

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」

分担研究報告書

「本邦における精神療法の実施状況に関する研究」

分担研究者：藤澤大介（慶應義塾大学医学部精神神経科）

研究協力者：

中川敦夫（慶應義塾大学医学部精神神経科）、佐渡充洋（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学）

坂本真士（日本大学文学部）、山内慶太（慶應義塾大学看護医療学部）、

菊地俊暁（桜ヶ丘記念病院）、宗未来（久里浜アルコール症センター）（平成19年3月現在）

研究要旨

本邦で施行されている精神療法の現況とニーズについて、47都道府県の精神科医療機関計2949箇所へ調査票を送付し、586件（回答率20.3%）より回答を得て調査を行った。簡易精神療法と支持的精神療法が80%以上、認知行動療法が50%以上、精神力動的な精神療法、社会技能訓練（SST）、行動療法が40%以上の施設で実施されていた。しかし、患者数をベースとした施行率に関しては、精神病性障害、気分障害、不安障害いずれに対しても、50%以上の患者に支持的な精神療法以外の精神療法を提供できている施設は10%～20%未満であり、患者ひとりひとりに対して十分な精神療法の十分な供給ができていないことが示された。精神療法の実施が十分であると回答した施設は28%にすぎず、37%の施設が不十分であると回答した。国公立の施設、市中総合病院、単科精神科病院において、精神療法の実施が「不十分」と認識する比率が高かった。

今後充実させたいと考えられている精神療法は、多い順に認知行動療法、支持的な精神療法、社会技能訓練であった。精神療法の実施が十分でない理由には、「時間がとれない」「実施に見合うだけの診療報酬がない」「十分な力量をもったスタッフがいらない」「精神療法の実施が（医療保険上）医師のみに限定されている」があった。

この問題を克服するためには、医師以外の医療従事者が精神療法を提供するための技量と制度の裏付けを持てるようにすることが重要であること、診療報酬の対象を現行の標準型精神分析療法（これは、本研究における精神力動的な精神療法にほぼ対応すると考えられる）以外に拡充すること（特に、認知行動療法、行動療法）が必要と考えられた。また、低コストで施行が容易な読書療法（selfhelp）の認知度・施行度が著しく低く、今後の普及・啓発が重要と考えられた。

A. 研究目的

本邦における精神療法の施行の現況とニーズについて調査する。命題は①本邦においてはどのような精神療法が施行されているか、②それぞれの精神療法の施行頻度、形態はなにか、③精神療法の実施における問題点とニ

ズはなにか、である。

B. 研究方法

1) 調査票の作成

〈調査対象となる精神療法の選定〉

調査を開始するにあたって、調査対象となる

精神療法を選定した。選定の対象には、①有効性が確立された精神療法、②十分なエビデンスはないが本邦において比較的広く行われていると考えられる精神療法、の双方を網羅する必要があると考えられた。①有効性が確立された精神療法については、海外の各治療ガイドラインを参照したが、そのなかでも、治療コストにも十分な配慮がなされている英国 National Institute of Health and Clinical Excellence(NICE)のガイドライン 1)に収載されている精神療法を対象に選んだ。②十分なエビデンスはないが本邦において比較的広く行われていると考えられる精神療法については、「精神療法／心理療法」「実施」「現状」「施行」「頻度」を検索用語として医学中央雑誌によって国内の文献検索を行ったが、本研究の目的に合致する文献は一件のみ(文献2)であり、ここに収録されている精神療法を対象とした。それ以外に存在する可能性のある精神療法は、調査票に「その他()」の項目をもうけて、具体的に記入できるようにした。

<調査項目の選定>

それぞれの精神療法の施行状況につき、①主に医師により施行、②主に医師の指導のもとで心理士など医師以外の職種が施行(以下、”主に医師以外が施行”と略記)、③主に他施設に依頼して施行、④諸事情で施行していないが必要と感じている、⑤必要でない、にわけて回答をもとめた。また、対象を精神病的障害(ICD-10コードで F2 に対応)、気分障害(ICD-10コードで F3 に対応)、不安障害(パニック障害、PTSD など)にわけて、それぞれ、実施状況と患者数ベースでの施行比率についても調査した。現在の精神療法の実施状況についての認識(十分～十分でない)とニーズについての項目も含めた。

2) 調査方法

全国社会資源名簿(文献 3)にもとづき、精神

科を有する全国の医療施設2949施設(病院:1869施設、診療所:1080施設)の診療部長(診療所では院長宛)に調査票(資料1)を切手つき返信用封筒を同封して郵送し、返送された結果を解析した。

3) 解析方法

Statcel2、SPSS ver.14 にて解析を行った。

4) 倫理面への配慮

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)を参照した。各施設の実態に関するアンケート調査であり、患者への介入・個人情報に関する研究ではないことから、特に倫理的問題は生じないと考えられた。

C. 研究結果

1) 調査対象施設

586施設から回答を得た。施設の内訳は、大学病院29、市中総合病院86、単科精神科病院:205、精神科診療所:225、不明・その他(介護老人保健施設、他科診療所に併設された精神科、など):41であった。宛先不明が60件(病院18: 診療所:42)で、回答率は20.3%(精神科診療所 21.7%、その他 20.5%)であった。

2) 精神療法の施行状況

それぞれの精神療法の施行状況につき、①主に医師により施行、②主に医師の指導のもとで心理士など医師以外の職種が施行、③主に他施設に依頼して施行、④諸事情で施行していないが必要と感じている、⑤必要でない、にわけて回答をもとめたところ、施行状況は図1の通りとなった。実施率(①主に医師による実施と②主に医師の指導の下で他の職種が施行、を併せた率)は簡易精神療法、支持的精神療法が顕著に多く、ついで、認知行動療法、精神力動的な精神療法、社会技能訓練(SST)、行動療法が高く 50%を超えていた。そのうち、医師による施行の割合は、簡

易精神療法、支持的な精神療法では高かったが、他は 32.1% (認知行動療法) ~ 41.4% (行動療法) が医師以外の職種に負っていた。社会技能訓練 (SST) は 96.7% が医師以外の職種によって施行されていた。

「その他」の自由回答欄に記載された精神療法のうち、全回答の 1% 以上をしめていた精神療法には心理教育、集団療法、回想法があった。その他の精神療法を表 1 に掲げた。

