

精神疾患簡易構造化面接法the M.I.N.I-International Neuropsychiatric Interview を用いた口腔顔面痛患者の初診時の精神医学的診断評価の試み

田中 裕¹⁾、村松公美子^{2),3)}、村松 芳幸^{3),4)}、真島 一郎³⁾、藤村 健夫³⁾
清水 夏恵³⁾、清野 洋³⁾、吉嶺 文俊³⁾、櫻井 浩治⁵⁾、瀬尾 憲司¹⁾
宮岡 等⁶⁾

- 1) 新潟大学大学院医歯学総合研究科 口腔生命科学専攻顎顔面再建学講座 歯科麻酔学分野
- 2) 新潟青陵大学大学院 臨床心理学研究科
- 3) 新潟大学大学院医歯学総合研究科生体機能調節医学専攻内部環境医学講座
- 4) 新潟大学医学部保健学科
- 5) 新潟大学
- 6) 北里大学医学部精神科

キーワード：口腔顔面痛、慢性疼痛、精神疾患簡易構造化面接法、心理尺度、HADs、SSAS、MINI

Trial of Psychiatric Diagnostic Evaluation for Orofacial Pain using the M.I.N.I-International Neuropsychiatric Interview at the First Admission

Yutaka TANAKA¹⁾, Kumiko MURAMATSU^{2),3)}, Yoshiyuki MURAMATSU^{2),3)}, Ichiro MASHIMA³⁾
Takeko FUJIMURA³⁾, Natsue SHIMIZU³⁾, Hiroshi SEINO³⁾, Fumitoshi YOSHIMINE³⁾
Koji SAKURAI⁵⁾, Kenji SEO¹⁾, Hitoshi MIYAOKA⁶⁾

- 1) Department of Tissue Regeneration and Reconstruction, Division of Dental Anesthesiology, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Course for Oral Life Science
- 2) Clinical Psychology Course, Graduate School of Niigata, Seiryu University
- 3) Division of Respiratory Medicine, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences
- 4) Faculty of Medicine, School of Health Sciences, Niigata University
- 5) Niigata University
- 6) Department of Psychiatry, Kitasato University School of Medicine

Key words : orofacial pain, chronic pain, The Mini-International Neuropsychiatric Interview, psychological evaluation, psychiatric diagnosis, HADs, SSAS, M.I.N.I

I. はじめに

近年、口腔顔面領域の疾患に心理的要因が関与する病態は増加してきており、歯科医療の現場においても心身医学的な診断および対応の重要性はますます増加してきている^{1,2)}。そのため当科では平成12年4月に歯科麻酔科診療室内に院内特殊外来として歯科心身医学外来を開設し現在まで本学医学部心療内科外来の協力のもと、診療を行っている^{3,4,5)}。当科外来を初診したいわゆる歯科心身症患者の身体愁訴に

対する心理的要因の関与については、これまで複数の心理テストを用いた検討を行ってきたが^{5,6)}、歯科心身症患者のうち特に口腔顔面領域の慢性疼痛疾患患者では、そのほとんどが身体愁訴としての“痛み”のみを訴え続けることから、自己記入式質問票の心理検査（心理尺度）や通常の間診だけでは病態に関与する心理的要因を明らかにすることは非常に困難であることが多い。そこで今回、当科外来を受診する患者のうち、特に口腔顔面痛患者の身体愁訴に対する心理的要因の関与についてさらなる検討を

行うことを目的として、精神疾患簡易構造化面接法であるThe Mini-International Neuropsychiatric Interview (以下、M.I.N.I.)^{7,8)}を適応した調査検討を行ったので報告する。

II. 研究方法

1. 調査対象

調査対象は、2011年4月～2013年3月までの2年間にA病院歯科麻酔科診療室を、口腔顔面領域の疼痛を主訴に初診した患者のうち、初診時に口頭および書面にて本研究に同意の得られた病歴期間6か月以上の慢性口腔顔面痛患者とした。

2. 調査方法

主訴の身体症状に関しては、初診時から当科治療開始までの間に、問診、歯科的診査、X線検査、CT・MRI検査、血液検査などの各種検査、さらに診断的神経ブロック注射などを実施し、各検査の結果を臨床経験20年以上の2名の日本歯科麻酔学会専門医が検討を行い、歯科医学的診断を確定した。さらに疼痛の強さをVisual Analogue Scale (以下、VAS)にて評価した。

