

治療継続率と治療寛解率を高める工夫が急務であり、適切な心理教育の充足が重要と考えられた。薬物療法では寛解に至る率が低く、治療早期から当初から十分量の投与を行うこととあわせて、海外で実証のある認知行動療法などの心理社会的治療の導入が重要と考えられた。

全般的に、寛解を念頭に置いた治療ガイドラインの策定が重要と考えられた。具体的には、一般身体科レベルでのパニック障害のプライマリ・ケアの啓発（特に軽症例の発見、適切な説明と紹介、初期治療：特に抗うつ薬）、「寛解」を目標にすえた診療、そのために、簡便な症状評価方法の開発（例：本研究で使用したPSRなど）、併存疾患も含めた包括的評価と治療、早期脱落を減らす心理教育パッケージの索性、薬物療法の至適化（十分量の抗うつ薬使用、抗不安薬使用の制限）が重要と考えられた。

#### A. 研究目的

##### 【研究1】受診経路と初期治療に関する研究

パニック障害をはじめとする精神疾患を有する患者は、その症状が発現してから精神科を受診するまでに、さまざまな機関を経ており、その受診経路の過程で、専門医療を受けるまでの時間的遅れが生じている可能性が指摘されている。パニック障害患者の受診経路、受診への遅れに関連する要因、精神科以外の機関での診断・初期治療・心理教育（告知病名など）を調査する。

##### 【研究2】治療と転帰に関する研究

パニック障害は慢性の経過をたどることが知られているが、本邦におけるパニック障害の治療の実態と転帰についての研究は極めて少なく、現場の治療の実態と転帰を調査する。

#### B. 研究方法

##### 【研究1】

全国14ヶ所の調査協力施設(表1)を、平成17年4月1日～9月末日の6ヶ月間に初診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、下記を調査した。

・精神科を受診するまでの受診経路

・各経路で生じる発症から受診までの遅れ

・関連因子(診断、病型、重症度、患者背景)

・精神科専門医療以前の、治療・告知状況

##### 【研究2】

研究1の対象症例について、初診後1年間の治療継続状況、転帰、受給した治療についてカルテ調査による後ろ向き研究を行った。転帰の評価にはICD-10にもとづく最終臨床診断とPsychiatric Status Rating (PSR：表2)にもとづく社会機能状態・寛解期間を用いた。受給した治療（使用薬剤、最大投与量、心理社会療法、受診回数）との関連を調査した。

調査協力施設 (\*安芸病院は研究1のみ参加)

##### 【大学病院】 5施設

岩手医科大学、横浜市立大学、九州大学、長崎大学、高知大学

##### 【単科精神科病院】 3施設

桜ヶ丘記念病院、北海道立向陽ヶ丘病院、宮城県立精神医療センター

##### 【総合病院】 6施設

浦河赤十字病院、自衛隊仙台病院、砂川市立病院、倉敷中央病院、国立病院機構関門医療センター、安芸病院\*

（倫理面への配慮）

いずれの研究も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

【研究1】

＜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下に示した。診断別に精査・重症度(GAF:Global Assessment of Functioning)に有意差は認めなかった。

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

＜主訴＞

調査機関における主訴を図1、図2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。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( $\chi^2$  検定:  $p=0.01$ ) (図1, 2)。

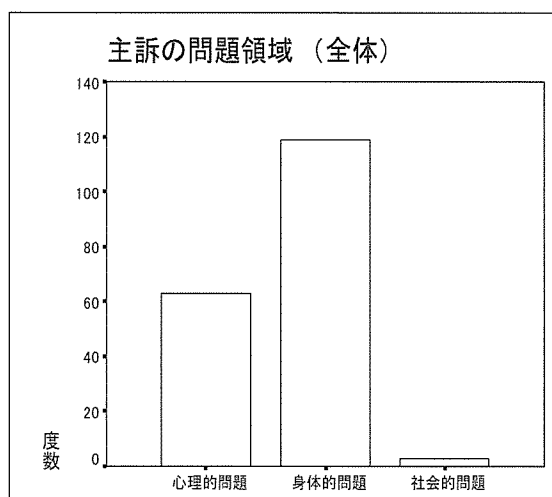


図1. 主訴の問題領域 (全体)

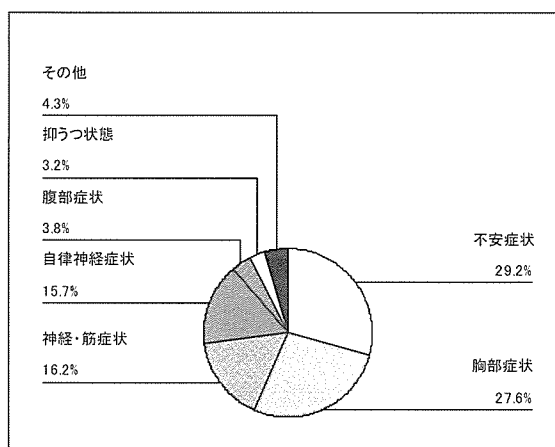


図2. 主訴内訳

<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)

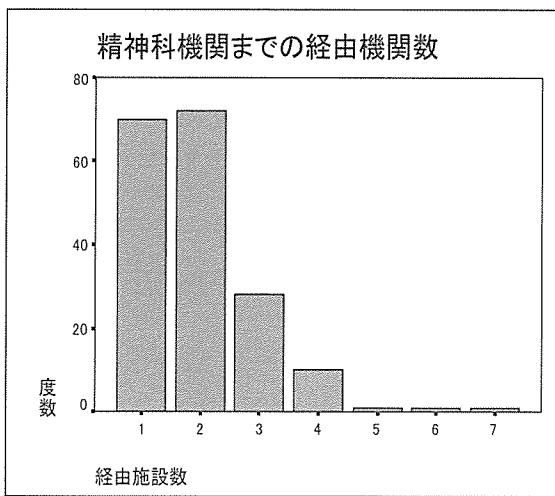


図 3. 精神科機関までの経由機関数

・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1に示した。

	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

表 1. 第 1 の相談機関

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、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 ( $\chi^2$ 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 ( $\chi^2$  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 ( $\chi^2$  検定:  $p < 0.01$ ) (図4)。

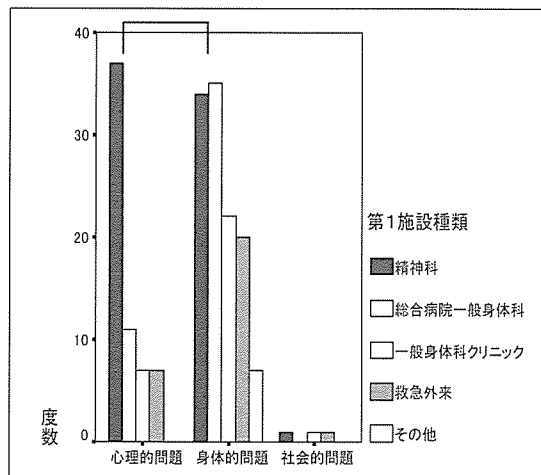


図 4. 問題領域と第 1 受診施設

例数が少ない「パニック障害をとまなわない広場恐怖」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、広場恐怖をとまなわないパニ