表 1. その他の精神療法

<p>アニマルセラピー、解決志向アプローチ、回想法・回想療法、家族教室、活動療法、カラーセラピー、感覚総合療法、逆説療法 (フランクフル)、呼吸法、カラーージュ療法、再決断療法 (個人・集団)、サイコドラマ、作業治療、作業療法、自己調整法、指示的療法、社会不安障害に対する集団療法、集団支持的な精神療法、集団 (精神) 療法 (当事者/家族)、心理教育 (サイコエデュケーション) (当事者/家族)、心理教室家族教室、心理・社会的院外治療活動、精神力動的な精神療法、受容的精神療法、絶食療法、川柳療法、ソリューション、対人関係療法、デイケア、東洋医学的精神療法、動機づけ面接、洞察療法、動作療法、日記療法、人間学的精神療法、認知症リハビリテーション、曝露反応妨害法、風景構成法、フォーカシング、ブリーフサイコセラピー、ボランティア仲介・活用療法、模擬裁判、森田・内観療法 (同時施行)、薬物精神療法 (ファルマコ・サイコセラピー)、薬物依存に対する Matrix Program、臨床動作法、CBASP、GAD に対する acceptance、NBM による精神医学的アプローチ、SFA、TA・ゲシュタルト療法、TFT (五十音順)</p>
--

3) 疾患毎の施行状況

疾患毎の施行状況について、施設内での実施状況、患者数ベースで施行比率、のそれぞれについて調査した。

a) 精神病性障害

精神病性障害に対しては、支持的な精神療法が 90% 以上の施設で実施されていた。認知行動療法、家族療法、社会技能訓練、作業療法は約 40% であった。上記以外の精神療法で全回答数の 1% を超えるものは心理教育のみであった。デイケアを精神療法として掲げた回答も見られた。

認知行動療法、家族療法はそのうちの約 30% が主に医師の指導のもとに他職種によって施行されており、社会技能訓練、作業療法は約 90% が主に医師の指導のもとに他職種によって施行されていた。

患者数あたりの実施比率は、認知行動療法と家族療法を 50% 以上の患者に提供している施設は 20% 未満であった。

b) 気分障害

気分障害に対する精神療法は、支持的な精神療法が約 90% の施設において施行されており、ついで、認知行動療法 (約 50%)、精神力動的な精神療法 (約 40%)、行動療法 (約 30%) であった。家族療法、対人関係療法、問題解決技法の実施率約 20% で、読書療法 (selfhelp) の実施率は 10% 未満であった。上記以外の精神療法で全回答数の 1% を超えるものはなかった。

認知行動療法、精神力動的な精神療法、行動療法は 28.2% ~ 31.4% が、医師の指導の下で医師以外の職種によって施行されていた。

患者数あたりの実施比率は、支持的な精神療法以外の精神療法を 50% 以上の患者に提供している施設は 10% 未満であった。

c) 不安障害

不安障害に対しては、支持的な精神療法が約 90% の施設において施行されており、ついで、認知行動療法 (約 50%)、精神力動的な精神療法と行動療法 (約 40%)、であった。読書療法 (selfhelp)、EMDR の実施率は 10% 未満であった。上記以外の精神療法では森田療法があった (10 施設で回

答。すべて主に医師によって施行)。

認知行動療法、精神力動的療法、行動療法は30.0%~37.1%が、医師の指導の下で医師以外の職種によって施行されていた。

患者数あたりの実施比率は、支持的療法以外の精神療法を50%以上の患者に提供している施設は10%未満であった。

4)精神療法の充足度

各施設における精神療法の実施状況を、「5. 十分である」から「1. 不十分である」の5段階のLinkert法にて調査した。解析の際は5ないし4と回答した場合を「十分」、1ないし2と回答した場合を「不十分」として解析を行った。結果概要を図10に示した。精神療法の実施が十分であると回答した施設は28% (十分である6%、どちらかという十分である22%) にすぎず、不十分であると回答した施設が37% (不十分である15%、どちらかという不十分である22%) であった(図2)。

充足度を地域、施設種類、施設母体(国立・公立・民間)の点から解析を行い、結果を図11~13に示した。国立施設と公立施設は、民間施設と比較して、「不十分」の率が高く、「十分」の率が低かった($p<0.05$: χ^2 検定)。施設種類ごとの比較では、市中総合病院、単科精神科病院が、精神科診療所と比較して「不十分」の率が高く、「十分」の率が低かった($p<0.001$: χ^2 検定)。

精神療法の実施が十分でない理由を複数回答可で尋ねたところ、図3に示すごとく、「精神療法を実施するための時間がとれない」が最も多く、ついで、「精神療法の実施に見合うだけの診療報酬がない」「精神療法を実施できるだけの十分な力量をもったスタッフがいない」「精神療法の実施が(医療保険上)医師のみに限定されていることが問題である」であった。「精神療法の有用性が証明されていない」を理由にあげたのは極めて少なく、有用性そのものは十分に認知されて

いると考えられた。「精神療法の有用性が証明されていない」以外は、いずれの理由も充足度と相関関係を認めた。

5)今後充実させたい精神療法

今後充実させたいと考えられている精神療法は認知行動療法が最も多く、続いて支持的療法、社会技能訓練(SST)の順であった(図4)。

6)その他

調査票の自由記述欄に記載された内容を、編集・大別して表2に掲げた。

D. 考察

本邦において実施されている精神療法は、支持的療法、簡易精神療法が突出して高かった。他の精神療法も施設形態を問わず実施されているが、患者数ベースでは、50%以上に認知行動療法、行動療法、精神力動的療法などを提供できている施設は10%未満であり、実証された治療と施行状況には乖離があった。

本研究の限界として、それぞれの精神療法を明確に定義されておらず、施行されている精神療法の構造(時間・頻度・期間など)も調査されていないことがあげられる。臨床においては慣用的に簡易精神療法が支持的療法とよばれることがあるが、このように、本研究における回答も、回答者がかならずしも標準化された治療法をイメージして回答していない可能性がある。また、診療録などの客観的データに基づいた報告ではないこと、があげられる。また、回答率が20%強と低かったことも限界の一つである。精神療法に関心のある施設/担当者が多く回答している可能性も考えられ、その場合は本邦全体における精神療法の実施率はさらに低い可能性がある。

E. 結論

本邦における精神療法の実施状況・ニーズについて調査した。簡易精神療法と支持的精神療法の実施率が高かったが、認知行動療法、精神力動的療法、社会技能訓練(SST)、行動療法が40%~50%以上の施設で実施されていた。しかし、患者数をベースとした施行率に関しては、精神病性障害、気分障害、不安障害いずれに対しても、50%以上の患者に支持的精神療法以外の精神療法を提供できている施設は10%~20%未満であり、患者ひとりひとりに対して十分な精神療法の十分な供給ができていないことが示された。精神療法の実施が十分であると回答した施設は28%にすぎず、37%の施設が不十分であると回答した。国公立の施設、市中総合病院、単科精神科病院において、精神療法の実施が「不十分」と認識する比率が高かった。認知行動療法、支持的精神療法、社会技能訓練のニーズが高かった。精神療法の実施が十分でない理由には、「時間がとれない」「実施に見合うだけの診療報酬がない」「十分な力量をもったスタッフがいらない」「精神療法の実施が(医療保険上)医師のみに限定されている」があった。