一方、心理的因子の調査については、初診時にHospital Anxiety and Depression scale (以下、HADS) 日本語版^{9,10)}、Somatosensory Amplification Scale (以下、SSAS) 日本語版^{11,12)}の自己記入式質問票の心理尺度を実施した。さらに精神疾患の診断名の調査に対しては、ICD-10、DSM-IV-TRによる精神疾患の診断精神疾患簡易構造化面接法のM.I.N.I.を実施した。M.I.N.I.の実施は、まず初診時にM.I.N.I.およびM.I.N.I.-plusに含まれている全23項目の疾患のうち、プライマリケアの現場で遭遇する可能性の高い9項目(A. 大うつ病エピソード(現在・過去)、B. 気分変調症(最近2年間)、D. 躁病エピソード、E. パニック障害、F. 広場恐怖、O. 全般性不安障害、R-1. 身体化障害、R-2. 身体表現性障害、S. 心気症)、計10問による自己記入式質問票のM.I.N.I.スクリーンを調査し、これらの質問項目に該当(「はい」の回答項目)の患者に対して、その該当モジュールの簡易構造化面接を実施し、精神医学的診断を評価した。使用した心理尺度のHADS日本語版¹⁰⁾、SSAS日本語版¹²⁾、M.I.N.I.日本語版⁸⁾は、いずれも信頼性・妥当性において有用性が報告されている。なお、M.I.N.I.を用いた簡易構造化面接は臨床経験20年以上の1名の日本心

療内科学会登録医が全例に実施した。

3. データ解析

統計処理は、STAT FLEX6.0 for Window (アーテック社)を用い、調査結果は中央値(四分位偏差)で示した。3群間以上の検定には、Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance on Ranksを用い、有意差がみられた項目に関してはBonferroniの補正法を用いてMann-Whitney Rank Sum Testを行い、各群間の検定を行った。さらに、疼痛VASと各心理尺度との相関関係は、Spearman Rank Order Correlation with Bonferroni correctionを用いて検定を行った。統計結果は両群検定でBonferroni補正後の危険率が5%未満を有意差ありと判定した。

4. 本研究における倫理的配慮

本研究を行うにあたり、新潟大学歯学部倫理委員会の承認を受け(新潟大学22-R34-11-03)、研究開始前に患者には口頭および書面にて本研究の趣旨を説明し、本調査に同意が得られ、同意書を作成した患者を対象として調査を行った。さらに調査開始後も患者が調査を拒否した場合には中止とし、研究対象から除外した。なお、調査結果は、個人が特定できないよう配慮した。

III. 結果

1. 対象患者の歯科診断 (Table.1,2)

2011年4月～2013年3月までの2年間にA病院歯科麻酔科診療室を初診した口腔顔面領域の疼痛患者のうち、初診時に口頭および書面にて本研究に同意が得られ、かつM.I.N.I.を含むすべての調査項目を実施することが出来た口腔顔面痛患者、男性2例、女性39例、計41例(平均年齢 52.2 ± 13.8 歳(mean \pm SD))を対象とした。

歯科診断は、顎関節症(以下TMD群)12例(29.3%)、舌痛症(以下、GD群)11例(26.8%)、非定型顔面痛(以下、AFP群)9例(22.0%)、末梢神経障害性疼痛(以下、PNP群)9例(22.0%)の4群に分けられた。この歯科診断による4群のうち、TMD群、G群、AFP群の3群はいずれも疼痛の発症原因は不確定であり、さらに疼痛の器質的原因も精査により確定できなかった。一方PNP群では疼痛発症の原因が全例抜歯や手術などの外科処置によるものであり、疼痛の器質的原因が確定された。4群の