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（ $\chi^2$ 検定： $p < 0.05$ ）。

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到達まで（①+②）の3つの期間（受診の遅れ）につき、検討した。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2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、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（Mann-Whitney： $p < 0.001$ ）。

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た（Mann-Whitney： $p < 0.05$ ）。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かった（Mann-Whitney： $p < 0.05$ ）。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。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、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、すべての形態の精

神科専門機関と比較して告知率が有意に低かった (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 (図5, 6)。

<治療>

各経路施設における対応を図7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、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 (Fisher の直接確率法:  $p < 0.001 - < 0.05$ )。

精神科施設における精神療法の実施状況を図8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。

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

表2. 受診の遅れ (単位: 週)

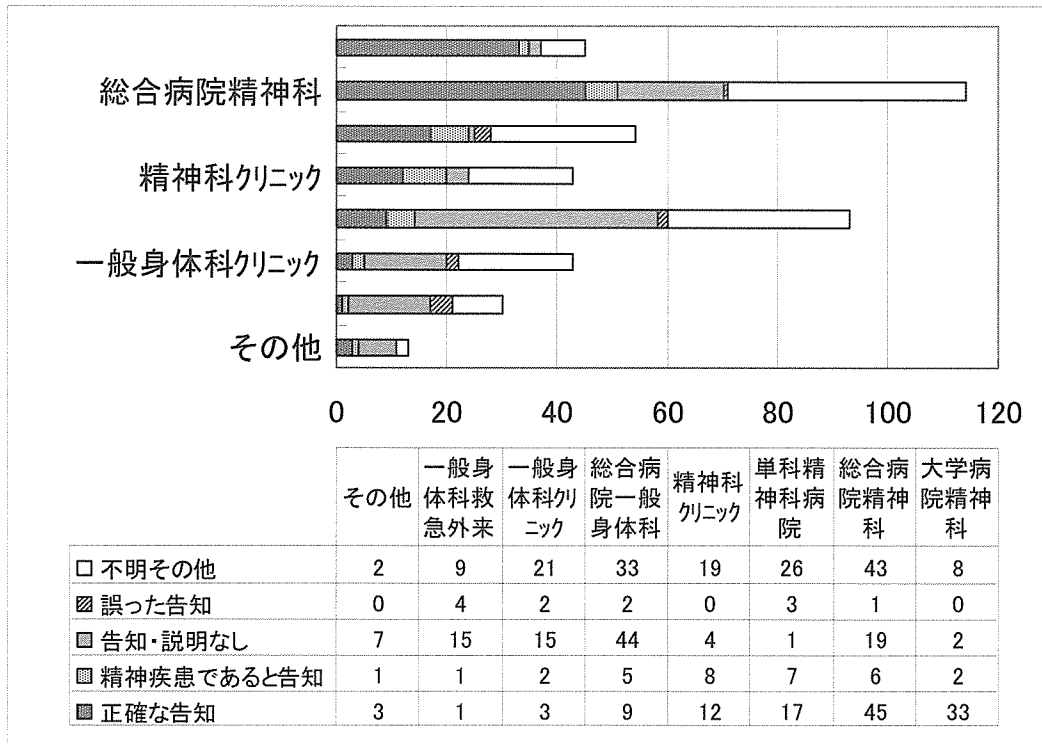


図 5. 施設毎の疾病教育・告知状況（実数）

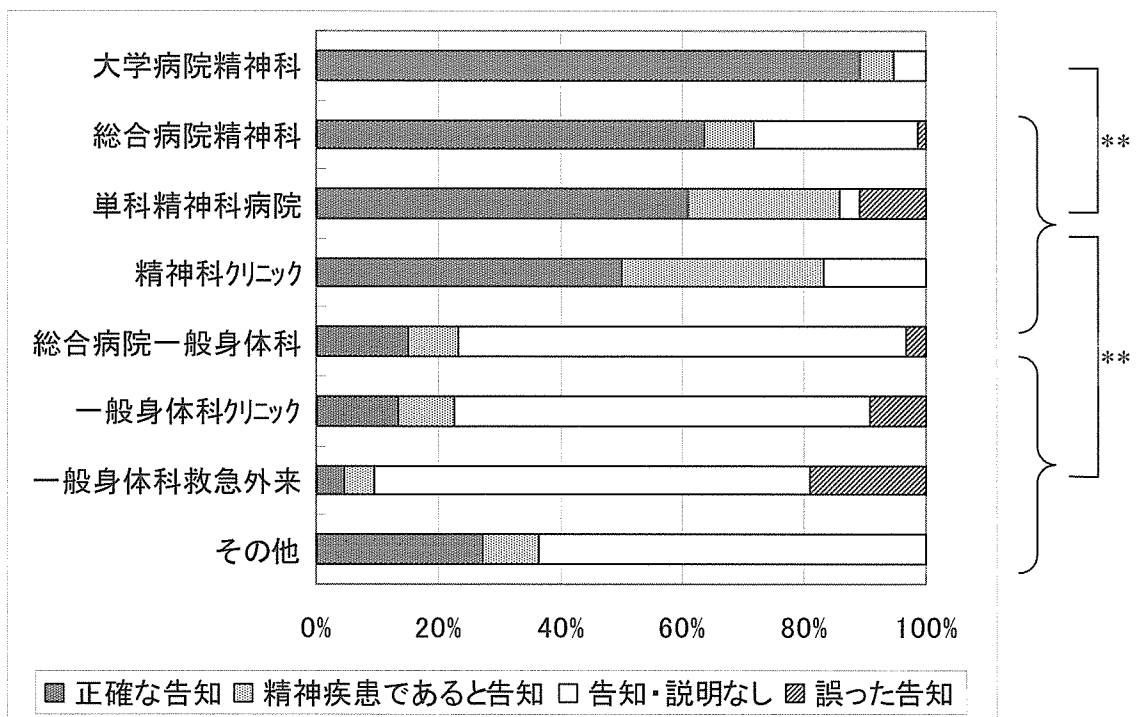
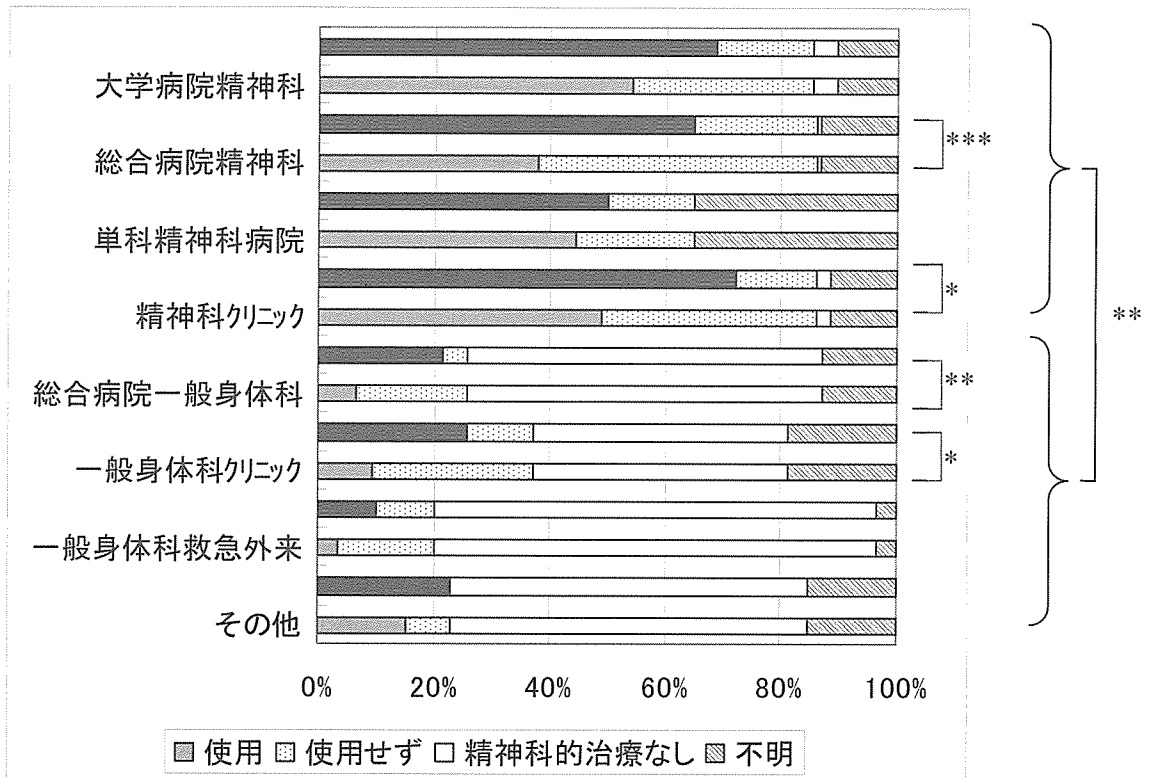


