

- 5 竹内龍雄 ハニノク障害の急性期および慢性期治療 精神科治療学 16 77-79, 2001
- 6 竹内龍雄, 他田政俊, 花澤 寿, 他
Paroxetine によるハニノク障害の治療 - ヘンゾシアゼピンとの併用を中心に 臨床精神薬理 5(増刊) 215-224, 2002
- 7 竹内龍雄 パニノク障害の薬物療法と行動療法の併用療法 竹内龍雄, 貝谷久宣, 不安抑うつ臨床研究会編 ハニノク障害セミナー 2002 pp 119-141, 日本評論社, 東京, 2002

パニック障害の身体的・心理的成因の解明と治療カイトラインの策定

パニック障害の受診経路と治療カイトライン策定に関する研究

主任研究者 久保木富房 東京大学大学院医学系研究科ストレス防御 心身医学教授

研究協力者 大野裕(慶應義塾保健管理センター)

藤澤大介(桜ヶ丘記念病院)

中川敦夫(桜ヶ丘記念病院)

抄録

パニック障害の有病率は高く早期発見、早期介入が重要であるか、これまでの研究から、パニック障害をはじめとして精神疾患を有する患者が精神医療を受けるまでに複数の治療機関を経由しており、専門治療への遅れか生じそれか治療予後に好ましくない結果をもたらす可能性が指摘されている。こうした遅れは、診断、主たる症状、受診施設の種類(大学病院/総合病院精神科/単科精神科病院)、施設の特質(地域差、施設とその他の精神科施設との距離など)、精神科専門機関以外での診断・初期治療など、様々な要因が関与すると考えられる。本研究は、パニック障害の受診経路の研究の予備的研究として、若手精神科医の会(代表 中川敦夫)の協力を得て、各受診経路の比率や遅れ、初期治療や告知診断名の違いを明らかにすることを目的とする予備的な調査を行った。その結果、約60%の患者が、精神科専門機関を受診する前に何らかの機関に相談しており、なかでも総合病院・身体科を受診する比率が最も高いことが明らかになった。また、今回の予備的調査から、同様の方法で全国レベルでの調査・研究を行える可能性が高いことが示唆された。こうしたことから、今後は治療の遅れを少なくするための普及啓発活動と、受診時に的確な治療がてきる治療カイトラインの作成が重要であることが示唆された。

I 研究の目的

わか国で行われた「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究」(平成14年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業(主任研究者 吉川武彦))によれば、パニック障害はわか国でも広く認められる精神疾患であることが示されている。これは、WHOの国際的な疫学研究プロジェクトである世界精神保健(WMH)の一貫として行われているわか国で初めての大規模地域疫学調査である。初年度は九州・中四国の合計3地区(2指令都市、1市、1町)を対象に施行され、選挙人名簿から20歳以上の住民を無作為に抽出された者を対象にWHO-CIDI2000版を使用して訪問面接調査を実施

した。回答を得たのは合計1664名(平均回収率56%)であった。

その結果、パニック発作に関しては、現在診断(30日)有病率が0.8%(男性/女性 0.7/1.0)、12ヶ月有病率が2.2%(男性/女性 1.8/2.6)、生涯有病率(調査時点までの有病率)が7.9%(男性/女性 7.0/8.5)であることが明らかになった。パニック障害に関しては、現在診断(30日)が0.2%(男性/女性 0.0/0.4)、12ヶ月有病率が0.5%(男性/女性 0.1/0.8)、生涯有病率が0.9%(男性/女性 0.7/1.1)であった。

この調査でパニック障害と診断された15人中「パニック発作について医者やその他の専門家に相談し

ましたか」という問いに「はい」と答えた人は10名、「これまでに、これらのうちとの専門家に、自分の気分や感情、神経、あるいはアルコールや薬の問題について相談したことありますか」（いずれも複数回答可）に対しては、精神科医か5名、一般開業医あるいはかかりつけ医が3名、循環器医、産婦人科医、泌尿器科医などその他の医者か4名）、心理士か1名、その他か1名で、との専門家にも相談しなかった人も5名いた。

- － 平成14年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究（主任研究者 吉川武彦）
- － 同特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」（主任研究者 川上憲人）

また、不安障害全体を見ると、これまで不安障害にかかった人の内で誰かに相談した人は53名で診断のついた人の36.6%であった。そのうち、相談先か医師であった人が41名（診断のついた人の28.3%）、うち精神科医が24名（16.6%）、一般開業医あるいはかかりつけ医23名（15.9%）、その他の専門家6名（4.1%）、その他の相談先11名（7.6%）であった。

一方、こうした精神疾患に関しては早期発見、早期介入が重要であるとされているか、これまでの研究から、パニック障害をはじめとして精神疾患を有する患者が精神医療を受けるまでに複数の治療機関を経由しており、専門治療への遅れが生じ、それが治療予後に好ましくない影響を与える可能性が指摘されている。こうした遅れは、診断、主たる症状、受診施設の種類（大学病院／総合病院精神科／単科精神科病院）、施設の特質（地域差、施設とその他の精神科施設との距離など）、精神科専門機関以外での診断・初期治療など、様々な要因が関与すると考えられる。

世界保健機構WHOによって1988年に行われたイギリス、スペイン、キューバ、ポルトガル、チェコスロバキア、メキシコ、ケニア、イエメン共和国、インドネシア、インド、パキスタンの多国籍間研究によれば¹、先進国では一般開業医を経由してから精神科専門機関を受診する患者の比率が高く、この経路で受診する患者群は、その他の経路を通して受診した場合と比較して、精神科専門機関への受診が大幅に遅れることか指摘されている。また、主たる症状によっても、精神病症状か主訴の場合は発症から受診までの遅れは短いか、身体症状を主訴とした場合は、受診が大幅に遅れることか指摘されている。スペイン、イタリアで行われた追調査でも同様の結果が得られている²³。日本では、これに該当する先行研究は存在していない。

そこで、パニック障害の受診経路の研究の予備的研究を行った。これは、若手精神科医の会（代表 中川敦夫）の協力を得て、全国レベルでの調査・研究を行うための方法論に関する予備的な調査を行い、受診経路を調へることによって現在の利用システムの問題点について検討するためのものである。

II 対象と方法

対象

平成15年10月～平成16年1月のなかの1週間（6診療日＋休日、計7日間）に、後述の参加施設（表1）を初診・再初診で受診した患者全例（外来・入院を含む）を対象とした。

方法

自己記入式アンケートと問診によって以下に挙げる各項目（詳細は資料1）について調査を行った。

- ・ 精神科専門医療機関を受診するまでの、主たる受診経路はなにか？
- ・ 各経路はどのような比率か？
- ・ 各経路で生じる発症から受診までの遅れはどの程度か？

