: 0.57)、 $p=0.08$ 、経口血糖降下薬の平均内服種類数、0～4 点の群: 1.63 種類 (SD: 1.07)、5～9 点の群: 1.14 種類 (SD: 0.9)、 $p=0.29$)。なお両群

間に有意差は認めなかった。

3-2 SCID

26例中、SCIDによって現在のうつ病性障害を有すると判断された症例は認めなかった。過去にうつ病性障害のエピソードがあったと判断された症例は2例あり、全例女性であった。

SCIDで現在のうつ病性障害を有すると評価された症例がなかったため、PHQ-9の感度・特異度は検討できなかった。

4. 研究の実施状況

'10年1月～3月にかけてSCIDの講習会を計9時間（うちSCIDの概説が3時間、ケース・ヴィネットが6時間）、糖尿病の講習会を2時間実施した。同年4月1日～12月31日に、Phase1: 外来糖尿病患者におけるうつ病有病率調査として、26例の症例にPHQ-9とSCIDを実施し、うち7例に対して精神科専門医が同席面接を行った。またこの間、臨床心理士と精神科専門医による症例検討会を1回実施した。今後'11年1月よりPhase1調査を本格的に推進する。調査対象患者を、重篤な糖尿病合併症や大血管障害を有する患者に拡大し、より一般化された外来糖尿病患者におけるうつ病有病率を評価する予定であり、最終リクルート目標症例数は200例を予定している。

D. 考察

わが国の糖尿病患者数は近年増加し続けており、平成19年国民健康・栄養調査では、糖尿病が強く疑われる人と糖尿病の可能性が否定できない人を合わせた数が約2,210万人に及ぶと報告された。一方うつは、平成18年度厚生労働科学研究によると、ICD-10分類によるわが国のうつ病の生涯有病率は6.6%、12ヶ月有病率が2.1%と報告されている。これら2つの臨床調査の結果を踏まえると、うつ病合併糖尿病患者は非常な患者数に上る可能性があるかと推測される。

うつ病と糖尿病は、その有病率の高さから両疾患が併存しやすいというだけでなく、それぞれの発症や予後に双方向性に影響し合っている可能性が高いことが近年明らかにされつつある。Andersonらによる横断研究のメタ解析では、糖尿病患者ではうつ病の有病率が約11%と、糖尿病のない群と比較し2～3倍うつ病有病率が上昇していたと報告されている(Diabetes Care 2001 24: 1069-1078)。さらに、前向き縦断研究のメタ解

析を行ったMezukらによると、糖尿病患者におけるうつ病発症の相対リスクは1.15

(95%CI: 1.02 -1.30)、反対にうつ病患者における糖尿病発症の相対リスクは1.60

(95%CI: 1.37-1.88)であったと報告されている(Diabetes Care 2008 31(12): 2383-2390)。

糖尿病患者にうつ病が併存することの問題点として、身体予後・生命予後に関するものとしては①血糖コントロール不良(高血糖状態)に陥りやすいこと、②肥満、高血圧や脂質異常症といった他の慢性疾患の合併率も上昇すること、③網膜症、腎症、神経障害などの糖尿病慢性合併症を高率に合併すること(Psychosomatic Med. 2001 63:619-630、Diabetes Care 2000 23: 934-942)、④虚血性心疾患による死亡に加えて全死亡も増加すること(Diabetes Care 2005 28(6): 1339-1345)などが挙げられている。このようにうつ病合併糖尿病患者で身体予後が増悪する背景要因の一つとして、うつ病合併糖尿病患者では治療へのアドヒアランス、コンプライアンスが低下していることが影響していると想定されているが(Diabetes Care 2004 27(9): 2154-2160)、結果としてこのような患者群では医療費も著明に増加するなど、身体的、社会的な負担が増大することが問題である。

上述したような世界の潮流に対し、本邦におけるうつ病合併糖尿病患者の現状を把握するための大規模な研究は、これまでほとんどなされていない。外来糖尿病患者に対する診断的面接法を用いた大規模なうつ病の有病率調査としては、本研究が初の試みとなる。本研究では、うつ病合併糖尿病患者を早期にスクリーニングし、よりよい身体予後を確保するために適切な治療を提供するための第一歩として、まず本邦の外来糖尿病患者におけるうつ病有病率を可能な限り正確に評価して、その結果を情報発信していくと同時に、糖尿病診療場面における抑うつ症状のスクリーニング法(本研究ではPHQ-9)の評価を行うことを第一の目的としている。

今回は'10年4月1日～12月31日までの9ヶ月間に、平均年齢が66.9歳で代謝指標のコントロールが比較的良好な、重篤な合併症を有さない2型糖尿病患者26例の協力を得て、調査を実施しその結果を解析した。

上述したように既報では、糖尿病患者におけるうつ病有病率は診断的面接法を用いた場合11%と報告されている。しかし今回の調査の結果では、代謝指標のコントロールが良好で、かつ重篤な糖尿病合併症や大血管障害を有さない外来糖尿病患者群においては、全例でPHQ-9の得点が10点

