

神経栄養因子)に注目して検討した。BDNFは、脳内で最も豊富な神経栄養因子であり、神経系の成長や維持の増強作用のみならず、ドーパミン系などの神経伝達物質の調節作用や、長期増強・学習記憶などの神経可塑性の機構にも重要な役割を果たしている事が知られている。近年、BDNF がうつ病の病態および抗うつ薬の作用発現に重要な役割を果たすことが示されてきており、我々も、未治療うつ病患者の血清 BDNF 濃度が、健常者と比較して有意に減少していることを発見した(Shimizu et al., 2003)。BDNF が、うつと不安の共通の脆弱性の基盤に関連しているかを検討するために、パニック障害の治療反応性と血清 BDNF の関係性を検討した。

B. 研究方法

集団認知行動療法は、千葉大学医学部附属病院精神神経科専門外来にて、1セッション1時間程度、計10セッションで、クローズド・グループの形で行われた。エントリー患者は、Subjective Units of Distress(SUD:つらさの主観的単位)を用いて不安を自己採点評価しながら、非機能思考記録日記をつけるように勧められた。それぞれのセッションは、事前に決められたプログラムにそって実施された。各セッションは、認知的モニタリングの習慣づけ、不安とパニック発作に関する正しい知識の提供(心理教育)、呼吸再訓練を含むリラクゼーション訓練、身体感覚の認知再構成、身体内部感覚への曝露、広場恐怖刺激への曝露などによって構成されていた。また、治療前

後で、以下のようなアセスメントが行われた。

PDSS (Panic Disorder Severity Scale)
HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale)
HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale)
GAF (Global Assessment of Functioning)
CGI (Clinical Global Impressions)

また、PDSS 値の治療後の低下が治療前ベースライン値の何%になったかを PDSS の%reduction (改善率)として、個々人の改善の指標とした。この値が40%以上減少した場合、その患者は、治療に反応したと定義し、エントリー総数のうち、何人に反応があったかを百分率で計算して、治療反応率とした。

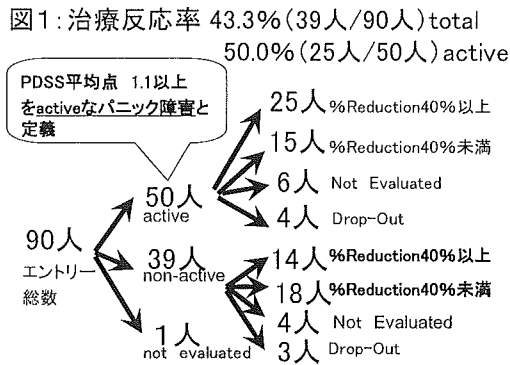
対象は、DSM-IV でパニック障害が主病名と診断された患者で、合計90人が治療にエントリーされた。自殺念慮の切迫している者や精神病性症状を有する者は除外したが、うつ病の合併は除外しなかった。

また、治療導入前に、書面にて同意の得られた42人の患者から、血液検査が行われ、院内検査部にて、血中コレステロール(Cho)が測定された。また、血清が分離され、マイナス80度で保存され、米国 Promega 社の BDNF Emax Immunoassay System kit を用いて、検体の BDNF 濃度が測定された。血清検体に関しては、患者群と年齢・性別をあわせた健常者31人からも、同様に採取され、同時に BDNF 濃度が測定された。

(倫理面への配慮) 血液検体の研究目的での使用に関して、千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会にて、承認を得た後に実施され、すべての参加者に、書面で同意を得た。

C. 研究結果

Intention to treat 分析で、worst case scenario 法を用いた結果、集団療法の参加患者 90 人中 39 人(43.3%)に治療反応が見られた。また、PDSS 平均点 1.1 以上を active なパニック障害と定義した場合、active なパニック障害の 50 人中 25 人 (50.0%) に治療反応が見られた (図 1)。



次に、治療反応性に影響を与える因子である
①合併するうつ病について検討したところ、
うつの有無 (17 項目 HAM-D で 18 点以上)、
エントリー時の抗うつ薬投与の有無は、いず
れも、治療反応性に有意な影響を与えなかつ
た。同様に、②重症度について、広場恐怖の
有無 (DSM-IV 診断による) は、治療反応性
に有意な影響を与えなかつた。一方、治療反
応良好群は、不良群に比べて、エントリー時
に、重症度尺度 PDSS の 7 つの下位項目の第 2
問である「発作のつらさ」(DISTRESS
DURING PANIC ATTACKS) のスコアが有意に
高かった。重回帰分析 (変数増減法) でも、
臨床変数の中で、唯一 PDSS の「発作のつら
さ」が、PDSS%Reduction の 17.5% を説明し

た(beta = 0.343, p = 0.010)。また、パニック障
害重症度尺度 PDSS、不安尺度 HAM-A、うつ
尺度 HAM-D の 3 者には、それぞれ有意な正
の相関が見られた。

血清 BDNF に関しては、パニック障害患者
で健常コントロールより低くなるわけではな
いが、集団認知行動療法の治療反応不良群に
おいて、良好群よりも有意に低かった (表 1)。

表 1: 集団認知行動療法反応良好群と不良群の
血清BDNFの差

	Good response	Poor response	Controls	p value
Number	26	16	31	
Sex: F / M	22 / 4	11 / 5	26 / 5	n.s.
Age, y	31.5 ± 8.1	33.6 ± 9.2	32.5 ± 12.6	n.s.
Onset, y	25.9 ± 6.7	27.0 ± 9.6		n.s.
Duration, y	5.1 ± 6.0	7.2 ± 10.3		n.s.
HAM-D	12.6 ± 6.6	12.9 ± 5.0		n.s.
HAM-A	12.5 ± 5.6	12.5 ± 5.3		n.s.
GAF	58.2 ± 7.2	55.2 ± 7.5		n.s.
PDSS	1.40 ± 0.70	1.28 ± 0.77		n.s.
PDSS (post)	0.57 ± 0.37	1.27 ± 0.62		0.0005
serum cho	191.2 ± 35.2	189.1 ± 32.0		n.s.
serum BDNF	33.7 ± 7.5	25.9 ± 8.7	29.1 ± 7.1	0.0094

*

D. 考察

我々の集団認知行動療法は、米国にて
Barlow DH ら (2000) により報告されている
個人療法単独の急性期セッション終了後の治
療反応率 (48.7%) とほぼ同等であり、一概
に比較できるわけではないが、エントリー患
者の半数程度に有効な治療であることが示さ
れた。さらに、我々の集団認知行動療法の治
療完遂率は 92.2% であり、Barlow DH ら (2000)
の個人療法 (48.7%) と比較して高く、Drop Out
が少ない可能性が考えられた。グループ認知
行動療法の利点として、(1) 個々人の症状が
比較検討できるので、疾患について機能分析
しやすく、また、他のメンバーの体験を取り
入れることにより認知の歪みを把握、修正し
やすくなる。(2) 他のメンバーから賞賛が得
られるため、個々人の治療意欲 (motivation)

及び自己評価が高まる。(3) グループへの帰属意識から、回避状況への暴露に対する抵抗が下がり、DropOutが防止される(プログラム完了率が高くなる)。(4) 医療経済性が高い(費用対効果で個人CBTより有利である; Barlowらは個人CBTを1回50分、11回施行)があげられる。

また、認知行動療法の反応性に関する因子としては、予想外の結果であったが、うつや広場恐怖などは、治療反応性に影響がなかった。これは、パニック障害の重症度(PDSS)が、不安症状(HAM-A)やうつ症状(HAM-D)とよく相関しているとあわせて考察すると、パニック障害が改善していくとともに、うつも改善されていくために、影響がみられないのかもしれない。さらに、治療反応性良好群のほうが、パニック発作をつらいと感じているという結果も予想外であったが、考えられる理由としては、パニック発作のつらさそれ自体は、身体内部感覚の曝露などによって、比較的容易に軽減できるために、認知行動療法が奏効しやすいという機序が考えられた。