図 6. 施設毎の疾病教育・告知状況（100 分率）

\*\* :  $p < 0.01$ , Mann-Whitney

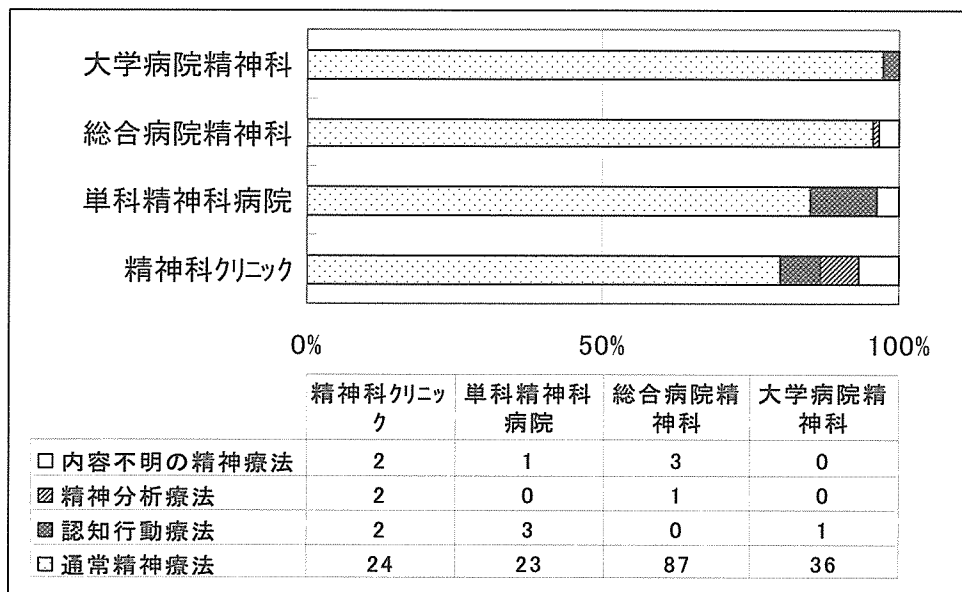
図7. 各施設における初期対応（抗不安薬・抗うつ薬の使用）

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12. 精神科施設における精神療法の実施状況



【研究2】

初診登録パニック障害患者 181 例(男性 72 例、女性 109 例)のうち、177 例(男性 70 例、女性 107 例)の追跡調査が可能で、解析の対象となった。

初診時の平均年齢:36.1 歳(S.D.=13.5)[14 - 85 歳]であり、男性は平均 33.8 歳(S.D.=9.8)、女性 37.6 歳(S.D.=15.3)]であった。婚姻状況は既婚・同棲 76 例(42.9%)、独身 62 例(35.0%)、離婚・死別 12(6.8%)、不明 26(14.7%)であった。

Psychiatric Status Rating(PSR)は平均 4.71 (S.D.=0.99)であった。

他の精神疾患の併存が45例に認められた。

- F1: アルコール関連障害3例
- F2: 妄想性障害1例
- F3: うつ病エピソード9例、気分変調症1例
- F4: 強迫性障害1例、適応障害2例: 社会不安障害1例、全般性不安障害19例、解離性障害2例、身体表現性障害2例
- F5: 神経性無食欲症1例、
- F6: 境界性パーソナリティー障害1例、情緒不安定性パーソナリティー障害1例、受動攻撃性パーソナリティー障害1例

<治療継続率>

初診直後より、高率に治療からの脱落がみとめられ、初診直後に 23%の脱落がみとめられ、12ヶ月後の治療継続率(転医・終結例を含む)は 60%未満であった(図 9)。脱落群と継続群に、性別、年齢、過去の受診歴の有無、初発・再発・転医の違い、併存する精神疾患の有無で、有意な差は認められなかった。パニック発作のみの例では治療脱落率が高かったが、その他のパニック障害の病型の間には有意差は認められなかった。

