

と判断される。このことはアメリカ糖尿病学会の勧告 (Standards of Medical Care in Diabetes 2011) には記載されているものの、「日本糖尿病学会編 糖尿病治療ガイド 2010: 糖尿病治療上特に精神医学的配慮が必要な状況」内では未だ言及されていない点である。検査データや治療内容などの医学的情報だけでなく、患者のプライバシーや利益を侵害しない範囲内で経済的、社会的資源に関する情報も把握しておくことの必要性も、今後検討されなければならないであろう。

興味深い結果であったのは、女性において PHQ-9 スコアが高い者の占める割合が高かったこと、PHQ-9 スコアと HDL 値、喫煙率が相関する可能性が示唆されたことである。女性では「低 HDL 血症」「喫煙歴」を有する場合に、うつ病併存の高リスク群である可能性があり、今後さらにデータの集積が必要である。

最後に、本調査では糖尿病診療場面における自記式質問票 (PHQ-9) を用いたうつ病スクリーニングの感度、特異度を評価している。結果は PHQ-9 スコア 10 点をカットオフ値とした場合に PHQ-9 の偽陰性例は認めなかったことから、PHQ-9 の外来糖尿病患者におけるうつ病検出感度は 100%、特異度 97.1%、偽陽性率 2.9%と算出された。このことから PHQ-9 は、日本人の糖尿病診療場面においてもうつ病スクリーニング法として高い有用性が期待できると推測される。PHQ-9 は約 2~5 分の所要時間で対象患者自身による記載が可能で、実施コストを抑えて多数の患者に実施することができることに加えて、糖尿病診療に携わる医療スタッフにかかる負担も少ない。

今回の調査では証明されなかったものの、うつ病の合併は代謝コントロールの増悪、重篤な糖尿病合併症の合併率の上昇、大血管障害による死亡率や全死亡の増加に有意に相関することが既に報告されている。また現在の大うつ病エピソードの併存率は低かったが、過去の大うつ病エピソードの基準を満たした症例 (9 例) の割合は一般人口と比較して 2 倍高く、うち実に 67% (6 例) は精神科・心療内科受診歴がなかった。つまり専門医療機関で診断を受けずに経過した症例が 2/3 にのぼるという結果であった。以上を踏まえ、糖尿病診療場面におけるうつ病の見落としを減らし、抑うつ症状を有する症例には早期から適切な精神医療を提供できるようにすること、それによって糖尿病の身体予後も良好に維持するために、PHQ-9 を有効に活用していくことが必要であると考えられる。

E. 結論

PHQ-9 と SCID を同日実施して評価した外来糖尿病患者のうつ病有病率は既報と比較して低率であった。PHQ-9 スコアと糖尿病の病型、代謝データ、糖尿病合併症の有無、インスリン使用の有無の間には有意な相関を認めなかったが、HDL 値は女性において PHQ-9 高スコア群で低下する傾向を認めた。また、「婚姻歴なし」群で有意に PHQ-9 スコアが上昇しており、「独居」群でも PHQ-9 スコアが上昇する傾向を認めたことから、社会的サポートの有無が糖尿病患者におけるうつ病併存リスク上昇の危険因子となっている可能性が示唆された。本研究において外来糖尿病患者のうつ病有病率が既報と比較して低率であった原因の一つには、半構造化面接法を用いた調査であるために精神医学的問題を抱えた者にとっては調査協力に困難が伴う内容であったことが、交絡因子として影響した可能性が否定できなかった。PHQ-9 スコア 10 点をカットオフ値とした場合に、PHQ-9 の外来糖尿病患者におけるうつ病検出感度は 100%、特異度 97.1%、偽陽性率 2.9%と感度、特異度ともに優れており、糖尿病診療場面においてもうつ病スクリーニング法として高い有用性が期待される結果であった。

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) 峯山智佳、野田光彦: Medicament News 第 1997 号 2009 年 11 月 15 日号「特集=うつと慢性疾患併存時の対応 糖尿病とうつ」p.9-11 2009
- 2) 峯山智佳、野田光彦: 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.
- 3) 峯山智佳: Practice Vol.28 No.1: 「糖尿病の療養指導 Q&A 糖尿病とうつ」 p85-87
- 4) 峯山智佳、野田光彦: 診断と治療 Vol.99 No.11: 「糖尿病のトータルケア トピックス 糖尿病とうつ」 p1903-1910

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

今後本研究成果を「第 55 回日本糖尿病学会年
次学術集会」にて発表の予定
2012.5.17～19 パシフィコ横浜

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
- 17) Neuwen A, *et al*: Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia.* published online 2010 sep 28
- 18) Golden SH.; A review of the evidence for a neuroendocrine link between stress, depression and diabetes mellitus. *Curr Diab Rev.* 2007 3(4): 252-259
- 19) Sartorius N. *et,al*: Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010 32: 380-395

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、スティーブン・C・ヘイズ、ロビン・D・ウォルサー; 星和出版 2009