経路ことに差はあるか？

王訴・障害によって経路や時間に差はあるか？

- ・精神科専門医療の前に、どのような治療を受けてきているか？
- ・どのような病名を告知されているか？

対象の患者には、研究の主旨 情報管理について説明を行い、参加は任意であり、拒否によって不利益を被らない旨の通知を行った上で、本人又は保護者などによる同意を得た。本研究において収集する情報は、通常の診療における情報収集の枠を超えるものではなく、従って、本研究によって生じる不利益は、被験者である患者が通常の診療に加えて5分から10分程度の診療時間を要することのみである。ただし、おおむね診療の待ち時間か利用されるため、実質的な影響はほとんどないと考えられた。

記入フォームは匿名式であり、識別コードと記入フォームは当施設内で分離して保管することによって、患者のプライバシーに配慮した。個人データはコード化されたCSVファイルとして、再結合不可能 匿名化して管理し、個人情報か第三者から特定されぬようにした。

研究の時間的経過を以下に挙げる。

2003年4—8月 プロトコル作成

WHO版Pathway to Careの翻訳

質問紙の作成

入力ソフトの開発

2003年9～11月)各施設への倫理委員会への申請

2003年10～2004年1月 調査施行

2004年1～3月)集計・解析

III 結果

調査を施行した機関名、ならびに受診患者数を表1に示した。

228例が対象期間中に当該機関を受診し、うち、同意を得られて調査の対象となったのは145例であ

った。そのうち、今回精神科を初めて受診した患者（図では「新規患者」と記載）は85例であった。

85例の概要は、男性34人、女性51人、平均年齢45.8歳（SDは22.7歳）、症状か発現してからの平均経過時間は92.7週（SDは292.1週）であった。診断による内訳はICDコードによって分類し、その内訳を表2および図1に示した。パニック障害の患者は2例であった。

85例の患者の受診経路のありかたを図2に示し、また、患者が初めて相談に行った機関の受診数を、図3に示した。

表3に、精神科受診までの遅れ期間を表示した。

IV 考察

今回の予備的調査から、同様の方法論を用いて受診経路とそこに内在する問題について全国レベルで調査・研究を行うことか可能であることか示唆された。

なお、現在の解析段階では、約60%の患者が、精神科専門機関を受診する前に何らかの医療機関に相談しており、なかでも総合病院や一般身体科を受診した割合か最も高かったことか明らかになった。一般身体科開業医を経由した患者はその他の主たる受診経路と比較して、精神科専門機関を受診するまでの期間か長く、治療的観点から改善の余地かあると考えられた。

ただし、今回の調査は予備的なものであり、今後は新たなデータを蓄積して、同意患者・非同意患者の患者背景の比較、機関の特性の検討、診断、患者特性をもとにさらに解析していく必要がある。また、今回の調査はパニック障害の患者の受診行動の特性を考察するには症例数か不十分であり、過去に精神科を受診した症例60例に関しても解析を行い、精神科初診患者との比較を行う予定である。また、今後さらに調査期間 施設数を拡大して症例数を増やしていく予定である。

さて、このように専門診療科受診までに時間かかか

ること、それまでに他の診療買う受診する患者が多いこと勘案すると、専門診療科以外でも活用可能な治療指針を作成することは急務である。そこで、現在までに得られている治療のエビデンスを以下にまとめる。

現時点で、体系的なレビューと複数のRCTsで治療効果か実証されているのは薬物療法では抗うつ薬である。また、初期の研究ではSSRIsか三環系抗うつ薬より効果的であるという報告(Boyer et al, 1995)か多かったか、最近の大規模研究ではSSRIsと三環系高抗うつ薬の効果に有意差はないという所見か一般的になっている(Otto et al, 2001, Bakker et al, 2002)。しかし、こうした所見にもかかわらず、現在はベンゾジアゼピンかまた一般に使われている。精神療法では認知行動療法か効果的であるとするエビデンスが得られている。

一方、エビデンスはあくまでも純粋な研究場面での結果であり、必ずしもその結果に縛られることか臨床的であるとは限らない。例えば、治療者の要因(診断、ガイドライン遵守性)、患者の要因(診断と個別性、治療(服薬)遵守性)、治療環境などさまざまな要因か治療方針の決定には関与するものである。

さらに、今後は、治療薬の決定には遺伝子情報も重要な位置を占めてくる。例えば、うつ病性障害に対するSSRIの治療効果および副作用にセロトニントランスポーターの多型が影響するという報告か出始めている。例えば、フルボキサミン、パロキセチン、シタロプラムを用いたこれまでの6研究中5研究(N=515)では、LSまたはLLの多型を持つ人に対しての方かSSの多型を持つ人に対してよりも効果的であると報告されている(Serretti et al, 2002, review)。また、副作用に関しては、不眠で3.5倍(78% vs 22%, Perlis et al, 2003)、焦燥(flouxetine, N=36)で9.5倍(67% vs 7%)、軽躁(Fluvoxamine, fluoxetine, others, N=56)で5.3倍(37% vs 7%, Mundo et al, 2001)、SSの多型を持

つ人の方かLSまたはLLの多型を持つ人よりも副作用か現れやすいとされている。こうした遺伝子研究は、パニック障害でも重要な役割を持つようになってくるであろう。

結論として、今後は治療の遅れを少なくするための普及啓発活動と、受診時に的確な治療かてきえるようにエビデンスを基礎としながらも柔軟に活用できる実践的な治療ガイドラインを作成することか重要であるといえる。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

表1 調査施設および人数

	同意取得者数	うち新規患者	非同意者数	その他	初診合 計
札幌医科大学付属病院	12	6	6	2	20
岩手医科大学付属病院	4	3	4	0	8
横浜市立大学医学部附属 市民総合医療センター	25	11	6	0	31
関西医科大学付属病院	36	29	3	0	39
長崎大学医学部 歯学部附属病院	8	5	2	0	10
久留米大学病院	11	7	12	0	23
福岡大学医学部附属病院	13	7	3	0	16
市立稚内病院(北海道)	6	3	1	0	7
静和会 浅井病院(千葉県)	3	1		35	38
桜ヶ丘記念病院(東京都)	16	9	5	0	21
慈圭病院(岡山県)	7	2	0	0	7
県立芸陽病院(高知県)	0	0	2	0	2
祥和会大川病院(福岡県)	4	2	2	0	6
合計	145	85	46	37	228
大学病院・小計	109	68	36	2	147
市立総合病院 小計	6	3	1	0	7
総合病院・合計	115	71	37	2	154
精神科病院 合計	30	14	9	35	74