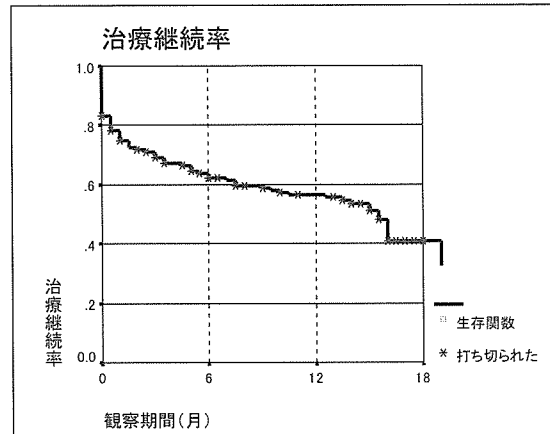


図 9. 治療継続率

抗うつ薬を使用している群では、使用していない群と比較して、治療継続率が高く、使用容量とも相関が認められた(図 10.  $p=0.0081$ )。

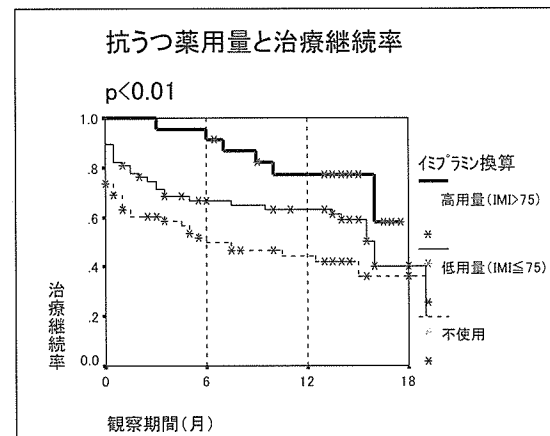


図 10. 抗うつ薬の使用と治療継続率

ベンゾジアゼピン系抗不安薬との関連では、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を使用している群のほうが治療継続率が高く、使用用量とも相関があった(図 11, $p=0.001$ )。ベンゾジアゼピン系薬物の種類(長期作用型・短期作用型)や、ベンゾジアゼピン類の頓服使用の有無と治療継続率に有意な差がなかった。



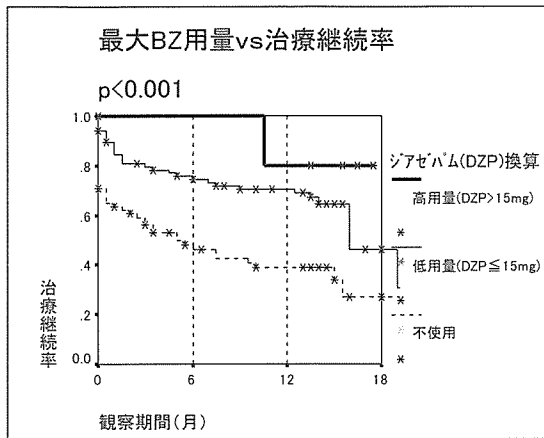


図 11. 抗不安薬の使用と治療継続率

パニック障害の症状発現からの期間が長いほど、治療継続率は高い傾向にあった(図 12)。

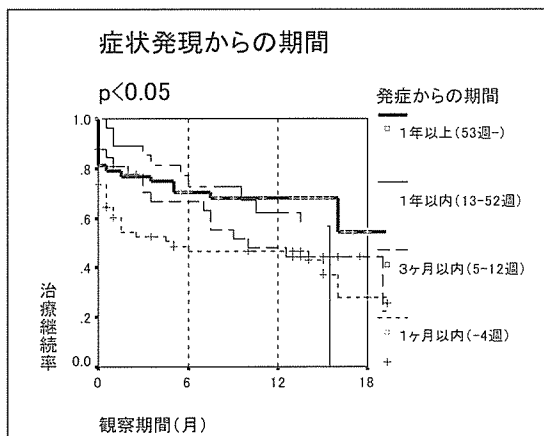


図 12. 症状発現からの期間と治療継続率

#### <治療転帰>

寛解を  $PSR \leq 2$  と定義して、治療転帰に関する Kaplan-Meier の生存分析を行った。寛解までの平均所要期間(罹病期間)は 12.8 ヶ月(95%信頼区間:11.3-14.2 ヶ月)、中央値は 14.0 ヶ月であった。寛解率は低く、6ヶ月経過の時点で 30%未満、1年経過後も 40%程度に過ぎなかった(図 13)。

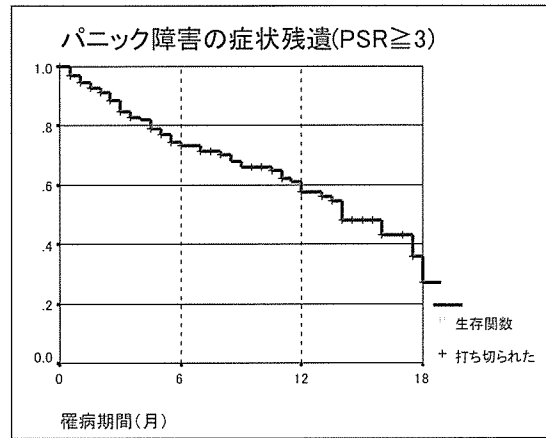


表 13. 観察期間中の罹病期間（非寛解期間）

性別、年齢、パニック障害の病型、症状が発現してからの期間は、いずれも、寛解までの期間の有意な予測因子にはならなかった。パニック障害以外の精神疾患を併存している場合、有意に寛解率が低かった( $p=0.041$ )(図 14)。

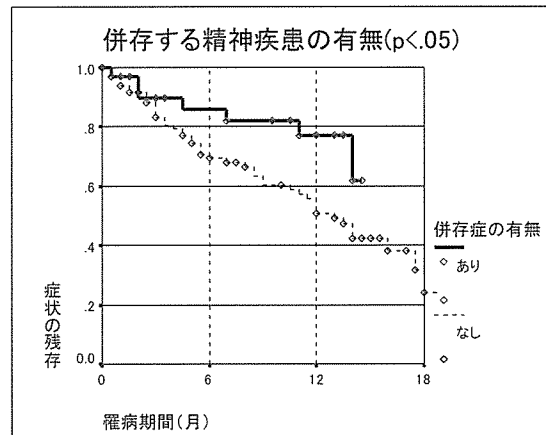


図 14. 精神疾患併存とパニック障害の症状の残存

抗うつ薬の使用の有無・用量、抗不安薬の有無・用量、頓服薬使用の有無と寛解率には有意な関連は認められなかった(図 15-17)。

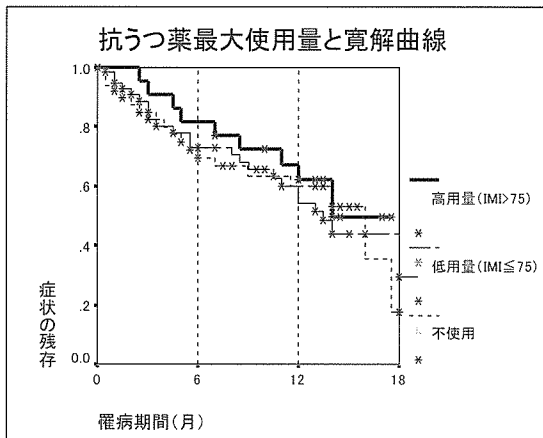


図15. 抗うつ薬の使用と寛解 (p=0.75)