以上を踏まえると、ほとんどの施設において精神療法の有用性は認識されているにもかかわらず、個々の患者に対して、実証性のある精神療法が十分に提供されているとはいえないと考えられた。この問題を克服するためには、医師以外の医療従事者が精神療法を提供するための技量と制度の裏付けを持てるようにすることが重要であること、診療報酬の対象を現行の標準型精神分析療法(これは、本研究における精神力動的療法にほぼ対応すると考えられる)以外に拡充すること(特に、認知行動療法、行動療法)が必要と考え

られた。また、低コストで施行が容易な読書療法(selfhelp)の認知度・施行度が著しく低く、今後の普及・啓発が重要と考えられた。そのための適切なテキストの作成・選定が必要である。Selfhelpに関しては、佐渡の文献4)にも報告されているように、パソコンソフトを利用した治療の有効性も海外ではすでに実証されており、書籍以外の媒体での施行も検討の必要があると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

藤澤大介、中川敦夫、佐渡充洋ほか. 本邦における認知療法の実施状況に関する研究. 日本認知療法学会. 東京 2006

Fujisawa D, Nakagawa A, Sado M et al. The Prevalence and Dissemination of Psychotherapies in Japan. WPA Regional Meeting, Seoul, 2007

G. 知的財産権の出願・登録状況：なし

<参考文献>

- 1) National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guidelines (Schizophrenia, depressive disorders, obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder, post-traumatic stress disorder, eating disorder), 2004. (<http://www.nice.org.uk/>)
- 2) 杉若弘子, 武島あゆみ, 西村良二. わが国における精神療法の現状と考察. 精神療法 18(3), 248-255, 1992
- 3) 精神障害者社会復帰促進センター編. 全国社会資源名簿(2002→2004). 財団法人全国精神障害者家族連合会, 2002. 東京
- 4) 佐渡充洋. イギリスでの精神療法事情. 厚生労働科学研究費補助金「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」平成17年度総括・分担研究報告書. 厚生労働省. 2006
- 5) Crits-Christoph P, Frank E, Chabmless D, et al. Training in empirically validated treatments: What are clinical psychology students learning? Professional Psychol, 25(5), 514-522, 1995