¹ Psychol Medicine 21 761-774, 1991

² Acta Psychiat Scand 88 229-234, 1993

³ Psychol Medicine 25 1135-1148, 1995

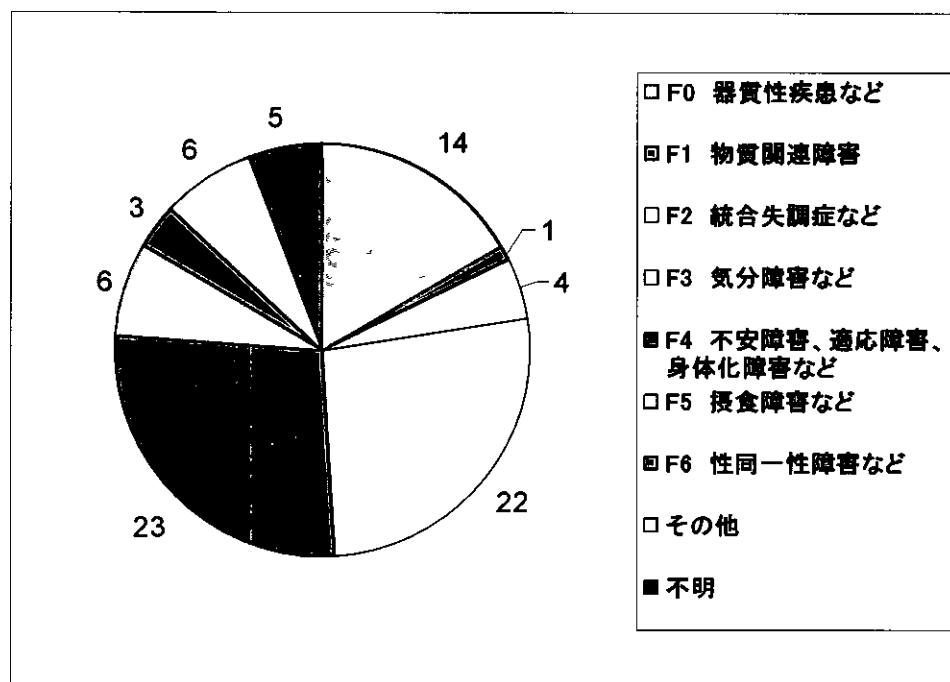
表 2. 主たる受診経路の遅れ期間

平均±SD

カッコ内は中央値 [週]

前機関 受診機関	直接受診	総合病院 身体科	身体科 開業医
総合病院 精神科	138.3±296.7 (8)	3.3±5.6 (1)	14.5±29.0 (0)
単科精神 科病院	50.8±104.0 (0.5)	Subject < 5	Subject < 5
合計	120.2±356.2 (4)	4.0±6.3 (1)	19.2±34.2 (0)

図1：診断による内訳



単位 人

図2. 受診経路

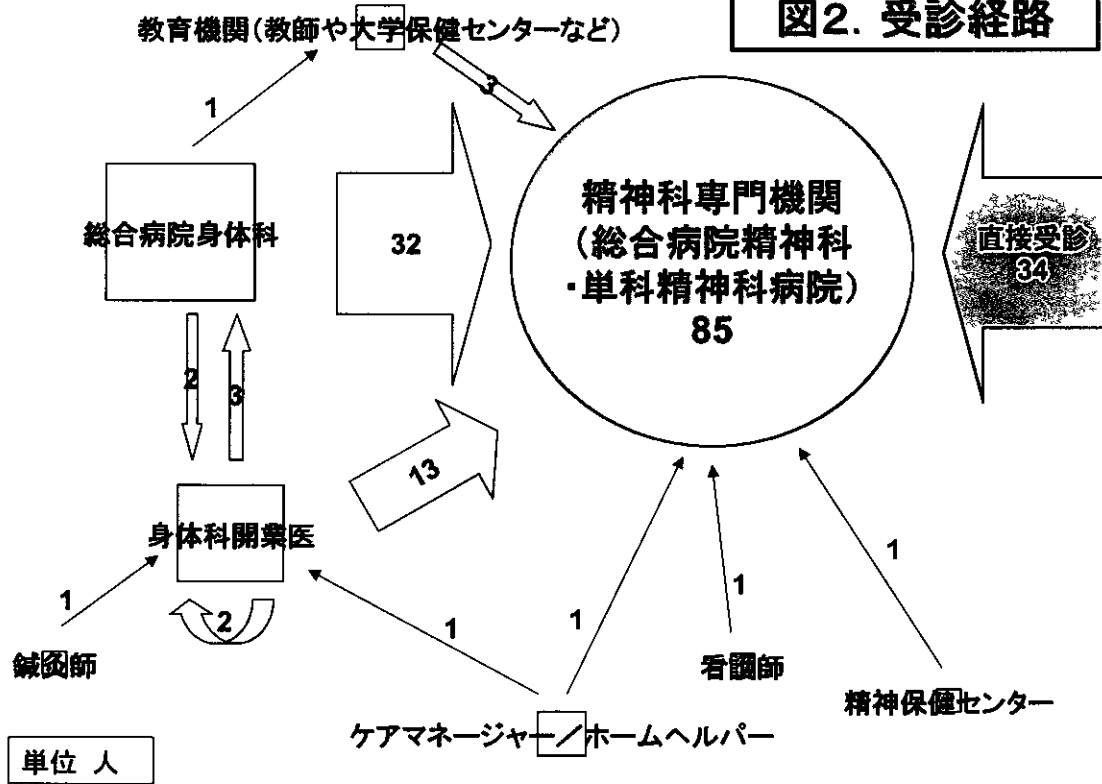
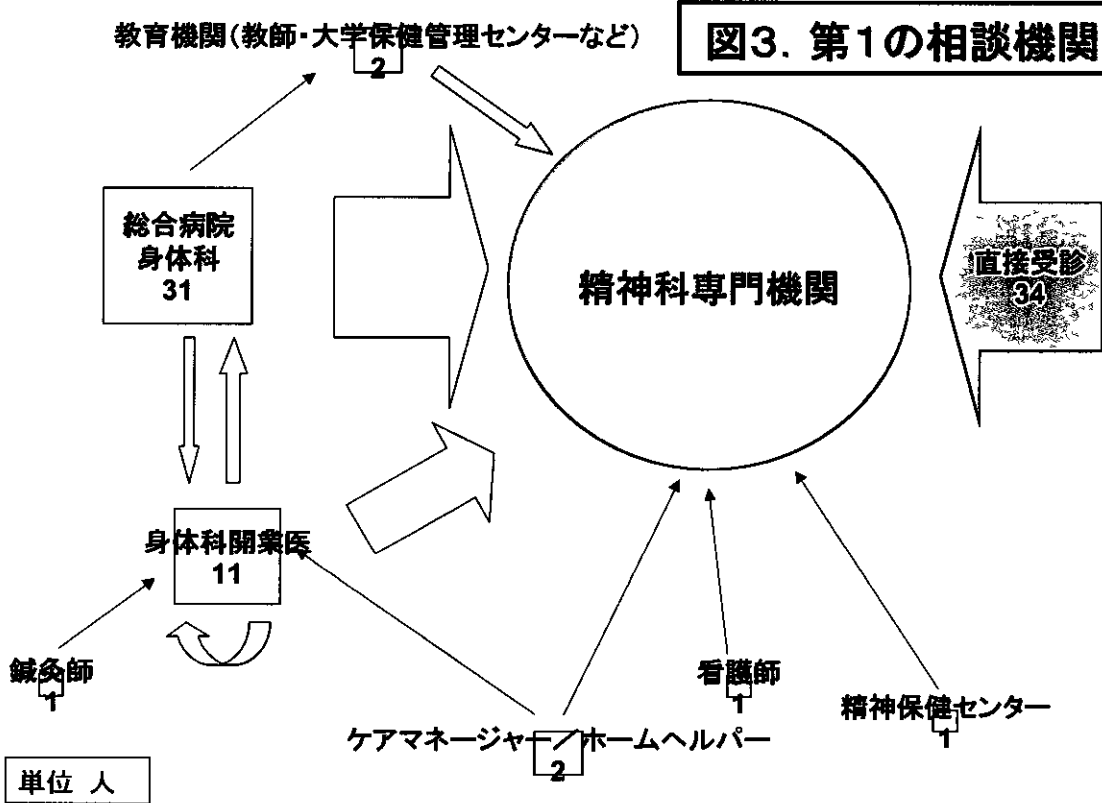