Table.1 対象患者内訳および各心理尺度の結果

	発症原因	器質的疼痛原因	症例数(例)	年齢(歳)	疼痛VAS(mm)	HADs不安(点)	HADs抑うつ(点)	SSAS(点)
TMD群(顎関節症)	不明	無	12	40.0 (11.6)	70.0 (15.6)	4.0 (3.3)	5.0 (2.4)	26.5 (6.3)
GD群(舌痛症)	不明	無	11	65.0 (3.5) ^{*1}	60.0 (15.0)	5.0 (1.3)	2.0 (2.3)	23.0 (1.8)
AFP群(非定型顔面痛)	不明	無	9	48.0 (10.5)	80.0 (0.0) ^{*2}	5.0 (2.0)	7.0 (4.5)	29.0 (2.0)
PNP群(末梢神経障害性疼痛)	有	有	9	51.0 (8.0)	50.0 (0.0)	3.0 (1.5)	3.0 (2.0)	25.0 (1.5)
			41	53.0 (12.0)	70.0 (15.0)	5.0 (2.0)	5.0 (2.5)	26.0 (4.0)

- ※1) 中央値(Q)、Q:四分位偏差
 2) VAS: Visual Analogue Scale
 3) HADs: Hospital Anxiety and Depression scale
 4) SSAS: Somatoensory Amplificatioin Scale
 5) データ解析: Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance on Ranks
 Mann-Whitney Rank Sum Test with Bonferroni correction
 6) *1: GD群 v.s TMD群 (P<0.05) (Bonferroni補正後)
 GD群 v.s PNP群 (P<0.05) (Bonferroni補正後)
 *2: AFP群 v.s PNP群 (P<0.05) (Bonferroni補正後)

Table.2 疼痛VASおよび各心理尺度の相関関係

	疼痛VAS	HADs不安	HADs抑うつ	SSAS
疼痛VAS		-0.02	0.27	0.07
HADs不安			0.69 **	0.43 *
HADs抑うつ				0.42 *
SSAS				

- 1) VAS: Visual Analogue Scale
 2) データ解析: Spearman Rank Order Correlation with Bonferroni correction
 3) * : P<0.05 (Bonferroni補正後)
 ** : P<0.01 (Bonferroni補正後)

うち年齢においてGD群とTMD群、およびGD群とPNP群との間に有意差がみられていたが (P<0.05)、その他各群間の年齢に有意差はみられなかった。疼痛評価においては、AFP群がVAS 80.0mmと最も強く、PNP群が50.0mmと最も弱く、AFP群とPNP群の間に有意差がみられたが、その他の3郡間に有意差はみられなかった。また各群の心理尺度結果では、HADs、SSASともに4群間に有意差はみられなかったが、HADsの不安・抑うつ得点、SSASの得点のいずれもAFP群が4郡の中で最も得点が高い傾向がみられた。なお、各心理尺度間には有意な相関関係がみられたものの、疼痛VASと各心理尺度の間には明らかな相関はみられなかった。

2. M.I.N.I.スクリーン結果、およびM.I.N.I.による精神医学的診断評価 (Table.3,4)

M.I.N.I.スクリーンの結果では、全41例中27例(65.9%)の患者において陽性反応を示した。特にAFP群では、9例中8例(88.9%)と最も陽性率が高く、逆にPNP群では、9例中3例(33.3%)と最も陽性率が低かった。(Table.3)

Table.3 M.I.N.I.スクリーン調査結果

	陽性者数(例)	要請項目数
TMD群(顎関節症)	8 (66.7%)	1.0 (2.1)
GD群(舌痛症)	8 (72.7%)	2.0 (1.3)
AFP群(非定型顔面痛)	8 (88.9%)	3.0 (1.5)
PNP群(末梢神経障害性疼痛)	3 (33.3%)	0.0 (1.0)
計	27 (65.9%)	2.0 (1.5)

- ※1) 陽性項目数: 中央値(Q)、Q:四分位偏差

次にM.I.N.I.の結果としては、スクリーン陽性者27例中23例(85.2%)に精神医学的診断が評価され、全41例中の56.1%を占めていた。各診断別では、TMD群が診断確定7例で、スクリーン陽性者の87.5%(全12例中58.3%)、AFP群が診断確定7例で、スクリーン陽性者の87.5%(全9例中77.7%)、GD群が診断確定8例で、スクリーン陽性者の100%(全11例中72.7%)、PNP群が診断確定1例で、スクリーン陽性者の100%(全9例中33.3%)であった。

一方M.I.N.I.による精神医学的診断評価では、身体表現性障害が12例と最も多く、次いでパニック障害5例、大うつ病性障害4例が多くみられた。(Table.4)