図 1. 各精神療法の施行状況

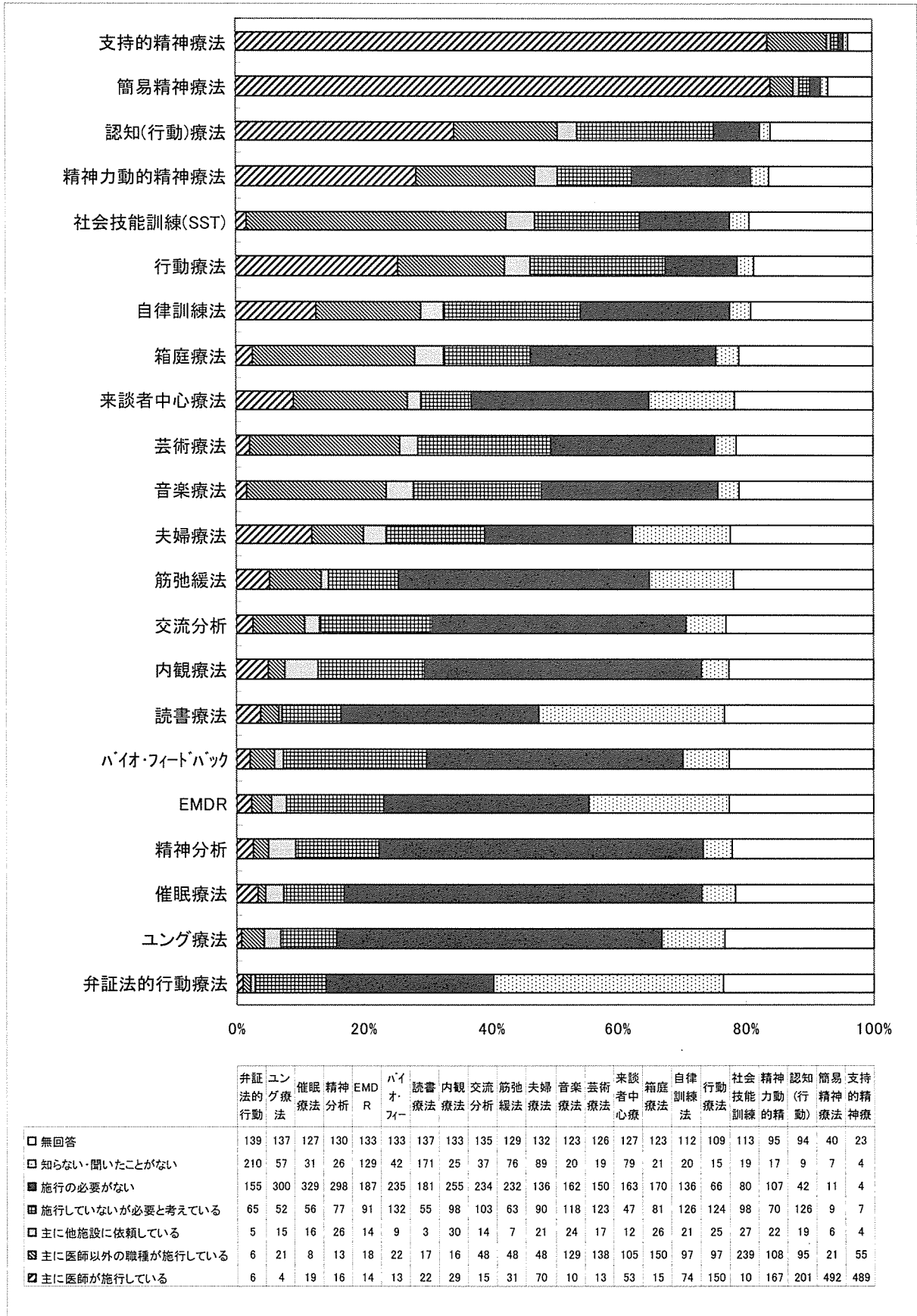


図 2. 調査施設における精神療法の充足度

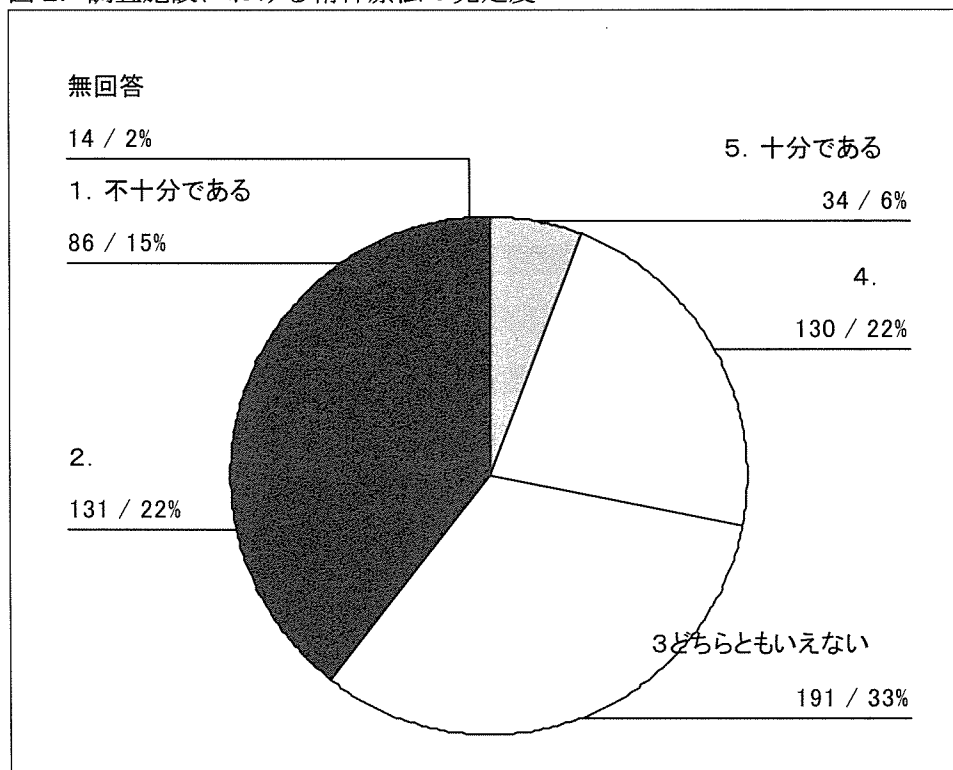


図 3. 精神療法の実施が十分でない理由

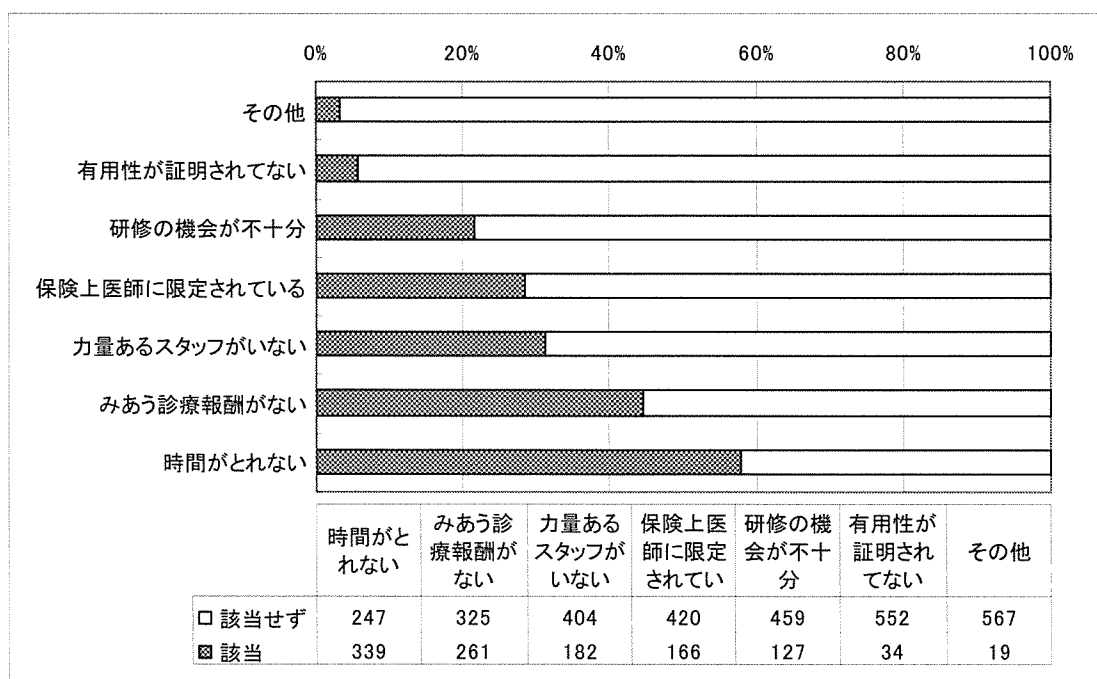


図 4. 今後充実させたい精神療法

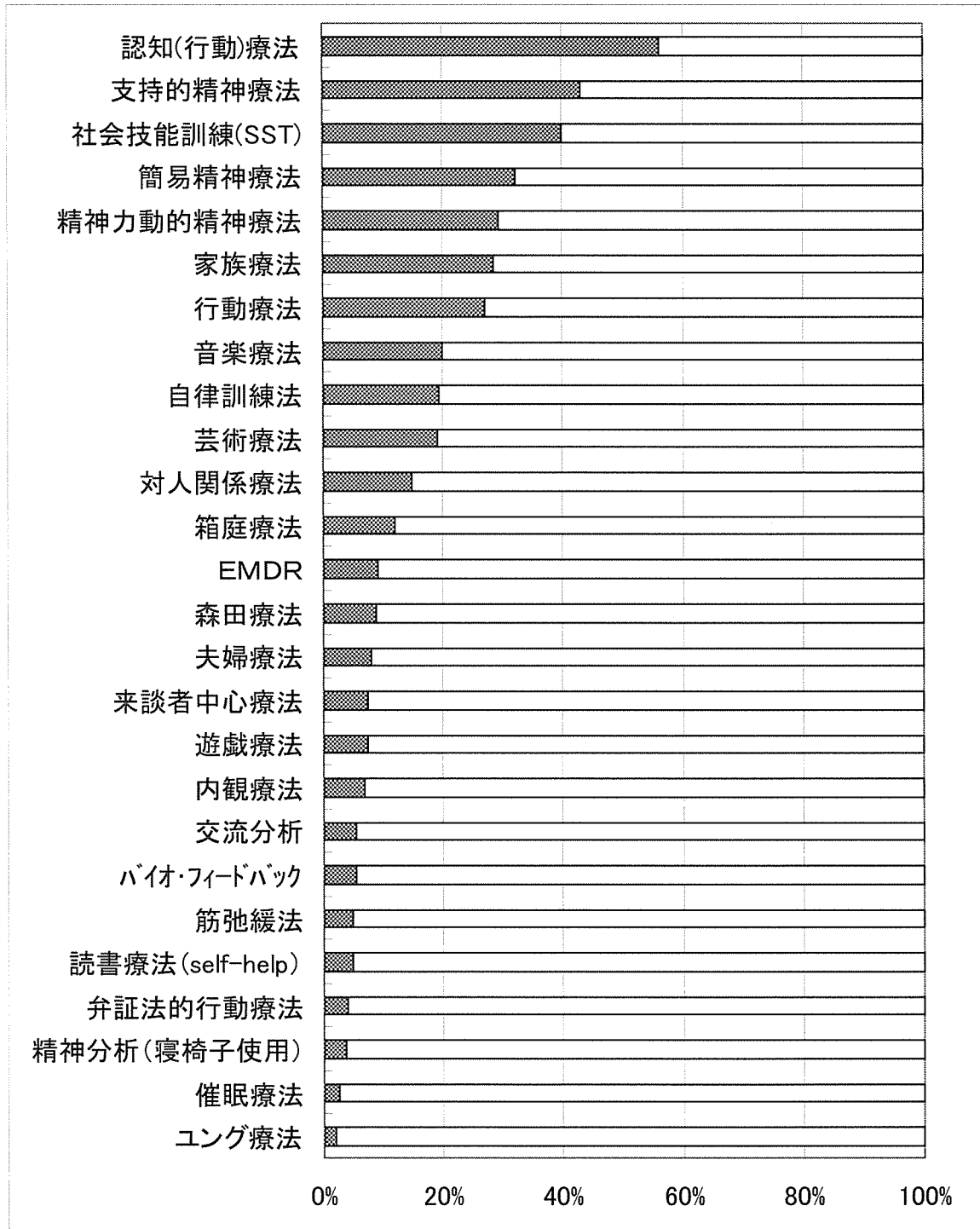


表 2. 自由記述欄のコメント (分類・編集は著者による)

●精神療法の概念と施行方法について

・実際の臨床場面では、(本研究のように) 各精神療法を厳密にわけて実施するのではなく、複数の精神療法アプローチを併用したり、症例に応じて使い分けたり、主技法・副技法として併用して行っている場合が少なくない

●研修、治療のクオリティ・コントロールについて

・研修の機会の拡充、研修制度 (講習とスーパービジョン) の確立が重要である。

●診療報酬について

・診療報酬の裏付けが弱く、結果的に十分な精神療法の実施が阻害されている (同様の意見多数)。

・保険点数がとれない一部の治療 (例: 音楽療法) を有料で行わざるを得ない、その対策として、技術料を引き上げたり、医師と協同して精神療法に従事する医療心理技術者や看護師の心理社会的介入を診療報酬に組みこんだりすることが望ましく、また、そのためには医療心理技術者の能力・医学的知識の担保が必要である。

・心理社会的介入に関して、「精神療法」以外の区分 (例: 統合失調症に対する「精神病療養指導」、不安障害に対する「精神障害療養指導」など) をもうけることを提案する。

・医療心理技術者による自費面接と医師による保険診療の混合診療を提案する。

●資源の提供の均等性について

・パーソナリティ障害患者や物質関連障害 (依存症) 患者への対応に時間とスキルを必要とすることから、診断・病態によって精神療法の保険点数を調整することを提案する。

・精神科非常勤医師のみの施設においては、医師不在の日にも、医師の指示において、医療心理技術者が心理面接を行うことを可能とすることが望まれる。

・どの精神療法をうけるかを患者側が選択できることが望ましいが、施設の都合上、その選択肢が与えられないことは問題である。

●臨床上、考慮すべき点

・リエゾン医療、終末期医療、慢性身体疾患への治療動機付けなど、の領域における精神療法実施を促進すべきである。

・地域、産業、司法、教育との連携が必要である。

・精神療法のスタンダードな手引きが必要である。

アメリカの精神療法事情：精神療法家養成の観点から

コロンビア大学医学部精神科 中川敦夫

分担研究者：大野裕（慶應義塾大学）

研究協力者：藤澤大介（桜ヶ丘記念病院）・佐渡充洋（英国ロンドン大学公衆衛生大学院）

・宗未来（久里浜アルコール症センター）・菊地俊暁（桜ヶ丘記念病院）

研究概要

