

最終試験の結果の要旨

(様式 14)

報告番号	総研第	481号	学位申請者	齊之平 真弓
審査委員	主査	浅川 明弘	学位	博士 (医学)
	副査	佐野 輝	副査	黒野 祐
	副査	下堂 蘭 患	副査	中尾 久美子

主査および副査の5名は、平成30年8月8日、学位申請者齊之平 真弓 君に面接し、学位申請論文の内容につき説明を求めると共に、関連事項について試問を行った

質問1) 不安/うつ傾向の評価はハミルトンうつ病評価尺度やハミルトン不安評価尺度等が用いられることが多いが、自記式の主観的評価である HADS 質問票を用いた理由はあったのか。

(回答) 今回の調査では、不安/うつ傾向調査以外に視覚関連 QOL、社会経済要因調査があり、できるだけ患者の負担を少なくする事を考慮し、質問数が少なくスクリーニング機能もある HADS を選択した。

質問2) 不安、うつは女性が男性の2倍多いと言われている。今回の研究では男女での性差はあったのか。

(回答) 今回の症例では、不安は女性が多く (P=0.0097)、うつは男女で有意差がなかった (P=0.75)。

質問3) うつには好発年齢としての初老期うつもありうるので、年齢的な関連はどうか。

(回答) 今回は十分に調査していないが、年齢と不安 (r=-0.10) とうつ (r=0.13) の明らかな相関はなかった。

質問4) 光覚 (-) の人は日照時間の減少が引き金となる冬季うつ病と同一機序の原因も考えられるのではないのか。

(回答) 今回の結果で HADS-D と視機能には相関があり、視機能低下、すなわち目の中に入る光量の減少が体内時計を狂わせ、うつに関連していた可能性があったかも知れない。しかし、冬季うつ病では睡眠時間が長くなる傾向だが、網膜色素変性患者では不眠が多いのでそこが相違点である。

質問5) 対象者の年齢が20歳から90歳で幅広いが、発症時期で不安やうつが異なるのではないのか。

(回答) 社会経済要因として、診断後1年未満と1年以上に分け検討した結果、有意差はなかったが、今後、1年未満、1~10年、10年以上等で詳細に分け検討する必要があると思われた。

質問6) 除外された7名の対象者は向精神薬を服用の既往があったか。

(回答) 1名のみ精神科の受診歴があつて除外した。6名は他の眼疾患合併があり除外した。

質問7) QOL を低下させる具体的な症状はどのようなものか。

(回答) 網膜色素変性の後期には求心性視野狭窄になり、周辺の物や足元が見えなくなるため単独移動が困難になる。今回使用した QOL 調査 (VFQ25) の中の「周辺視力」の質問により、移動に関する QOL が調査でき、今回の「周辺視力」の平均スコアは42.1であった。VFQ25は0点が最低、100点が最高 QOL である。

質問8) 地域差があるのでは。(回答) 各施設で若干症例数に差があつたが地域に分けては今回検討していない。

質問9) 日本網膜色素変性症協会 (JRPS) の活動はどのようなものか。(回答) 現在 JRPS は41支部あり、鹿児島支部会員は110名。2か月に1回患者と家族の交流会を鹿児島市で開催。会員同士の情報交換や QOL 向上を目的としている。更に、本年より鹿児島でアッシュャー症候群のための「アイヤ会」を設立している。

質問10) JRPS に入会した事で不安が解消されたとか、その後のフォローはどうか。

(回答) 今回の研究結果では JRPS 会員の不安は有意に高かつた (P=0.013)、入会後に不安が低下したかの再調査も必要である。質問11) 網膜色素変性の進行は急速であつたり、緩徐であつたりするのか。

最終試験の結果の要旨

(回答) 20-40歳代で病気に気づくことが多い。緩徐進行性で発症から失明まで数十年を要する。

質問 12) 実際の調査で視力障害が高度の方は点字などを使用したか。

(回答) 自分で記入できる方は自己記入し、できない方は代筆した。

質問 13) 対象者は就労支援を受けていたか。(回答) 九州の就労支援施設は福岡視力障害者センターであり、ロービジョンケアでは、就労支援を必要とする患者に情報提供をしている。今回の調査ではロービジョンケアの体験(就労支援情報を含め)がないかで実施した。