Flow Chart of Trial Participants

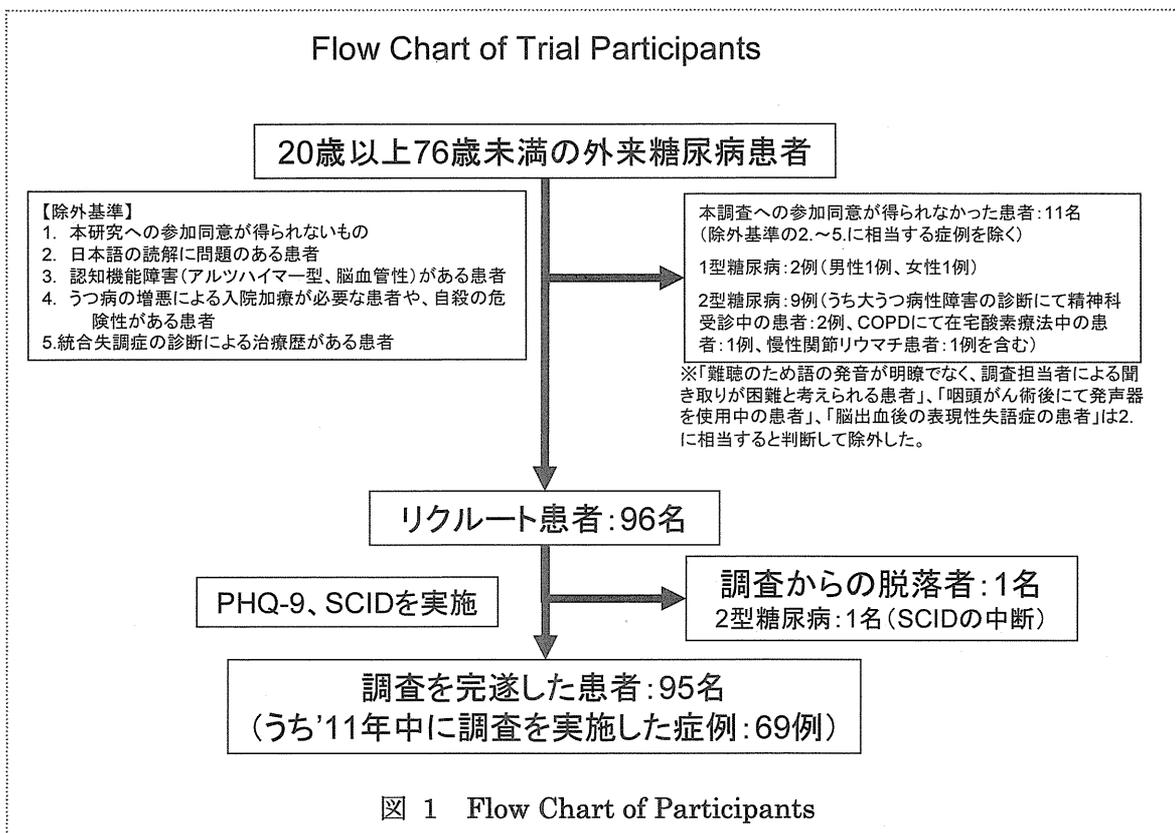


表 1 代謝関連データ (H22年4月～H23年12月20日)

		全体	男性	女性
			Average(SD)	Average (SD)
No		95	53 / 55.8%	42 / 44.2%
年齢		65.3 (8.06)	63.2(14.7)	64.9(8.02)
代謝関連データ				
病型	Type1	2 / 2.11%	0 / 0%	2 / 4.8%
	Type2	90 / 94.7%	50 / 94.3%	40 / 95.2%
	その他	3 / 3.16%	3 / 5.7%	0 / 0%
DM 罹病期間	(yr)	12.19 (10.8)	12.2 (9.15)	12.1 (7.7)
BMI		24.6 (3.37)	24.6(3.21)	24.7 (3.61)
sBP	(mmHg)	129 (14.7)	128.7 (13.8)	129.4 (16.0)
dBP	(mmHg)	70.3 (11.4)	71.6 (11.7)	68.5 (11.0)
随時血糖	(mg/dL)	146.8 (46.4)	147.0 (46.9)	146.6 (46.3)
HbA1c (JDS)	(%)	6.63 (0.94)	6.56 (1.07)	6.71 (0.76)
TC	(mg/dL)	187.1 (29.4)	183.2 (30.4)	192.0 (27.7)
HDL**	(mg/dL)	54.3 (16.01)	51.4 (13.0)	58.0 (18.6)
糖尿病合併症				
網膜症*1	なし	76 / 80%	47 / 88.7%%	30 / 71.4%
	A1	10 / 10.5%	6 / 11.3%	4 / 9.52%
	A2/A2p	2 / 2.12%	0 / 0%	2 / 4.76%
	B2p	1 / 1.1%	0 / 0%	1 / 2.38%
	No data	6 / 6.32%	0 / 0%	5 / 11.9%
腎症*2	Stage1	67 / 70.5%	34 / 64.2%	33 / 78.6%
	Stage2	22 / 23.2%	15 / 28.3%	7 / 16.7%
	Stage3a	2 / 2.12%	2 / 3.77%	0 / 0%
	Stage3b	2 / 2.12%	2 / 3.77%	0 / 0%
	判定不能	2 / 2.12%	0 / 0%	2 / 4.76%
				(DM 診断前から蛋白尿 1例)
神経障害*3		25 / 26.3%	16 / 30.2%	9 / 21.4%
大血管障害		5 / 5.26%	4 / 7.5%	1 / 2.38%
				(慢性心不全 1例)
糖尿病治療				
食事・運動療法のみ		14 / 14.7%	8 / 15.1%	6 / 14.3%
内服薬 (種類)		77/81.1%(2.15種類)	43例(平均2.23種類)	34例(平均2.06種類)
インスリン (併用含)		13 / 13.7%	7 / 13.2%	6 / 14.3%
				(GLP-1製剤使用の1例を除く)
その他の合併疾患				
悪性疾患の既往歴		9 / 9.5%	3 (右精巣がん、胃がん、大腸がん)	6 (乳がん4例、胃がん1例、卵巣がん1例)
内分泌疾患の合併		3 / 3.16%	1 (橋本氏病)	2 (バセドウ氏病2例)