最近の目覚ましい精神療法の発展の中、ある一定水準の質を担保した精神療法家の養成が重大な課題となっている。本研究は、アメリカにおける臨床心理系大学院の精神療法教育・研究分野の動向と精神療法家の教育養成を明らかにすることを目的に文献のレビュー、そしてアメリカ臨床心理士へのヒアリングを行った。その結果、専門臨床教育プログラムとしては家族療法、認知行動療法、神経心理/リハビリテーションが最も多く行なわれていた。教官の専門としては、認知行動的志向と精神力動的志向の割合が高かった。そして精神療法の専門家の養成においては、臨床心理士の場合は博士課程教育とインターンが必要とされ、一方、精神科医の場合は卒後 2 年目からのクルズとスーパービジョンがなされていた。このように、アメリカでは精神療法家の質を担保しようとして様々な教育面で試みがなされている。今後、我が国においても質の高い精神療法家の充実のために、精神療法家養成に関する教育への検討が必要であると考えられる。

A. 研究目的

ここ 10 年余りアメリカ精神医学雑誌 The American Journal of Psychiatry にて、精神療法の臨床試験から治療転帰としての自殺等といった精神療法に関する論文が毎年 15 前後掲載され続けている(1)。さらに例えば、軽度から中程度の急性期うつ病には認知療法などの精神療法の有効性が報告され(2-5)、また維持期治療においても認知療法などの精神療法の効果が報告されている(6-10)。このような知見から、精神療法が治療ガイドラインに明記されるなど、精神療法の治療再度評価がすすみ、ますます精神療法や臨床心理分野が発展をしているのがアメリカの現状である。こうした目覚ましい精神療法の発展の一方、現場の精神療法家は最新の知見や分野を update していくことが困難になっている現状もある。一方、同時にある程度水準の質を担保した精神療法家の養成も重大な課題となっている。

本研究では、アメリカにおける①臨床心理系大学院における精神療法教育・研究分野の動向、②精神療法家の教育養成を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、アメリカ心理学会 American Psychologist Association によって認定された clinical PhD プログラムと clinical PsyD プログラムの責任者に対する Mayne らの調査(11,12)及び関連する文献のレビュー、そしてアメリカ臨床心理士(コロンビア大学)へのヒアリングにより、アメリカにおける精神療法教育・研究動向と精神療法家養成の点を明らかにした。

C. 研究結果

①精神療法研究分野の動向

Mayne ら(12)は、全米に設置されている

American Psychologist Association により認定された 144 の clinical PhD と clinical PsyD プログラムのうちの 115(80%)を対象に調査を行った。