生物学的因子に関する検討では、うつ病患者で低い血清BDNFは、パニック障害患者で低くなるわけではないが、集団認知行動療法の治療反応不良例において低かったという結果を解釈するひとつの仮説としては、血清BDNFの低下傾向が、うつ病ほどではないにしても、パニック障害の治療不良群にみられることから、BDNF低下が不安や恐怖に対する生物学的脆弱性を反映している可能性が考えられ、合併する頻度の非常に高い不安とうつについて、共通の生物学的基盤が存在する

可能性が示唆され、その因子の重要性があらためて認められた。このような生物学的脆弱性を有する人には、認知行動療法に最初から積極的に抗うつ薬を併用する方法などがより良い治療となる可能性が考えられた。

E. 結論

パニック障害に対する認知行動療法は、無作為割り付け比較試験とは違って、エントリー症例について厳格な除外基準を設定することのない日常臨床の場でも、高い有効性を示す治療であることが示された。また、治療反応性に影響する因子として、不安とうつに共通な生物学的要因の存在の可能性が示唆され、このような因子を有する人には、積極的に抗うつ薬を併用するなど、テーラーメイドの最適な治療法の開発に有用な知見と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Koizumi H, Hashimoto K, Shimizu E, Iyo M, Mashimo Y, Hata A. Further analysis of microsatellite marker in the BDNF gene. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005;135(1):103.

Kobayashi K, Shimizu E, Hashimoto K, Mitsumori M, Koike K, Okamura N, Koizumi H, Ohgake S, Matsuzawa D, Zhang L, Nakazato M, Iyo M. Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in patients with panic disorder: as a

- biological predictor of response to group cognitive behavioral therapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(5):658-63.
- Shimizu E, Hashimoto K, Koizumi H, Kobayashi K, Itoh K, Mitsumori M, Ohgake S, Okamura N, Koike K, Matsuzawa D, Zhang L, Kumakiri C, Nakazato M, Komatsu N, Iyo M. No association of the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene polymorphisms with panic disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(5):708-12.
- Matsuzawa D, Hashimoto K, Shimizu E, Fujisaki M, Iyo M. Functional polymorphism of the glutathione peroxidase 1 gene is associated with personality traits in healthy subjects. *Neuropsychobiology*. 2005;52(2):68-70.
- Shimizu E, Hashimoto K, Ohgake S, Koizumi H, Okamura N, Koike K, Fujisaki M, Iyo M. Association between angiotensin I-converting enzyme insertion/deletion gene functional polymorphism and novelty seeking personality in healthy females. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30(1):99-103.
- Shiina A, Nakazato M, Mitsumori M, Koizumi H, Shimizu E, Fujisaki M, Iyo M.
- An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(6):690-6.
2. 学会発表
- 小林圭介、清水栄司、小松英樹、谷渕由布子、平幸司、伊豫雅臣(2006)パニック障害の集団認知行動療法の治療反応性に影響を与える因子の検討 第23回千葉精神科集談会、千葉、2006年。1月。
- 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
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283(19):2529-36.
- Shimizu E, Hashimoto K, Okamura N, Koike K, Komatsu N, Kumakiri C, Nakazato M, Watanabe H, Shinoda N, Okada S, Iyo M. Alterations of serum levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in depressed patients with or without antidepressants. *Biol Psychiatry*. 2003 ;54(1):70-5.
- Hashimoto K, Shimizu E, Iyo M. Critical role of brain-derived neurotrophic factor in mood disorders. *Brain Res Brain Res Rev*. 2004;45(2):104-14.
- 清水栄司、小林圭介、三森真実、伊豫雅臣（2004）パニック障害の認知行動療法とその有効性。パニック障害セミナー2004。越野好文・貝谷久宣編、日本評論社。東京。53-63。

清水栄司、橋本謙二、伊豫雅臣（2004）うつ
病と BDNF（brain-derived neurotrophic factor）
日本神経精神薬理学雑誌 24(3):147-50.

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

パニック障害の受診経路に関する研究

分担研究者：大野裕（慶應義塾大学保健管理センター）

研究協力者：藤澤大介（桜ヶ丘記念病院）、橋本直樹（北海道立向陽ヶ丘病院）

大塚耕太郎（岩手医科大学）、今村弥生（浦河赤十字病院）、上原久美、佐藤玲子（横浜市立大学）

奥川学（関西医科大学）、加藤隆弘（九州大学）、菊地沙耶（宮城県立精神医療センター）

小泉弥生（仙台市立病院）、佐藤創一郎（慈圭会慈圭病院）、高橋克昌（東京都立松沢病院）

高橋知久（自衛隊仙台病院）、館農勝（砂川市立病院）、吹田恭子（国立病院機構関門医療センター）

森貴俊（長崎大学）、吉岡知子（高知県立芸陽病院）、和気洋介（倉敷中央病院）

山之内芳雄（藤田保健衛生大学）、諸隈一平（高知大学）（所属は平成18年3月現在）

研究要旨

パニック障害患者の受療行動について、患者背景、症状・障害特性、最初に利用した医療サービスの観点からその特徴を報告した。60%以上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、一般身体科、特に一般身体科クリニックを経由した患者は精神科専門機関を受診するまでに遅れが生じていた。精神科施設以外での治療率はたかだが約20%であり、一般身体科を最初に受診した患者の多くは、適切な治療の受給が遅れている。過去に精神科受診歴がないこと、身体症状を第一の主訴に考えること（男性に多い）、広場恐怖をとまなわなないパニック障害の病型、などが受診の遅れを生じる因子として抽出された。

パニック障害の説明・病名告知については、精神科施設においても50%～89.2%とばらつきがある。精神科以外の施設においては概ね10%程度であり、初期治療率も同様の傾向がみられた。概して、一般身体科医師の間にパニック障害の十分な知識が普及しているとはいいがたく、また、精神科の中でも、抗うつ薬の使用、適切な精神療法（認知行動療法）の施行は不十分であることが示唆された。

A. 研究目的

パニック障害をはじめとする精神障害をもつ患者が精神科専門機関を受診するには、一般開業医、総合病院一般身体科を経由する経路を主として、さまざまな経路が存在する。こういった受診経路には保健医療システム、専門機関への紹介

のしくみ、保健医療サービスの利用しやすさ、その他の文化的・経済的要因などが関与している（Goldberg と Huxley:1980）。1988年に世界保健機構 WHO によって行われた多国籍研究(Gater et al.)によれば、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、その他の経路を通じ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、地域によっては民間療法の関与が専門機関への到達を遅らせること、が指摘されている。主訴が精神病症状である場合は発症から受診までの遅れは短い、身体症状である場合は、受診が大幅に遅れることが指摘されている。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(Vazquez-Barquero JLら、Balestrieriら)。このようなデータは、患者が精神科専門機関に早く到達させたり、より早い段階の相談機関でのケアを向上させたりするために重要である。しかし、本邦においては、パニック障害受診経路に関する多施設研究は、筆者が知る限り過去に報告がない。

パニック障害に対する適切な医療の提供の基礎資料とするために、パニック障害患者の受診経路、発症から受診までの遅れ、関連しうる要因（患者背景、診断・重症度、主たる症状、受診施設の種類など）を調査し、また、精神科専門機関以外での診断・告知状況・初期治療についても調査を行った。

