

関係については、治療前の広場恐怖が重症であるほうが、予後が悪いとする報告が39編中21編（[17] - [36]）、予後は変わらないとする報告が39編中14編（[37] - [50]）、かえって予後が良いとする報告が39編中4編（[51] - [54]）であった。

#### <広場恐怖と長期的治療効果の相関>

治療終了後の、長期的な治療効果に着いては、治療終了時に広場恐怖が残存しているか否かが長期的治療効果を予測する（[23]）と報告されている。また、治療終了時に広場恐怖が残存している患者の3分の2は5年以内に再発する。

ハーバード・ブラウン不安研究プログラムの報告（[55]）では、治療終了時に広場恐怖を伴っている場合には改善率が悪く、再発率が高い。

#### D. 考察

広場恐怖を伴わないパニック障害の患者が、時間の経過と共に広場恐怖を併発していくことは、臨床でしばしば経験されることである。広場恐怖を伴わないパニック障害が広場恐怖へと進展する前に治療を行うことは、生活機能水準の低下を防ぐ上でも重要と考えられる。

広場恐怖の重症度が、認知行動療法の治療効果との間に相関があるか否かについては結論が出ていない。

広場恐怖を伴うものと伴わないものの混在した研究結果の分析に拠れば、広場恐怖の重症度は、パニック障害に対する治療の脱落率や治療効果を予測する要素にはならないと考えられる。

ただし、広場恐怖の測定が研究によってばらつきがあり、より厳密には、それぞれの研

究の個々の結果を踏まえて、'Panic disorder without or with mild agoraphobia'について、認知行動療法の効果を検証する方法が考えられた。その上で、“Panic disorder without agoraphobia”，Panic disorder with mild(er) agoraphobia”に関するメタ解析が必要であると考えられた。

さらに、広場恐怖を伴わないパニック障害のみを対象とした介入研究は少なく、今後の検討が必要である。

#### 【文献】

- [1] Weissman MM, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 305-9
- [2] Arntz, A. & Van Den Hout, M. 1996 Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy us applied relaxation.
- [3] Faravelli C, Paionni A. Panic disorder: clinical course, etiology and prognosis. In Panic Disorder Martin Dunitz, 1999, London.
- [4] Goldstein AJ, Chabmless DL. A reanalysis of agoraphobia. Behavior Ther 1978; 9: 47-59
- [5] Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS 1989; Behavioral treatment of panic disorder. Behavior Therapy 20 261-282
- [6] Carter MM, Turovsky J, Sbrocco T et al. 1995; Patient dropout from a couples' group treatment for panic disorder with agoraphobia. Professional Psychology: Research and Practice, 26, 626-28
- [7] Craske MG, Rowe M, Lewin M et al. 1997; Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. 1997; Br J

- Clin Psychology, 36, 85-99
- [8] de Beurs et al. 1995 ; Respiratory training prior to exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia: efficacy and predictors of outcome. Aust NZ J Psychiatry, 29, 104-113
- [9] de Beurs et al. 1995 ; Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxaine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. Am J Psychiatry, 152, 683-91
- [10] Kleiner L, Marshall WL, Spevack M 1987; Training in problem-solving and exposure treatment for agoraphobics with panic attacks. J Anxiety Disorders, 1, 219-238
- [11] McLean PD et al, 1998; Comorbid panic disorder and major depression: Implications for cognitive-behavioral therapy. J Consult Clin Psychology, 66, 240-247
- [12] Michelson et al, 1988, Cognitive, behavioral and psychophysiological treatments of agoraphobia. Behav Therapy, 19, 97-120
- [13] Michelson LK et al. 1996; A comparative outcome and follow-up investigation of panic disorder with agoraphobia: The relative and combined efficacy of cognitive therapy, relaxation training, and therapist-assisted exposure. J Anxiety Disord, 10, 297-330
- [14] Marks IM, Gray S, Cohen D, et al. Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework. Arch Gen Psychiatry 40, 153-162. 1983
- [15] Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG. Treatment of agoraphobia with group exposure in vivo and imipramine. et al, Arch Gen Psychiatry 37, 63-72. 1980
- [16] Wardle J, Hayward P, Higgitt A, et al., Effects of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia. Behavior Research and Therapy 32, 203-215, 1994
- [17] Basglu et al. Relationship of panic, anticipatory anxiety, agoraphobia and global improvement in panic disorder with agoraphobia treated with alprazolam and exposure. Br J Psychiatry, 164, 647-652, 1994b
- [18] Craske et al. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder, J Behav Ther and Exp Psychiatry, 26, 113-120, 1995
- [19] de Beurs et al. Respiratory training prior to exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia: Efficacy and predictors of outcome. Aust NZ J Psychiatry, 29, 104-113, 1995
- [20] Ehlers 1995. A 1-year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. J Abnormal Psychology, 104, 164-172
- [21] Emmelkamp et al. Spouse-aided therapy with agoraphobics. Br J Psychiatry, 160, 51-56, 1992
- [22] Faravelli & Albanesi. Agoraphobia with panic attacks: 1-year prospective follow-up. Compr Psychiatry, 28, 481-487. 1987
- [23] Fava et al Mechanisms of change of panic attacks with exposure treatment of agoraphobia. J Affective Disorders, 22, 65-71, 1991