図3. 第1の相談機関



資料1

A) 実施施設と施行者

- ① 対象者を診察した場所
1) 総合病院精神科外来 2) 総合病院救急外来 3) 総合病院身体科外来
4) 総合病院精神科病棟 (直接入院) 5) 総合病院身体科病棟
6) 精神科病院外来 7) 精神科病院救急外来 8) 精神科病院病棟 (直接入院)
9) 精神科クリニック 10) 往診 11) 警察署・法廷・刑務所
12) その他 ()
- ② 施行者の職種 1) 精神科医 2) 臨床心理士 3) ノンチャルワーカー
4) 看護師 5) 学生 6) その他 ()
- ③ 実施年月日 年 月 日

B) 対象者の基本情報

- ① 識別コード 研究 D ()
- ② 年齢 才
- ③ 性別 M F
- ④ 保険区分 1) 社会保険 (本人) 2) 社会保険 (扶養) 3) 国民健康保険 (本人)
4) 国民健康保険 (扶養) 5) 生活保護
- ⑤ 婚姻状況 1) 独身 2) 既婚 (同居) 3) 既婚 (別居) 4) 死別 5) 離婚
6) 同棲 7) その他
- ⑥ 社会的地位 1) 平均以上 2) 平均 3) 平均以下
- ⑦ 職業 1) 会社員 2) 自営業 3) 学生 4) 主婦 5) 無職 6) その他 ()
- ⑧ 過去の精神科受診歴 1) あり 2) なし
- ⑨ 今回の問題についての精神科受診歴
1) あり 2) なし
- ⑩ この問題について、以前にどこかに相談したことがありますか？
1) 相談したことがある 2) はじめて相談する

⑨には今回新たに生じた問題に関する受診歴を書きます
2)の場合は、当該施設＝第1番目の相談先となります

C) 第1番目の相談先

- ① 1) 精神医療サービス ⅰ) クリニック ⅱ) 精神科病院 ⅲ) 総合病院精神科
2) 総合病院 (身体科) 3) クリニック (身体科)
4) 保健所 5) 精神保健センター 6) その他の保健師 7) 看護師
8) ノンチャルワーカー 9) 鍼灸師 10) 整骨師、カイロプラクティク
11) 宗教家 12) 民間療法、代替療法 13) 電話相談 14) 警察 (24条含む)
88) その他 ()
97) 拒否 98) 聴取せず 99) 不明
- ② 相談までの期間 週 (3日以内は0週)
- ③ 相談を勧めた人
1) 患者本人 2) 親族 (同居) 3) 親族 (別居) 4) 職場関係
5) 友人 6) その他 () 7) 拒否 8) 聴取せず
- ④ 主訴 Ⅰ 心理・行動上の症状
1) 抑うつ 2) 不安 3) 他の神経症症状 4) 精神病症状
5) けいれん 6) 意識障害・変容 7) 痴呆 8) その他の器質性障害
9) 対人関係の問題 10) 自殺企図 11) 暴力・攻撃的行動
12) その他の行動障害 13) アルコール関連の問題
14) 薬物関連の問題
15) その他の心理・行動上の症状 ()
Ⅱ 身体症状
16) 頭痛 17) 腹痛 18) 背部痛・胸部痛 19) 筋力低下 しひれ
20) 眠気 21) 倦怠感 だるさ
22) 発熱 23) めまい 24) 体重減少 25) 睡眠障害
26) 気道症状 27) 尿路症状
28) 周産期関連 29) 家族計画
30) その他の身体症状 ()
88) その他 ()
97) 拒否 98) 聴取せず 99) 不明
- ⑤ 問題の発生時期 週間前
- ⑥ 主たる治療
1) 治療なし 2) 身体疾患の治療 3) "精神の薬 (内容不明)"
4) 抗不安薬 5) 睡眠薬 6) 抗うつ薬 7) 抗精神病薬
8) 気分調整薬 9) 抗てんかん薬
10) 認知療法/行動療法 11) 精神療法 12) 相談のみ
13) 民間療法 14) 代替医療/ホメオパシー/ハーブ 15) 鍼灸
16) 祈祷 17) 儀式/参拝 18) 生活支援
88) その他 ()
97) 拒否 98) 聴取せず 99) 不明
- ⑦ 告知診断名 ()
- ⑧ 相談先までの距離 時間 分

D)第2番目の相談先

① 1)精神医療サービス ⅰ)クリニック ⅱ)精神科病院 ⅲ)総合病院精神科
2)総合病院(身体科) 3)クリニック(身体科)
4)保健所 5)精神保健センター 6)その他の保健師 7)看護師
8)ソーシャルワーカー 9)鍼灸師 10)整骨師,カイロプラクティック
11)宗教家 12)民間療法,代替療法 13)電話相談 14)警察(24条含む)
88)その他 ()
97)拒否 98)聴取せず 99)不明