B. 研究方法

表1の調査参加施設において、平成17年4月1日～同年9月末日の6ヶ月に当該施設を初診で受診した患者のうち、パニック発作・パニック障害に該当する患者を対象に、カルテ・レビューにより、後述の調査フォーム(資料1)に基づいて調査を行った。

調査項目は下記のとおりであった。

- ・ 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？

- ・ 各経路で生じる発症から受診までの遅れはどの程度か？
- ・ 主訴、診断(パニック障害の病型)、重症度(GAF:Global Assessment of Functioning)、患者背景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・告知を受けているか？

(倫理面への配慮)

この研究は各参加施設の倫理委員会の承認を得て行った。疫学研究に関する倫理指針(平成14年文部科学省・厚生労働省告示第2号)にもとづき、匿名式の記入フォームを用いて、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。

C. 研究結果

<患者背景>

合計185症例(男性75例、女性110例)が対象となった。平均年齢:36.6歳(S.D.=13.8)[14-85歳][男性34.6歳(S.D.=10.0)、女性37.9歳(S.D.=15.8)]であり、婚姻状況は既婚85(45.9%)、未婚75(41.8%)、離婚・死別14(7.6%)、不明11(6.0%)であった。

施設ごとの内訳は、大学病院47例(5施設)、市中総合病院99例(6施設)、単科精神科病院例:39例(4施設)であった。

パニック障害の診断と重症度を表4に示した。診断別に精査・重症度(GAF)に有意差は認めなかった。

<主訴>

調査機関における主訴を図1、図2、表5に示した。不安症状が最も多く(29.2%)、ついで胸部症状(呼吸器・循環器症状)、神経・筋症状、自律神経症状、腹部症状であり、身体症状全般では64.3%であった。また、その他の心理症状としては抑うつ症状、精神運動興奮があり、社会・行動上の問題として自傷他害を主訴に受診した例がみられた。

<主訴>男性と比較して女性は心理症状を主訴に受診する率が有意に高かった(χ^2 検定: $p=0.01$)。

<受診機関・受診経路>

・受診機関数

精神科機関を直接受診した患者は70例(37.8%)であり、残り63%は他の機関を経由してから精神科医療機関を受診していた(2例:1.1%は不明)。精神医療機関を2番目に相談する例が最も多く、72例(38.9%)であった。受診機関数は平均2.0施設(S.D.=1.0)、中央値2、最頻値2、最小1～最大7施設であった。(図3)

・第1受診機関

症状発現してから最初に受診した相談先(第1受診機関)の内訳を表7、図4に示した。精神科機関を初めに受診したのは70例(38.9%)で、一般身体科を受診したのは81例(43.8%)、救急外来を受診したのが28例(15.1%)であった。内訳の詳細では、総合病院一般身体科が46例(24.9%)で最も多く、ついで総合病院精神科(35例:18.9%)、一般身体科クリニック(30例:16.2%)の順であった。

・受診経路の関連因子

受診経路・機関に関連する要因について検証を行った。第一に、第1に受診する機関を規定する要因について、クロス集計表を作成して検証した。患者の年齢、性別(図5)、保険区分では有意な差を認めなかった。既婚同居者は未婚者と比較して精神科以外の機関を受診する率が高かった(χ^2 検定: $p<0.05$)。過去に精神科機関を受診した既往のある人の方が精神科を受診する率が有意に高かった(χ^2 検定: $p<0.001$)。主訴に関しては、心理的問題(主として不安)を主訴に受診した場合は精神科を受診する率が高かった(χ^2 検定: $p<0.01$) (図6)。例数が少ない「パニック障害をともなわない広場恐怖」以外のパニック障害の病型について検定を行ったところ、広場恐怖をともなわないパニック障害は他の病型と比較して、精神科以外を最初に受診する確率が高かった(χ^2 検定: $p<0.05$) (図7)。

第二に、精神科に到達するまでの経由機関数に関連する要因を検証したところ、年齢が高く、過去に精神科を受診した既往のない人ほど経由機関数が多く(Mann-Whitney: $p<0.001$)、独身者で、重症度が高いほど経由機関数が少なかった(Spearman's $\rho=-0.367$: $p<0.01$)。第1にどの機関を受診するかは次の受診機関に有意な差をもたらさなかった。

<受診の遅れ>

①症状が発現してから第1の機関を受診するまで、②第1の機関受診から精神科機関に到達するまで、③症状発現から精神科機関とうたつまで(①+②)の3つの期間(受診の遅れ)につき、

検討した。図8にしめすごとく、平均 58.3 週、標準偏差 214.2[最小 0～最大 2599 週]と分布の偏りが極めて大きかったため、過去の文献にならって中央値にて比較検討した。各段階での受診の遅れを表8に示した。

患者の年齢・性別・保険区分、主訴の領域、第一の相談先、パニック障害の診断(病型)、重症度(GAF)との関連を検討した。年齢、性別、婚姻状況、保険区分、主訴の領域による受診の有意な遅れは認めなかった。パニック障害の病型、重症度では有意な差は認めなかった。

過去の精神科受診歴があるほうが、症状が発現してから精神科機関を受診するまでの期間は有意に短かった。

第1の受診施設による検定では、第1に精神科を受診する方が、他の施設を経由して受診するよりも、有意に短い期間で精神科施設にたどりつけている。特に、一般身体科クリニックを受診した場合は、総合病院一般身体科を受診した場合と比較して、受診への遅れが有意に長くなっている。症状発現から第1の相談機関受診、第1の相談機関受診から精神科機関受診までの期間は有意差を認めなかった。

<病名告知・説明>

各機関におけるパニック障害の病名告知・説明の状況について調査した。説明状況を、1)正しい告知、2)精神障害であることの告知、3)病名告知・説明なし、4)誤った病名告知、5)告知状況が不明、に分けて検討した(図9)。ここで正しい告知とは、パニック障害ないしパニック発作という病名を伝えている例をさし、精神障害であることの告知の例としては、“精神的問題の関与”などと

いった漠然としたものから、“自律神経失調症”“うつ病”など病名そのものとしては誤っているが精神科領域の問題であるということを示唆した説明を含めた。誤った病名告知の例としては、「胃腸炎」「暑さのせい」などのように全くあてはまらないものから、「過換気症候群」などのように病態として間違っていないがパニック障害や精神疾患であることを示唆しない説明の両方を含めた。これはこれらの誤った説明が、患者の精神科受診を妨げると考えたからである。

のべ 438 施設のうち、「不明」を除いた 274 ヶ所について、告知状況を比較検討したところ(図10)、大学病院における告知率が 89.2%と最も高く、つづいて、市中総合病院(63.4%)、単科精神科病院(60.7%)、精神科クリニック(50.0%)であった。

大学病院におけるパニック障害の告知率は、市中総合病院、単科精神科病院、精神科クリニックと比較して有意に高く(Fisherの直接確率法： $p<0.01$)、一般身体科では、精神科専門機関(大学病院、市中総合病院、単科精神科病院、精神科クリニック)のいずれと比較しても告知率は有意に低かった(Fisherの直接確率法： $p<0.01$)。市中総合病院、単科精神科病院、精神科クリニックの間に有意な差は認めなかった。一般身体科の中では施設種による差をみとめなかった。

<治療>

各経路施設における対応について、図11に示した。抗うつ薬の使用は精神科施設で 38-54%、一般身体科施設では 9-15%であった。抗不安薬の使用は 50-72%、一般身体科施設では 10-26%であった。全般的に抗不安薬と比較して抗うつ

薬の使用頻度は低く、一般身体科施設のみならず、総合病院精神科、精神科クリニックにおいても有意な差があった。

精神科施設における精神療法の実施状況を図12に示した。ほとんどが通常の外来通院精神療法であり、特殊療法、特にパニック障害への有用性が実証されている認知行動療法の実施は6例(3.2%)に過ぎなかった。