未満と低く、SCIDでも現在のうつ病性エピソードを示す患者は認められないことが判明した。ただし、過去のうつ病性エピソードは26例中2例(7.7%、全例女性)に認め、平成18年度厚生労働科学研究によるうつ病の生涯有病率(6.6%)に矛盾しない結果であった。現在のうつ病性エピソードを示す患者の割合が、既報で想定されるのよりも低かったことの要因として、本研究のような心理的評価を目的とした調査において、調査当初から協力的な糖尿病患者群には、抑うつ症状を有する者が少ないことが交絡因子として作用した可能性は否定できなかった。反対に調査に非協力的であったり、臨床心理士と直接面談するSCIDにおいて面接者が困難を感じるような症例にこそ心理的問題を抱える症例が多く含まれている可能性があり、今後のリクルート方針や面接の技術向上について引き続き検討していくことが課題と考えられる。

特徴的であったのは、PHQ-9の得点が0~4点の症例は男性：86.7%、女性：54.5%、5~9点の症例は男性：13.3%、女性：45.5%と、女性の方が得点の高いものの占める割合が多かったことであった。

既報の結果から、PHQ-9の得点が高い群の方が血糖コントロール指標が悪かったり、使用している経口血糖降下薬の種類が多いのではないかと推測し、PHQ-9の得点が0~4点の群

(n=19)と5~9点の群(n=7)に分けて、それぞれの平均HbA1c(JDS)値と経口血糖降下薬の平均内服種類数を解析した。しかし案に反して、PHQ-9の得点が5~9点と高い群の方が、0~4点の群と比較して、有意差は認めないものの平均HbA1c(JDS)値、経口血糖降下薬の平均内服種類数ともに低値という結果であった。PHQ-9を用いたうつ病のスクリーニングでは、10点を閾値とした場合に感度が88%、特異度が88%であるとする報告がある(J. Gen Intern Med. 2001 16(9): 606-613)。これを踏まえると、PHQ-9の得点が10点未満の患者内での比較にはそれほど意味がない可能性が高いと推測された。今後、代謝指標のコントロールが不良であったり、重篤な糖尿病合併症や大血管障害を有する外来糖尿病患者群もリクルートされてい

く中で、PHQ-9の得点がより高い症例も多く含まれてくるものと推測される。抑うつ指標の結果と代謝指標・治療内容との比較は、その際に改めて実施する予定である。

また今回は、SCIDにて現在のうつ病性エピソードを有すると判断された患者が認められなかったことから、日本人糖尿病患者の診療場面におけるPHQ-9の感度・特異度を評価することはできなかった。今後症例数を重ねたうえで評価していく方針である。

E. 結論

'11年1月より本格調査に入る。調査対象患者を重篤な糖尿病合併症や大血管障害を有する患者に拡大し、より一般化された糖尿病患者におけるうつ病有病率を評価する。最終リクルート目標数は200例である。

F. 健康危険情報

特記すべきものなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 野田光彦、峯山智佳: Medical Tribune 43 (No. 15):2010年4月15日号「シリーズ 身体疾患関連うつ病—診断・治療のポイント」<第3回> 「糖尿病」p. 37, 2010.

2. 学会発表

1) 峯山智佳、伊藤弘人、野田光彦、他: 抑うつ病症状を有する外来糖尿病患者に関する疫学調査と治療 第4回生活習慣病認知行動療法研究会 一般演題 2009.11.28., 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)
なし。

資料

参考文献

- 1) Musselman DL. *et, al*: Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment. *Biol. Psychiatry* 2003 54:317-329
- 2) Anderson RJ. *et, al*: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001 24: 1069-1078
- 3) De Groot M. *et, al*: Association of Depression and Diabetes Complication : A Meta-analysis. *Psychosomatic Med.* 2001 63:619-630
- 4) Lustman PJ. *et, al*: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of literature. *Diabetes Care* 2000 23: 934-942
- 5) Le TK. *et al*: Resource use among patients with diabetes, diabetic neuropathy, or diabetes with depression. *Cost Eff. Resour. Alloc.* 2006 4:18
- 6) Ciechanowski PS. *et, al*: Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Arch Intern Med* 2000 160:3278-3285
- 7) Lin EH. *et, al*: Relationships of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004 27:2154-2160
- 8) Golden SH. *et, al*: Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA* 2008 299(23):2751-2759
- 9) Petrak F. *et. al*: Treatment of depression in diabetes: an update. *Curr Opinion Psychiatry* 2009 22:211-217
- 10) Ismail K. *et, al*: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycemic control in patients with type2 diabetes. *The Lancet* 2004 363: 1589-1597
- 11) Gregg J.A. *et al*: Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2007 75 : 336-343
- 12) Mezuk B. *et al*: Depression and type2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008 31(12): 2383-2390
- 13) Egede L.E. *et al*: Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care* 2005 28(6): 1339-1345
- 14) Gonzalez JS. *et,al*: Depression and Diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008 31(12): 2398-2403
- 15) Lin E. H. *et,al*: Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004 27(9): 2154-2160
- 16) Kroenke K. *et,al*: The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *J. Gen Intern Med.* 2001 16(9): 606-613