※※ 年齢、代謝関連データについては、「HDL値」以外男女間で有意差を認めなかった。

「男性のHDL値」 vs 「女性のHDL値」: 51.4±13.0 vs 58.0±18.6、p=0.044

表2 人口統計学的変数（H22年4月～H23年12月20日）

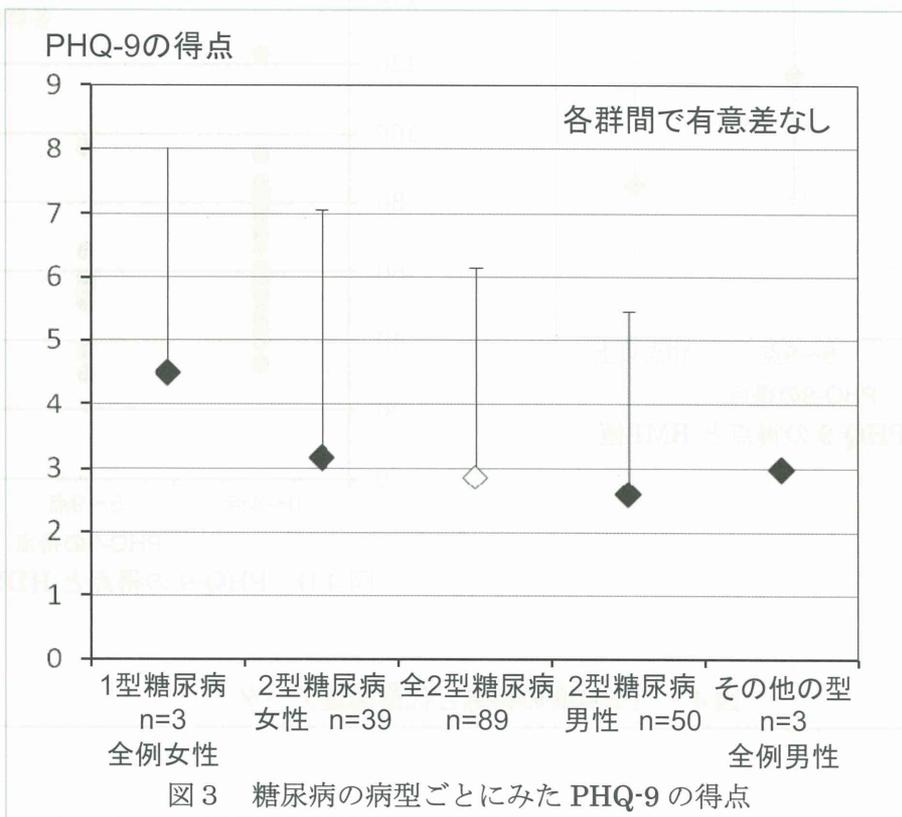
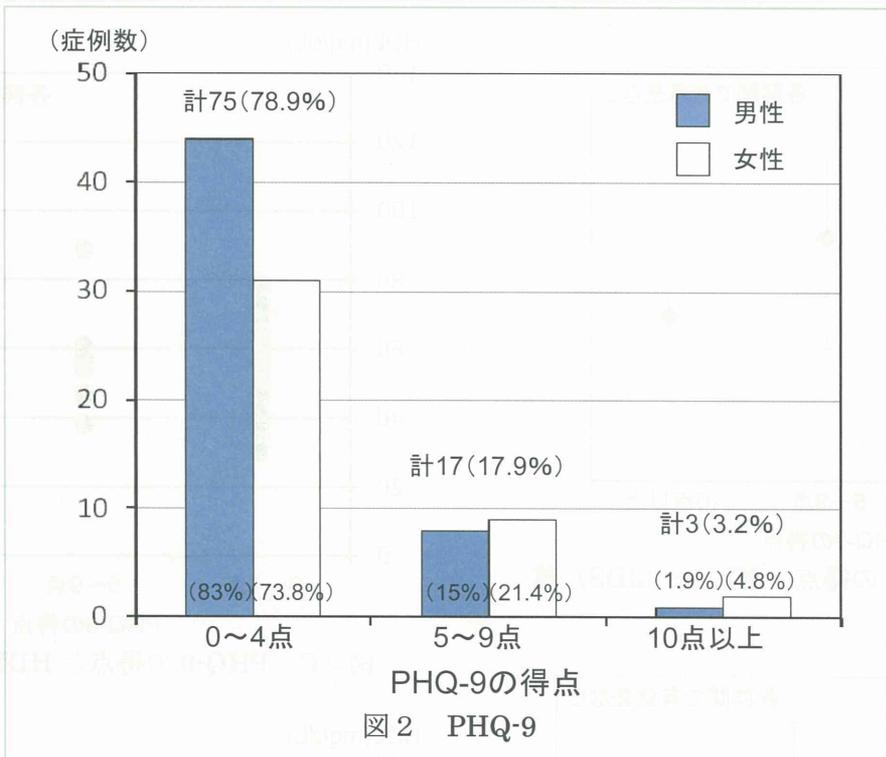
	全体	男性	女性
教育			
中学校卒	18 / 18.9%	10 / 18.9%	8 / 19.4%
高等学校卒業と同等	52 / 54.7%	24 / 45.3%	28 / 66.7%
大学/大学院卒業	25 / 26.3%	19 / 35.8%	6 / 14.3%
喫煙歴			
現在喫煙中	26 / 27.4%	20 / 37.7%	6 / 14.3%
過去の喫煙歴（現在禁煙）	21 / 22.1%	20 / 37.7%	1 / 2.38%
喫煙歴なし	48 / 50.5%	13 / 24.5%	35 / 83.3%
婚姻歴			
婚姻歴あり	87 / 91.6%	47 / 88.7%	40 / 95.2%
婚姻歴なし	8 / 8.42%	6 / 11.3%	2 / 4.8%
家族構成			
家族と同居	83 / 87.4%	49 / 92.5%	34 / 81.0%
独居	12 / 12.6%	4 / 7.5%	8 / 19.0%
医療保険			
国民健康保険	59 / 62.1%	36 / 67.9%	23 / 54.8%
後期高齢者	10 / 10.5%	5 / 9.43%	5 / 11.9%
協会健保	5 / 5.26%	2 / 3.77%	3 / 7.14%
組合管保	13 / 24.2%	7 / 13.2%	6 / 14.3%
生活保護	3 / 3.16%	2 / 3.77%	1 / 2.38%
その他	5 / 5.26%	1 / 1.89%	4 / 9.52%
精神科・心療内科関連治療			
精神科・心療内科受診歴	7 / 7.37%	3 / 5.66%	4 / 9.52%
ベンゾジアゼピン系内服中	14 / 14.7%	6 / 11.3%	8 / 19.0%