②相談までの期間 _____ 週 (3日以内は0週)

③この受診を勧めたのは?
1)前の相談先 2)それ以前の相談先 第 _____ 番目の相談先)
3)患者自身 その他

④主たる治療
1)治療なし 2)身体疾患の治療 3)"精神の薬(内容不明)"
4)抗不安薬 5)睡眠薬 6)抗うつ薬 7)抗精神病薬
8)気分調整薬 9)抗てんかん薬
10)認知療法/行動療法 11)精神療法 12)相談のみ
13)民間療法 14)代替医療/ホメオパシー/ハーブ 15)鍼灸
16)祈祷 17)儀式/参拝 18)生活支援
88)その他 ()
97)拒否 98)聴取せず 99)不明

⑤告知診断名 ()

⑥相談先までの距離 _____ 時間 _____ 分

E)第3番目の相談先

① 1)精神医療サービス ⅰ)クリニック ⅱ)精神科病院 ⅲ)総合病院精神科
2)総合病院(身体科) 3)クリニック(身体科)
4)保健所 5)精神保健センター 6)その他の保健師 7)看護師
8)ソーシャルワーカー 9)鍼灸師 10)整骨師,カイロプラクティック
11)宗教家 12)民間療法,代替療法 13)電話相談 14)警察(24条含む)
88)その他 ()
97)拒否 98)聴取せず 99)不明

②相談までの期間 _____ 週 (3日以内は0週)

③この受診を勧めたのは?
1)前の相談先 2)それ以前の相談先 第 _____ 番目の相談先)
3)患者自身 その他

④主たる治療
1)治療なし 2)身体疾患の治療 3)"精神の薬(内容不明)"
4)抗不安薬 5)睡眠薬 6)抗うつ薬 7)抗精神病薬
8)気分調整薬 9)抗てんかん薬
10)認知療法/行動療法 11)精神療法 12)相談のみ
13)民間療法 14)代替医療/ホメオパシー/ハーブ 15)鍼灸
16)祈祷 17)儀式/参拝 18)生活支援
88)その他 ()
97)拒否 98)聴取せず 99)不明

⑤告知診断名 ()

⑥相談先までの距離 _____ 時間 _____ 分

最後の相談先=当該機関
となります。

この相談先が当該機関でない
場合は同じフォーマットのシート
を使って、第4・第5 番目の
相談先について記入して下さい

Q)診断

第1の診断 _____ CDコード(_____)

第2の診断 _____ CDコード(_____)

その他の診断 _____ CDコード(_____)

その他の診断 _____ CDコード(_____)

第1の診断には主たる診断を
記入します 精神障害がない
場合は身体障害を記入します)

第2以降の診断は該当する場合
のみ記入してください

X)特記事項

パニック障害の身体的・心理的成因の解明と治療ガイドラインの策定

パニック障害を主とするストレス関連疾患に関する医療実態の調査

主任研究者 久保木富房 東京大学大学院医学系研究科ストレス防御 心身医学教授
研究協力者 原井宏明 国立療養所菊池病院 臨床研究部

研究要旨

ストレス関連疾患は有病率が高く、患者の日常生活に与える影響が大きい。一方、多くは外来治療が可能な軽症精神障害である。“Common mental disorder”(一般によく見られる精神障害)と呼ぶことかできる。診断分類ではパニック障害などの不安障害やうつ病性障害が多いと考えられる。近年、精神科外来を受診する患者が増加しているか、増加の大半はこれらの精神障害を理由とした受診者の増加によって説明かできる。これらの疾患について、どのような研究か必要であるかについて検討を行った。

A ストレス関連疾患の課題

1 高い有病率と受診者の増加

ストレス関連疾患は現代社会においては、ごく日常的に身近にある疾患とされ、一般の関心は高い。患者数も増加しているとされる。地域を対象にした疫学調査をみると、うつ病性障害については、若い世代はとうつ病の生涯有病率が高いという現象(生まれ年コホート効果)が見られることから、うつ病の有病率は上昇していると思われる。国立療養所菊池病院の外来患者統計をみると、一日平均外来患者数は1980年から2000年の間に6人から80人に増加した。精神分裂病や躁病は不変であり、軽症化しているといわれていることを考えると、精神科外来患者の増加はストレス関連疾患の増加であると呼ぶことかできる。

外来患者の増加は医療費にも影響を与えていると思われる。実際に、精神障害者通院医療費公費負担患者数は1970年の68,098人から634,661人の9倍以上に増大している。過去には精神分裂病の患者の申請するものというイメージの強かった公費負担制度であるか、現在では、精神科を受診する患者なら誰でも利用するようになったことを示す。この制度によれば外来医療費の患者負担分を1割以下あるいは無料にすることかできる。

薬物については、数年前までは日本ではSSRIを使うことかできず、日米の間で抗うつ薬・抗不安薬の使用に大きな違いかあった。3年前からSSRIか日本でも処方可能になったことから、不安障害による外来医療費、特に薬剤費の高さは、日本も米国に追従した変化か起こると思われる。

2 広がる研究と現実のギャップ

パニック障害などのストレス関連疾患に関する治療の進歩は著しい。認知行動療法の有効性が明らかになり、SSRIなどの新しい向精神薬か上市されるように

なった。新しい治療法が実際に使われるようにするために公的研究費を用いて治療ガイドラインか刊行されるようになった¹⁾。また、ストレス関連疾患のために精神科外来を受診する患者か増加している。平成16年度からの新臨床研修制度、パニック障害とうつ病性障害については治療の進歩と治療ガイドラインはこれらの患者の福祉に役立つことか期待されている。

しかし、実際の医療場面でのあり方は、治療ガイドラインか示すものとかけ離れている²⁾。ストレス関連疾患自体は昔から神経症として知られていた病態である。以前から、ベンゾジアゼピン系抗不安薬や力動的な精神療法や支持的な精神療法、森田療法などによって治療されてきた。そして過去においてはこれらの治療法で改善する予後良好な疾患であるとされてきた。実際の医療場面では従来の治療法か王である。増加してきたストレス関連疾患の患者は、治療ガイドラインで示す最適な治療よりも、従来型の治療を受けることか多い。

治療ガイドラインは臨床研究の結果をまとめて、臨床医の臨床判断の役に立てようとしたものであるか、これらか役に立っているかどうかを実際に調へる必要がある。研究によって明らかにされるべき疑問としては次のようなものか考えられる。