Table.4 M.I.N.I.-Plusによる診断評価

	M.I.N.I.による診断確定者数 (例)	精神医学的診断名	(例)
TMD群 (顎関節症)	7 (87.5%)	身体表現性障害 パニック障害 気分変調症	4 2 1
GD群 (舌痛症)	8 (100%)	身体表現性障害 大うつ病性障害 心気症 パニック障害 全般性不安障害	4 1 1 1 1
AFP群 (非定型顔面痛)	7 (87.5%) (診断重複: 2例)	身体表現性障害 大うつ病性障害 気分変調症 パニック障害 広場恐怖	4 3 1 1 1
PNP群 (末梢神経障害性疼痛)	1 (33.3%)	パニック障害	1
計	23 (56.1%)		25

※ () 内は全41例に対する割合 (%)

3. M.I.N.I.-Plus診断評価と各心理尺度の関係 (Table.5)

M.I.N.I.-Plusにより精神医学的診断について評価された25例 (重複症例2例含む) について、身体表現性障害群 (鑑別不能型/多発性身体表現性障害、心気症)、不安障害群 (パニック障害、広場恐怖、全般性不安障害)、気分障害群 (大うつ病性障害、気分変調症) の3群に分類し、各群の心理テスト結果を検討した。身体表現性障害群は13例 (52.0%) で最も多く、不安障害群と気分障害群がそれぞれ6例 (24.0%) であった。各群の心理尺度の結果では、HADs、SSASともに3群間に有意差はみられなかったが、HADs不安得点と抑うつ得点、およびSSASのいずれも気分障害群が最も得点が高かった。その一方、身体表現性障害群はいずれの心理尺度においても最も得点が低かった。

IV. 考察

心理的因子が慢性疼痛に関与するということはよ

く知られている¹³⁾、歯科領域においても口腔顔面領域の疼痛に心理的因子が関与している病態は多い^{12,14,15)}。しかし、歯科を受診する口腔顔面痛患者の多くは“痛み”という身体症状のみを訴え続け、その痛みの原因は歯科疾患にあるという意識が強く、病態に関与する心理的因子の存在に関しては否定的である^{3,5)}。そのため痛みの病態に関与する心理的因子の検索は非常に困難であることが多い。したがって心理テストによる調査は、患者の心理的因子の評価法としては有用であり、当科でもこれまで検討を行ってきた⁵⁾。しかし心理テストの結果に対して、問診時の患者の印象や臨床症状が合致しないことも少なくなく、さらに身体症状により心理的因子は表面化しにくいことが多いため、プライマリケアの現場においては、自己記入式質問票の心理尺度と一般的な治療時の問診だけでは精神医学的な診断や心理的因子の検索を行うことは困難である¹⁶⁾。一方M.I.N.I.は評価者による判定のばらつきを可能な限り少なくし、かつ短時間で施行可能とした精神疾患簡易構造化面接法であ

Table.5 M.I.N.I.-Plusによる精神医学的診断評価と各心理尺度の関係 (診断重複症例含む全25例)

	症例数 (例)	年齢 (歳)	HADs不安 (点)	HADs抑うつ (点)	SSAS (点)
身体表現性障害 (鑑別不能型/多発性身体表現性障害、心気症)	13	59.0 (13.0)	5.0 (1.0)	4.0 (2.0)	24.0 (4.0)
不安障害 (パニック障害、広場恐怖、全般性不安障害)	6	41.0 (3.3)	6.0 (2.9)	5.5 (2.0)	29.0 (2.1)
気分障害 (大うつ病性障害、気分変調症)	6	46.5 (7.5)	9.0 (1.9)	12.0 (2.1)	29.0 (3.3)

※1) 中央値 (Q)、Q: 四分位偏差

2) データ解析: Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance on Ranks
Mann-Whitney Rank Sum Test with Bonferroni correction

り、プライマリケアの診断スクリーニングや精神疾患の診断に有用な方法である^{17,18,19)}。そこで今回M.I.N.I.を歯科の臨床の現場に応用し、口腔顔面痛患者の心理的因子のさらなる検討を行うとともに、精神医学的診断評価を試みた。