D. 考察

60%をこえるパニック障害患者が、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、なかでも総合病院一般身体科や一般身体科クリニックを受診した割合が最も高かった。精神科施設以外での治療率はたかだか約20%であり、一般身体科を最初に受診した患者の多くは、結果的に適切な治療を受けるまでに遅れを生じている。とくに一般身体科クリニック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が長かった。精神科を最初に受診しないことに関連する因子として、過去に精神科受診歴がないこと、身体症状を第一の主訴に考えること(男性に多い)、広場恐怖をとまなわれないパニック障害の病型が抽出された。

パニック障害の説明・病名告知については、精神科施設においても50%~89.2%とばらつきがある。精神科以外の施設においては概ね10%程度であり、初期治療率も同様の傾向がみられた。概して、一般身体科医師の間にパニック障害の十分な知識が普及しているとはいいいがたく、また、精神科の中でも、抗うつ薬の使用、適切な精神療法の施行は不十分といえる。

<限界>

この研究の限界として、カルテ・レビューによる後ろ向き調査のために情報の正確性に一定の限界があること、調査参加施設(精神科)に到達した症例のみを観察しているために、精神科以外の治療機関で治療・経過観察されている症例の比率や特性については不明であること、対象となった調査機関の特性が本邦全体を代表している保証はないことなどがあげられる。

E. 結論

パニック障害患者の受療行動について、患者背景、症状・障害特性、最初に利用した医療サービスの観点からその特徴を報告した。

精神科以外の施設におけるパニック障害への対応が概観されたが、疾病教育・初期治療のいずれも十分とはいいいがたい。

精神科においても、実証性が確立され推奨されている治療法である抗うつ薬、認知行動療法の使用は十分ではないことが示唆された。

F. 健康危険情報:なし

G. 研究発表:投稿準備中

H. 知的財産権の出願・登録状況:なし

I. 参考文献

- 1) Balestrieri M et al. Pathways to psychiatric care in south-Verona, Italy. Psychol Med. 1994 24(3):641-9.
- 2) Gater R et al. The pathways to psychiatric care : a cross-cultural study. Psychol Med 21: 761-774, 1991
- 3) Goldberg DP, Huxley P. Mental illness in the community : The Pathway to Psychiatric Care. Tavistock: London. 1980
- 4) Vazquez-Barquero JL et al. Pathways to psychiatric care in Cantabria. Acta Psychiatr Scand. 1993 Oct;88(4):229-34

表1. 参加施設と症例数

<ul style="list-style-type: none"> ・大学病院精神科・・・5施設 岩手医科大学付属病院、横浜市立大学学医学部附属市民総合医療センター、 高知大学医学部付属病院、九州大学医学部附属病院、長崎大学医学部歯学部附属病院
<ul style="list-style-type: none"> ・総合病院精神科・・・6施設 浦河赤十字病院、砂川市立病院（以上：北海道）、自衛隊仙台病院（宮城県）、 倉敷中央病院（岡山県）、国立病院機構関門医療センター（山口県）、 県立安芸病院（高知県）
<ul style="list-style-type: none"> ・単科精神科病院・・・4施設 道立向陽ヶ丘病院（北海道）、県立精神医療センター（宮城県）、桜ヶ丘記念病院（東京都）、慈 圭病院（岡山県）

表2. 対象症例背景（性別・年齢）

	症例数	平均年齢	標準偏差	最小値	最大値
男性	75	34.57	10.02	16	66
女性	110	37.89	15.81	14	85
合計	185	36.55	13.82	14	85

*有意差なし（t検定:95%信頼区間）

表3. 対象症例背景（調査施設・年齢）

	症例数	平均年齢	標準偏差	最小値	最大値
大学病院	47	32.40	11.18	14	66
市中総合病院	99	39.81	14.31	15	83
単科精神科病院	39	33.26	13.63	19	85
合計	185	36.55	13.82	14	85

*市中総合病院は他の2群と比較して平均年齢が高かった（ $p < 0.05$: Bonferoni 多重比較）

表4. 診断と重症度（再掲）

	男性	女性	合計	平均 GAF (S.D.)
広場恐怖を伴うパニック障害	13	14	27	61.2 (7.6)
広場恐怖を伴わないパニック障害	48	69	117	58.6 (12.0)
パニック発作のみ	13	27	40	58.3 (10.7)
パニック障害を伴わない広場恐怖	1	0	1	80.0
合計	75	110	185	59.0 (11.3)

症例数. ただし GAF は平均値、カッコ()内は標準偏差

診断別に性別・重症度に有意差なし(Kruskal-Wallis 検定:95%信頼区間)

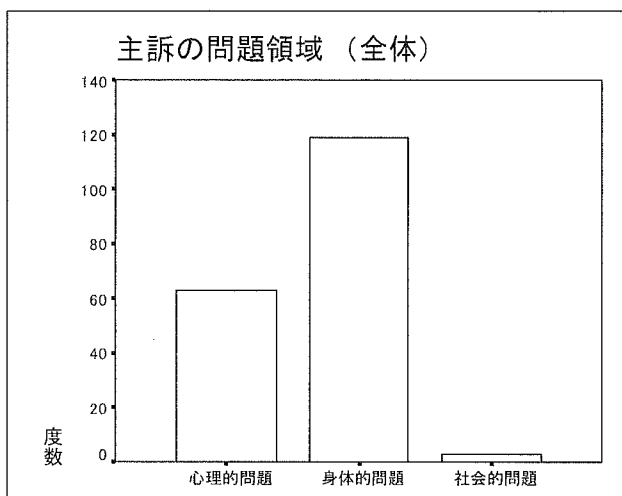


図1-1. 主訴の問題領域 (全体)

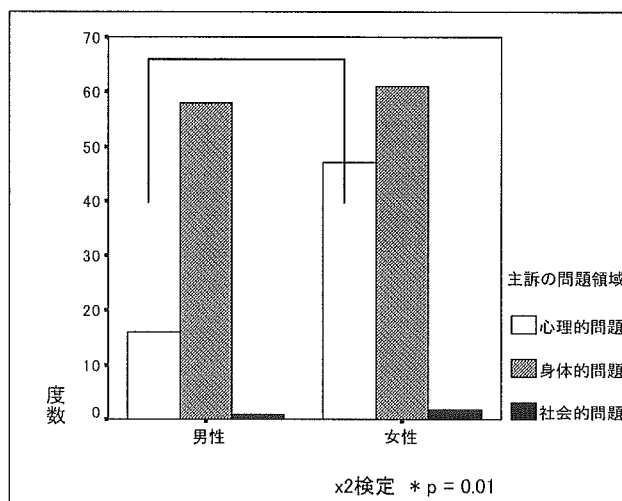


図1-2. 主訴の問題領域 (性別別)

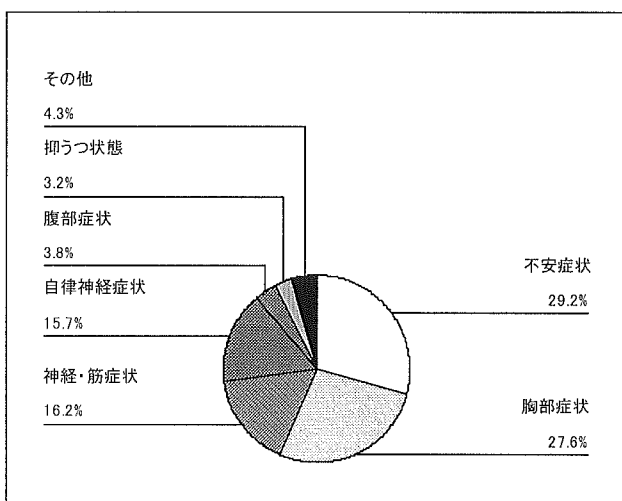


図2. 主訴内訳

表5. 主訴内訳

症状	症例数	比率
不安症状	54	29.2
胸部症状	51	27.6
神経・筋症状	30	16.2
自律神経症状	29	15.7
腹部症状	7	3.8
抑うつ症状	6	3.2
自傷他害	2	1.1
興奮症状	2	1.1
その他	3	.5
不明	1	.5
合計	185	100.0