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。



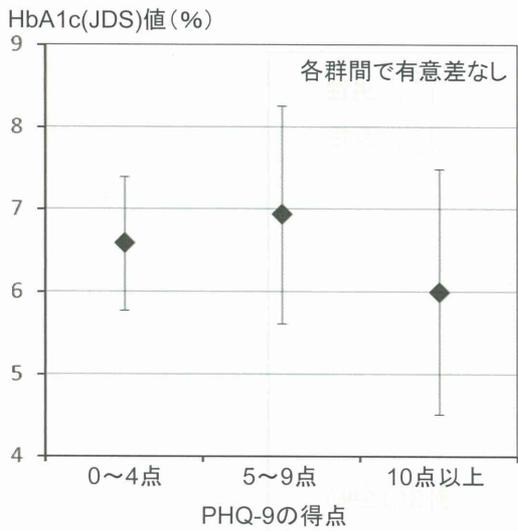


図4 A PHQ-9の得点とHbA1c (JDS) 値

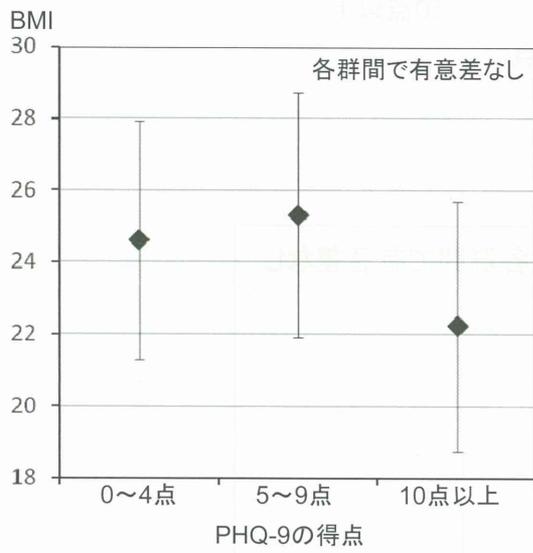


図4 B PHQ-9の得点とBMI 値

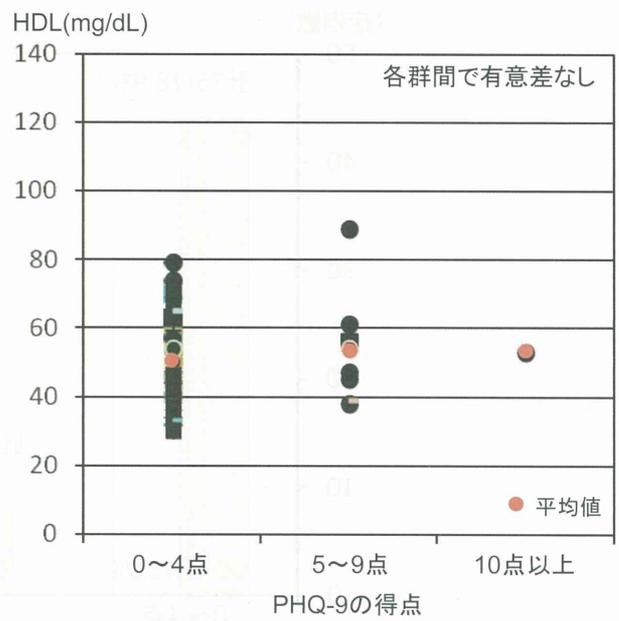


図4 C PHQ-9の得点とHDL 値 (男性)

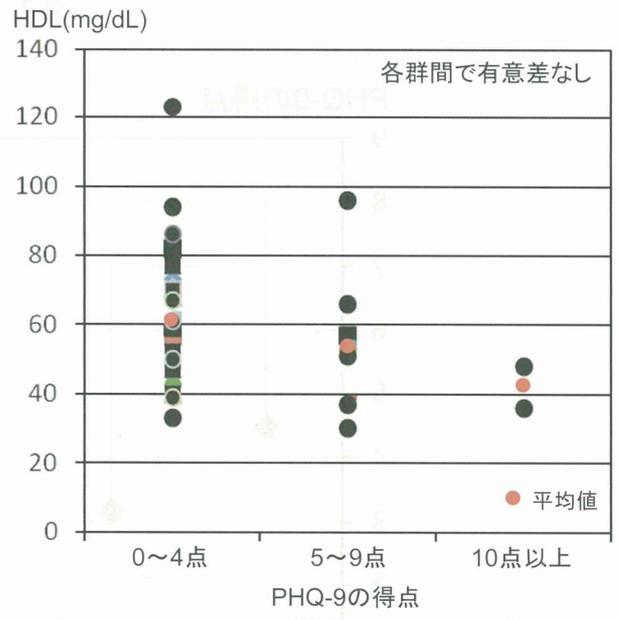


図4 D PHQ-9の得点とHDL 値 (女性)