- [24] Fischer et al. Failures in exposure treatment of agoraphobia: Evaluation and prediction. In *Panic and Phobias II* pp195-208. 1988
- [25] Keijsers et al. Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behav Therapy*, 25, 689-708. 1994
- [26] Maier & Buller. One-year follow up of panic disorder: Outcome and prognostic factors. *Eur Arch Psychiatry and Neurol Science*, 238, 105-109. 1988
- [27] Mavissakalian & Michelson. Agoraphobia: Relative and combined effectiveness of therapist-assisted in vivo exposure and imipramine. *J Clinical Psychiatry*, 47, 117-122. 1986
- [28] Michelson et al. Cognitive behavioral and psychophysiological treatments of agoraphobia. *Behav Therapy*, 19, 97-120. 1988
- [29] Michelson et al. A comparative outcome and follow-up investigation of panic disorder with agoraphobia: The relative and combined efficacy of cognitive therapy, relaxation training and therapist-assisted exposure, *J Anxiety Disorders*, 10, 297-330. 1996
- [30] Noyes et al. Follow-up study of patients with panic disorder and agoraphobia with panic attacks treated with tricyclic antidepressants. *J Affective Disorders*, 16, 249-257, 1989
- [31] Noyes et al. Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 809-818. 1990b
- [32] Otto et al. Maintenance of remission following cognitive behavior therapy for panic disorder. Possible deleterious effects of concurrent medication treatment. *Behav Therapy*, 27, 473-482, 1996
- [33] Pollack et al. Longitudinal course of panic disorder: Findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clinical Psychiatry*, 51 (12sup) 12-16, 1990
- [34] Scheibe & Albus. Predictors of outcome in panic disorder: A 5-year prospective follow-up study. *J Affective Disorders*, 41, 111-116, 1996
- [35] Wade et al. Transporting and empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking study. *J Consult Clin Psychology*, 66, 231-239, 1998
- [36] Williams & Falbo. Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behav Res Therapy*, 34, 253-264, 1996
- [37] Black et al. Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *J Affective Disorders*, 30, 233-241, 1994
- [38] Bowen et al. Depression, mastery and number of group sessions attended predict outcome of patients with panic and agoraphobia in a behavioral/medication program. *Can J Psychiatry*, 39, 283-288. 1994
- [39] Clark et al. A controlled trial of brief cognitive therapy for panic disorder. Paper presented at the XXVII Congress of the European Association for Behavioral & Cognitive Therapies, Venice, Italy. 1997
- [40] Emmelkamp & van der Hout. Failures in

- Behavior Therapy, pp58-81, Wiley, 1983
- [41] Evans L, Holt C, Oei TP. Long term follow-up of agoraphobics treated by brief intensive group cognitive behavioural therapy. Aust N Z J Psychiatry. 1991 Sep;25(3):343-9.
- [42] Liebowitz MR, Fyer AJ, Gorman JM, et al. Alprazolam in the treatment of panic disorders. J Clin Psychopharmacol. 1986 Feb;6(1):13-20.
- [43] Mathews AM, Johnston DW, Shaw PM, Gelder MG. Process variables and the prediction of outcome in behaviour therapy. Br J Psychiatry. 1974 Sep;125(0):236-64.
- [44] Munby M, Johnston DW. Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioural treatment. Br J Psychiatry. 1980 Nov; 137: 418-27
- [45] Pollack MH, Otto MW, Tesar GE, et al. Long-term outcome after acute treatment with alprazolam or clonazepam for panic disorder. J Clin Psychopharmacol. 1993Aug;13(4): 257-63.
- [46] Pollack MH, Otto MW, Sachs GS, et al. Anxiety psychopathology predictive of outcome in patients with panic disorder and depression treated with imipramine, alprazolam and placebo. J Affect Disord. 1994 Apr;30(4):273-81.
- [47] Rijken H, Kraaimaat F, de Ruiter C, Garssen B. A follow-up study on short-term treatment of agoraphobia. Behav Res Therapy, 30, 63-66. 1992
- [48] Thomas-Peter et al. Prediction of outcome in the treatment of agoraphobia. Behav Psychotherapy, 11, 320-328. 1983
- [49] Tobena et al. Brief treatment with alprazolam and behavioral guidance in panic disorder. Anxiety Research 3, 163-174, 1990
- [50] Woodman CL, Noyes R Jr, Ballenger JC, et al. Predictors of response to alprazolam and placebo in patients with panic disorder. J Affect Disord. 1994 30(1):5-13.
- [51] Hafner RJ, Ross MW. Predicting the outcome of behaviour therapy for agoraphobia. Behav Res Ther. 1983; 21(4): 375-82.
- [52] Jansson L, Ost LG, Jerremalm A. Prognostic factors in the behavioral treatment of agoraphobia. Behavioural Psychotherapy, 15, 31-44, 1987
- [53] Maier W, Roth SM, Argyle N, et al. Avoidance behaviour: a predictor of the efficacy of pharmacotherapy in panic disorder? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1991; 241(3):151-8.
- [54] Stern R, Marks I. Brief and prolonged flooding. A comparison in agoraphobic patients. Arch Gen Psychiatry. 1973; 28(2):270-6.
- [55] Keller MB, Yonkers KA, Warshaw MG et al . Remission and relapse in subjects with panic disorder and agoraphobia. J Nervous Mental Dis 1994; 182; 290-6