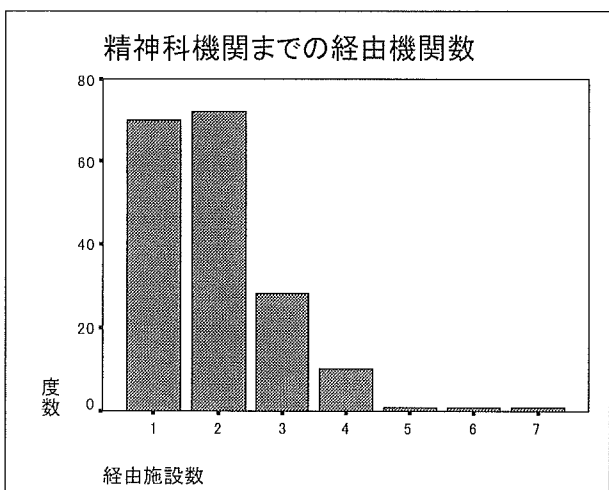


図3. 精神科機関までの経由機関数

表6. 精神科受診までの経由施設数

施設数	症例数	比率 (%)
1	70	37.8
2	72	38.9
3	28	15.1
4	10	5.4
5	1	0.5
6	1	0.5
7	1	0.5
不明その他	2	1.1
合計	185	100.0

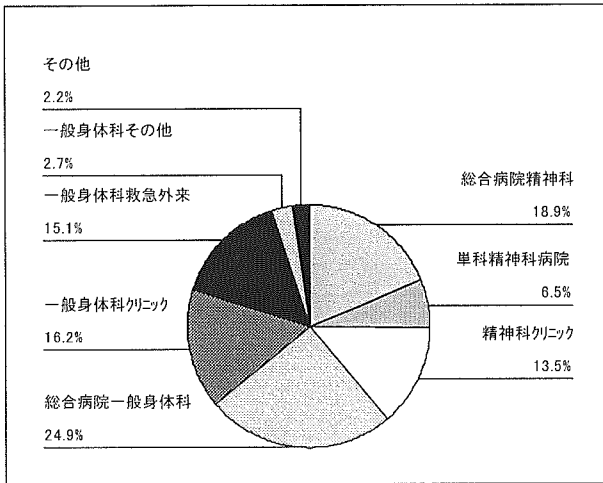


図4. 第1の相談機関

表7. 第1の相談機関

施設名	例数	比率 (%)
総合病院精神科	35	18.9
単科精神科病院	12	6.5
精神科クリニック	25	13.5
総合病院一般身体科	46	24.9
一般身体科クリニック	30	16.2
救急外来	28	15.1
その他の一般身体科	5	2.7
不明・その他	4	2.0
合計	185	100.0

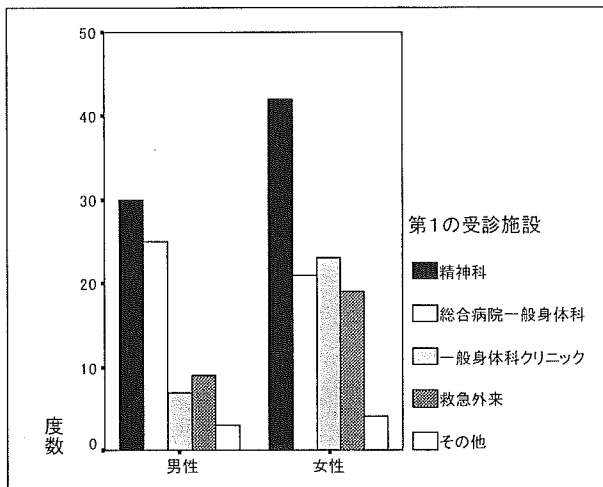


図5. 性別と第1の受診施設
(有意差なし)

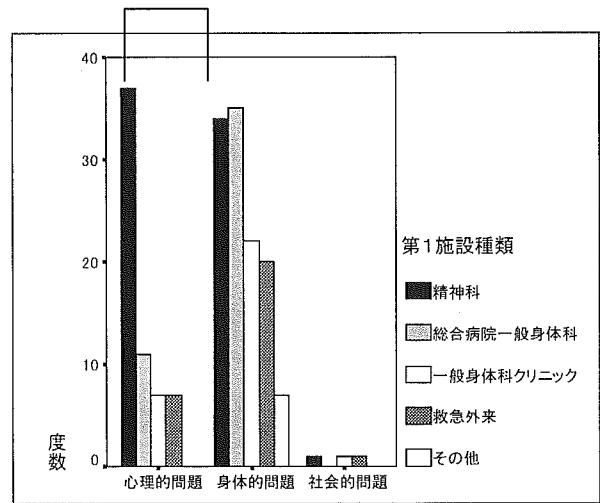


図6. 問題領域と第1の受診施設
(χ^2 検定: $p < 0.01$)

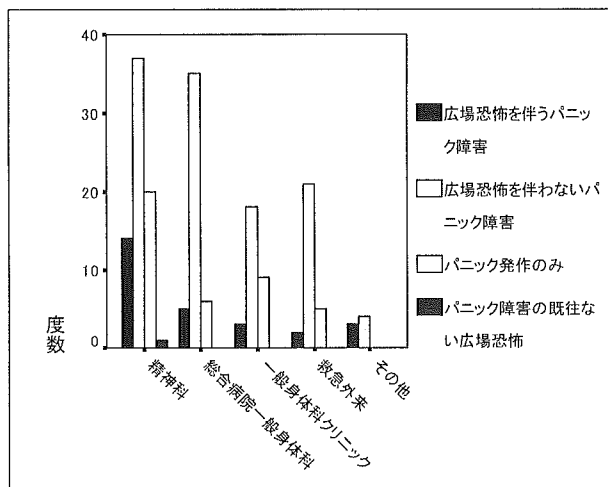


図7 病型と第一の受診先

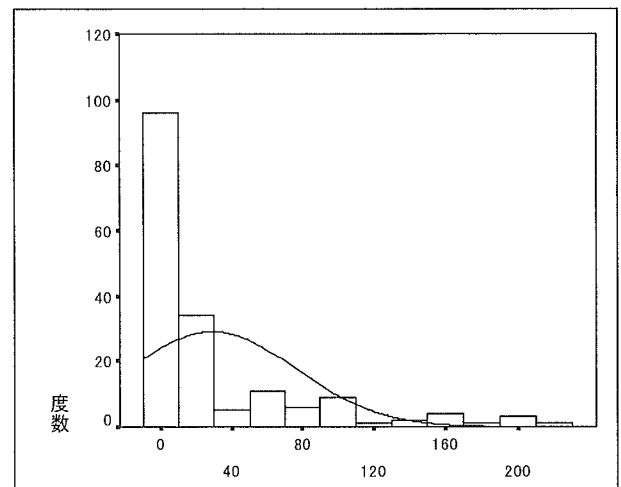


図8. 症状発現～精神科機関受診までの遅れのヒストグラム (95パーセンタイルを表示: X軸: 週/Y軸: 度数)