図4 PHQ-9の得点と代謝関連データ

PHQ-9の得点

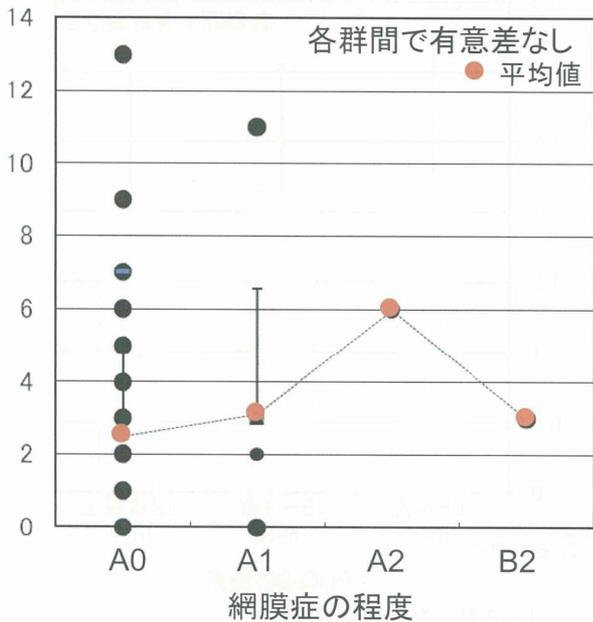


図 5 A 網膜症の重症度と PHQ-9 の得点

PHQ-9の得点

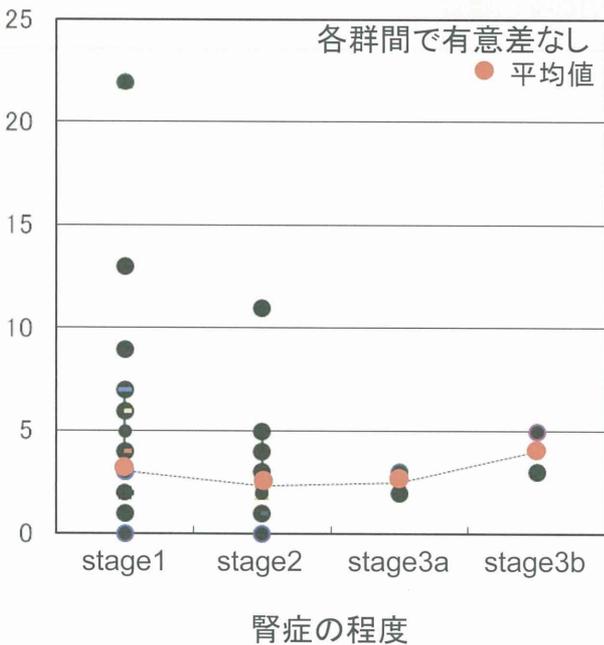


図 5 B 腎症の重症度と PHQ-9 の得点

PHQ-9の得点

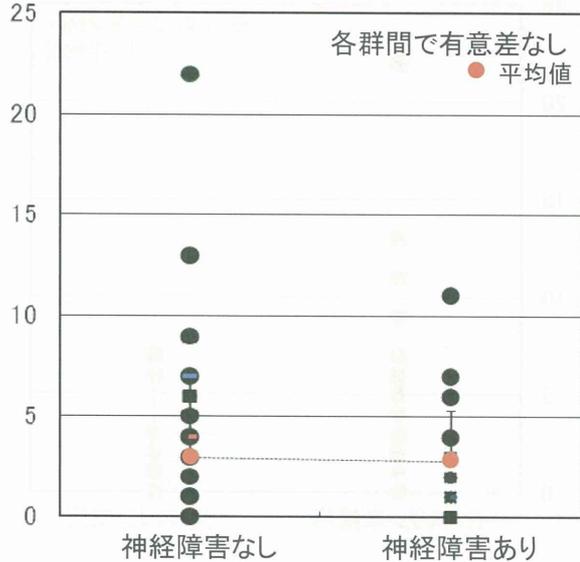


図 5 C 神経障害の有無と PHQ-9 の得点

PHQ-9の得点

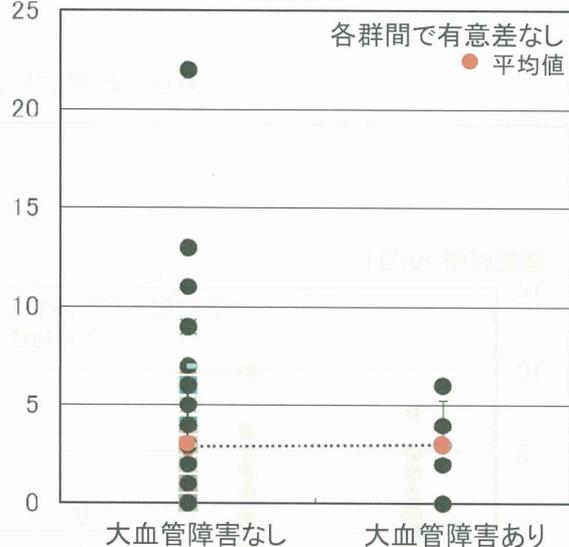


図 5 D 大血管障害の有無と PHQ-9 の得点

図 5 合併症と PHQ-9 の得点

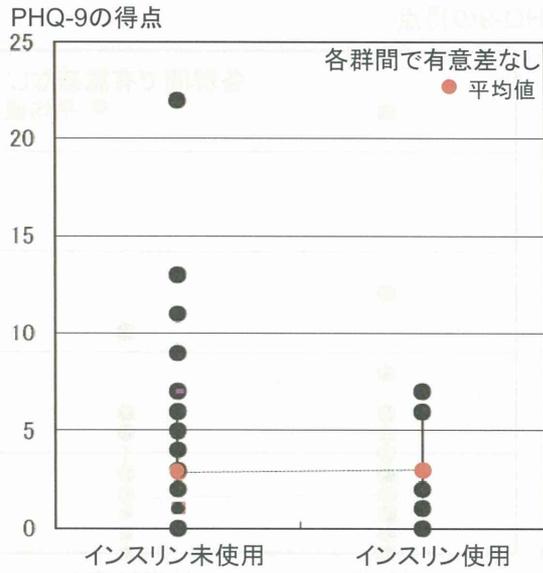


図 6 A インスリン使用の有無と PHQ-9 の得点

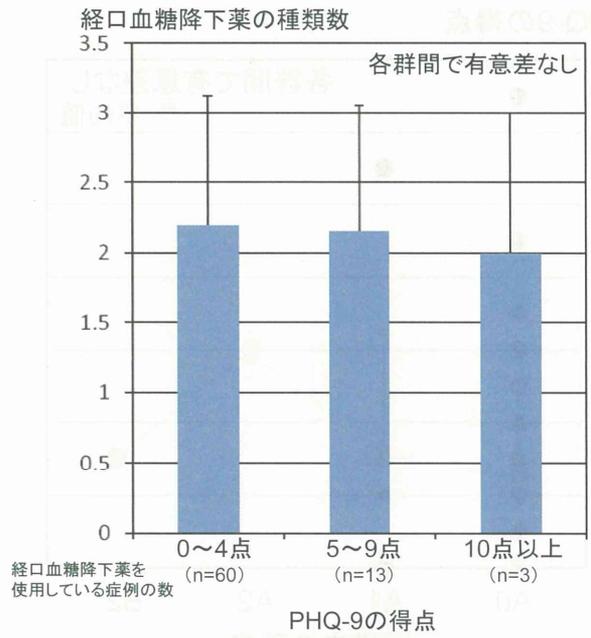


図 6 B PHQ-9 の得点と 経口血糖降下薬の種類数

図 6 糖尿病の治療と PHQ-9 の得点

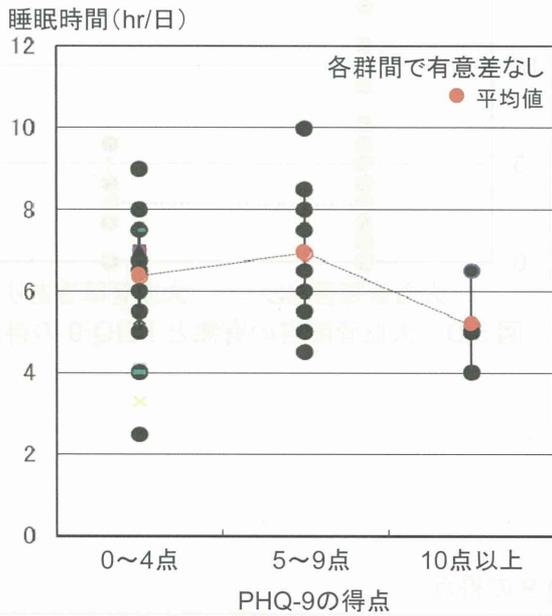


図 7 PHQ-9 の得点と睡眠時間

PHQ-9の得点

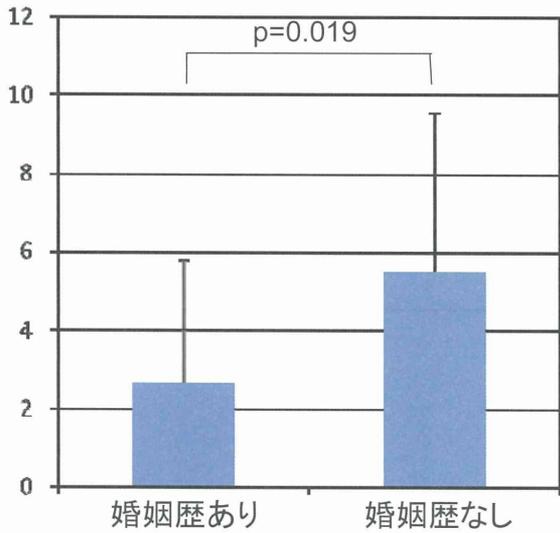


図8A 婚姻歴の有無と PHQ-9 の得点

PHQ-9の得点

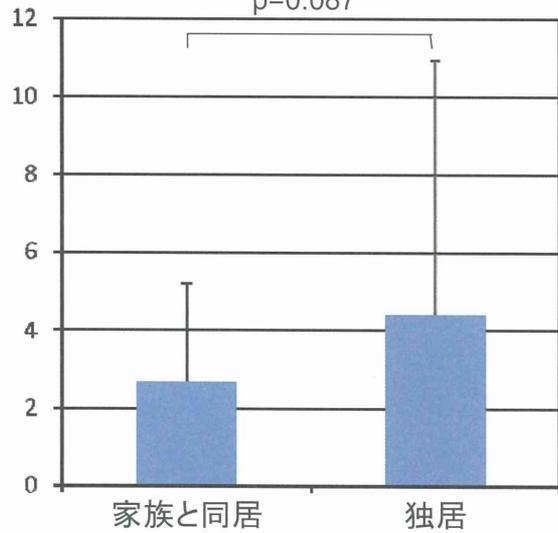
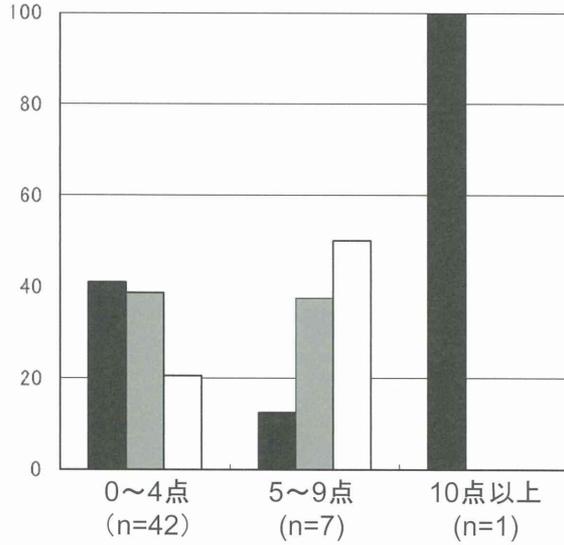


図8B 同居家族の有無と PHQ-9 の得点

現在の喫煙者
 過去の喫煙者
 非喫煙者

(%)

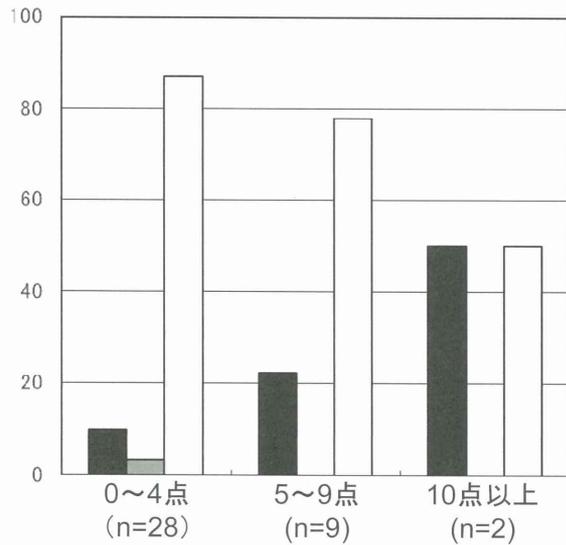
男性



PHQ-9の得点

(%)

女性



PHQ-9の得点

図8C PHQ-9 の得点と喫煙歴

図8 人口統計学的データと PHQ-9 の得点

表3 PHQ-9 と SCID の結果

		SCID	
		現在のうつ病エピソードを認めない	現在のうつ病エピソードを認める