#### G. 研究発表

##### 学会発表

藤澤大介、大野裕：広場恐怖を伴わないパニック障害に関するレビュー。日本認知療法学会。札幌。2005

図5. GAF と受診の遅れの相関

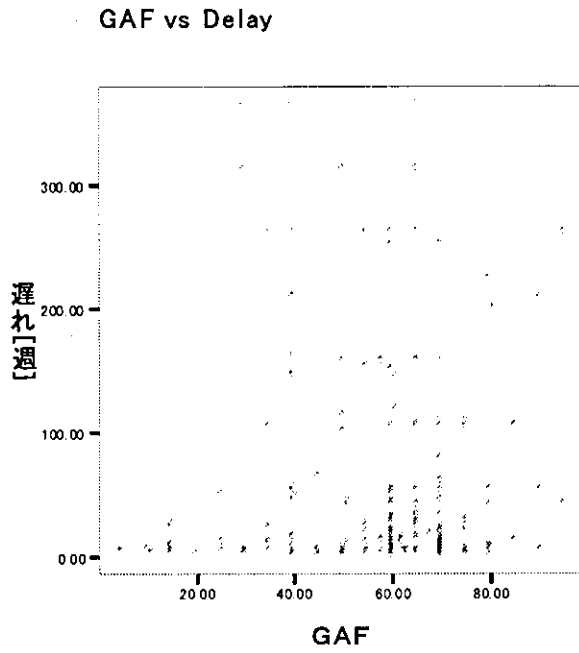
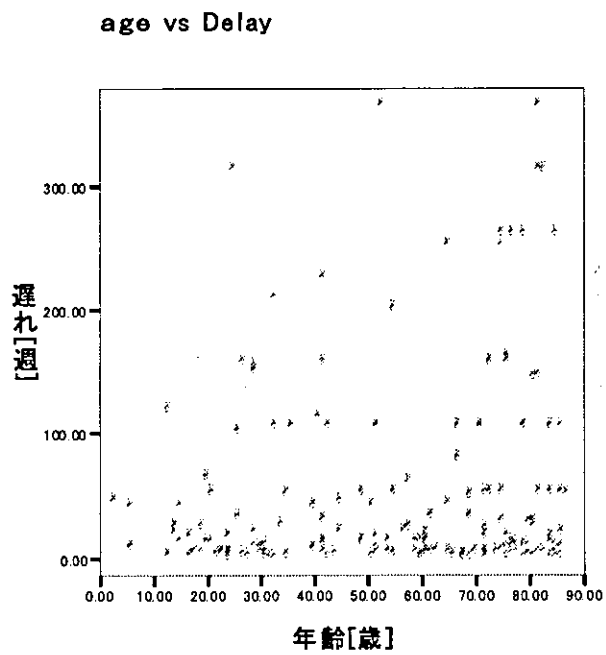


図6 年齢と受診の遅れの相関



精神科受診経路に関する多施設研究(PATHWAY研究)  
記入フォーム

A) 実施施設と施行者

① 調査施行者

1) 施設名または施設コード [ \_\_\_\_\_ ]

2) 調査施行者イニシャル [ \_\_\_\_\_ ]

3) 施行者の職種 1)精神科医 2)臨床心理士 3)ソーシャルワーカー  
4)看護師 5)学生 6)その他( \_\_\_\_\_ )

4) 実施年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

② 対象者を診察した場所

1) 総合病院  
a)精神科外来 b)精神科病棟(直接入院)  
c)一般身体科外来 d)一般身体科病棟  
e)救急科外来 f)救急科病棟

2) 精神科病院  
a)外来 b)病棟(直接入院)

3) 精神科クリニック

4) 往診

5) 警察署、法廷、刑務所

6) その他( \_\_\_\_\_ )

B) 対象者の基本情報

① 識別コード (研究ID \_\_\_\_\_)

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)同様 7)その他

⑥ 職業 1)会社員 2)自営業 3)学生 4)主婦 5)無職 6)その他( \_\_\_\_\_ )

⑦ 最終学歴 1)大卒未満 2)大卒以上

⑧ 院内紹介ですか?  
1)はい 2)いいえ

C) 主訴と経過

① 主訴

①-a 最も中心となる主訴は次のどの領域の問題ですか?(一つだけ選択)

1)心理的問題 2)身体的問題 3)社会的問題 4)回答拒否 5)聴取せず  
6)その他( \_\_\_\_\_ )

①-b そのうち、具体的なものを以下から選んでください。(複数回答可能だが、極力一つに特定する)

心理的問題

1)抑うつ症状 2)不安症状 3)躁症状 4)幻覚妄想  
5)思考障害 6)興奮症状 7)意識障害症状 8)昏迷症状  
9)転換症状 10)痴呆症状 11)知的障害の症状 12)その他の心理的問題( \_\_\_\_\_ )

身体的問題

13)神経・筋症状(頭痛、めまい、知覚異常、麻痺、痙攣など)  
14)睡眠・覚醒障害(不眠・眠気など)  
15)自律神経症状(発熱、動悸、悪心など)  
16)胸部症状(呼吸症状、循環器症状)  
17)腹部症状(腹痛、便秘、過敏性腸症候群など)  
18)全般的状態(体重異常、食欲異常、摂食異常など)  
19)その他の身体的問題( \_\_\_\_\_ )

社会的問題

20)自傷他害  
a)自傷 b)自殺企図 c)暴力行為 d)迷惑行為 e)その他( \_\_\_\_\_ )

21)②薬物依存  
a)アルコール b)不法薬物 c)その他の薬物依存( \_\_\_\_\_ )

22)対人関係  
23)その他の社会的問題( \_\_\_\_\_ )

24)上記以外のその他( \_\_\_\_\_ )

② 問題の発生時期 \_\_\_\_\_ 週間前

③-a 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  
<③-aで“相談したことがある”と答えた方のみ>

③-b 今回の問題について、他の精神科を受診したことがありますか?  
1)あり 2)ない

③-c 当施設は何番目の相談先ですか? \_\_\_\_\_ 番目

④ 過去に精神科を受診したことがありますか?(今回の問題に限定しません)  
1)あり 2)なし

D)第1番目の相談先

①相談先施設の種類

a)医療機関

a-1)精神科

- 1)総合病院精神科 2)精神科病院 3)精神科クリニック 4)救急外来  
5)その他( )

a-2)一般身体科

- 1)総合病院一般身体科 2)一般身体科クリニック 3)救急外来 4)その他( )

b)福祉・公的機関

- 1)保健所 2)精神保健センター 3)児童相談所  
4)警察 5)その他( )

d)学校

- 1)学校職員(教員など) 2)保健室・相談室 3)スクール・カウンセラー  
4)その他( )

e)職場

- 1)産業医 2)職場健康相談室など 3)その他( )

f)民間療法

- 1)民間電話相談など 2)鍼灸・整骨師など 3)祈祷・宗教家など  
4)その他( )