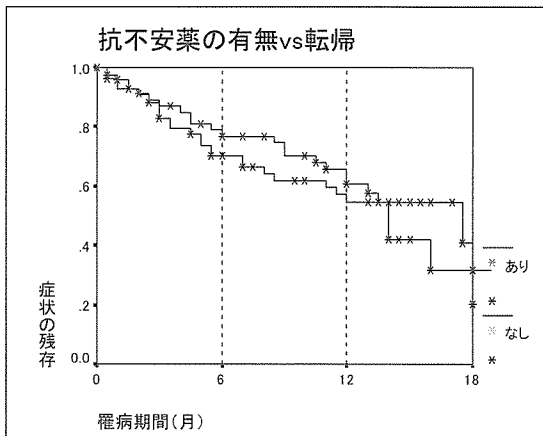


図16. 抗不安薬の使用と寛解

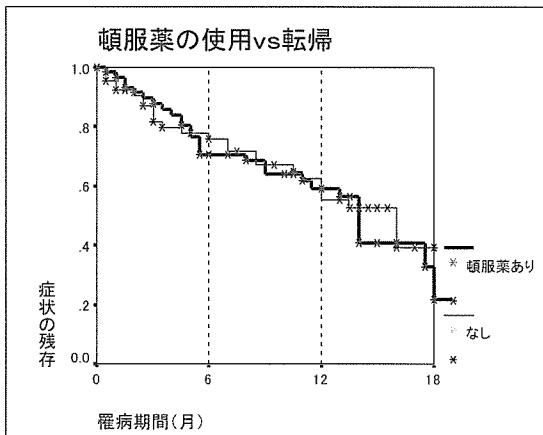


図17. ベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓服使用の有無と転帰

経過観察期間に施行された治療は薬物療法が大多数で、心理・社会的治療法はごく少数であり、統計処理を行えるほど十分なサンプルに達しな

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20%前後未滿であり、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な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た。

治療継続率と転帰については、治療脱落率が高く、エビデンスにもとづいた心理社会療法(特に認知行動療法)の施行率は極めて少なく、不完全寛解が多く見られた。治療期間と薬剤用量は正の相関関係にあり、「治療効果が得られないために用量を増やす」という医師の態度を反映していると考えられた。治療継続率と治療寛解率を高める

工夫が急務であり、薬物療法では寛解に至る率が低く、海外で実証のある認知行動療法など、心理社会的治療の導入が重要と考えられた。

社会的治療の導入が重要と考えられた。

#### <限界>

2つ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する保証はないことなどがあげられる。転帰の評価についてはPSRという比較的簡便な尺度を用いているために、データの信頼性の問題がある。

#### 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えない。

精神科における治療でも、早期から治療脱落率が高く、初診直後に23%が脱落し、12ヶ月後の治療継続率は60%たらずである。一方、寛解にいたる率は1年後でも40%たらずであることがnaturalistic studyとして示された。

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の使用量、エビデンスにもとづいた心

理社会療法（認知行動療法）の施行は不十分であることが示唆された。

治療継続率と治療寛解率を高める工夫が急務で、そのために、適切な心理教育の方法の確立や、治療早期から当初から十分量の薬剤を処方したり、また、薬物療法以外の治療法（特に認知行動療法）の導入が重要と考えられた。

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

#### <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
- 5) Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity relapse and illness - course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder: findings from men and women from 8 years of follow-up. Depression and Anxiety 17: 173-9, 2003
- 6) Scott EL, Pollack MH, Otto MW. Clinician response to treatment refractory panic disorder. J Nerv Mental Dis 187(12), 755-7, 1999
- 7) 渡邊壯一郎, 大坪天平, 田中克俊ほか. パニック障害の6年転帰調査 retrospective study. 昭和医学会雑誌 61(3), 340-350, 2001
- 8) Keller MB, et al. The longitudinal interval follow-up evaluation. Arch Gen Psychiatry 44:540-548, 1987

## 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 臨床研究部部长  
研究協力者 William T. O'Donohue ネバダ大学レノ校  
増田暁彦 ネバダ大学レノ校  
大内 清 ハートフル心療内科  
橋本加代 独立行政法人国立病院機構菊池病院 臨床研究部  
岡嶋美代 独立行政法人国立病院機構菊池病院 臨床研究部  
尾澤敬一郎 独立行政法人国立病院機構菊池病院 臨床研究部  
野口由香 名古屋市立大学医学部精神科

#### 研究要旨

パニック障害などのストレス関連疾患は有病率が高いことや慢性に経過すること、身体疾患を含む他の疾患との合併が多いこと、などのために、受診頻度の増加と医療資源の多用につながる事が知られている。これらの疾患に対する効果のエビデンスをもつ治療をまとめた治療ガイドラインがあり、効果的な治療が一般的になれば、医療費抑制を実現できる可能性がある。動悸を訴えてプライマリケアや救急を受診した患者をパニック障害として認識することもその一つである。

日本では近年、精神科外来受診患者、精神科クリニックが増加している。増加の大半はストレス関連疾患の増加によって説明ができる。一方、これらの疾患に対する診断や治療は多様である。中には不適切な治療が行なわれていることもあると考えられる。

このようなストレス関連疾患のケアの質を改善する方法を見いだすために次のような研究を行った。

1)メンタルヘルス関連に勤務する医師に対するアンケート調査、2)某心療内科クリニックについて診療状況の実態調査、3)菊池病院においてレセプトを利用した診療状況の実態調査、4)ネバダ大学医学部における“統合的行動医学”モデルの調査、5)診療報酬の検討、である。

これらの結果から、1)日本の医療制度はアクセスを良くすることが優先され、質の向上を図る仕組みがないこと、2)医師に治療を終結するという発想がないこと、3)一般的に行われているクリニックでの治療では、患者自らによる治療中断が多いこと、がわかった。これらの知見をもとにパニック障害に対する短期治療プログラムの開発と試行を行った。

#### A. 研究目的

1) ストレス関連疾患の高い有病率と受診者の増加

ストレス関連疾患は患者が自ら体調や気分などの自分の感覚で感じる不調を理由に、専門家

の援助を求める状態と呼べる。多くは外来治療が可能で軽症精神障害であり、“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、身体表現性障害が多い

と考えられる。ストレス関連疾患は、ごく日常的に身近にある疾患であり、一般の関心も高く、患者数は増えている。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2006年の間に6人から100人に増加した。統合失調症や躁病、物質使用性障害は増えていないことを考えると、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ができる。

受診率は世代毎の差がある。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、若い世代ほど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)がある。40代以下の年代層については、外来精神医療を受診する患者が増えている。この世代における過去20年間の精神および行動症の障害に関する通院医療費の増加は顕著である(伊藤弘人, 2002)。

外来患者の増加は医療費にも影響を与えている。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。2006年度からは自立支援法に変更され、支出削減が意図されている。

薬物については、数年前までは日本ではSSRIを使うことができず、日米の間で抗うつ薬・抗不安薬の使用に大きな違いがあった。2006年前からは3種類のSSRIが日本でも処方可能になった。また社会不安障害などのように新しい適応症が追加されるようになった。今後も医薬品医療機器総合機構に申請中のものがある。ストレス関連疾患による外来医療費、特に薬剤費の高さは、日本も米国に追従した変化が起こると思われる。パニック障害のようなストレス関連疾患は有病率の高いこと、日常生活に与える影響の大きいこと、また慢性化することが多いことから、生産性に対