表 8. 受診の遅れ (単位: 週)

第1施設種類		症状発現～第1機関まで	第1機関受診～精神科初診	症状発現～精神科受診	
精神科	中央値	2	N / A	2	***
	平均値	71.16	N / A	71.16	
	標準偏差	322.71	N / A	322.71	
総合病院一般身体科	中央値	1	4.5	11.5	***
	平均値	16.83	11.45	28.70	
	標準偏差	42.01	15.47	46.56	
一般身体科クリニック	中央値	1	14.5	21	*
	平均値	11.68	52.07	80.30	
	標準偏差	33.41	104.88	132.41	
救急外来	中央値	0	2	10.5	*
	平均値	44.38	14.08	56.86	
	標準偏差	144.99	41.48	141.32	
その他	中央値	2	3	12	
	平均値	24.14	23.29	47.43	
	標準偏差	58.21	34.33	57.47	
合計	中央値	1	4	8	
	平均値	42.08	23.96	58.61	
	標準偏差	213.35	61.69	214.76	

* : $p < 0.05$, * $p < 0.01$, $p < 0.001$: Mann-Whitney 検定

図9. 施設毎の疾病教育・告知状況 (実数)

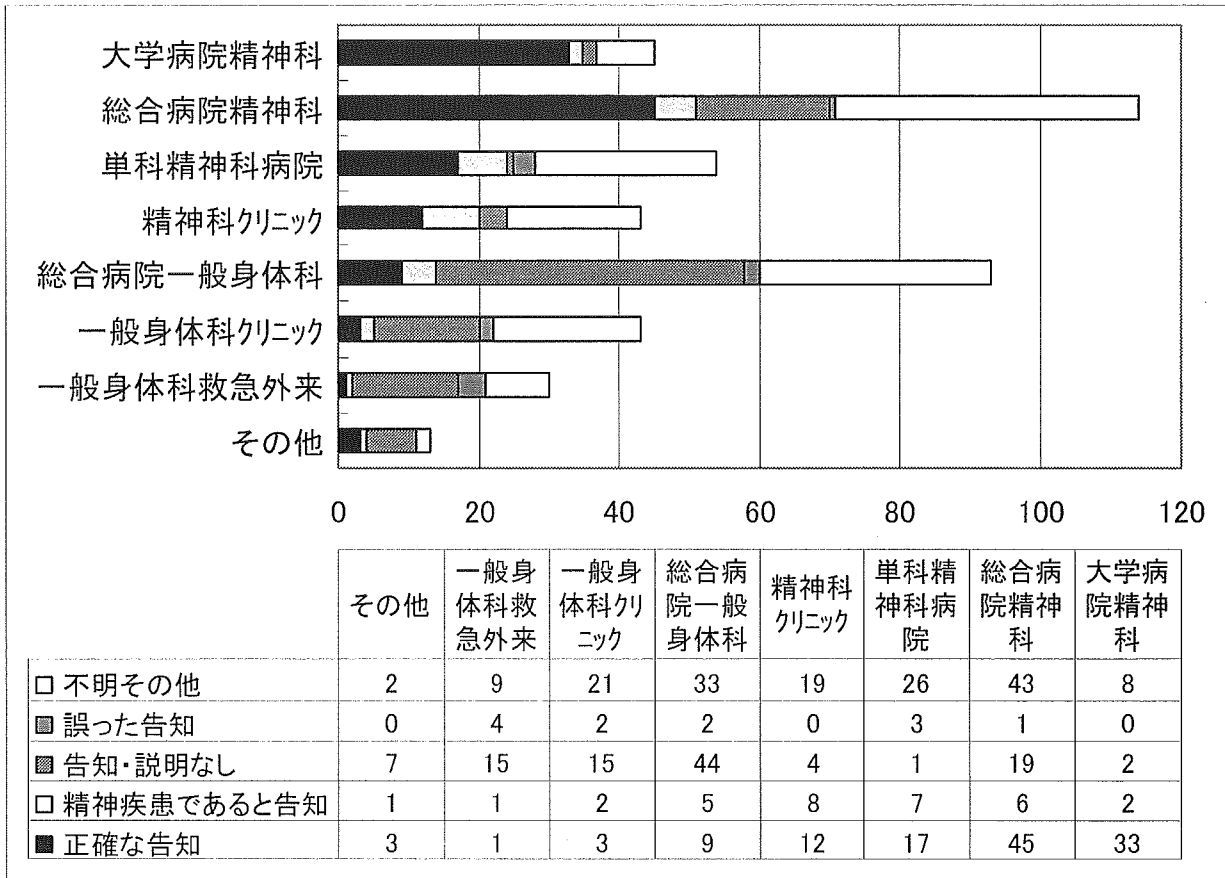
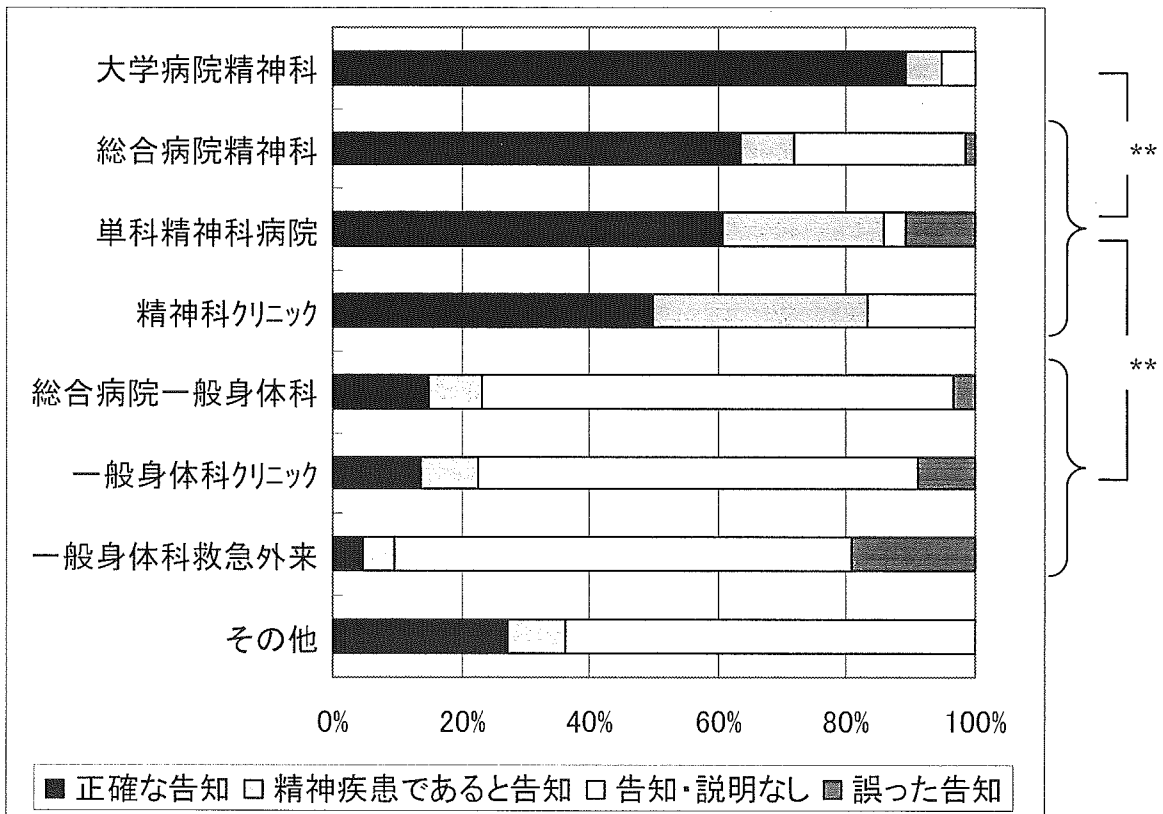