C)③-1で“初めて相談する”  
と回答した場合は、当機関が  
D)第1の相談先 になります

②相談先までの距離 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分 (患者宅からの所要時間を10分単位で記入する)

③相談までの期間 主訴が発生してから \_\_\_\_\_ 週 (3日以内は0週)

④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  
9)前の相談先 10)それ以前の相談先(第 \_\_\_\_\_ 番目の相談先)

⑤主たる治療

- 1)治療: 1)あり 2)なし 3)聴取できず 4)不明

<以下は 治療1)あり の場合のみ回答>

1-a)身体治療 1)あり 2)なし

1-b)精神治療 1)あり 2)なし

<1-b)精神治療あり の場合>

i)精神療法 1)あり 2)なし

<以下のうちメインを1つのみ選ぶ(精神療法ありの場合)>

⇒ a通常精神療法 b認知行動療法 c精神分析療法 dその他特殊精神療法

ii)薬物療法 1)あり 2)なし

<以下のあり/なしを選ぶ(薬物療法ありの場合)>

⇒a.抗精神病薬 1)あり 2)なし

⇒b.抗うつ薬 1)あり 2)なし

⇒c.抗不安薬 1)あり 2)なし

⇒d.抗てんかん薬 1)あり 2)なし

⇒e.睡眠薬 1)あり 2)なし

⇒f.気分調整薬 1)あり 2)なし

⇒g.その他の薬 1)あり 2)なし

⇒h. 内容不明

ii-b) 内容がわかれば、主剤を具体的に書いて下さい。

主薬剤名[ ] 用量[ ]mg

主薬剤名[ ] 用量[ ]mg

1-c)その他の治療 1)あり 2)なし

<以下のうちメインを1つのみ選ぶ(1)ありの場合>

⇒ a相談のみ b福祉サービス c紹介連携

d祈祷参拝など民間療法 eその他( )

88)その他( )

⑥告知診断名 ( )

E)第2番目の相談先

第2番目の相談先

- 1)あり
- 2)なし
- 3)聴取できず
- 4)不明

- 1)あり の場合は、以下を続けて記入。
- 2)ない の場合は、
- Q)医学的状態像 に進む。

①相談先施設の種類

a)医療機関

a-1)精神科

- 1)総合病院精神科
- 2)精神科病院
- 3)精神科クリニック
- 4)救急外来
- 5)その他( )

a-2)一般身体科

- 1)総合病院一般身体科
- 2)一般身体科クリニック
- 3)救急外来
- 4)その他( )

b)福祉・公的機関

- 1)保健所
- 2)精神保健センター
- 3)児童相談所
- 4)警察
- 5)その他( )

d)学校

- 1)学校職員(教員など)
- 2)保健室・相談室
- 3)スクール・カウンセラー
- 4)その他( )

e)職場

- 1)産業医
- 2)職場健康相談室など
- 3)その他( )

f)民間療法

- 1)民間電話相談など
- 2)鍼灸・整骨師など
- 3)祈祷・宗教家など
- 4)その他( )

②相談先までの距離 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分 (患者宅からの所要時間を10分単位で記入する)

③相談までの期間 主訴が発生してから \_\_\_\_\_ 週 (3日以内は0週)

④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
- 9)前の相談先
- 10)それ以前の相談先(第 \_\_\_\_\_ 番目の相談先)

⑤主たる治療

- 1)治療: 1)あり 2)なし 3)聴取できず 4)不明

<以下は 治療1)あり の場合のみ回答>

1-a)身体治療 1)あり 2)なし

1-b)精神治療 1)あり 2)なし

<1-b)精神治療あり の場合>

i)精神療法 1)あり 2)なし

<以下のうちメインを1つのみ選ぶ(精神療法ありの場合)>

⇒ a通常精神療法 b認知行動療法 c精神分析療法 dその他特殊精神療法

ii)薬物療法 1)あり 2)なし

<以下のあり/なしを選ぶ(薬物療法ありの場合)>

⇒a.抗精神病薬 1)あり 2)なし

⇒b.抗うつ薬 1)あり 2)なし

⇒c.抗不安薬 1)あり 2)なし

⇒d.抗てんかん薬 1)あり 2)なし

⇒e.睡眠薬 1)あり 2)なし

⇒f.気分調整薬 1)あり 2)なし

⇒g.その他の薬 1)あり 2)なし

⇒h.内容不明

ii-b)内容がわかれば、主剤を具体的に書いて下さい。

主薬剤名[ ] 用量[ ]mg

主薬剤名[ ] 用量[ ]mg

1-c)その他の治療 1)あり 2)なし

<以下のうちメインを1つのみ選ぶ(1)ありの場合>

⇒ a相談のみ b福祉サービス c紹介連携

d祈祷参拝など民間療法 eその他( )

88)その他( )

⑥告知診断名

( )



F)第3番目の相談先

第3番目の相談先  
1)あり 2)なし 3)聴取できず 4)不明

1)あり の場合は、  
以下を続けて記入。  
2)ない の場合は、  
Q)医学的状態像 の項に進む。

①相談先施設の種類

a)医療機関

a-1)精神科

1)総合病院精神科 2)精神科病院 3)精神科クリニック 4)救急外来  
5)その他( )

a-2)一般身体科

1)総合病院一般身体科 2)一般身体科クリニック 3)救急外来 4)その他( )

b)福祉・公的機関

1)保健所 2)精神保健センター 3)児童相談所  
4)警察 5)その他( )

d)学校

1)学校職員(教員など) 2)保健室・相談室 3)スクール・カウンセラー  
4)その他( )

e)職場

1)産業医 2)職場健康相談室など 3)その他( )

f)民間療法

1)民間電話相談など 2)鍼灸・整骨師など 3)祈禱・宗教家など  
4)その他( )