1. 歯科診断と、各心理尺度、M.I.N.I.との関係性

M.I.N.I.による検討に先立ち、歯科診断名によって分けた4群と、各心理尺度、M.I.N.I.の関係を評価した。その結果歯科診断毎の各心理尺度結果にはばらつきが大きく、有意差はみられなかった。さらにM.I.N.I.においても、各歯科診断の4群全てにおいて身体表現性障害が最も多くみられ、歯科診断と各心理尺度およびM.I.N.I.の間には明らかな関係性はみられなかった。一般に慢性疼痛患者においては、うつ状態の併存が多いことが報告されているが^{13,20)}、今回調査した患者では、大うつ病性障害は4例と比較的少なく、これらの結果より原因不明の痛みを訴える口腔顔面痛患者に対しては、歯科診断と精神医学的診断が1対1対応のような単純な病態でないということを歯科医は改めて理解するとともに、歯科診断と合わせて、精神医学的な診断の両面からの多軸診断が病態解明において非常に重要であることが示唆された²¹⁾。さらに、今回4群に分けた歯科診断のうち、唯一疼痛の器質的原因が確定したPNP群は、各心理尺度の得点結果およびM.I.N.I.による精神医学的診断がついた症例数が、最も低かった。これらのことから、心理尺度の得点が低く、さらにM.I.N.I.による診断が確定しなかった口腔顔面痛患者では、心理的因子よりも、器質的要因によって疼痛が生じている可能性があることが示唆され、器質的疼痛原因の有無の検索の1つの判断材料としてもM.I.N.I.評価が有用になる可能性も示唆された。

2. M.I.N.I.による精神医学的診断評価と各心理尺度との関係性

M.I.N.I.による精神医学的診断評価と各心理尺度の関係に関しては、まず大うつ病性障害を含む気分障害群において、HADsの不安・抑うつ得点、およびとSSAS得点がともに高い得点を示していた。今回心理尺度として使用したHADsは、身体症状や器質的疾患の有無・程度にかかわらずに、患者の不安・抑うつを評価する心理尺度として有用な評価法であるといわれている^{9,10)}。今回の対象症例においても、気分障害の評価にHADsは有用であることが示唆された。

一方、パニック障害と身体表現性障害群（鑑別不能型/多発性身体表現性障害、心気症）においては、HADs、SSASともに明らかな傾向はみられなかった。特に身体表現性障害群に関しては、今回の調査においても最も多くみられた精神医学的診断評価であったが、HADs、SSASともに低い得点を示す結果となった。したがって、HADsのような不安症状やうつ症状についてのみをアセスメントする自己記入式質問票では評価が出来ない病態群であるといえる。または不安症状やうつ症状が陰性の結果であった歯科心身症患者の多くは、この身体表現性障害群である可能性が高く、このようにHADsのような不安症状やうつ症状のみをアセスメントする心理尺度では、評価が困難な病態に対して、身体表現性障害群が含まれるM.I.N.I.-Plusによる簡易構造化面接法を行うことにより、より詳細な病態を把握することが可能であることが示唆された。

3. 本研究の限界性と今後の可能性

今回の調査において、原因不明の口腔顔面痛患者に対してM.I.N.I.を用いることは、病態の診断において、有用であることが示唆された。しかし今回は対象患者が41例と少なかったことから、今後症例を増やし、さらなる検証が必要であると考えられた。さらに、今回は歯科診断に関しては、診断名、発症原因、器質的疼痛原因、そして疼痛VASのみを評価しており、詳細な疼痛の病態や患者の既往歴、病悩期間などを考慮していなかった。そのため今後さらに症例を増やし、歯科診断に関する詳細な検討項目を加味することが今後必要であると考えられた。

なお、現在歯科医療においては、一般的な病態問診は教育されるものの、M.I.N.I.のような精神医学的な面接法に関しては教育を受けていないのが現状である。そのため、今回使用したM.I.N.I.のような簡易構造化面接法は、今後の歯科医学的な医療面接において教育的な意味合いとしても有用であると考えられることから、診療の現場だけでなく歯科教育の現場にも有効活用できる可能性が示唆された。

V. まとめ

今回、A病院歯科麻酔科診療室を初診した口腔顔面痛患者に対してM.I.N.I.による精神疾患簡易構造化面接法(M.I.N.I.)を用いて調査を行った。今回は調査症例も少なかったことから、今後さらなる検討が必

要と考えられたが、M.I.N.I.は比較的簡便な方法であり、プライマリケア歯科臨床の場において精神医学的診断評価を予測し、治療や心療内科・精神科との連携を検討してゆくための有用な資料となりえると考えられた。さらに、歯科医学における教育的な面としても、心身医学的な面を考慮した患者医療面接法の習得のために非常に有用な方法であると考えられた。