する影響・医療費に与える影響は大きい。またパニック障害のような身体症状が前面に現れる精神疾患をもつ患者は身体疾患を心配するためにあちこちの医療機関を受診し、結果的に無駄な医療費が使われることになることが知られている(原井, 2006)。

## 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、新しい向精神薬が上市されるようになった。公的研究費を用いて治療ガイドラインが刊行されるようになった。平成16年度からの新臨床研修制度はパニック障害とうつ病について研修医が学ぶことが必須になった。これら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が期待されている。

しかし、日本での実際の医療場面でのあり方は、治療ガイドラインが示すものとかけ離れている(田島, 2001)。こうした疾患にエビデンスに沿った治療を行う専門的な治療プログラムはほとんどなく、プライマリケア医から大学病院、精神科病院まで実際の治療内容は医師個人個人に応じて様々である。ストレス関連疾患の患者が、治療ガイドラインで示すような治療を受けている可能性は半分以下だろうと想定される。

## 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。政策決定者の立場に立てば、

次のような疑問の答えが欲しい、と考えられる。

- (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のものか？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診療報酬

現在の治療法のコスト対効果はどのくらいか？現在知られているエビデンスによれば，疾患ごとや臨床状況(プライマリケア，専門医療機関)ごとに必要な人的資源・時間が異なることが分かっている。精神科専門療法の支払いはどうしたら良いか？

- (4) 評価指標の開発

単純な医療技術ではなく，医療提供システムや品質管理システムを含めた医療全体のパフォーマンスを評価する指標には何をを用いれば効率的か？

- (5) 専門化と分業

ストレス関連障害は有病率が高いことから，専門医以外のプライマリケア医と専門医の間で分担して診療を行う必要がある。この分業をどうすると効率的か？

これらをまとめると，パニック障害のようなストレス関連疾患をもつ多数の患者に対する安くて適切な治療をどのように実現し，実現したことをどう評価するかへの答えが必要だといえる。言い換えれば，これからの課題は，高度かつ高価な医療技術を開発することではなく，現在ある医療技術をどう配分し，その費用をどう負担するかを検討することである。治療効果が優れているだけの医療技術は価値が乏しい。医療費全体や社会が負担するコストを軽減することができる医療技術が必要である。

この研究は有病率や受診率が高いストレス関連疾患に対して治療アウトカムの面でもコストの面でも適切な医療を提供できるようにするためのモデルを提示することを目的とする。このためには疾患の重症度以外にも全体を見渡すような医療コストや診断別の受診率などの臨床指標のデータが必要である。必要なデータはなにか，コストとして計算すべきものには何があるかについて同様な目的の研究を探した。米国における試みを見出し，研究者を招聘した。モデルにした米国における試みを紹介した。次に，日本の現状を反映するデータを得るために，代表的な医療機関サンプルを選び，医療提供者の医療提供行動を調査した。最後に，パニック障害の効率的な治療モデルの開発と試行を行った。

## B. 研究方法

- 1) ストレス関連疾患によるコストと適切な医療

### モデルによるコストオフセット

米国ではプライマリケアの段階で適切な行動保健サービスを専門にトレーニングを受けた心理士が提供することによって全体にかかる医療費を削減することができることが証明されている(O'Donohue, Ferguson, & Cummings, 2002)。この現象をコストオフセットと呼び、どのような場合にこのような費用対効果の優れた医療が提供できるかについて検討が行われている。

医療経済学に関する米国におけるこれまでの研究によると次のようなことが分かっている。

- (1) 精神疾患は精神科専門医に、循環器疾患は循環器専門医に、内分泌代謝性疾患は内分泌専門医に、というような水平分業式の治療提供構造をとると、全体の医療費が増える。
- (2) 一部の患者が多く医療費を使う傾向がある、具体的には6%の患者が全体の6割の医療費を使う。
- (3) 身体疾患に精神疾患が合併すると医療費を多く使う。
- (4) メタボリックシンドロームのような身体疾患の多くは生活習慣病であり、行動医学のアプローチによって管理することができる、すなわち適切な行動医学のアプローチによって身体的治療の医療費を削減できる。
- (5) 一カ所の医療機関において、医師と行動医学のトレーニングを受けた行動療法士がチームをつくって治療を行なうこと(垂直分業)によって医療費の削減と治療アウトカムの改善、患者満足度の向上、また医師の診療効率の向上をはかることができる。

この最後のような垂直分業の方法を、“統合的

な行動医学”(Integrated Behavioral Healthcare)と呼び、米国において注目を受けるようになった。米軍と契約しているマネジドケア会社がこの方法を採用している(O' Donohue 2001)。このような方法によって、1)患者の満足度が2.9から4.9に向上した(1まったく不満足、5完全に満足の5点リカートスケール)、2)医師の満足度は4.9であった(5が完全満足)、3)うつ病などの症状指標が改善した、3)医療費が20-40%減少した、ことが分かっている。医療費の減少の大半は、とくに救急や予定外の医療機関の利用が減少した結果であった。もともと医療をよく利用する高使用者については医療費の40%削減があった。具合が悪い、すぐに受診しないと大変なことになる、と考えて非計画的に受診する行動が減少し、計画的な受診が生活習慣のひとつとして維持されるようになったといえる。

統合的な行動医学によってコストオフセットと患者の満足度と治療成績の向上を実現するためにはこのような医師の行動をコントロールする必要がある。具体的には、1)医療行為のアウトカム(治療成績と患者の満足度)をモニタリングする、2)医師の医療行動をコントロールする、が必要である。後者に関しては、マネジドケア会社では、ペイ・フォー・パフォーマンスと呼ばれる方法が用いられている。これは、診療成績が優れた医師、治療ガイドラインに沿って医療上の指示を行なう医師に対してボーナスを与え、不良な医師に対しては減給するというものである(植岡, 2006)。

### 2) 日本の現状

一方、こうした研究や試みは日本語論文を検索する限り、日本ではあまり見られていない。日本は認知行動療法のような心理社会的治療の導

入、普及が遅れ、世界の潮流から孤立している。この背景には明治時代から、先端技術そのものの進歩は欧米にゆだね、日本としてはそれらの最先端の医学技術を当たり前のもので、普及が促進されるようにすればよいとしてきた日本の文化伝統がある。現代の医療水準はそうした医学先進国からの技術の輸入で解決するレベルを超えている。日本語を話す専門家を海外から輸入することはできず、自前で育成する他にない。育成のためのコストは国民が負担しなくてはならない。医療技術の高度化とそこから生じる医療コストを国民の間でどのように配分し負担するかという議論が欠落している。