②相談先までの距離 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分 (患者宅からの所要時間を10分単位で記入する)

③相談までの期間 主訴が発生してから \_\_\_\_\_ 週 (3日以内は0週)

④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  
9)前の相談先 10)それ以前の相談先(第 \_\_\_\_\_ 番目の相談先)

⑤主たる治療

1治療: 1)あり 2)なし 3)聴取できず 4)不明

<以下は 治療1)あり の場合のみ回答>

1-a)身体治療 1)あり 2)なし

1-b)精神治療 1)あり 2)なし

<1-b)精神治療あり の場合>

i)精神療法 1)あり 2)なし

<以下のうちメインを1つのみ選ぶ(精神療法ありの場合)>

⇒ a通常精神療法 b認知行動療法 c精神分析療法 dその他特殊精神療法

ii)薬物療法 1)あり 2)なし

<以下のあり/なしを選ぶ(薬物療法ありの場合)>

⇒a.抗精神病薬 1)あり 2)なし

⇒b.抗うつ薬 1)あり 2)なし

⇒c.抗不安薬 1)あり 2)なし

⇒d.抗てんかん薬 1)あり 2)なし

⇒e.睡眠薬 1)あり 2)なし

⇒f.気分調整薬 1)あり 2)なし

⇒g.その他の薬 1)あり 2)なし

⇒h.内容不明

ii-b)内容がわかれば、主剤を具体的に書いて下さい。

主薬剤名[ ] 用量[ ]mg

主薬剤名[ ] 用量[ ]mg

1-c)その他の治療 1)あり 2)なし

<以下のうちメインを1つのみ選ぶ(1)ありの場合>

⇒ a相談のみ b福祉サービス c紹介連携

d祈禱参拝など民間療法 eその他( )

88)その他( )

⑥告知診断名 ( )

F)第4番目の相談先

第4番目の相談先

- 1)あり 2)なし 3)聴取できず 4)不明

1)ありの場合は、  
以下を続けて記入。  
2)ないの場合は、  
Q)医学的状态像 の項に進む。

①相談先施設の種類

a)医療機関

a-1)精神科

- 1)総合病院精神科 2)精神科病院 3)精神科クリニック 4)救急外来  
5)その他( )

a-2)一般身体科

- 1)総合病院一般身体科 2)一般身体科クリニック 3)救急外来 4)その他( )

b)福祉・公的機関

- 1)保健所 2)精神保健センター 3)児童相談所  
4)警察 5)その他( )

d)学校

- 1)学校職員(教員など) 2)保健室・相談室 3)スクール・カウンセラー  
4)その他( )

e)職場

- 1)産業医 2)職場健康相談室など 3)その他( )

f)民間療法

- 1)民間電話相談など 2)鍼灸・整骨師など 3)祈祷・宗教家など  
4)その他( )

②相談先までの距離 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分 (患者宅からの所要時間を10分単位で記入する)

③相談までの期間 主訴が発生してから \_\_\_\_\_ 週 (3日以内は0週)

④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  
9)前の相談先 10)それ以前の相談先(第 \_\_\_\_\_ 番目の相談先)

⑤主たる治療

- 1)治療: 1)あり 2)なし 3)聴取できず 4)不明

<以下は 治療1)あり の場合のみ回答>

1-a)身体治療 1)あり 2)なし

1-b)精神治療 1)あり 2)なし

<1-b)精神治療あり の場合>

i)精神療法 1)あり 2)なし

<以下のうちメインを1つのみ選ぶ(精神療法ありの場合)>

⇒ a通常精神療法 b認知行動療法 c精神分析療法 dその他特殊精神療法

ii)薬物療法 1)あり 2)なし

<以下のあり/なしを選ぶ(薬物療法ありの場合)>

⇒a.抗精神病薬 1)あり 2)なし

⇒b.抗うつ薬 1)あり 2)なし

⇒c.抗不安薬 1)あり 2)なし

⇒d.抗てんかん薬 1)あり 2)なし

⇒e.睡眠薬 1)あり 2)なし

⇒f.気分調整薬 1)あり 2)なし

⇒g.その他の薬 1)あり 2)なし

⇒h.内容不明

ii-b)内容がわかれば、主剤を具体的に書いて下さい。

主薬剤名[ ] 用量[ ]mg

主薬剤名[ ] 用量[ ]mg

1-c)その他の治療 1)あり 2)なし

<以下のうちメインを1つのみ選ぶ(i)ありの場合>

⇒ a相談のみ b福祉サービス c紹介連携

d祈祷参拝など民間療法 eその他( )

88)その他( )

⑥告知診断名 ( )



## パニック障害の治療法の最適化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

分担研究者 原井宏明 独立行政法人国立病院機構菊池病院 臨床研究部  
研究協力者 橋本加代 独立行政法人国立病院機構菊池病院  
岡嶋美代 熊本大学大学院医学薬学研究部病態情報解析学  
尾澤敬一郎 独立行政法人国立病院機構菊池病院  
松岡弘修 独立行政法人国立病院機構菊池病院  
宮田由香 独立行政法人国立病院機構菊池病院

#### 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)と呼ぶことができる。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が、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ができる。これらの疾患について、どのような研究が必要であるかについて検討が必要である。