書籍

「糖尿病治療ガイド<2008-2009.>」日本糖尿病協会編 文光堂 2008

「Acceptance and Commitment Therapy for Diabetes Self-Management: Therapist Manual」
http://www.sjsu.edu/people/jennifer.gregg/courses/c3/s1/ACT_ED_therapist_manual.pdf

「The Diabetes Life Style Book : Facing Your Fears & Making Changes for a Long & Healthy Life」 Jennifer A. Gregg, Glenn M. Callaghan, Steven C. Hayes; New Harbinger Publications, Inc 2007

「ACTを学ぶ」 ジェイソン・B・ルオマ、ステイーブン・C・ヘイズ、ロビン・D・ウォルサー; 星和出版 2009

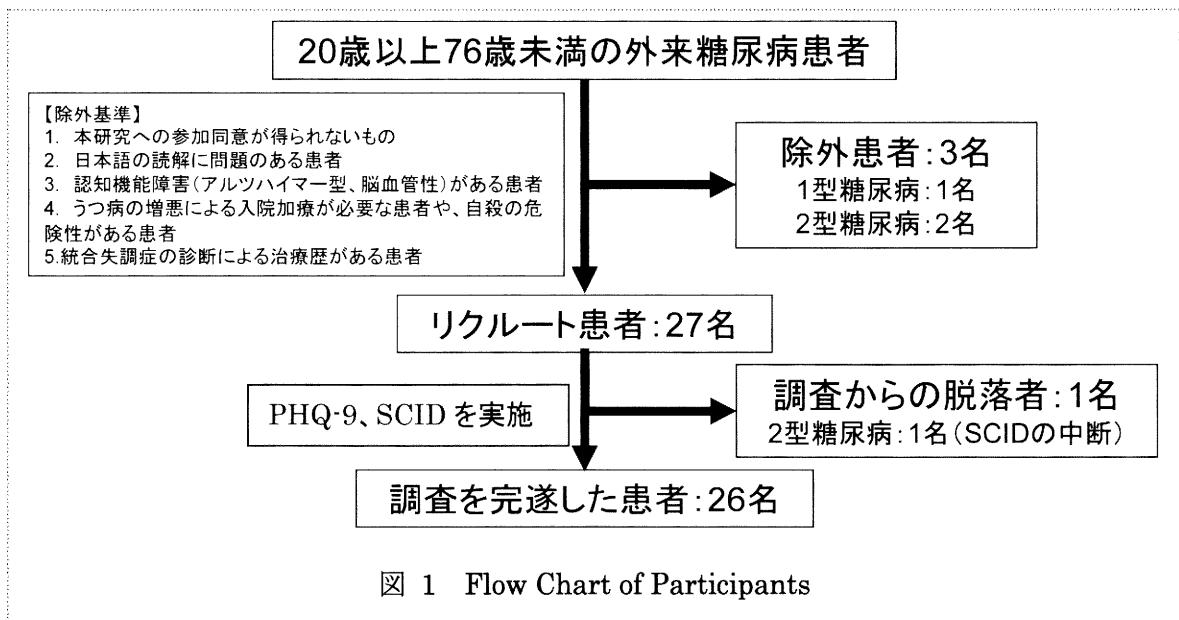


表 1 Characteristics

		全体	男性	女性
			Average(SD)	Average (SD)
no		26	15 / 57.7%	11 / 42.3%
age		66.9 (9.03)	67.0(8.36)	63.6(9.93)
Education	中卒	4 / 15.4%	2 / 13.3%	2 / 18.2%
	高卒	16 / 61.5%	7 / 46.7%	9 / 81.9%
	大卒	5 / 19.2%	5 / 33.3%	0 / 0%
	大学院卒	5 / 19.2%	1 / 6.67%	0 / 0%
代謝関連データ				
Type	Type1	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
	Type2	26 / 100%	15 / 100%	11 / 100%
DM 罹病期間	(yr)	13.5 (9.32)	14.0 (9.88)	12.9 (8.94)
BMI		24.2 (3.72)	23.7(2.70)	24.9 (4.96)
sBP	(mmHg)	129.8 (16.5)	130.7 (14.6)	128.3 (19.9)
dBp	(mmHg)	68.8 (12.9)	68.7 (12.6)	69 (14.0)
随時血糖	(mg/dL)	140.7 (32.4)	144.7 (28.5)	135.3 (37.8)
HbA1c(JDS)	(%)	6.50 (0.69)	6.51 (0.80)	6.49 (0.54)
TC	(mg/dL)	187.8 (86.6)	183.8 (20.2)	193.2 (31.3)
non HDL	(mg/dL)	136.2 (23.1)	135.8 (18.3)	136.7 (29.5)
糖尿病合併症				
網膜症 ^{*1}	なし	24 / 92.3%	13 / 86.7%	11 / 100%
	A1	2 / 7.7%	2 / 13.3%	0
	A2	0	0	0
腎症 ^{*2}	Stage1	19 / 73.1%	10 / 66.7%	9 / 81.8%
	Stage2	6 / 23.1%	5 / 33.3%	1 / 9.1%
	Stage3a	0	0	0
	判定不能	1 / 3.85%	0	1 / 9.1%
				(DM 診断前から蛋白尿)
神経障害 ^{*3}		1 / 3.85%	1 / 6.7%	0 / 0%
大血管障害		0 / 0%	0	0 (慢性心不全 1例)
糖尿病治療				
食事・運動療法のみ		5 / 19.2%	2 / 13.3%	3 / 27.3%
内服薬 (種類)		21/80.8% (1.54 種類)	13 例(平均 1.73 種類)	8 例 (平均 1.18 種類)
インスリン (併用含)		2 / 7.7%	1 / 6.7%	1 / 9.1%
その他の合併疾患				
悪性疾患の既往歴		3 / 11.5%	1 (右精巣がん)	2 (乳がん 2 例)
内分泌疾患の合併		2 / 7.7%	1 (橋本氏病)	1 (バセドウ氏病)
精神科・心療内科関連治療				
精神科・心療内科受診歴		2 / 7.7%	1 / 6.7%	1 / 9.1%
ベンゾジアゼピン系内服中		3 / 11.5%	1 / 6.7%	2 / 9.1%