PHQ-9	0～9点	66	0
	10点以上	2	1

※ 平成23年1月～11月8日の間に調査を実施した69例についての結果である。
 なお、SCIDにて過去のうつ病エピソードありと判断された症例が9例（うち1例は現在のうつ病性エピソードも陽性）含まれていた。

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、本研究に参加した中国地方 5 県 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。④SDS の希死念慮スコア（第 19 項目：1-4 点で高得点ほど希死念慮が強いと評価する）によるサブ解析を行ない得た 415 例（男性 176 例、女性 239 例、平均年齢 47.0 歳：20-93 歳）においては、20 歳代と 70 歳以上で 3-4 点が多い傾向があり、SDS の希死念慮スコアは、SDS 総得点 50 点以上の患者において 4 点との回答が 10.0%と 49 点以下の患者に比べて有意に多く、また TDSS 医師評価で中等症以上のうつ状態とみなされた患者において 4 点との回答が 16.0%と他の患者に比べて有意に多かった。**まとめ**：地域基幹病院総合診療科の初診患者においては、医師による TDSS（2 項目質問法）によればその 12.4%がうつ病ないし中等度以上のうつ状態にあると推定された。またスクリーニング方法として用いた TDSS（2 項目質問法）と SDS（20 項目の自己評価式抑うつ性尺度）のスコアが高い相関を示したことから、TDSS（2 項目質問法）は繁忙なプライマリ・ケア領域においてもじゅうぶん施行可能かつ有用なツールであることが明らかになった。さらに、TDSS（2 項目質問法）によって 2 項目とも陽性の患者において希死念慮が明らかに多く認められたことから、こうした患者については自殺未遂に対する注意を怠らぬよう特段の慎重な対応が必要であるものと思慮された。

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探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。