VI. 文献

- 1) 豊福 明 (2013) : 歯科心身医学の進歩と課題、心身医学、53(11) : 1011-1017.
- 2) 豊福 明 (2008) : 歯科口腔領域の慢性疼痛-歯科心身症を中心に、ペインクリニック、29 : 392-399.
- 3) 田中 裕・瀬尾憲司・染矢源治 (2001) : 歯科心身医学外来の現況、新潟歯学会雑誌、31 : 195-196.
- 4) 山崎麻衣子・照光 真・田中 裕・弦巻 立・倉田行伸・金丸博子・吉川博之・小玉由記・瀬尾憲司 (2012) : 新潟大学医歯学総合病院歯科麻酔科診療室における平成23年の外来患者の臨床統計的観察、新潟歯学会雑誌、42(2) : 31-35.
- 5) 田中 裕・村松芳幸・真島一郎・片桐敦子・藤村健夫・清水夏恵・斎藤 功・吉嶺文俊・下条文武・村松公美子・櫻井浩治・瀬尾憲司・染矢源治 (2010) : 口腔顔面領域の慢性疼痛患者に対する初診時の心理的因子の検討、心身医学 50(12) : 1187-1196.
- 6) 田中 裕・村松芳幸・真島一郎・片桐敦子・藤村健夫・清水夏恵・斎藤 功・吉嶺文俊・村松公美子・下条文武・櫻井浩治・染矢源治 (2009) : 歯科治療恐怖症の病態に対する心理的因子の傾向についての検討、第1回日本心身医学5学会合同集会抄録集、270.
- 7) David V.Sheehan, Yves Lecrubier著、(大坪天平・宮岡 等・上島国利 訳) : M.I.N.I.—精神疾患簡易構造化面接法 日本語版5.0.0、(改訂版2003)、星和書店、東京.
- 8) Otsubo T, Tanaka K, Koda R, Shinoda J, Sano N, Tanaka S, Aoyama H, Mimura M, Kamijima K. (2005) Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clinical Neurosciense* 59, 517-26.
- 9) Zigmund AS, Snaith RP (1983) : The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67 : 361-370.
- 10) 八田宏之・東あかね・八城博子他 (1998) : 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 : 310-315.
- 11) 村松公美子・宮岡 等・村松芳幸 (2001) : Somatosensory Amplification. *日本心療内科学会誌* 5 : 167-170.
- 12) 村松公美子・宮岡 等・上島国利他 (2001) : Somatosensory Amplification Scale (SSAS) 日本語版の有用性の検討 : *精神科治療学*、16 : 603-605.
- 13) 村上伸治 (2013) : 慢性疼痛における精神科的並存症の治療、*臨床精神医学* 42(6) : 765-769.
- 14) 梅崎陽二郎・豊福 明 (2014) : 歯痛・顎関節痛、東京医科歯科大学大学院歯科心身医学分野、*Modern Physician* 34(1) : 60-62.
- 15) Kino K, Sugisaki M, Ishikawa T, et al (2001) : Preliminary psychologic survey of orofacial outpatients. Part1 : Predictors of anxiety or depression. *J.Orofac Pain*15 : 235-244.
- 16) 本谷 亮・坂野雄二 (2010) : 心理検査(自記式質問紙法)の特徴とその使い方、*Mebio* 27(4) : 30-35.
- 17) 大坪天平 (2004) : 診断面接法 2) 精神疾患簡易構造化面接法 (M.I.N.I.等)、*臨床精神医学* 33 (増刊) : 41-45.
- 18) 大坪天平 (2002) : M.I.N.I.の使い方、*Modern Physician* 22 (9) : 1069-1073.
- 19) 村松公美子 (2006) : プライマリケア医に有用な精神疾患の認識および診断方法、*医学のあゆみ*、219(13) : 905-910.
- 20) 小林如乃・米良仁志・野村 忍 (2013) : 慢性痛患者の原因疾患別にみた心理的評価 : *心身医学* 53(4) : 343-353.
- 21) 稲光哲明 (2009) : 歯科心身症への歯科医のあり方—心療内科医からの提言—、*歯界展望*、113(6) : 1141-1143.