本年度は疫学データの調査および予備調査として精神科・心療内科開業医に対して医療実態の調査を行った。

精神病院においてストレス関連障害がもっとも多い診断名になっていること、日本の全国の病院調査では3年間の間にうつ病などのストレス関連障害で受診する患者が50%以上増加していることがわかった。

新患の数はクリニックの間で3倍以上の違いがあった。ほとんどのクリニックでは6~8割がストレス関連障害であった。診断としてはパニック障害、全般性不安障害、うつ病などが多く、治療としてはSSRIがファーストチョイスになっていた。

#### A. 研究目的

パニック障害を代表とする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。こうした患者に対して効果的かつ効率的な治療法、対処法の開発が必要である。一方、日本で可能な治療手段は薬物療法をとっても、心理社会的治療法をとっても、電気けいれん療法のような身体的治療法をとっても欧米と比べると量、質ともに見劣りがする。

抗うつ薬についてみれば欧米では三環系抗うつ薬以降の新規抗うつ薬は10種類以上が利用可能である。これに対し、日本で販売されている薬剤は3種類しかなく、そして、そのうち2種類は欧米における抗うつ薬市場のシェアからみれば10位以下の不人気薬剤である。心理社会的治療法についてみれば、欧米の公的機関が発行している治療ガイドラインやコクラン共同計画などの二次資料では、認知行動療法が第一選択になっているが、日本では認知行動療法は一般的

ではない。電気けいれん療法については、米国ではサイン波治療器はすでに米国FDAによって使用は認められなくなっているが、日本では2004年によく新型のパルス波治療器の使用が認められたところである。

このように、日本では精神科治療全体について新薬導入などの治療法の開発、普及が停滞状態にあり、世界の潮流から孤立している。これは日本の国民皆保険制度を維持するために医療費を抑制する必要があることが背景にあると考えられる。増え続けるストレス関連疾患の患者に対して適切な医療が行われるように、医療保険によって適切な支払いが行われるようにするためには、次のことが明らかになる必要がある。

- (1) 実際の医療現場においてパニック障害を含むストレス関連疾患に対して行われている治療、対処の検討

実際の医療現場で行われている治療は最適なものか？すなわち、現実の治療アウトカムは既存の介入研究による治療アウトカムと同等のものであるのか？また、既存の自然史研究によって知られている無治療の場合の転帰よりも良いのか？

- (2) 実際の医療現場における治療、対処に対する改善方法の検討

もし現実の治療アウトカムが最適でないとすれば、どのようにすれば最適なものに近づけられるか？一般的には、新薬の導入、認知行動療法のような新しい治療法の開発と普及、そしてこれらの治療法をまとめた治療ガイドラインが考えられるが、実際にこれらの方法が実際の医療現場での治療、対処のあり方を変えて、患者の転帰を改善するのか？

- (3) 新薬や新しい治療法に対する健康保険の支払いどのくらい必要か、またコスト対効果はどのくらいか？

日本では2000年から新規抗うつ薬が導入された。この中でもトップシェアをとっているパロキセチンは2003年において230億円の売り上げがあり、これはそのまま従来の向精神薬の費用の上乗せになっており、医療保険制度や通院費公費負担制度における負担の増加につながっている。このような公的負担の増大が実際の医療場面において患者に福音をもたらしていることを示す必要がある。

本研究では1)文献や公開された疫学データをもとに、ストレス関連疾患の疫学、治療方法開発のニードを明らかにする、2)実際の開業医を対象に治療方法、対処方法の開発に関するニードを明らかにする、を目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 疫学調査

独立行政法人国立病院機構 菊池病院の患者数データ、厚生労働省が行っている患者数調査データ(厚生労働省, 2005)を調べた。

### 2. 予備調査

熊本近辺の精神科・心療内科開業医 21 箇所を対象に調査を行った。調査に使用した用紙を別紙に示す。

(倫理面への配慮)

本年度は、一般に公開された個人情報に伴わないデータおよび医療機関に対する調査を行った。患者の個人情報は扱っておらず、また治療自体に対する介入は行っていない。

C. 研究結果

外来新患者のデータを表2に示す。診断分類

1. 患者調査

はICD-10に拠っている。

菊池病院の年間入院患者数のデータを表1に、

表1 年間入院患者数(平成15年4月～平成16年3月)

F0 症状性を含む器質性精神障害	46
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	
F2 統合失調症、失調症型障害および妄想性障害	67
F3 気分障害	69
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	24
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	5
F6 成人の人格及び行動の障害	13
F7 精神遅滞	1
F8 心理的発達の障害	2
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動、情緒の障害	6
てんかん(F0に属さないもの)	
その他	23
計	354

菊池病院は平成16年3月現在の精神病床数(実動運営病床数)が150床である。

表2 年間新規外来患者数(平成15年4月～平成16年3月)

F0 症状性を含む器質性精神障害	204
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	19
F2 統合失調症、失調症型障害および妄想性障害	39
F3 気分障害	144
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	92
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	7
F6 成人の人格及び行動の障害	5
F7 精神遅滞	13
F8 心理的発達の障害	15
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動、情緒の障害	9
てんかん(F0に属さないもの)	30
その他	56
計	856

F3 気分障害とF4 神経症性障害、ストレス関連 入院では24%、新規外来患者では28%になる。  
障害及び身体表現性障害を合わせた数でみると、 菊池病院は老年期精神障害を専門とした医

療機関を標榜して、F0 症状性を含む器質精神障害が入院では 18%、新規外来患者では 24%を占めている。しかし、実態としては老年期よりも気分障害と神経症性障害、ストレス関連障