質問 14) 盲学校では網膜色素変性児童が少ない印象だが、実際の状況はどうか。

(回答) 現在、鹿児島県立盲学校には24名の生徒が在籍、小学部5名、中学部2名、高等部普通科5名には網膜色素変性はいない。網膜色素変性では盲学校に入学する時期は青年期～中年以降が多い。

質問 15) JRPSのサポート体制で、不安を取り除くカウンセラーの存在や場合によっては心療内科医や精神科へ相談するシステムはあるのか。(回答) JRPSは患者と家族の交流会が主で、ピアカウンセリングが中心である。定期的にJRPSの会に参加し眼科的医療相談を実施している。

質問 16) 網膜色素変性に対する視覚補助具等のロービジョンケアはどのようなものがあるか。

(回答) 羞明に対してまぶしさの原因となる短波長光をカットする「遮光眼鏡」を、夜盲症状には「強力懐中電灯」を勧めている。求心性視野狭窄になった症例には拡大読書器で読字、書字訓練をしている。

質問 17) 視力で小数視力の指数弁はlog MAR視力2.6、光覚(-)は2.9とあるが、その間の視力はどのように計算したか。(回答) 手動弁が2.7、光覚(+)2.8として計算した。

質問 18) 視野でIII/4eを選択した理由は、また見えない対象者はV/4eを代用するのはどうか。

(回答) 今回、機能的視覚スコア(Functional Vision Score:FVS)にて視機能評価をした。FVSはIII/4eが基準であるが、III/4eを計測していない症例はV/4eとI/4eの中間値で代用した。

質問 19) 論文のTable3のDiagnosisは罹病期間の事であるか。(回答) 罹病期間の事である。

質問 20) 年齢と罹病期間は関係があるか。緑内障の研究では年齢と関係があったが、網膜色素変性では診断直後では不安が強く、経過に連れてうつが強くなるのではないか。

(回答) 今回の症例では、年齢と不安($r=0.10$)とうつ($r=0.13$)の相関はなかった。

質問 21) 加齢黄斑変性を比較して、網膜色素変性の特徴はあったか。

(回答) 海外では加齢黄斑変性が多く、心理研究が進んでいて不安は9.6~30%、うつは15.7~44%との報告がある。見たいところが見えない加齢黄斑変性に比較し、徐々に視野狭窄が進行していく網膜色素変性は順応もあるせいか、有症状の割合は高くはなかった。

質問 22) 実際の症例では、どれくらいの視機能状態になったら精神的援助を考えたらいいのか。

(回答) 回帰分析より、良好眼の小数視力が0.1以下をうつ傾向の目安と考える。

質問 23) VFQ25で「目の痛み」を削除していたが、網膜色素変性では目の痛みはあるのか。(回答) 網膜疾患であり、痛みはない性質である。

質問 24) 社会経済要因調査で重病の既往に、自己免疫疾患や外傷、その他の疾患は入れなかったのか。

(回答) 様々な疾患を不安/うつの要因として考慮すべきであるが、今回の調査では不安/うつ傾向調査以外に視覚関連QOL調査があり、患者の負担を考え、癌、心疾患、脳梗塞、パーキンソン病の既往を調査とした。

質問 25) 不安が高いから、情報を希望してJRPSへ参加したと言えるか。(回答) その可能性は高い。

質問 26) その他の眼疾患の心理研究はどれくらい進んでいるか。

(回答) 海外では加齢黄斑変性が多く心理研究が進んでいる。その他、緑内障や眼炎症疾患、ドライアイ、糖尿病網膜症等の調査結果もあるが数は少ない。以上の結果から、5名の審査委員は申請者が大学院博士課程修了者としての学力・識見を有しているものと認め、博士(医学)の学位を与えるに足る資格を有するものと認定した。