付則：糖尿病慢性合併症の判定

- ※1 糖尿病網膜症の判定は、当院眼科に定期受診している症例については眼科カルテの記載を参照した。他院眼科かかりつけの場合には、網膜症手帳に記載されている最終診察時の結果を参照するか、患者本人から医師に受けた説明の内容を聴取した。
- ※2 糖尿病腎症のステージは過去 6 カ月以内に測定した尿定性、尿中アルブミン/クレアチニン比、血清クレアチニン値、推算糸球体濾過率(eGFR)から判定した。糖尿病と診断を受ける前から尿タンパクが陽性だった症例は判定不能に分類した。
- ※3 糖尿病神経障害の有無は『糖尿病性多発神経障害(distal symmetric polyneuropathy)の簡易診断基準、糖尿病性神経障害を考える会 (2002 年 1 月 18 日改訂)』に基づき判定した。

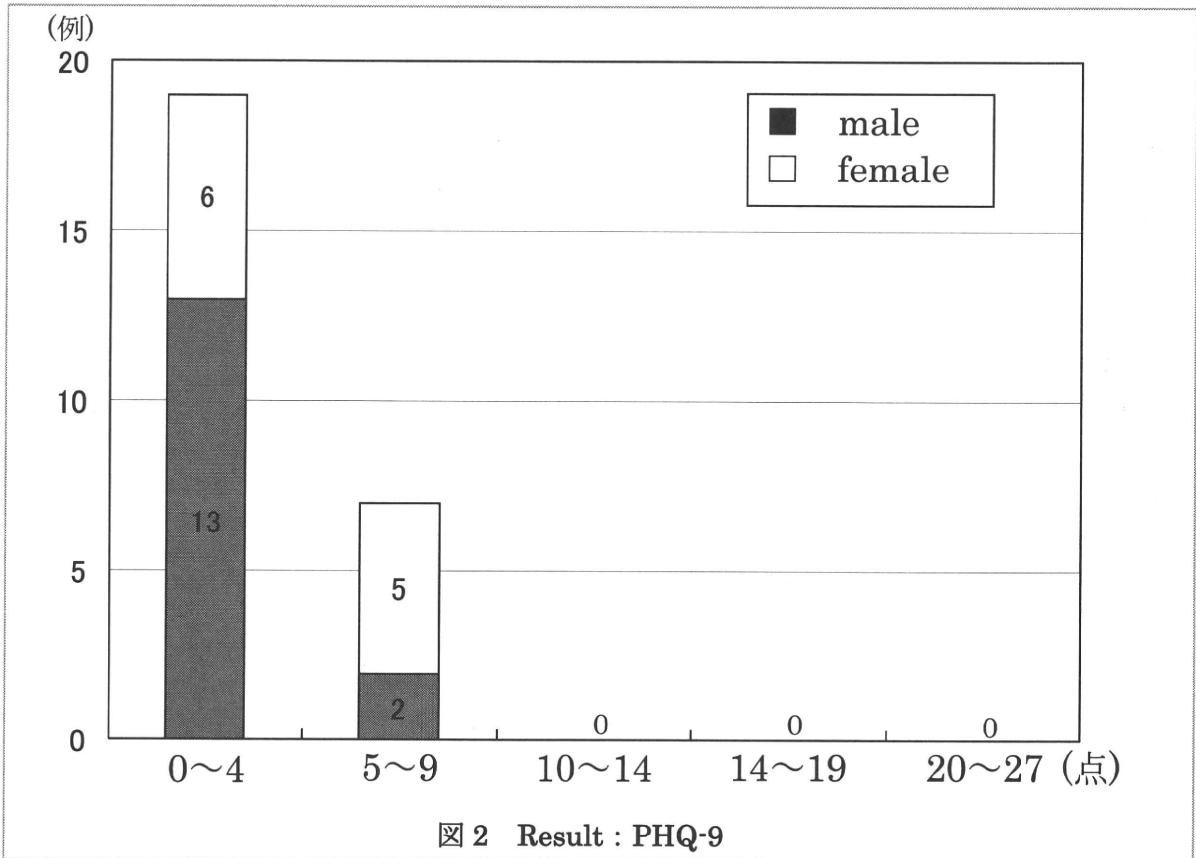
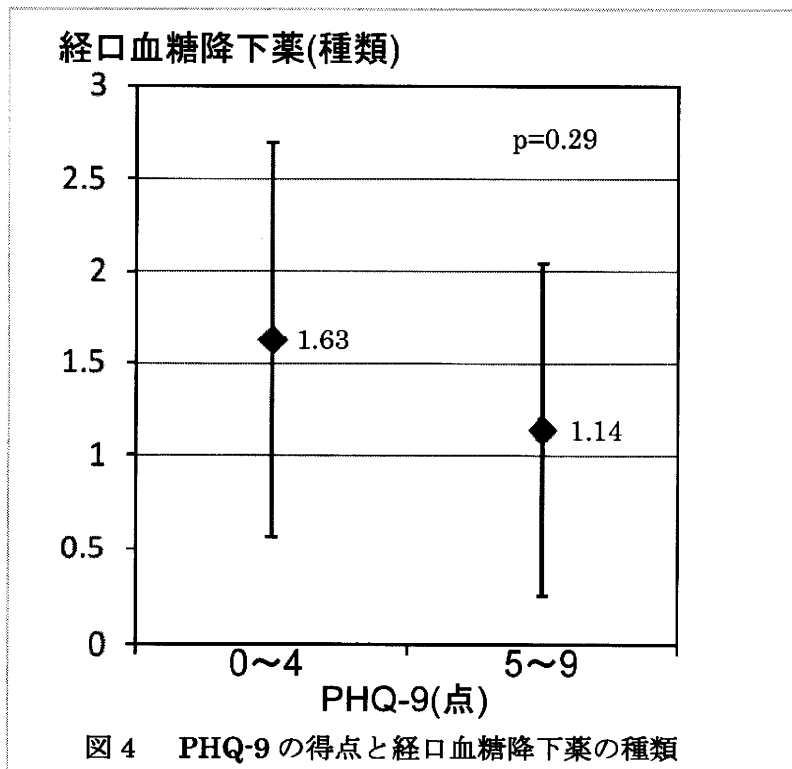
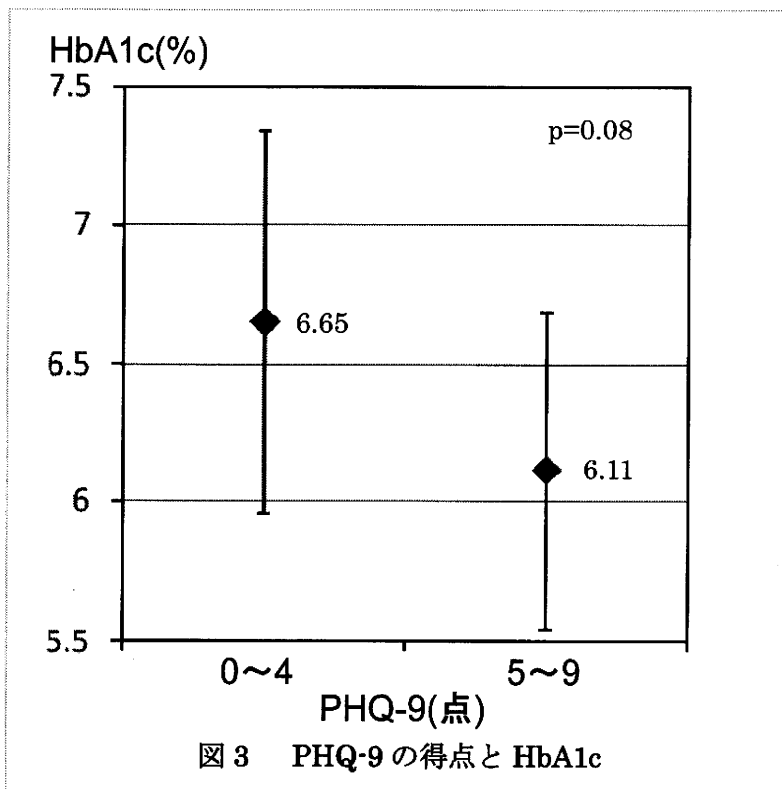