平成18年2月6～19日にネバダ大学医学部のWilliam O'Donohue教授を招聘した。O'Donohue教授は健康行動に関わる医療を扱う健康管理機構(HMO)のパイオニアであるカミングズ財団の中心的なスタッフである。健康行動に関わる医療を扱う健康管理機構(HMO)におけるカウンセラーに対するスーパーバイズを行っている。不安障害に関する医療経済に詳しく、関連する論文を多数発表している。今回のわれわれの研究に関してもスーパーバイズを受けた。実際の行動医学の訓練に必要な資料の提供を受け、その一部を日本語に翻訳した。

O'Donohue教授の来日中のスケジュールは以下の通りであった。特に明記していない期間は菊池病院にてデータの解析を行った。

2006/2/7～8 立命館大学において原井宏明、武藤 崇、増田暁彦を交えて、滞在に関するオリエンテーションと新世代行動療法と医療経済に関するシンポジウムを行った。(参会者40名)

2006/2/9 菊池病院において菊池病院におけ

るストレス関連障害患者データの解析を行った。

2006/2/10 熊本大学において、行動療法の基礎について講義を行った。(参会者60名)。

2006/2/12 熊本大学における市民フォーラムにて、ストレス関連障害における日米間の医療経済学的視点の違いについて討議した。原井宏明、増田暁彦、神村栄一、大内清らと意見交換を行った。(参会者120名)

2006/2/14 Hクリニックにおいて院長、原井宏明、橋本加代、岡嶋美代を交えて、第一線の心療内科クリニックにおける行動療法の展開について研究、討議を診療データの解析をもとにして行った。

2006/2/17 第45回日本心身医学会九州地方会(熊本県立劇場)において原井宏明とともに、“心身医学における認知行動療法の新展開 医療場面におけるコミュニケーションの新しいやり方と統合的行動医学”と題した講演を行った。(参会者200名)

2006/2/18 東京裁判所研修所みやこ荘において山田英治、原井宏明(通訳)を交えて、ストレス関連障害と行動療法のワークショップを開催した。(参会者120名)

### 3) 診療実態アンケート調査

ストレス関連疾患診療に関するアンケートを作成した。ストレス関連疾患に関する医師や心理士を対象にした講演会を数回実施し、その場所で配布し、結果を集積するようにした。講演会は、2005年10月から2006年12月まで岐阜市や熊本市、広島県三原市、広島市、金沢市、千葉市などで行った。それぞれの講演会には20～60名の参加があった。



4) 診療実態調査

熊本市内の精神科・心療内科開業 H クリニックを対象に、2004 年 4 月から 2005 年 3 月までの新患について、診療内容の調査を行った。面接スタイルについての行動観察を行った。診断、処方について診療記録から調べた。菊池病院について、2004 年 4 月から 2005 年 3 月までのストレス関連疾患の新患について診療記録から調査を行った。

5) 短期間集中集団治療プログラム

2004年度から10人程度のパニック障害の新患が専門外来に紹介されるようになった。4～5人のグループを作り、二日間の集中的なエクスポージャープログラムを2006年4月試行し始めた。これは、Deaconらが開発した二日間、合計9時間で行う治療プログラムを菊池病院で行えるようにしたものである(Deacon & Abramowitz, 2006)。また千葉大学精神科で行われている集団治療プログラム(毎週1回、合計10回)を短縮したものでもある。これらにベンゾジアゼピン系薬物からの離脱も加えて行うようにした。火曜日の午前と午後と翌日水曜日の午前を使い、集中的にこの間に教育と内部感覚エクスポージャー、in vivoエクスポージャーを行うものである。

治療プログラムに入る前に、通常の診療で治療の説明と動機づけを行う。患者の参加の意思がはっきりすれば、数人の患者が集まれるように日程を調整している。

1日目午前 課題の説明 内部感覚エクスポージャー

1日目午後 グループ外出  
午前中のエクスポージャー課題

の復習、翌日までに一人で行う  
課題の作成

2日目午後 宿題の報告 今後の課題設定

C. 結果

1) 診療実態アンケート調査

心療内科、一般内科、脳神経外科など60名の医師から回答があった。年間の新患数は55～600人、ストレス関連疾患の患者の割合は20～90%であることがわかった。精神科、心療内科と同様に脳神経外科にも同じ割合にてストレス関連疾患の受診者があることが分かった。病名としては、精神科・心療内科の場合は、うつ病、パニック障害、社会不安障害や身体表現性障害の順に多かった。その他の科では、うつ病、心身症、自律神経失調症の順に多かった。

治療法としてはSSRI、ベンゾジアゼピン、スルピリドの併用が一般的だった。認知行動療法を使っていると述べる医師が8人あった。一方、患者から認知行動療法を受けたいと求められることがあると答えた医師が2人あった。た。C大学の精神科で特定の疾患(パニック障害)に対して特定の認知行動療法(集団療法10回)を行っている例があった。

治療終結について調べた。特に期限を定めず、ずっと続ける、と答えた割合は、精神科・心療内科の場合は80%であった。これはクリニックや病院などの勤務場所を問わなかった。一方、他の科の場合は50%であった。精神科病院や総合病院の身体科医師の場合、40%程度の医師が3ヶ月以内で終結するとしていた。

治療マニュアルの希望について調査をした。精神科・心療内科では、社会不安障害、強迫性障害、身体表現性障害の順に多かった。うつ病

やパニック障害はなかった。これらについての治療マニュアルはすでに多くが出版されたり、ネット上で公開されているという意見があった。他の科では、不安障害、うつ病、不安抑うつ状態の順に多かった。こうした科では、パニック障害を認識すること自体が課題であると考えられた。マニュアルが必要な理由として、うつ病の場合は数が多いこと、身体表現性障害の場合は診察する機会が多い上に治療が難しいこと、不眠症は疾患に合併した訴えとして多いがマニュアルがないこと、などが上げられていた。パニック障害の場合は、「純粋なパニック障害であれば、診断にも治療にも難渋しない。パニックをパニック障害として診断し、重大なことは起こらないと保証すれば大半が軽快する。従って、特別なマニュアルはなくても良い」という意見があった。

精神科や心療内科ではマニュアルがなく、自然寛解のない疾患が問題になっていると考えられた。また、精神科や心療内科以外の科においては、パニック障害などのストレス関連疾患の治療を改善するには、パニック障害やうつ病などの診断名を使わずに、それぞれの診療科で使っている用語を用いてマニュアルなどを作成する必要があると考えられた。

心療内科、一般内科、脳神経外科など25名から回答があった。年間の新患者数は55～600人、ストレス関連疾患の患者の割合 20～90%であることがわかった。精神科、心療内科と同様に脳神経外科にも同じ割合にてストレス関連疾患の受診者がいることがわかった。治療法としてはSSRI、ベンゾジアゼピン、スルピリドの併用が一般的であることがわかった。認知行動療法を使っていると述べる例が3人いたが、実際に行われている内