- 1) 現在普通に多くの場所で行われている従来型の治療は有効なのか？患者の利益になっているのか？
- 2) 治療ガイドライン通りの治療をすると、従来型の治療よりも有効であり、患者の利益になるのか？
- 3) ストレス関連疾患は有病率が高く、“Common mental disorder”(一般によく見られる精神障害)と呼ぶことかできる。数か多いことから公衆衛生や医療費資源の適切な配分に対する考

慮も必要である。

- 4) 治療ガイドラインの示す治療が有効であり、医療経済的にも効率的であるとしても、現在の治療ガイドラインによって医師の治療行動を理想的な治療行動に変えることかできるのか？

3 医療政策決定者の疑問

日本においては診療報酬制度を細かく修正することによって、金銭的なインセンティブを用いて、医療提供者を誘導し、望ましい医療のあり方を実現しようとしている。一方、近年の精神医療の状況の著しい変化は、医療政策決定者にとって、どのような修正を行えば良いのか困惑させるような状況である。

薬物療法については、従来は“神経症”，“うつ状態”で適応が取られていたか、近年上市された SSRI はパニック障害、強迫性障害のように適応病名が明確にされるようになった。精神科専門療法についても効果についての検証を行い、適応病名が明確になるようにする必要がある。精神療法は場合によってはコスト対効果が高いことが知られている。

平成 16 年度からの新臨床研修制度では精神科はすべての研修医に必須とされた。精神障害の有病率が高いことから精神障害については全員の医師がある程度診療できる必要があると認めたことになる。

一方で、医師の研修にとって最低限必要な技量と知識は何かについて、全員のコンセンサスができたわけではない。また、こうすることによって本当に、患者の福祉につながるかどうか分かっていない。

これから必要な研究は、医療政策上の選択に必要なデータを示すような調査である。治療ガイドラインを作成するに当たっては、海外で行われた患者を対象とした介入試験の結果を元にして判断できるか、日本の独特な医療制度をどのようにすれば良いか、診療点数をどうすれば良いかについては、日本でのデータが必要である。医療経済に関しては、米国やイギリスのような医学研究の先進国においても、医療経済事態には成功しているとは言えない。アメリカのマネーシドケアや医療保険制度を民間に委ね、大量の無保険者を抱えているアメリカの現状は、他の国にとっては反面教師と言える。

これからの研究は、次の疑問に答える必要がある。

こうした事態の中で、次のような疑問が考えられる。

- (1) 精神科専門療法は十分なエビデンスをもち、診療報酬に見合ったアウトカムを出しているか？精神科専門療法に対する臨床指標は何か良いか？
- (2) 精神科専門療法と診断とのマッチングはない。どの疾患・どのような状態であっても一定額である。現在知られているエビデンスによれば、疾患こと

や臨床状況(プライマリケア、専門医療機関)ことに必要な人的資源 時間が異なることか分かっている。

- (3) ティ ケアのように施設基準・スタッフ基準が設けられた専門療法もあるか、個人精神療法についてはこのような基準はない。また専門療法の中身は問われていない。
- (4) ストレス関連障害は有病率が高いことから、精神科専門医以外のプライマリケア医と精神科専門医の間で分担して診療を行う必要がある。この分業はどのように行えば良いか？一般身体科と精神科が分業している疾患としてはパニックかそのよい例である。
- (5) ストレス関連障害において、プライマリケア医が行うべき治療方法は何か？また精神科専門医は何を行うのか？
- (6) プライマリケア医、精神科専門医に対する臨床指標は何か良いか？

B 考えられる研究方法

研究の方法としては以下のようなものか考えられる。

- (1) 既存の医療統計の解析、
たとえば、厚生労働省は毎年、医療調査を実施している。その個票を解析することにより、ストレス関連疾患の治療の実態について知ることかできる。
- (2) 新たにサンプルを集めて行う自然経過コホート研究、
新たに参加施設をつのり、多施設共同で前向きコホート研究を行う。
- (3) 現在までに行われた研究のデータを利用して行う後ろ向きコホート研究、
パニック障害やストレス関連の研究は過去にも多数行われている。これらのデータを集積し、解析をする。
- (4) 介入を伴う無作為割付統制研究(RCT)
新たなサンプルを集めて治療者 治療法について無作為割付を行い、治療ガイドラインに沿った治療とそうでない治療の間の比較を行う。他にもプライマリケア医と専門医との間の比較、ストレス関連疾患の治療方法を研修した医師とそうでない医師の比較が考えられる。

これらの研究にはそれぞれ一長一短がある。エビデンスレベルが一番強いのは、(4)RCT であるが、これには時間と手間がかかり、また答えはひとつしか得られないという欠点がある。この領域における研究が日本で不足していること、数年間という時間をかけるだけの価値がある臨床的疑問があるかどうかはまだわからないことを考えると、低コストで探索的な研究も

必要である。本来的には上記の4件の研究かすへて行われるべきであるか、研究者のマンパワーに合わせて可能なところを選択する必要がある。

C 研究方法の検討

1 研究目的

ストレス関連疾患は有病率が高く、患者の日常生活に与える影響が大きい。一方、多くは外来治療か可能な軽症精神障害である。診断分類ではパニック障害などの不安障害やうつ病性障害が多い。近年、精神科外来を受診する患者が増加している。また一般内科や心療内科を受診することも多い。これらの患者は“common mental disorder”(一般によく見られる精神障害)と呼ぶことかてき、これらの疾患に対する適切な治療について、どのように提供するかは重要な課題である。精神科医だけでまかなうことはできない。一般プライマリケア医や心療内科医、臨床心理などの医師以外でメンタルヘルスに従事する関係者の役割も重要である。また提供する場所として開業クリニック、精神病院、総合病院精神科があり、これらについても検討する必要がある。

2 調べるべき対象

ストレス関連疾患の患者か受診する可能性のある医療機関において、精神病性障害や躁病、認知障害、小児、強制入院を必要とする患者以外を広く対象とする。主な診断名は、DSM や ICD ノシステムで定義されている気分障害や不安障害、身体表現性障害、物質使用性障害(主にアルコール、抗不安薬)などのほかに、従来診断にて神経症や適応障害、心身症、自律神経失調症、神経症性うつ病、不眠症とされている病態になる。

3 作業仮説

こうした研究の制約として、因果関係やパニック障害の原因、革新的な治療の発見は期待できない。一方、医療経済や行政施策に関連する資料としての価値か期待できる。以下のような仮説か考えられる。