表2 Result : SCID

	合計	男性	女性
SCID	0	0 過去のMDE : 0例	0 過去のMDE : 2例 うちDM診断と同時期 : 1例



外来通院患者における自殺ハイリスク者に関する研究

研究分担者 佐伯俊成
広島大学病院 総合内科・総合診療科 准教授

研究要旨：年間 3 万人超の自殺に関連するうつ病の早期発見が重要である。プライマリケア領域におけるうつ状態の効果的なスクリーニング方法を確立する。**研究方法**：2006 年から 2007 年にかけて、本研究に参加した 7 施設の外来における満 20 歳以上の初診患者を各施設ごとに一定期間連続的に抽出し、東大式うつ病重症度スケール（TDSS；2 項目質問法）、自己評価式抑うつ性尺度（SDS；20 項目）を施行してうつ状態を評価した。医師も TDSS によって患者を評価した。患者には本研究の趣旨をよく説明して書面による参加同意を得た。**結果**：調査対象となった初診患者 1152 例中 1042 例から参加同意が得られ、そのうち欠損データのない 934 例（男性 411 例、女性 523 例）を解析の対象とした。①SDS スコアでは、50 点以上（中等症以上のうつ）が男性で 18.2%、女性で 21.2%、全体で 19.9%に認められた。TDSS 医師評価では、抑うつ気分、興味低下ともに明らかな中等症以上のうつ状態が 12.4%に認められた。②医師と患者の双方における TDSS 評価は、抑うつ気分が 97.9%、興味の低下が 97.6%と非常に高い一致率を示した。③TDSS 医師評価で軽症以上のうつ（1 項目以上陽性）を認めた 198 例のうち 176 例（88.9%）が SDS スコアで 40 点以上（軽症以上のうつ）を示しており、TDSS 評価と SDS 評価はよく相関していた。**まとめ**：TDSS の医師評価で軽症以上のうつ状態とみなされた患者の大多数は、SDS スコアでも 40 点以上を示し、さらに TDSS 医師評価は TDSS 患者評価にもよく一致していたことから、TDSS は軽症以上のうつ状態のスクリーニングに有用であることが示された。実地臨床において、医師が TDSS を行って軽症以上のうつ状態と判断される患者について初期治療を施すことには、十分な妥当性があると考えられた。

A. 研究目的

WHO の世界 14 カ国におけるプライマリ・ケア医受診患者の調査によると、精神疾患有病率は 24%で、そのうちうつ病が 10.1%であり、身体症状のみのうつ病は 69%にのぼり、その身体症状としては睡眠障害と食欲不振が主であったことから、プライマリ・ケアにおけるうつ病診断の重要性が指摘されている。

近年わが国では、年間自殺者数が 3 万人超のまま推移して減少傾向もみられず、自殺に強く関連するうつ病の早期発見・早期治療が喫緊の課題であることは言を俟たない。

これらのことから、プライマリケア領域におけるうつ病のスクリーニングおよび初期診断の

推進は全国的にも急務であると考えられる。

本研究は、自殺ハイリスク者に強く関連するうつ病のスクリーニングに資する最も簡便な方法として国内外で提唱されている 2 項目質問法を用いて、プライマリケア領域におけるうつ病・うつ状態の有病率に準じた数字を明らかにし、うつ病スクリーニングに資する新たな指標を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

中国 5 県 7 施設の総合病院総合診療科及び 1 施設の開業医において、2007 年 1 月から同年 8 月までの 8 ヶ月間、各施設ごとに 20 歳以上の初診患者を一定期間連続的に抽出し、うつ病・う

うつ状態のスクリーニングを行った。知的機能低下などによって意思決定能力を欠く者は除外した。調査担当者は、対象者に、本調査の趣旨を説明し、書面による同意を得て、その旨をカルテに記載した。

評価項目は、多忙な外来診療中における本調査の負担を最小化するために、性別、年齢、精神疾患既往歴、自己評価式抑うつ性尺度 (SDS)、東大式うつ病重症度スケール (TDSS) の 5 項目のみとした。

自己評価式抑うつ性尺度 (SDS) は、1973 年に日本語版が標準化されている 20 項目、4 段階回答形式の自己記入式の評価尺度である (表 1)。40 点以上で軽症うつ状態、50 点以上で中等症以上のうつ状態の疑いありと評価するもので、うつ病・うつ状態のスクリーニングに広く使用されている。

東大式うつ病重症度スケール (TDSS) は「抑うつ気分」および「興味の喪失」の 2 つの質問によるうつ病の簡便診断法である (図 1)。この 2 つの質問の両方ともに当てはまる場合には中等症以上のうつ状態、どちらか一つに当てはまる場合に軽症のうつ状態、どちらも当てはまらない場合はうつ病ではないと評価する。本調査では、TDSS については診察した医師による評価と同時に、患者の申告による自己評価も合わせて行い、両者の一致度を検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、対象患者に調査の趣旨を口頭で十分に説明し書面同意を得たうえで行われた。

C. 研究結果

対象となった大学病院および総合病院の総合診療科 1052 例および内科開業医 100 例、計 1152 例 (表 2) のうち 1042 例から本調査への参加同

意が得られ (参加率 89.9%)、欠損データの無い総合病院総合診療科 849 例および内科開業医 85 例の計 934 例を解析対象とした (図 2) (実施率 80.7%)。

年齢は 20 歳代から 70 歳代まで広く分布しており、総合診療科では若年者が、内科開業医では高齢者が多かった (図 3)。性別は男性が 411 例、女性が 523 例であった。