その結果、アメリカの臨床心理学系プログラムで最も多くの施設で研究が行われている専門研究分野は、行動医学/健康心理学であった(表 1)。慢性疼痛や喘息などといった心身医学に関連する行動医学が首位を占めた要因の1つとしてはそもそも行動医学が対象とする領域が広範囲に渡るためと考えられる。また多くのプログラムでは、教育施設にて一般精神療法実習を行っているものの、表2に示されているように家族療法や行動医学、神経心理/リハビリテーションなど専門臨床教育プログラムも開設されていた。さらに表3では、行われている PhD と PsyD プログラムの臨床 vs 研究の重視度と教官の精神療法の志向性を示した。尚、この専門分野の重視度とは設置プログラムがより臨床あるいは研究にあるかを7段階評価で示したものである(1=臨床重視、4=臨床と研究が同等、7=研究重視)。その結果、PsyD プログラムは、より臨床重視傾向にあったのに対して、PhD プログラムはやや研究重視傾向にあった。また教官の志向性を5分野に分類し(精神力動、行動分析、認知行動、システム、現象論的)その頻度を表3に示した。その結果、PhD 教官の方が PsyD 教官に比して認知行動療法志向の教官が多いことを認めた。このように、アメリカの精神療法の教育プログラムとしては家族療法や認知行動療法のプログラムが多く、また教官の専門は、認知行動的志向と精神力動的志向の割合が高くなっていた。

②精神療法家の養成

アメリカの精神療法を行う臨床心理士は、資格面と教育背景が日本と異なっている。アメリカの臨床心理士は大学院博士課程の修了後、州で公認される clinical psychologist 資格の取得が必須である。この大学院の修業年数は約4年の教育と1-2年のインターン(スーパービジョン下のトレーニング)から構成されるが、児童臨床心

理士になるには、さらに1-2年余分にかかる。

臨床心理系大学院は、大きく分けて研究主体の PhD コースと、臨床主体の PsyD(Doctor of Psychology)コースがある。

PhD プログラムはボルダーモデルともいわれ、これは1949年の臨床心理学に関するトレーニング学会が開催されたコロラド州ボルダーでまとめられたモデルをもとにしている。このボルダーモデルでは PhD の学位を専門職として必須条件にしたことが最大の特徴である。その他の特徴としては、臨床トレーニングの場として大学院内に設置し、さらに臨床と研究の両方を重視し、臨床研究者を養成することを目的としたのが特徴である。すなわち学位申請の際には研究計画の立案などといった研究的な要素も必要条件となっている。

PsyD プログラムはベイルモデルといわれ、これは1973年の臨床心理学に関するトレーニング学会が開催されたコロラド州ベイルでまとめられたモデルをもとにしている。これは、臨床心理の分野も医学や司法のように十分に成熟して、専門家の養成をできる水準まで至ったという見解から専門職養成のプログラムの開設が決まり、その養成プログラムがベイルモデルといわれる。ベイルモデルは、ボルダーモデルを改変するのではなく別に設置され、専門職としての臨床家の養成が主眼とされた。このため、ボルダーモデルとは異なり、大学院内、大学院関連心理系専門学校、独立系心理系専門学校の3つの組織で設置が可能となっている。

州公認の clinical psychologist 資格に関しては、博士の学位、2年のスーパービジョンの他に、トレーニング(そのうち1年は博士課程内)と卒業後1年に The Association of State and Provincial Psychology Boards ASPPB www.asppb.org の試験委員会により作成された試験を受けて合格しなければならない。試験は Examination for Professional Practice in Psychology EPPP と呼ばれ、全米・カナダの300コンピューター試験センターにて受験できる。EPPPは225題の択一試験

で 4 時間 15 分の試験時間が認められている。EPPP の試験内容の概要を表 4 に示す。

最後に精神科医の精神療法家のトレーニングについてコロンビア大学の精神科研修プログラム

<http://www.cumc.columbia.edu/dept/pi/residency/overview.html> を例にして述べる。研修プログラムは合計 4 年であるが、2 年目からは 2 名の外来患者にスーパービジョンを受けながら精神分析的な精神療法を行い始める。また、クルズスとして精神力動的インタビュー(3 ヶ月)、臨床精神力動(5 ヶ月)、重症パーソナリティ障害への精神療法(1 ヶ月)、支持的な精神療法(2 週間)、行動療法(1 ヶ月)、家族療法(1 ヶ月)が行われる。そして 3 年目からは、週 5 時間のスーパービジョンの下で、認知療法と対人関係療法を行い、週 1 時間のスーパービジョンで家族療法のトレーニングを受ける。クルズスとしては、精神療法技法(9 ヶ月)、臨床精神力動(4 ヶ月)、精神療法と薬物療法の併用(4 週間)、認知行動療法(2 ヶ月)、家族療法(3 週間)、対人関係療法(3 週間)、集団療法(1 ヶ月)、夫婦療法(3 週間)が行われる。4 年目には、クルズスとしては、転移(2 ヶ月)、精神力動プロセス(2 ヶ月)、精神力動デモンストレーション(6 週間)、短期精神力動的な精神療法(2 ヶ月)、終結(1 ヶ月)、現場での精神療法(3 週間)が行われる。このように、精神科医研修医にかなり充実した精神療法のトレーニングが行われている。

D. 結論

本研究では、アメリカにおける精神療法教育・研究分野の動向と精神療法家の教育養成を明らかにした。アメリカの精神療法は、臨床ならびに研究分野は多岐にわたっており、精神療法も精神科医のみでなく PhD や PsyD を修得した臨床心理士によっても行われていた。さらに精神療法の専門家の養成においても、精神科医に関しては充実した卒業後教育、臨床心理士には課程教育がなされその質を担保しようとして様々

な教育面で試みがなされていた。今後、我が国においても質の高い精神療法家の充実が重要な課題であるが、本研究を踏まえ、精神療法家養成教育充実のための検討が必要であると考えられる。

表1 アメリカの PhD/PsyD プログラムの上位 20 の研究分野(N=115) (学校数、教官数、研究費獲得数)

研究分野	学校数			教官数		獲得研究費数	
	順位	n	%	順位	n	順位	n
健康医学/行動心理学	1	74	64.3	1	222	1	44
家族療法/システム/研究	2	49	42.6	2	121	9	16
感情障害	3	47	40.9	6	81	3	25
物質依存	3	47	40.9	5	84	2	28
臨床児童/児童精神病理	5	45	39.1	4	97	3	25
精神療法プロセス/効果	5	45	39.1	3	105	7	19
神経心理	7	41	35.7	7	72	8	18
暴力/虐待/被害者-加害者	8	38	33.0	8	67	5	20
摂食障害	9	35	30.4	12	51	20	8
不安障害	10	32	27.8	23	25	5	20
発達(児童・思春期)	10	32	27.8	9	60	11	12
加齢/老年学	12	26	22.6	11	52	10	15
ストレス・コーピング	12	26	22.6	12	51	18	9
夫婦/カップル	14	24	20.9	16	40	11	12
社会生活技能/認知	14	24	20.9	14	46	11	12
地域心理学	16	23	20.0	10	57	16	10
学習障害/ADHD	16	23	20.0	17	38	14	11
診断・評価	18	21	18.3	19	31	-	4
精神生理	18	21	18.3	22	26	14	11
統合失調症/精神病	20	18	15.7	-	22	16	10