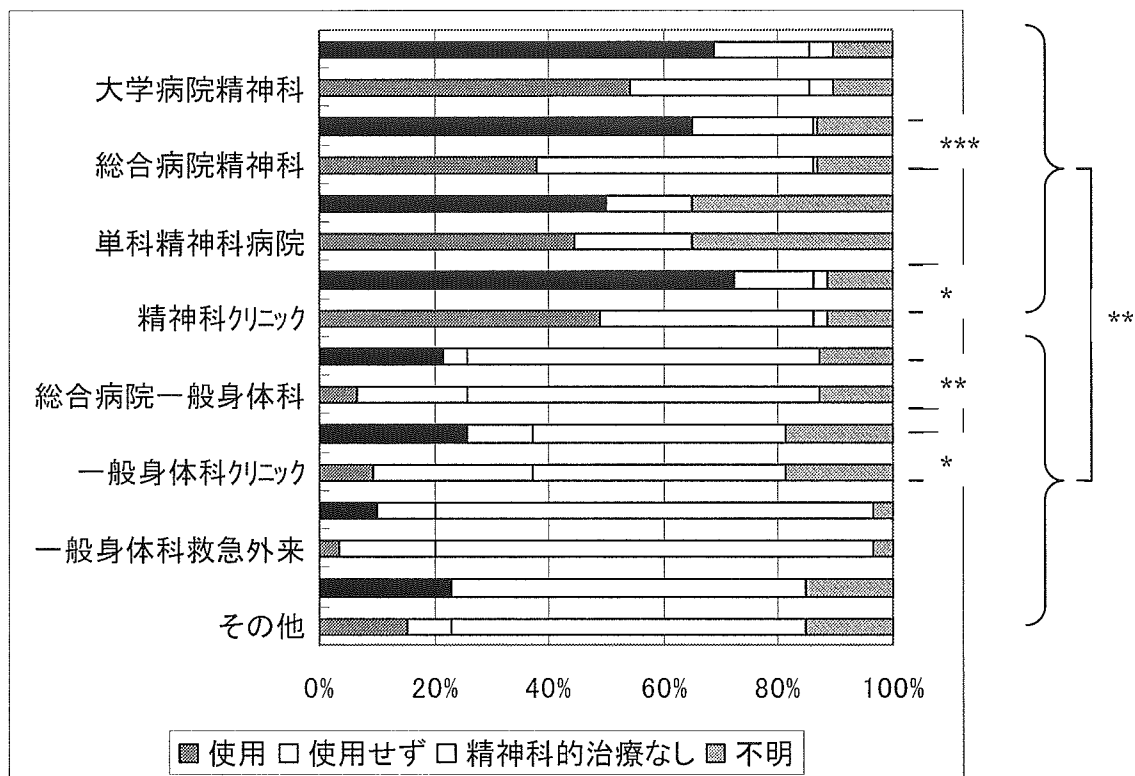
表11. 施設毎の疾病教育・告知状況 (100分率)



** : p<0.01, Mann-Whitney

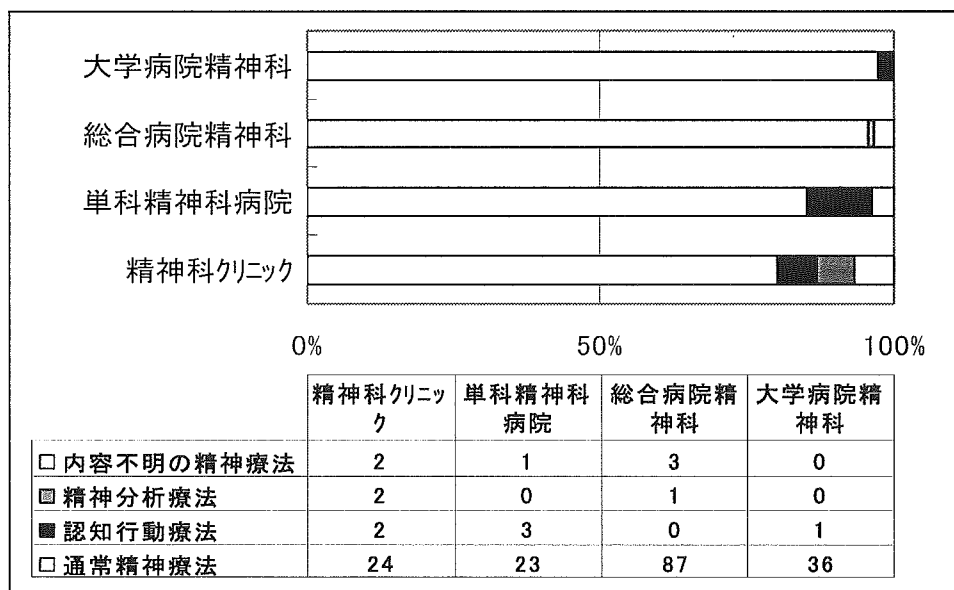
図 1 1. 各施設における初期対応（抗不安薬・抗うつ薬の使用）

上段が抗不安薬（■）、下段が抗うつ薬（▨）



* p<0.05, *** p<0.001, Fisher の直接確率法

図 1 2. 精神科施設における精神療法の実施状況



パニック障害の受診経路に関する多施設研究 記入フォーム

A) 実施施設と診療場所・日時

①施設名または施設コード [_____]
②受診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③診察した場所 1)精神科外来 2)精神科病棟(直接入院) 3)一般身体科外来 4)一般身体科病棟 5)救急科外来 6)救急科病棟 7)往診 8)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 1)男性 2)女性
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 8)不明

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)不明・聴取できず 5)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)
<u>心理的問題</u> 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(_____)
<u>身体的問題</u> 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(_____)
<u>社会的問題</u> 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-b 当施設は何番目の相談先ですか? _____ 番目
③-c 当施設を受診したのは? 1)前の相談先からすすめられて 2)自分で 3)家族や友人などにすすめられて 4)その他(_____)にすすめられて
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
⑤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

第1の相談先

①相談先施設の種類(1～15のいずれかに○をつけてください)

○) 当院

精神科
1) 総合病院精神科 () 2) 単科精神科病院 () 3) 精神科クリニック () 4) その他 ()
(): 救急外来の場合は左に○をつけてください

一般身体科 → 科目を選択して下さい
6) 総合病院 () 7) クリニック () 8) 救急外来 () 9) その他 ()
(): 救急外来の場合は左に○をつけてください

a) 内科 b) 心療内科 c) 外科 d) 整形外科 e) 脳神経外科 f) 皮膚科 g) 泌尿器科 h) 麻酔科
i) 婦人科 j) 産科 k) 眼科 l) 耳鼻咽喉科 m) リハビリテーション科 n) その他 ()

その他
10) 福祉・公的機関 () 11) 教育関係 ()
12) 職域 () 13) 民間療法 ()
14) その他 () 15) 不明

②この相談先を受診した時期 _____ 週前(3日以内は0週)

③主たる治療 以下のうち、受けた治療すべてに○をつけてください。

○) 聴取できず・不明
1) 身体的検査
2) 身体的治療
3) 精神科的治療
i) 精神療法 ⇒ a 通常精神療法 b 認知行動療法 c 精神分析療法 d その他の特殊精神療法 e 内容不明
ii) 薬物療法 <複数回答可>
⇒ a 抗精神病薬 b 抗うつ薬 c 抗不安薬 d 抗てんかん薬
⇒ e 睡眠薬 f 気分調整薬 g その他の向精神薬(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