害が他の診断分類を抑えてもっとも多い疾患であることがわかる。

次に、1999、2002 年度について日本の全病院を対象にした患者数調査の結果を表 3 に示す。

表 3 日本の精神科受診患者調査 単位 千人

		1999 年	2002 年
F2	統合失調症、失調症型障害および妄想性障害	666	736
F3	気分障害	440	712
	うつ病	239	441
	持続性気分障害	124	170
	双極性障害	65	78
	躁病	4	5
F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	414	499
	神経症性障害	236	260
	不安障害	98	140
	身体表現性障害	53	60
	強迫性障害	11	19
	恐怖症性不安障害	7	6
	重度ストレス反応	6	11
	解離性(転換性)障害	3	3
計		2366	3140

表3からは、精神疾患の受診者が3年間に30%以上増えたことがわかる。50%以上増えているのは、うつ病が84%、強迫性障害が72%、重度ストレス反応が83%である。実際の数の増加ではうつ病が他を圧倒している。

## 2. 予備調査 1

9箇所のクリニックから回答があった。実際には泌尿器が専門であったクリニックを除外した8箇所のクリニックの回答を解析した。

年間の新患者数の平均は321人であった。もっとも多いところは800人、少ないところは100~150人であった。一箇所は再来の患者だけで手一杯

であるとし、この3年間新患を断っていた。

新患のうちストレス関連障害の患者が占める割合の平均は66%であった。多いところは90%、少ないところは18%であった。

新患のうち自己診断をつける患者が占める割合の平均は18%であった。多いところは60%、少ないところは7%であった。

新患の受診があり、かつ病名に DSM-IV や ICD10 を用いているところを対象に病名を集計した。1番目に上げられたものに4点、2番目に3点、3番目に2点、4番目に1点として、点をつけた。合計点の多い順で、パニック障害、全般性不

不安障害, うつ病, 社会不安障害(社会恐怖), 身体表現性障害(疼痛, 体感異常), 適応障害, 強迫性障害, 統合失調症となった。5番目以下のその他の病名としては, PTSD, 解離性障害, 摂食障害が上げられていた。パニック障害は, すべての回答で4番目以内に入っていた。全般性不安障害は二つの回答で1番目の病名とされていた。摂食障害は減ってきているという意見があった。

治療方法については, 一箇所を除いてすべての回答でSSRIがファーストチョイスとされていた。一箇所はベンゾジアゼピン系抗不安薬をファーストチョイスにしていた。セカンドチョイスには, SNRI やベンゾジアゼピン系抗不安薬, スリピドが上げられていた。その他として, 三環系抗うつ薬, メチルフェニデート, 抗精神病薬, 認知療法があげられていた。

他の医療機関に紹介する場合として, 次のような場合が挙げられていた。1)入院が必要, 2)人格障害を合併している, 3)治療に困難をきたした, 4)本人が特定の治療法(エクスポージャーなど)を希望している, などであった。

治療のマニュアルの必要性については, 次のような意見があった。1)もともとマニュアルは嫌いである, 2)簡単な手順書, チャートのようなものが欲しい, 3)患者のもつストレス脆弱性に対する認知行動療法などの具体的な心理療法のマニュアル, 4)薬物療法のアルゴリズム, 5)不安障害に対してもうつ病の治療ガイドラインに相当するものがあると良い, であった。

その他の意見として, 心理士を雇用しているが, 医師が心理士に求める仕事の内容と実際に心理士ができることの間には格差があることを指摘していた。

## D. 考察

ストレス関連障害の患者が確実に増えてきていることがわかった。老年期痴呆を専門として発足し, 僻地にある菊池病院であってもストレス関連障害が入院, 外来を含めた患者のトップになっている。日本では精神科や精神疾患に対する偏見があり, 精神科の敷居が高い, 受診すべき患者が受診していない, 受診しやすい環境を作るべきだ, という意見はすでに時代から遅れている。3年間で受診者数の増加が50%を超えるような疾患は尋常ではない。

強迫性障害の増加はフルボキサミンが適応をとっていることに影響されていると考えられる。重度ストレス反応は近年のマスメディアによる報道に影響されていると思われる。

現状で考える限り, 需要の増大に医療機関が追いついていないと考えられる。認知行動療法が治療ガイドラインなどで推奨され, 患者が求めてくるようになった。臨床心理士に対する期待が医師の側からあるが, 実際に行える人材が不足していると考えられる。

## E. 展望

今後の計画として, 研究プロジェクトに愛称をつけることにした。

SQIP(Stress related disorder treatment Quality Improvement Program, プライマリメンタルヘルスケアにおけるストレス関連障害のケアの質の改善)として, 今後の研究を進める予定である。

ストレス関連障害の特徴はさまざまであるが, 患者自身で自分を治療する部分, セルフコントロールする部分があることが共通している。実際に



受診する、専門家の援助をもとめる患者の場合は、セルフコントロールできる自信がない、必要と感じても方法が分からない、ことが多い。言い換えれば、セルフコントロールがうまくできないから受診しにきた、と言える。

このような患者に対応するために、次のような特徴をもったマニュアルや資料を計画している。これらは、ストレス関連障害全体に関する資料と、個別の診断の資料からなっている。

#### 1. 患者用資料

診断スクリーニングチェックリスト、心理教育資料、患者に出す宿題、セルフモニタリングシート

#### 2. 医師用資料

面接のガイドライン、診断ガイドライン、服薬モニタリングチェックシート

#### 3. カウンセラー用資料

認知行動療法の進行シート、患者に示すフリップカード

#### 4. アセスメント資料

疾患別に標準的な自記式、面接による重症度評価を含む。また全般的なQOL、治療に対する患者満足度を評価する

5. コミュニケーションスキルトレーニングビデオ  
面接トレーニングビデオを作成する。

研究協力に関しては4箇所クリニックから前向きな返事があった。今後、連携をとりながら、これらのクリニックに対する介入研究を行う。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

原井宏明 (2004) 向精神薬療法の限界 向精神薬療法をとりまく問題 転帰と治療 今すぐ癒されるか、二年後の回復か. こころの科学 116, 0912-0734.