SDS による患者の自己評価の結果を図 3 に示した。中等症以上のうつ状態が疑われる SDS スコア 50 点以上の例が、男性で 18.2%、女性で 21.2%、全体で 19.9% に認められた。精神疾患既往歴のある患者では、SDS 40 点以上が 81.8% であり、既往歴のない患者の 50.8% よりも有意に高かった (図 4)。

医師による 2 項目質問法 (TDSS) では、抑うつ気分、興味低下ともに明らかな中等症以上のうつ状態が 12.4% に認められた (図 5)。

医師と患者の双方における 2 項目質問法による評価は、抑うつ気分が 97.9%、興味の低下が 97.6% と非常に高い一致率を示した (表 3)。

医師の TDSS 評価で軽症以上のうつ状態とされた患者 198 例のうち、176 例 88.9% が SDS スコアで 40 点以上、つまり軽症以上のうつを示しており、TDSS 評価の高い例は SDS 評価も高い傾向にあった (図 6)。

D. 考察

TDSS (2 項目質問法) の医師評価で軽症以上のうつ状態 (1 項目以上陽性) とみなされた患者の大多数は、自己評価式抑うつ性尺度 (SDS) スコアでも 40 点以上 (軽症以上のうつ状態) を示し、さらに TDSS 医師評価は TDSS 患者評価にもよく一致していたことから、TDSS は軽症以上のうつ状態のスクリーニングに有用であるこ

とが示され、実地臨床において、医師が TDSS (2 項目質問法) を行って、軽症以上のうつ状態 (1 項目以上陽性) と判断される患者について初期治療を行うことには、十分な妥当性があると考えられた。

実際には初期治療を行いつつ、次の対応をどのように進めていくかも大きな課題であるが、これについては、うつ病の重症度の目安としてしばしば指摘される希死念慮 (自殺願望) が SDS スコアあるいは TDSS 評価とどのように関わっているかを今後検討していく必要がある。

なお、TDSS にはうつ病スクリーニングの精度をさらに向上させた 3 項目版も開発されており、可能であれば 2 項目版より 3 項目版に習熟することが望ましい、との見解もある。

しかしながら、抑うつを含めた精神症状への対応を忌避する傾向の強い非精神科専門医にとって、2 項目版ですらなかなか普及しない可能性も懸念されるうえ、自殺予防への取り組みが急務となっているプライマリケア領域においては、まず本研究で検討した TDSS (2 項目版) の普及が喫緊の課題と考えられる。

E. 結論

TDSS (2 項目質問法) の医師評価で軽症以上のうつ状態 (1 項目以上陽性) とみなされた患者の大多数は、自己評価式抑うつ性尺度 (SDS) スコアでも 40 点以上 (軽症以上のうつ状態) を示し、さらに TDSS 医師評価は TDSS 患者評価にもよく一致していたことから、TDSS は軽症以上のうつ状態のスクリーニングに有用である。

実地臨床において、医師が TDSS (2 項目質問法) を行って、軽症以上のうつ状態 (1 項目以上陽性) と判断される患者について初期治療を行うことには、十分な妥当性がある。

<付記>

なお、本研究は多施設共同研究であり、多くの医師の協力なしには決して遂行し得なかったものである。表 5 に研究協力者全員の所属と氏名を掲げ、深く謝意を表するものである。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 佐伯俊成, 他: インスリンを使って自殺を企てた糖尿病患者にどう対処するか? プライマリケア医による自殺予防と危機管理 (杉山直也, 河西千秋, 井出広幸, 宮崎 仁編), pp.199-205, 南山堂, 東京, 2010
- 2) 佐伯俊成: 進行期・終末期がん患者に接する際の心得. 現代のエスプリ 519 「介護はなぜストレスになるのか (渡辺俊之編)」, pp. 98-110, 至文堂, 東京, 2010
- 3) 佐伯俊成, 他: 服薬指導におけるコミュニケーション・スキル. 緩和ケア 20 (Suppl. Oct) 「そこが知りたい! 緩和ケアにおける服薬指導 (加賀谷肇, 田村恵子, 恒藤 暁編)」, 青海社, 東京, pp.105-109, 2010
- 4) 佐伯俊成, 他: 向精神薬. 高齢者への不適切な処方 (第 8 回/最終回). 日本医事新報 No.4483: 36-41, 2010
- 5) 佐伯俊成, 田妻 進: 精神的側面からみた膵・胆道癌緩和医療. 胆と膵 31: 55-59, 2010
- 6) Ozono S, Saeki T, et al: Psychological distress related to patterns of family functioning among Japanese childhood cancer survivors and their parents. Psychooncology 19: 545-52, 2010

2. 学会発表

- 1) 佐伯俊成, 他: 総合診療科の初診患者における希死念慮のスクリーニング. 第 2 回病院総合診療医学会学術総会抄録集, 仙台市, 2011 年 2 月
- 2) 佐伯俊成, 他: 病院総合診療における心身医学的視点の重要性. 第 2 回病院総合診療医学会学術総会シンポジウム「病院総合診療をどう考えるか?」, 仙台市, 2011 年 2 月
- 3) 佐伯俊成, 田妻 進: がん患者・家族の支援に不可欠なコミュニケーション技術—日常の接し方, 情報開示のあり方—. 第 69 回日本癌学会学術総会シンポジウム 20 「緩和医