4) その他 ()

④パニック障害の病名告知/説明
1) 告知/説明あり(具体的に: _____) 2) なし 3) 不明・その他(_____)

第2の相談先

①相談先施設の種類(1～15のいずれかに○をつけてください)

○) 当院

精神科
1) 総合病院精神科 () 2) 単科精神科病院 () 3) 精神科クリニック () 4) その他 ()
(): 救急外来の場合は左に○をつけてください

一般身体科 → 科目を選択して下さい
6) 総合病院 () 7) クリニック () 8) 救急外来 () 9) その他 ()
(): 救急外来の場合は左に○をつけてください

a) 内科 b) 心療内科 c) 外科 d) 整形外科 e) 脳神経外科 f) 皮膚科 g) 泌尿器科 h) 麻酔科
i) 婦人科 j) 産科 k) 眼科 l) 耳鼻咽喉科 m) リハビリテーション科 n) その他 ()

その他
10) 福祉・公的機関 () 11) 教育関係 ()
12) 職域 () 13) 民間療法 ()
14) その他 () 15) 不明

②この相談先を受診した時期 _____ 週前(3日以内は0週)

③主たる治療 以下のうち、受けた治療すべてに○をつけてください。

○) 聴取できず・不明
1) 身体的検査
2) 身体的治療
3) 精神科的治療
i) 精神療法 ⇒ a 通常精神療法 b 認知行動療法 c 精神分析療法 d その他の特殊精神療法 e 内容不明
ii) 薬物療法 <複数回答可>
⇒ a 抗精神病薬 b 抗うつ薬 c 抗不安薬 d 抗てんかん薬
⇒ e 睡眠薬 f 気分調整薬 g その他の向精神薬(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

4) その他 ()

④パニック障害の病名告知/説明
1) 告知/説明あり(具体的に: _____) 2) なし 3) 不明・その他(_____)

第3の相談先

①相談先施設の種類の種類(1~14のいずれかに○をつけてください)

0) 当院

精神科

1) 総合病院精神科 2) 単科精神科病院 3) 精神科クリニック 4) その他()
(): 救急外来の場合は左に○をつけてください

一般身体科 → 科目を選択して下さい

6) 総合病院 7) クリニック 8) 救急外来 9) その他()
(): 救急外来の場合は左に○をつけてください

a) 内科 b) 心療内科 c) 外科 d) 整形外科 e) 脳神経外科 f) 皮膚科 g) 泌尿器科 h) 麻酔科
i) 婦人科 j) 産科 k) 眼科 l) 耳鼻咽喉科 m) リハビリテーション科 n) その他()

その他

10) 福祉・公的機関() 11) 教育関係 ()
12) 職域 () 13) 民間療法 ()
14) その他 () 15) 不明

②この相談先を受診した時期 _____ 週前(3日以内は0週)

③主たる治療 以下のうち、受けた治療すべてに○をつけてください。

0) 聴取できず・不明

1) 身体的検査

2) 身体科的治療

3) 精神科的治療

i) 精神療法 ⇒ a) 通常精神療法 b) 認知行動療法 c) 精神分析療法 d) その他の特殊精神療法 e) 内容不明

ii) 薬物療法 <複数回答可>

⇒ a) 抗精神病薬 b) 抗うつ薬 c) 抗不安薬 d) 抗てんかん薬

⇒ e) 睡眠薬 f) 気分調整薬 g) その他の向精神薬(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

4) その他()

④パニック障害の病名告知/説明

1) 告知/説明あり(具体的に:) 2) なし 3) 不明・その他()

第4の相談先

①相談先施設の種類の種類(1~14のいずれかに○をつけてください)

0) 当院

精神科

1) 総合病院精神科 2) 単科精神科病院 3) 精神科クリニック 4) その他()
(): 救急外来の場合は左に○をつけてください

一般身体科 → 科目を選択して下さい

6) 総合病院 7) クリニック 8) 救急外来 9) その他()
(): 救急外来の場合は左に○をつけてください

a) 内科 b) 心療内科 c) 外科 d) 整形外科 e) 脳神経外科 f) 皮膚科 g) 泌尿器科 h) 麻酔科
i) 婦人科 j) 産科 k) 眼科 l) 耳鼻咽喉科 m) リハビリテーション科 n) その他()

その他

10) 福祉・公的機関() 11) 教育関係 ()
12) 職域 () 13) 民間療法 ()
14) その他 () 15) 不明

②この相談先を受診した時期 _____ 週前(3日以内は0週)

③主たる治療 以下のうち、受けた治療すべてに○をつけてください。

0) 聴取できず・不明

1) 身体的検査

2) 身体科的治療

3) 精神科的治療

i) 精神療法 ⇒ a) 通常精神療法 b) 認知行動療法 c) 精神分析療法 d) その他の特殊精神療法 e) 内容不明

ii) 薬物療法 <複数回答可>

⇒ a) 抗精神病薬 b) 抗うつ薬 c) 抗不安薬 d) 抗てんかん薬

⇒ e) 睡眠薬 f) 気分調整薬 g) その他の向精神薬(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

4) その他()

④パニック障害の病名告知/説明

1) 告知/説明あり(具体的に:) 2) なし 3) 不明・その他()

E)精神医学的評価

①診断

診断①: (①-1～①-5から選択) ※パニック障害が主診断でない場合は、主診断を診断②に記載

①-1 広場恐怖を伴うパニック障害
①-2 広場恐怖を伴わないパニック障害
①-3 パニック発作のみ (パニック障害の診断基準を満たさない)
①-4 パニック障害の既往歴のない広場恐怖
①-5 不明・その他 ()

主病名 診断②: _____ ICDコード(_____)
(パニック障害が主診断でない場合は、来院の主たる理由となった病名をここに記載し、左側の口にチェックしてください)

診断③: _____ ICDコード(_____)

診断④: _____ ICDコード(_____)

③GAF(機能の全体的評価) (_____) ←0-100の数字で記入
※下記の尺度を参照してください。

機能の全体的評価(GAF)尺度

心理的、社会的、職業的機能を考慮する。身体的(または環境的)制約による機能の障害を含めないこと。必要ならば、中間の値のコードを用いること(例: 45, 68, 72など)

100 広範囲の活動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、
| その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
91

90 症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例、試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、
| 広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、
81 日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例: たまに、家族と口論する)。

80 症状があつたとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である
| (例、家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごく僅かな
71 障害以上のものはない(例、学業で一時遅れをとる)。

70 いくつかの軽い症状がある(例、抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的または学校の
| 機能にいくつかの困難はある(例、時にする休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、
61 全般的には、機能はかなり良好であつて、有意義な対人関係もかなりある。

60 中等度の症状(例、感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、または、
| 社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害
51 (例、友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)

50 重大な症状(例、自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょちゅう万引する)、または、
| 社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がない、仕事が続かない)。
41

40 現実吟味が意志伝達に幾らかの欠陥(例、会話は時々、非理論的、曖昧、関係性がなくなる)、
| または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥
| (例、抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事が出来ない、子供が年下の子供を殴り、
31 家で反抗的で、学校では勉強が出来ない)。

30 行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意志伝達が判断に粗大な欠陥がある
| (例、時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、
21 殆ど全ての面で機能することが出来ない(例、1日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。

20 自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例、死をはっきり予期することなしに自殺企図、
| しばしば暴力的、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持が出来ない
11 (例、大便を塗りたくる)、または、意志伝達に粗大な欠陥(例、ひどい滅裂か無言症)。

10 自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例、何度も暴力を振るう)、または、
| 最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
1

0 情報不十分

X)その他、特記事項など