原井宏明, 毛利伊吹 (2005) 社会不安障害の社会的コストへの影響. 社会不安障害治療のストラテジー. 小山司編 先端医学社, 東京. pp 27-33.

##### 2. 学会発表

Clinical researches on Depression in Japan. Naturalistic studies, Drug trials, Treatment studies, World Congress of World Association of Social Psychiatry, 2004.10 Kobe

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### I. 参考文献

厚生労働省 2005 厚生労働省病院報告平成14年版. 厚生労働省, 東京.

別紙

厚生労働科学研究費補助金によるこころの健康科学研究事業  
パニック障害の治療法の最適化と治療ガイドラインの策定  
ご協力をお願い

独立行政法人国立病院機構 菊池病院 原井宏明

不安やうつを主訴とし、身体愁訴やパニック発作、さまざまな心配、恐怖を訴える状態は精神科や心療内科の日常臨床では、一般身体科での上気道炎と同じくらいありきたりの疾患です。患者自ら不安や苦痛を訴え、精神科や心療内科に自ら治療を求めにやってくる患者が毎年増加しています。精神科の外来の来る患者の構成が一昔前とはすっかり変わりました。これらの患者をストレス関連障害と呼ぶことにします。

一方、これらの領域の疾患の理解と治療の仕方は近年著しく進歩しました。従来は不安には抗不安薬を、うつには抗うつ薬をという考え方が普通でした。現在は抗うつ薬が不安にも有効であることが知られるようになりました。また精神療法についても非特異的な支持的精神療法や洞察志向の精神療法から、疾患や症状に特異的な認知行動療法や対人関係療法が有効だと考えられるようになりました。うつ病に対する認知療法、強迫性障害に対するエクスポージャーと儀式妨害、広場恐怖に対する現実エクスポージャーなどがよく知られています。菊池病院にて、こうした治療を試みているところです。ほとんどの患者様は、地域の医療機関から紹介されていらっしゃると思います。

当院での試みが地域医療機関の皆様役に役立っているかどうか、また、皆様にとって、ストレス関連障害に対する治療としてどのようなものが求められているのかを調べることにいたしました。

皆様からアンケートや聞き取りによってストレス関連障害についてのご意見をいただきたいと思えます。よろしくご協力をお願いします。アンケートは2月20日ごろまでに同封の封筒にて返送いただくと幸いです。

調査の結果は、集計ができしだい、ご希望の方法で送付させていただきます。2005年5月ごろをめどにしております。

連絡先

独立行政法人国立病院機構 菊池病院臨床

研究部

原井宏明

861-1116 熊本県菊池郡合志町大字福原 208

電話 096-248-2111 ファックス 096-248-4559

e-mail hharai@kikuti.hosp.go.jp

## ストレス関連障害診療実態アンケート

- 1) お名前 \_\_\_\_\_先生
- 2) 所属医療機関 \_\_\_\_\_
- 3) アンケート結果の連絡方法についてご希望のものに丸をつけてください。  
①電子メール \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ ②ファックス( ) \_\_\_\_\_
- ③郵便
- 4) 主な診療科 \_\_\_\_\_科
- 5) 一年間に新患の患者はどのくらい診療されますか? \_\_\_\_\_人
- 6) 一年間に入院する患者は延べでどのくらいですか? \_\_\_\_\_人
- 7) 不安や気分の落ち込み、いらいらを主訴とし、身体愁訴やパニック発作、さまざまな心配、恐怖を訴え、自分から治療を求めて来院する患者(ストレス関連障害)は、新患のうちどのくらいの割合ですか? 当てはまるところに印をつけてください。  
----- 0% -----20----- 40 -----60-----80 ----- 100%  
全くない 全員
- 8) 最初から、自分の病名を自分で診断して治療を求めてくる方は、新患のなかでどのくらいの割合ですか?  
0%--20-----40----- 60 -----80----- 100%  
全くない 全員
- 9) 上記の患者(ストレス関連障害)のうち入院する患者は一年間で延べでどのくらいですか? \_\_\_\_\_人  
上記のような患者様を診療される方にお聞きします。
- 10) 診断や評価についてはどのようにして行われていますか? また、困難を感じられることはありますか?
- 11) 診断としてはどのような疾患が多いでしょうか。多い順序に書いてください。病名はどのようなものでもかまいません。  
1 番 \_\_\_\_\_ 2 番 \_\_\_\_\_  
3 番 \_\_\_\_\_ 4 番 \_\_\_\_\_  
その他 \_\_\_\_\_

次のページにもお答えください

- 12) こうしたストレス関連障害には、どのような薬や治療法を主に使われますか？
- 13) 上記のような患者様をどのような場合に他の医療機関に紹介されますか？
- 14) 患者様から特定の薬や治療をしてほしい、と要求されることはありますか？
- 15) ストレス関連障害について診断や治療、マネジメント全体についてのマニュアルがあるとしたら、どのようなものが必要だと思いますか？
- 16) 研究として、一般の先生方のところでの治療の内容、結果についての調査を行いたいと思っております。治療のやり方、考え方、状況によって、どの程度、治療結果に差があるのか、また医療費に違いがあるかどうかを知るためです。調査としては、受診されている患者様に対してアンケートをさせていただきます。さらに、同意(インフォームドコンセント)が得られた患者様に対しては、菊池病院にて訓練した調査員による簡単な問診(20分程度)をさせていただくことがあります。これについて、ご協力をしてもよいと思われる場合は、以下に丸をつけてください。
- ①協力しても良い    ②一度説明を聞きたい    ③協力できない
- 17) その他、何かご意見があれば、お知らせください。

ご協力ありがとうございました