- (1) ストレス関連疾患を診療する施設に対して患者を振り分けるために、簡便なスクリーニング方法、振り分けの必要性はどのくらいあるか？
現在あるスクリーニング方法について実際の効果はどうか？
- (2) 治療者に対する教育、
精神科医は入院が必要な病態にトレーニングか偏り、内科医は本来の内科疾患にトレーニングか偏り、これらのストレス関連疾患にはトレーニングか行われていない可能性かある。トレーニングを行う必要性はどのくらいあるか？また誰に行う必要かあるか？
またトレーニングはどのように行えばよいか？

- (3) 患者の受診行動、
実際にストレス関連疾患にかかわる施設や個人はは種々、さまざまにあり、患者は自分の判断で受診している。たとえばパニック障害の患者は救急車の利用か高いことか知られている。患者の受診行動を調へることにより、医療資源の投入を効率的に行うための資料か得られる。
- (4) 認知行動療法、カウンセリング
ストレス関連疾患に対して適切な認知行動療法は治療効果を持つことか臨床研究で報告されている。一方、すへてのカウンセリングか有効であるのではなく、PTSD に対するテブリーフィングのように有害と考えられるかしばしば行われているものもある。実際に何か行われ、何か必要とされているのかを知らることかてきる。
- (5) ヘノノアセピン系抗不安薬“軽い安定剤”の常用の問題
ヘノノアセピン系抗不安薬は安全性や有効性、価格の点から大変有用な薬剤である。しかし、実際には日本は諸外国と比へると使用量か多いこと、ヘノノアセピン系抗不安薬は患者の受診回数を増やす一方で、長期的な転記の改善には寄与しないことかから、実際の使用についての調査が必要である。
- (6) 適切な薬物療法とその推奨、
ストレス関連疾患の治療には多くの場合、抗うつ薬の単剤使用か最初にとるべき選択として治療ガイドラインにて推奨されている。しかし、実際の臨床現場、特にプライマリケアの現場ではこのような治療はこくまれにしか行われていない。ガイドライン自体の問題あるいは臨床現場での医師に対する教育の問題、のどちらかである。これらについての資料を提供できる。

D 研究プロトコル(案)

新たにサンプルを集めて行う自然経過コホート研究を提案したい。新たに参加施設をつくり、多施設共同で前向きコホート研究を行う。

研究方法として次のようなことを提案する。

データ収集

- (1) 過去3ヶ月間の診療録とレセプトを調へる
診療録での記載の長さを文字数で測定し、それを心理療法の量とする
- (2) レセプトから薬物療法や検査について調へる。
- (3) 診療方法について外来予約制や専門外来の有無、主治医制度や医師について調へる。
- (4) 構造化面接と質問紙を用いて生涯診断と現在診断をつける
- (5) 自記式 WHO スクリーニング、SF-36 患者満足度(CSQ-J)、収入、医師からの指示内容(エキスボ

- ンジャーなど)を評価する
- (6) 面接 MINI PDSS(パニノクの場合), を評価する
- (7) 3ヵ月後, 半年後, 1年後に構造化面接ともし自記式による評価と, レセプトのチェックを行う

データ解析

- (1) 診断頻度
- (2) 診療録・レセプト上の診断と構造化面接による診断の一致率を疾患 施設ごとに調べる。
- (3) 構造化面接によって確定された診断ごとに治療内容について調べる。抗うつ薬の種類と量, 投与期間, 抗不安薬の種類と量, 気分調整剤の種類と量について調べる。
- (4) 診療録の長さからみた心理療法の量を調べる。
- (5) 1年後のデータから, 診断の安定性, 疾患の転帰を調べる。

研究計画

1年目

試行とレテロスペクティブケースコントロールを行う。適切な医療を受けたケースと受けていないケースについて, 過去の医療費を調査する。2,3箇所の施設を選び, 研究の実行可能性調査を行う。この中で, 調査者のトレーニングを行う。

2年目

施設数を増加させ, フォローアップ調査を行う。

3年目

施設を選んで医療関係者に対して治療法の教育を行う。フォローアップ調査を行い, 治療法教育の効果測定する。

研究に関する問題点

臨床研究であり, 被験者に対する同意説明が必要である。また, レセプト・カルテチェックについても従来は経験かない事柄であり, 施設の倫理委員会の同意が必要である。

以下に患者に対する同意説明文書案を示す。

同意説明文書(案)

現代社会はストレスの時代といわれるくらい身の回りにはさまざまな心理 社会的ストレスがあふれています。それに伴いこれらのストレスによって多くの健康障害が増えてきていると言われています。うつ病や不安障害などのいくつかのストレス関連の健康障害については治療方法の研究が大きく進歩しました。欧米における研究では有効な精神・心理療法や薬物療法があることが分かっています。しかし, 日本での実情はまた遅れています。日本の医療機関で行われている治療はさまざまで, 中には有効性がわからないものもあります。

本調査の目的はストレス関連の疾病を持つ患者様が医療機関を受診したときに, どのような症状がある

か, とどのような治療を受けておられるか, 治療についてどのように感じていらっしゃるか, 医療費がどの程度請求されているか, を調べることを目的とした調査です。患者様の症状や考えについては, 患者様自身に書いていただくアンケート用紙と担当医による評価表を用います。医療内容と医療費については医療機関が作成する診療報酬明細書を用いて調査いたします。この結果をまとめることによって患者様が満足できる良い医療とは何かを明らかにすることかできません。そして, 心の悩みのために医療機関を受診される患者様がより良い医療をうけることができるようになります。

アンケートは, 今回と3ヵ月後, 6ヵ月後, 1年後に行います。初回は病状や生活状況についてお尋ねします。30分程度かかります。3ヶ月, 6ヶ月, 1年後は生活状況と受けられた医療サービスについてのご感想をお聞きます。初回より簡単に15分程度かかります。

御記入いただいた調査表は同封された封筒に入れてポストに投函してください。調査表は外部の専門の調査員が開封します。調査表には名前を書く必要がありません。あなたのかかっている病院や医師, スタッフに見られることは決してありません。

頂いた調査票は, ご本人のプライバシーに配慮して扱い, 実名は伏せ, 個人的なデータを外部には決して漏らしません。あなたか書かれた内容を受診していらっしゃる病院や医師を含む職員が見ることはありません。調査票にはあなたの気持ちをありのままにお書きください。あなたか病院や治療についての不満を調査票に書いたとしても, あなたか治療上の不利益を受けることは決してありません。