本研究においては、SDS における患者の申告による自己評価、および TDSS における医師に

よる評価を合わせて、うつ状態の有病率を推定した。

ところで、うつ病の診断・治療において自殺ハイリスク者の同定に不可欠の重要な症状の一つが希死念慮である。

SDS では「自分が死んだほうが、ほかの者は楽に暮らせると思う」という第 19 項目において、「ないかたまたま」「ときどき」「かなりのあいだ」「ほとんどいつも」の 4 段階 (1-4 点) で、高得点ほど希死念慮が強いと評価して、希死念慮をスクリーニングすることになっている。

本研究では、SDS における希死念慮スコアと SDS 総スコアおよび TDSS スコアとの関連についてもサブ解析を行った。

(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

1. 中国地方 5 県 7 施設の総合診療科およびプライマリ・ケア医の初診患者における抑うつのスクリーニング

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%)、欠損データのな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、SDS40 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)。

2. 中国地方 4 県 5 施設の総合診療科初診患者における抑うつスコアと希死念慮の関連

対象となった 539 例 (表 4) のうち 470 例から本調査への参加同意が得られ (参加率 87.2%)、欠損データのない 415 例を解析対象とした (実施率 77.0%) (図 7)。解析対象の属性は、男性 176 例、女性 239 例、平均年齢 47.0 歳 (20-93 歳) であった。

SDS による患者の自己評価では、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%、全体の 16.9%に認められた (図 8)。

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 6.0%に認められた (図 8)。

SDS の第 19 項目における希死念慮スコアは、20 歳代と 70 歳以上で 3-4 点が多い傾向があった (図 9)。

SDS 総スコア 50 点以上の患者においては、希死念慮スコア 4 点との回答が 10.0%と、49 点以下の患者に比べて有意に多かった (図 10)。

TDSS 医師評価で中等症以上のうつ状態とみなされた患者においても、希死念慮スコア 4 点との回答が 16.0%と、他の患者に比べて有意に多かった (図 11)。

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た。

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。

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。

また、うつ状態にあって希死念慮を訴える患者に対しては、自殺未遂のハイリスク者として真剣な対応が求められることは周知であるが、本研究のサブ解析においても、SDS 総得点 50 点以上(中等症以上のうつ状態)の患者に希死念慮が多く認められたことから、こうした患者の自殺未遂に対して十分な注意を払う必要があることがあらためて確認された。

さらに、簡便に施行可能な TDSS (2 項目質問法)によって 2 項目とも陽性の患者において希死念慮が多く認められたことから、これらの患者についても自殺未遂に対する注意を怠らない慎重な対応が求められる。

E. 結論

プライマリ・ケア領域において、精神科非専門医にも簡便に施行可能な東大式うつ病重症度スケール(TDSS; 2 項目質問法)は、うつ病ないし中等度以上のうつ状態のスクリーニングに有用であるばかりでなく、希死念慮を有する自殺ハイリスク者のスクリーニングにも有用である。

<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:糖尿病,高脂血症,内分泌疾患. 日本総合病院精神医学会治療指針(5)向精神薬・身体疾患治療薬の相互作用に関する指針(日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会編), pp.35-44, 星和書店, 東京, 2011
- 2) 佐伯俊成, 他:せん妄. やさしく学べる最新緩和医療 Q&A(江口研二, 余宮きのみ編). がん治療レクチャー2(3): 583-588, 2011
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 佐伯俊成, 他:精神的側面からみた膵・胆道癌緩和医療. 胆と膵 31: 55-59, 2010
- 8) 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
- 9) 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
- 10) 佐伯俊成:高齢者における睡眠薬の使い方. ねむりと医療 2:77-80, 2009
- 11) 佐伯俊成, 他:高齢者のうつ病と身体疾患. 老年医学 47:1449-1452, 2009
- 12) 佐伯俊成:うつ病が身体疾患の発症・経過・予後に及ぼす影響. PROGRESS IN MEDICINE 29:2353-2355,2009
- 13) 佐伯俊成, 他:広島大学病院総合診療科における心のケア. 心療内科 13, 450-454, 2009
- 14) 佐伯俊成, 高石美樹, 他:医師は患者の心の痛みはどう対応すべきか. 臨床腫瘍プラクティス 5:113-116, 2009
- 15) 佐伯俊成, 他:せん妄. 治療増刊号 91(4): 1267-1271, 2009

- 16) 佐伯俊成, 他: 不眠. 緩和医療学 11: 167-169, 2009
2. 学会発表
- 1) 佐伯俊成: 医療における「影響力」～人はなぜ動かされるのか?～. 日本プライマリ・ケア連合学会第3回秋季生涯教育セミナー ワークショップ 19, 大阪市, 2011年11月
 - 2) 佐伯俊成: 消化器がん患者のストレス・マネジメントー何はなくともまず睡眠!ー. 第77回消化器心身医学研究会学術集会シンポジウム「消化器がん患者における心身医学的アプローチのあり方」, 福岡市, 2011年10月
 - 3) 石田亮子, 佐伯俊成, 他: 非定型抗精神病薬プロナサンセリンが著効した心因性嘔気 の1例. 第77回消化器心身医学研究会学術集会, 福岡市, 2011年10月
 - 4) 佐伯俊成: 臨床薬剤師が知っておきたい精神症状の初期対応ー何はなくともまず睡眠!ー. 第5回日本緩和医療薬学会年会シンポジウム 12「必要とされる薬剤師を目指して～患者の精神症状に対して薬剤師ができること, すべきこと～」, 千葉市, 2011年9月
 - 5) Saeki T, et al: Family functioning as a correlated factor with quality of life in patients with type 2 diabetes. The 21st World Congress on Psychosomatic Medicine, Seoul, Korea, August 25-28, 2011
 - 6) 佐伯俊成: プライマリ・ケア医のためのうつ・不安の診かたーSSRI はどこまで必要か?ー. 第2回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会ワークショップ 15「プライマリ・ケア医とうつ病」, 札幌市, 2011年7月
 - 7) Asukai N, Saeki T, et al: Contributing Factors to Psychological Consequences in Hiroshima A-Bomb Survivors -63 years after. 12th European Conference on Traumatic Stress Vienna, Austria, June 2-5, 2011
 - 8) Yoshimoto T, Saeki T, et al: ALPHA (Algorithm with the Lists for Palliation by the Helping Analgesia) for palliative care team: a consistency, multicenter, preliminary study in Japan. 12th Congress of the European Association for Palliative Care, Lisbon, Portugal, May 18-21, 2011
 - 9) 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, 仙台市, 2011年2月
 - 10) 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
 - 11) 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ー日常の接し方, 情報開示のあり方ー. 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
 - 12) 佐伯俊成, 田妻 進, 他: 広島大学病院総合診療科における心療内科外来の現況. 第1回病院総合診療医学会, 福岡市, 2010年2月
 - 13) 佐伯俊成: 内分泌代謝疾患における薬剤相互作用. 第22回日本総合病院精神医学会シンポジウム 1「リエゾン活動のための各種身体疾患治療薬と向精神薬との相互作用」, 大阪市, 2009年11月
 - 14) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理社会的要因ー教育入院後の追跡研究ー. 第22回日本総合病院精神医学会, 大阪市, 2009年11月
 - 15) 佐伯俊成: オピオイドの嘔気・嘔吐対策による副作用ー忘れてはならない抗精神病薬による錐体外路症状ー. 第3回日本緩和医療薬学会年会シンポジウム 2「がん疼痛治療における副作用対策ーオピオイドを中心にー」, 横浜市, 2009年10月
 - 16) 佐伯俊成: 臨床医なら知っておきたい慢性疼痛マネジメント+(プラス)ー向精神薬処方と患者コミュニケーションの最適化ー. 日本臨床麻酔学会第29回大会教育セミナーL7, 浜松市, 2009年10月
 - 17) 佐伯俊成: 精神的葛藤とがん告知ー情報開示がすべてを決めるー. 第47回日本癌治療学会総会 教育セミナー「がん治療認定医機構のセミナーで, もう少し時間をかけて欲しかった領域を学ぶ」, 横浜市, 2009年10月
 - 18) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因ー教育入院 6ヶ月後の追跡研究ー. 第105回日本精神神経学会, 神戸市, 2009年8月
 - 19) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因ー教育入院 6ヶ月後の追跡研究ー. 第50回日本心身医学会, 東京都, 2009年6月