容はわからなかった。特定の疾患や問題に特定の認知行動療法を用いている例はなかった。

## 2) Hクリニック調査

新患者数は1031名であり、18～64歳が840人であった。主病名は、パニック障害が65名、不安障害が95名、抑うつ神経症、うつ病、うつ状態が704名であった。7割が“うつ”関連に診断されていることがわかった。院長によれば“レセプト病名”の意味合いが強い、ということであった。処方については、スルピリドが538名に主剤として処方されていた。他の抗うつ薬が主剤である場合に追加で出ている場合も含めると6割の患者にスルピリドが処方されていた。7割の患者には3種類以上の向精神薬が処方されていた。

診療スタイルは特定の認知行動療法などを用いるものではなかった。粘り強く患者の訴えを聞き、その内容を聞き返すスタイルであり、クライアント中心療法に分類できるものであった。

院長に上記の結果をフィードバックすると次のような意見が得られた。

- スルピリド少量は開業クリニックにとって必須である。この処方ならば、2回目に患者が来てくれる。スルピリドを処方した患者は飲んだその日から少し良くなったという。初回にSSRI、TCAを出すと2回目は来ない。
- 治療ガイドラインについての希望については、パニックやうつは治せる自信がすでにあるし、患者もすでに病名を良く知っている。一方、これらの患者で、診療が慢性長期化する。治療を終結させる方法を知りたい。
- 診断分類では、強迫性障害、身体表現

性障害、慢性うつに困っている。こうした患者を紹介できるところを確保しておきたい。

- 個人立のクリニックであり、手間をかけずに効率良く診療したい。

本来、H18年度は、“統合的な行動医学モデル”をこのHクリニックにおいて実践できる体制を作る予定であった。具体的には行動医学のトレーニングをした心理士をプライマリケアのクリニックに派遣し、患者の治療へのアドヒアランス、生活習慣の変容などの行動医学的カウンセリング、並存する心の問題のカウンセリングを行う計画であった。そのために、O'Donohue教授らが作成した、プライマリケアでも実行可能な、またプライマリケアでよく遭遇する痛みや身体症状、うつ、不眠などの問題に対する対処マニュアルを翻訳した。O'Donohue教授からは今後の研究計画についても継続的なサポートを得られている。

しかし、Hクリニックの協力が得られなくなり、中止することになった。H18年4月からの診療報酬削減のため、研究に協力する余裕を失ったということが理由であった。現在の日本の診療報酬制度の元では、患者の集客につながる行為と直接診療報酬でカバーされている医療行為以外の行動に対しては動機づけがない。診療報酬の一律3%削減のために経営が厳しくなる中では、研究や治療の品質改善は最初に犠牲にされるということがよくわかった。どれだけ良い医療技術を開発し、どれだけ良いマニュアルを作ったとしても、それを実践する側に使う理由がなければ無駄に終わる。“良い治療”は“良い”だけでは、価値がない。“良い治療”に価値を与えるシステムが必要である。

### 3) 菊池病院調査

独立行政法人国立病院機構 菊池病院は精神病床数が150床、うち老年期が50床の精神科単科病院である。2003年度の外来新患者数は633人(男280人、女353人)、20歳未満は91人、65歳以上は263人であった。

2003年度の新患として受診し、主診断がF3、F4であり、20～64歳である患者131名(男55人、女76人)について、担当医師別に経過を調べた。一般外来の医師と不安障害や強迫性障害に対する認知行動療法を専門として紹介のある患者のみを受け入れている専門外来(医師1名)とに分けた。一般の医師は、17名(3名は非常勤またはレジデント)である。10名の患者については受診が初診のみで担当医が決まっていなかった。

病名、処方薬は医師ごとの差が著しかった。特にスルピリドの使い方において差が顕著であった。医師3名は担当患者の半数以上に処方し、医師1名は担当患者の全員に処方していた。1ヶ月に使われる薬剤の種類は、平均2.9種類であった。3種類以下の医師が5名、3～4種類が7名、5種類以上が4名あった。スルピリドについては、ほぼ全員の患者に処方する医師と、まったく使用しない医師とに分かれた。患者毎、診断毎の違いよりも、医師の個性の違いの方が大きいと想定された。

12ヶ月後の全般改善度を調べた。一般の医師の場合、103名の新患のうち、1/5の21人が1年後にも受診しており、改善度がわかった。専門外来の場合、28名の新患のうち1/2の14名でわかった。一般外来の場合、患者の4/5が早期に受診を中断することがわかった。専門外来では新患の半分が1年後も継続していた。それぞれのグループでの5段階(著明改善、中等度、軽度、不変、不

明または悪化)に分けた場合、中等度以上の改善は一般では24%、専門外来では29%であった。

#### D. 考察

われわれはパニック障害のようなストレス関連疾患に対してプライマリケアのその場所で効果的な認知行動療法の治療プログラムを導入することにより、専門医に紹介するような通常治療と比べて医療費を削減することができると考えている。このためには、1)医師の行動を変える、2)認知行動療法を実践できる心理士を増やす、が必要である。

治療を提供する医師の側の特徴は2つにまとめることができる。1)精神科や心療内科と他の科と間には診療スタイルに違いがある、2)クリニックや精神科病院、総合病院精神科など場所が変わっても医師の診療スタイルや処方パターンは同じである、2)一つの施設の中でも医師の個性がとても強い。医師の行動を変えるためには、マニュアルのような文書の作成ではたりず、系統的なスーパーバイズや賃金政策などが必要である。

一般には患者は一つの施設には一つの特徴があり、どの医師を担当しても治療内容は差がないと考えている。一方、治療施設毎には差があるだろう、クリニックは一般的な軽い病気、病院には重い病気の人がかかると思っているだろうと考えられる。アンケートと菊池病院での診療実態の結果からは裏腹な実情がわかる。クリニックでも病院でもできることは大差がないし、一方で一つの施設の中で医師毎に行っていることの差はとても大きい。

現在の日本の医療制度は健康保険を持って

いる限り、どこの誰でも、どの医療施設でも分け隔てなく受診できることを最大の目標にしている(広井, 1992)。これはこれで優れたシステムであり、諸外国と比べたときには軽費で優れた健康水準を達成できていると言える(Ikegami, 1994)。

現在はインターネットが広がり、患者は次第に医療情報に接する頻度が増えてきている。診療内容に対する希望も増えてきている。専門的な治療を希望する場合も多い。専門医であるべき精神科・心療内科医には治療の終結という発想がないことは、そのような専門的な、たとえばパニック障害の対する短期治療プログラムを想定していないことを示す。診療報酬制度の在り方を考えると、専門的治療プログラムを提供するような医療機関が存在し得る経済的基盤がないことも明らかである。

#### E. 結論

現状を見る限り、現在の精神科や心療内科の在り方は、専門的な医療内容を提供している、と呼ぶのはふさわしくない。医師の個性を反映した医療と呼ぶべきである。

患者が来れば来ただけ診る、今ここで患者の求めることに応じる、明日がどうなるかはわからないし計画もない。来てくれればそれだけ収入になるし、患者自らに治療を中断するならそれも良い、では治療の質の改善はおぼつかない。現在の診療報酬制度の原則(Pay for service)から離れた医療システムが必要だと考えられた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表