療と精神腫瘍の接点と展望」, 大阪市, 2010
年9月

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

1. 特許取得
なし。

2. 実用新案登録
なし。

3. その他
なし。

表1. 自己評価式抑うつ性尺度(SDS)

	ないかたまに	ときどき	かなりのあいだ	ほとんどいつも
1. 気が沈んで憂うつだ.....	1	2	3	4
2. 朝方はいちばん気分がよい.....	1	2	3	4
3. 泣いたり、泣きたくなる.....	1	2	3	4
4. 夜よく眠れない.....	1	2	3	4
5. 食欲はふつうだ.....	1	2	3	4
6. まだ性欲がある.....	1	2	3	4
(異性に対する関心がある)				
7. やせてきたことに気がつく.....	1	2	3	4
8. 便秘している.....	1	2	3	4
9. ふだんよりも動悸がする.....	1	2	3	4
10. 何となく疲れる.....	1	2	3	4
11. 気持ちはいつもさっぱりしている.....	1	2	3	4
12. いつもとかわりなく仕事をやれる.....	1	2	3	4
13. 落ち着かずじっとしてられない.....	1	2	3	4
14. 将来に希望がある.....	1	2	3	4
15. いつもよりいらいらする.....	1	2	3	4
16. たやすく決断できる.....	1	2	3	4
17. 役に立つ働ける人間だと思う.....	1	2	3	4
18. 生活はかなり充実している.....	1	2	3	4
19. 自分が死んだほうが、ほかの者は.....	1	2	3	4
楽に暮らせると思う				
20. 日頃していることに満足している.....	1	2	3	4

図1. 東大式うつ病重症度スケール(TDSS) 「2項目質問法」

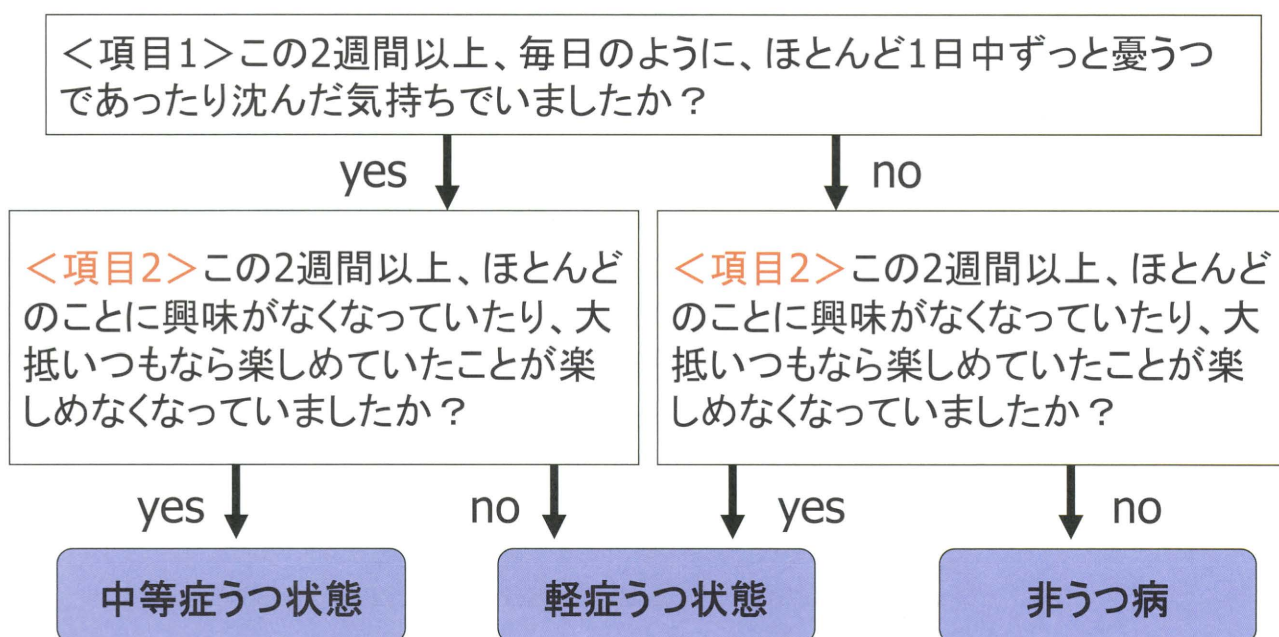


表2. 研究施設と対象症例数

施設名	対象症例数
広島大学病院 医系総合診療科	155
県立広島病院 総合診療科	100
山口大学医学部附属病院 総合診療部	100
岡山大学病院 総合診療内科	513
島根県立中央病院 総合診療科	100
藤井政雄記念病院 総合診療・地域医療科	84
中西内科	100
	計 1152

図2. サンプルの経緯