- 20) 佐伯俊成:がん性疼痛治療に際して評価すべき精神的側面～知っておきたい診たてのポイントと対応のコツ～. 第 14 回日本緩和医療学会学術大会シンポジウム 1「満足できる, 質の高いがん性疼痛治療を考える」, 大阪市, 2009 年 6 月
- 21) 佐伯俊成:緩和医療における家族支援—心理社会的介入の効果, コミュニケーションのあり方—. 日本家族研究・家族療法学会第 26 回大会ワークショップ「緩和医療における家族支援」, 広島市, 2009 年 6 月
- 22) 佐伯俊成:一般医が知っておきたい不眠治療の基本技術—睡眠衛生指導のコツと睡眠薬処方最適化—. 第 5 回日本疲労学会ランチョンセミナー, 福岡市, 2009 年 5 月
- 23) 高石美樹, 佐伯俊成, 他:2 型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因(第 3 報):教育入院 6 ヶ月後の追跡研究. 第 52 回日本糖尿病学会, 大阪市, 2009 年 5 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..... 楽に暮らせると思う	1	2	3	4
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」

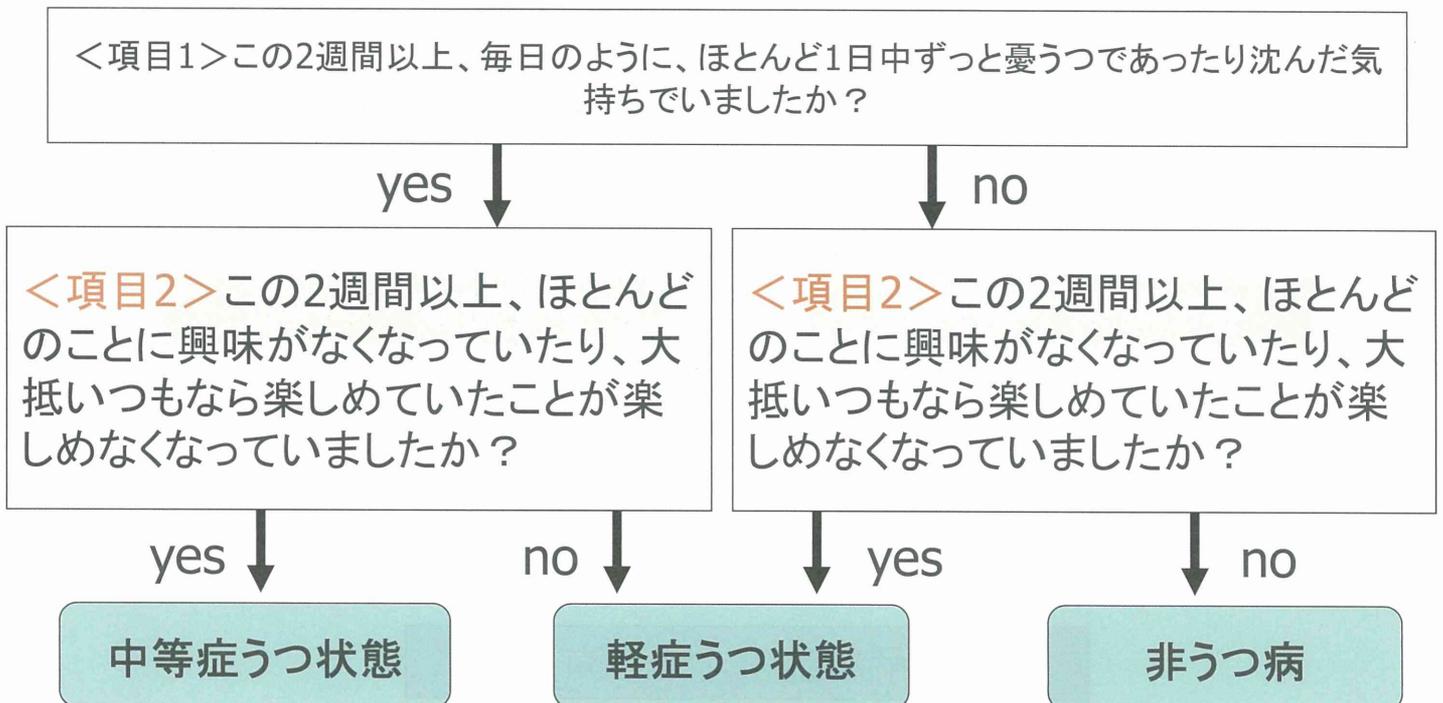


表2. 研究施設と対象症例数

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. サンプリングの経緯