ぜひ, 調査にご協力を頂けるよう, 御願いをいたします。結果を個人的に知りたいと思っていられる方には結果をお伝えいたします。

調査には主治医以外にも調査員が直接お聞きすることもございますのであらかじめご了承ください。

文献

- 1) 古賀聖名子, 中山和彦, 和久津直美 不安障害治療のガイドラインとアルゴリズム 臨床精神薬理 4 1343 -3474, 2001
- 2) 田島治 【向精神薬療法 今後の展開】 ヘノンアセピル系薬物の処方方を再考する 臨床精神医学 30 1065 -1069, 2001

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学総合研究事業）
「パニック障害の身体的・心理的成因の解明と治療ガイドラインの策定」

第1回パニック障害研究班会議プログラム					
(平成15年12月20日(土) 東京大学山上会館2階201・202会議室)					
1 主任研究者挨拶	9 30	東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学		久保木 高房	
2 研究発表	TIME	分担研究者、研究協力者名	所属施設	研究協力者、他	発表演題
セッション1 座長 貝谷 久宜 (医療法人和楽会理事長)					
1	9 35	岡崎 祐士	三重大学精神神経科学講座教授		パニック障害の一卵性双生児不一致法による遺伝学的研究
2	9 50	佐々木 司	東京大学保健センター精神科助教授	貝谷 久宜、梅景 正、大溪 俊幸	パニック障害の疫学・分子遺伝学研究
3	10 05	松田 博史	国立精神・神経センター武蔵病院放射線診療部部長	熊野 宏昭、境洋二郎	パニック障害の脳機能異常の認知行動療法・薬物療法による正常化—PETを用いた機能的脳画像解析研究
4	10 20	穂吉 條太郎	大分医科大学精神神経医学教室助教授		脳画像からみたパニック障害研究
5	10 35	井上 雄一	神経研究所附属睡眠学センター		睡眠時パニック発作の症候学的特長と病態生理に関する検討
6	10 50	長澤 達也	金沢大学医学部附属病院神経科精神科助手	木谷 知一	パニック障害患者の脳波所見—安静時および光刺激中の周波数定量分析
セッション2 座長 野村 忍 (早稲田大学人間科学部教授)					
7	11 05	坂野 雄二	北海道医療大学心理学部臨床心理学科教授		パニック障害に対する認知行動療法の効果
8	11 20	竹内 龍雄	帝京大学医学部附属病院市原病院精神科教授	高橋 千佳	パニック障害患者のQOLとストレス・コーピング
9	11 35	大野 裕	慶應義塾大学保健管理センター教授		パニック障害の疫学と治療指針の現状および今後
10	11 50	原井 宏明	国立療養所菊池病院臨床研究部長		ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究
3 討議	12 05	討 議			
4 閉会	12 25	閉 会			
5 食事	12 40	食事 (安田講堂控室で)			

公開講演会

「パニック障害の治療と研究の最前線」

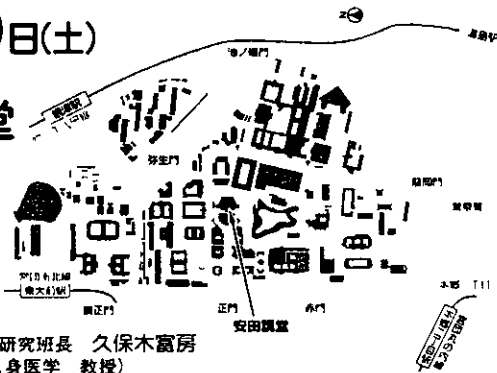
公開講演会
ですので、
どなたでも無料で
参加できます。

日時・平成15年12月20日(土)
14 00~17 00 (13 30開場)

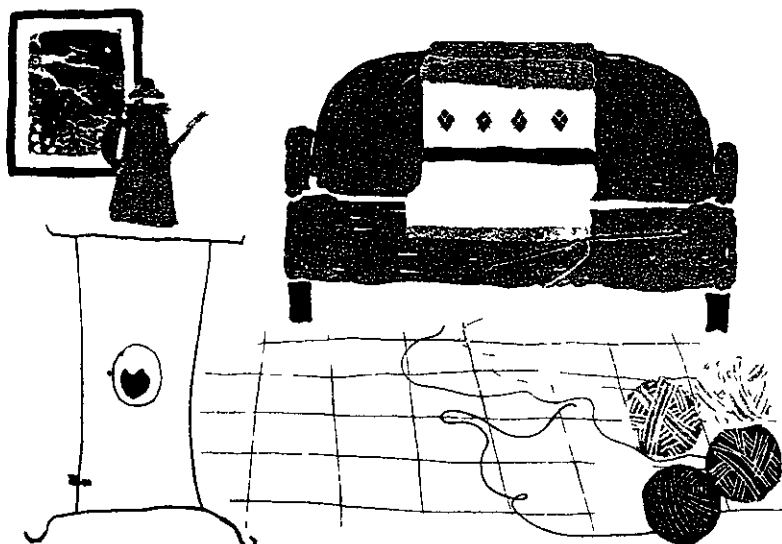
場所 東京大学 安田講堂

交通のご案内

本郷三丁目駅(地下鉄丸の内線)下車 徒歩8分
湯島駅又は根津駅(地下鉄千代田線)下車 徒歩8分
東大前駅(地下鉄南北線)下車 徒歩1分



- 14 00~14 05/開会の辞
厚生労働省 こころの健康科学 ハニク障害研究班長 久保木富房
(東京大学大学院医学系研究科ストレス防御 心身医学 教授)
- 14 05~14 40/「パニック障害に対する認知行動療法の実践とその効果」
坂野雄二(北海道医療大学 理学療法部 教授)
司会 大野 裕(慶応大学保健管理センター 教授)
- 14 40~15 15/「脳画像からみたパニック障害の原因と治療」
熊野宏昭(東京大学大学院医学系研究科ストレス防御 心身医学 助教授)
司会 野村 忍(早稲田大学人間科学部大学院 教授)
- 15 15~15 50/「パニック障害の疫学・遺伝学と今後の問題点」
佐々木司(東京大学保健管理センター 助教授)
司会 岡崎祐士(三重大学医学部 教授)
- 15 50~16 25/「パニック障害の療養と看護」
貝谷久宣(医療法人 和美会 ハニク障害研究センター長)
司会 竹内龍雄(帝京大学医学部附属市原病院精神神経科 教授)
- 16 25~16 55/質疑と応答
総司会 樋口輝彦(国立精神 神経センター 国府台病院長)
- 16 55~17 00/閉会の辞
厚生労働省 こころの健康科学 ハニク障害研究班長 久保木富房
(東京大学大学院医学系研究科ストレス防御 心身医学 教授)



問合せ先 パニック障害研究会事務局 FAX 052(453)6741

主催 厚生労働省 こころの健康科学「パニック障害研究班」

後援 日本心身医学会