Sayette and Mayne, 1990

表 2 アメリカの PhD/PsyD プログラムに設置されている専門的臨床教育プログラム

専門臨床分野	順位	プログラ ム数	専門臨床分野	順位	プログラ ム数
家族療法	1	73	スポーツ心理学	22	11
行動医学(認知行動療法)	2	72	聾	23	9
神経心理・リハビリテーション	3	65	解離性障害	24	5
夫婦療法	4	61	集団療法	25	4
地域心理学	5	45	催眠	25	4
摂食障害	5	45	評価	27	3
不安障害	7	41	司法心理学	27	3
マイノリティー/異文化	8	34	産業/組織心理学	27	3
老年期	9	33	精神力動/精神分析療法	27	3
統合失調症/精神病	9	33	AIDS	31	2
暴力/虐待/被害者-加害者	9	33	過剰活動	31	2
発達障害/自閉症	12	32	精神療法スーパービジョン	31	2
学校/教育心理学	13	21	思春期問題行動	34	1
パーソナリティ障害	14	19	行為障害	34	1
セックス療法	15	18	乳児/産褥期	34	1
感情障害	16	16	対人関係療法	34	1
物質依存	16	16	理論-感情療法	34	1
衝動制御/攻撃性	18	15	職業心理学	34	1
睡眠障害	18	15			
強迫性障害	20	12			
地方心理学	20	12			

Sayette and Mayne, 1990

表 3 アメリカの PhD/PsyD プログラム研究分野と教官の志向性

プログラムの志向性	PhD		PsyD	
	Mean	SD	Mean	SD
臨床-研究重視度	4.5	1.1	2.3	0.7
(7段階評価;より臨床重視ほど1とし、より研究重視ほど7とする)				
教官の志向性	%		%	
精神力動/自己分析/精神分析	25.7		23.5	
行動分析/応用行動	14.5		11.2	
システム	13.2		17.4	
実在主義的、現象論、ゲシュタルト	10.0		10.4	
認知行動/社会学習論	43.7		26.9	

Sayette and Mayne, 1990

表 4 アメリカ臨床心理士試験 Examination for Professional Practice in Psychology の出題内容

分野	出題数の割合 (%)	出題内容
行動の生物学的背景	11	神経解剖学・生理学・化学、遺伝学、ストレスの心理生物学など
行動の認知・感情的背景	13	認知科学、学習、感情など
行動の社会と文化的背景	12	社会認知、相互反応、集団力動、環境心理学など
成長と発展	13	発達、ライフイベント、家族システムなど
評価と診断	14	評価尺度、評価方法、個人・組織の評価、診断分類など
治療・介入	16	個人・集団、治療理論、コンサルテーション
研究方法	6	研究デザイン、方法論、評価、統計、妥当性
倫理・司法・教育	15	倫理コード、専門家の役割、法律義務、倫理的ガイドライン、教育

The Association of State and Provincial Psychology Boards

E. 参考文献

1. Gabbard GO, Freedman R. Psychotherapy in the Journal: What's Missing? *Am J Psychiatry* 2006; 163: 182-184.
2. Dobson KS: A meta-analysis of the efficacy of the cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57; 414-419
3. Gaffan EA, Tasousis I, Kemp-Wheeler SM: Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 996-980
4. Blackburn IM, Moore RG: Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharamacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br J Psychiatry* 1997; 171; 328-334
5. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, et al. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed people 1998. *J Affect Disord* 1998; 49:59-72
6. Fava GA, Grandi S, Zielesny M, Canestrari R, Morphy MA; Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1295-1299
7. Fava M, Kaji J: Continuation and maintenance treatments of major depressive disorder. *Psychiatr Annals* 1994; 24:281-290
8. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:816-820
9. Jarrett DB, Basco MR, Riser R, Ramanan J, Marwill M, Rush AJ: Is there a role for continuation phase cognitive therapy for depressed outpatients? *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:1036-1040
10. Fava GA, Grandi S, Zielesny M, Rafanelli C, Canestrari R: Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153:945-947
11. Mayne TJ, Sayette MA. *Insider's guide to graduate programs in clinical psychology*. 1990; New York: Guildford Press.
12. Sayette MA, Mayne TJ. Survey of current clinical research trends in clinical psychology, *American Psychologist* 1990; 45: 1263-1266

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

イギリスの精神療法事情

ロンドン大学公衆衛生大学院・慶応大学医学部精神神経科学教室 佐渡充洋

分担研究者：大野裕（慶應義塾大学）

研究協力者：藤澤大介（桜ヶ丘記念病院）・中川敦夫（米国コロンビア大学医学部）・
宗未来（久里浜アルコール症センター）・菊地俊暁（桜ヶ丘記念病院）

研究概要

イギリスにおける医療制度・政策、精神医療の提供状況を、関連する文献および関係者へのインタビューからまとめ、概観した。

精神療法の専門医の教育制度については、一般精神科医としての3年間のトレーニングプログラムに加え、さらに3年間のプログラムが組まれていた。その内容についてもカリキュラムが策定されており、幅広い症例を経験しながら、上級医のスーパービジョンのもと技術を向上させていく体制が整っていた。

精神療法の供給体制については、専門医に直接かかれぬというアクセス制限のデメリットがあるが、その分、GPなどプライマリケアレベルへの教育、介入および地域とのコラボレーションが盛んであり、精神科医だけに頼るのではなくシステム全体として精神科医療に取り組む姿勢が認められた。また、脱施設化の流れの中で専門医が病院から地域、GPへと活動の拠点を広げている実体も明らかになった。

イギリスは伝統的に医療の公平性を重要視してきたが、それと同時に効率性の改善も重視されるようになってきており、費用対効果研究などの医療経済評価、およびその政策立案への応用が盛んであった。

これらのことから、今後の日本の精神科医療については、フリーアクセスなどの利点を残しつつも、専門医養成制度の確立、必要な精神科医療が十分に提供できるだけの精神療法家の育成、またより効果的な治療を提供するための他科の医師や地域との連携の強化、そして限られた医療資源を有効に利用するための医療経済評価の利用などが重要になると思われた。

療、特に精神療法の提供状況を明らかにすることにより、わが国における精神療法提供体制に関する提言を行うこと。

A. 研究目的

イギリスにおける医療政策の最近の変遷、およびその中における精神科医

B. 研究方法

関連する文献のレビュー、および関係者（ロンドン・モーズレー病院精神科上級コンサルタント Moorey 医師、およびロンドン大学精神医学研究所、Goldberg 教授）へのインタビューにより、イギリスにおける精神療法事情を明らかにした。

C. 研究結果

(ア) はじめに

昨今の社会全体をとりまくストレスの増大により、精神疾患が社会に与える影響は世界的にも急速に増大している。McDaid et al. (2005a)によると、精神疾患による障害は全疾病による障害の20%を占めることが報告されている。このような状況に対応するため各国ではスティグマの軽減、効果の高い介入法の確立などさまざまな対策が施されているが、いまだ確立されたシステムが存在しないのが実情である。そのような状況の中、わが国の状況を見てみると、やはり諸外国と同様、いくつかの課題に直面していることがわかる。それらは精神疾患患者の医療へのアクセスの低さの問題であり、また効果の確立された質の高い治療法（特に精神療法）の普及率の低さの問題であり、依然として高い水準で推移している自殺率の問題であったりする。しかしその中でも特に、精神療法の普及率の問題は、諸外国も同様の問題を抱えているとはいえ、相対的に見た場合、わが国の実情がかなり厳しいことも事実である。精神療法、その中でも特に認知行動療法や対人関係療法は、気分障害や不安障害

を中心に多くの精神疾患に対する効果が確立されているが、このような効果的な治療法が十分に普及していないという事実は、国民に対して効果的な治療が提供できていないことを意味しており、医療の公平性の観点からも憂慮される事態である。

そこで、今回、文献的考察および関係者へのインタビュー（ロンドン・モーズレー病院精神科上級コンサルタント Moorey 医師、およびロンドン大学精神医学研究所、Goldberg 教授）から、イギリスにおける精神医療、特に精神療法に関する実情を把握することでわが国における精神療法の普及のための対策を考察する。ただし、医療制度は国によって大きく異なるため、精神療法という医療の中の特定の領域を比較する場合には、それらの背景にある医療制度の理解が必要になる。特にイギリスと日本では、医療の財源（税方式と保険方式）、アクセスの問題（家庭医制度とフリーアクセス）、医療費政策（増大政策と緊縮政策）などかなり性格を異にしている部分が多い。そこで、本報告ではまず、イギリスにおける医療制度また最近の変革について簡単に触れる。次に、同国における精神科医師養成制度、精神医療、特に精神療法の実際の実施状況について述べる。その後、それらの背景にあるイギリスで盛んな EBM、医療経済評価についても簡単に触れる。最後にこれらのイギリスの状況からわが国の状況に

応用できると思われる点をいくつか取り上げ、わが国の精神療法普及のためのいくつかの提言を行う。

(イ) イギリスの医療システム

① NHS システムと最近の医療制度改革

イギリスの医療は一般的に National Health Service (国民医療サービス 以下、NHS)により、国の管理の下提供されている。その財源のほとんどは、一般税から拠出されており、使途が医療費に限定される社会保険制度で運営されている日本の供給体制と異なる。そのため、NHS は他の公的サービスとの間で予算の獲得競争を余儀なくされることになる。

原則日本の医療制度では、使用された医療サービスの費用のうち7割が保険から給付され、残りの3割が患者本人の自己負担となる。イギリスの場合、原則、医療費はすべて国の一般財源から拠出される。医療費のすべてを国が負担する上に、患者の自己負担がないとなると、不必要な医療供給がかさみ、結果として、医療費の高騰を招くのではないかとと思われるが、実際にはイギリスの医療費は対GDP比で見た場合7.3%と、アメリカ(13.1%)の約半分、ドイツ(10.6%)やフランス(9.3%)といった他のEU諸国の約3分の2で、OECD諸国の中では最低水準に位置している。(権丈, 2001) ち

なみに日本は7.6%でイギリスについて二番目に低い水準となっている。医療を無料で提供する体制を維持しておきながら、総医療費を先進諸国中最低に維持できるのはなぜなのであろうか。その鍵は、NHSの一般家庭医制度(General Practitioner 以下GP)にある。

② GP制度とアクセス制限

日本では、患者は医療機関を自由に選別しアクセスすることが出来るが、イギリスでは、医療サービスを受けるためには、まずGPに登録しなければならない。GPは日本の感覚でいうと診療所のようなものであり、GPに登録するということは、その診療所を自分のホームドクターとして登録するようなものだが、各科の専門性を持った医師が診療所を運営している日本と異なり、GPは小児から老人まで、また、外科的な疾患から精神科疾患まですべての疾患を最初に診察するゲートキーパーの役割を果たしている。患者は、どのような疾患であれ、まず最初にGPを受診しなければならず、GPからの紹介なしには、専門医への受診は行えない仕組みとなっている。つまり、最初の医療機関へのアクセスは登録しているGPに制限されているわけである。またGPから専門医への紹介についても、その紹介率は各GPトラストというGPの予算を管轄する組織によってモ

ニターされており、各 GP がむやみに専門医に紹介するのを防ぐ役割を果たしている。これらのことから明らかなように、イギリスの医療制度は医療を無料で提供する代わりに、患者側には一定のアクセス制限が設けられ、プライマリーケアからセカンダリーケアへの紹介率も制限するなど全体としての供給量がコントロールされる機能を内在させる仕組みなのである。

③ NHS 改革

全体としての供給量が制限されるシステムでは、供給が需要を満たしている場合にはうまく機能するが、人口の高齢化、慢性疾患の増大などによって需要が増大すると、一定の予算内ではそれが消化しきれない状態となる。日本のように、医療機関に対する支払いが原則出来高払いの場合には、診察する患者数を増やすことが医療機関の収入の増大につながるため、各医療機関は、診察する患者を増やすことに一定の金銭的インセンティブを見出すことが出来るが、イギリスの場合、各病院の収入は、これまでの実績から配分が決定される予算性であるため、無理をして診察する患者数を増やすというインセンティブがほとんど働かない。なぜなら基本的に診察する患者の多い少ないにかかわらず病院の収入は一定であるからである。当然、

GP から紹介され、専門医での治療が必要と判断されたにもかかわらず、すぐに専門医の治療が受けられないいわゆる待機者が急速な勢いで増大することとなり、これら待機者リスト上の患者数が 100 万人を超えることになり、社会的にも非常に大きな問題となった。(近藤, 2004)これらの状況を是正するために行われたのが、NHS 改革である。NHS 改革にはいくつかの骨子があるが、その中でももっとも大きな改革は、NHS 内に一定の競争原理を導入するため、それまで、医療の供給側(日本で言う医療機関)と購入側(日本で言う保険組合)が NHS という同じ組織内に存在していたものを、分離したことである。供給側は、NHS トラストという各医療機関ごとの独立採算制の組織に再編され(日本でいう国立病院機構内の個々の病院のようなものである。)、購入側がどのトラストから医療サービスを購入するかは、基本的に自由に設定できることになった。つまり、トラスト側はより多くの患者を紹介してもらうために、医療安全対策を含めた医療の質の向上、また回転率を向上させることによる待機者リストの軽減に努めなければならなくなったのである。またそれらのサービスをどれくらいのコストで提供できるのかという視点も、購入側へのアピール