

としてより重要な要素となってきたおり、NHS 内に一定の競争原理が働くようになったのも事実である。ただ、先に「一定の」とあえて注釈をつけたのは、これらの競争原理の導入に基づく医療機関の選択権が、実際のサービス消費者である患者には、原則的に与えられていないからである。各 GP は契約するトラストを独自に選択できるようになったものの、患者は、先に述べたように登録した GP にまず受診しなければならず、また専門医にかかる場合にも結局 GP より紹介された病院にかからざるを得ないのが実情である。こういった意味で、医療費全体に及ぼす影響、医療資源の効率的利用をとりあえず脇において考えた場合、患者のアクセス選択権は日本においてのほうがはるかに保障されていると考えられる。

以上がイギリスの医療制度の概観である。このように、GDP に占める医療費の割合はほとんど同じであるにもかかわらず、財源方式の違い、アクセス制限の違い、支払い方式の違いなど、かなりの違いが両国には認められる。これらの違いは、社会がどのようなシステムに価値をおくかという問題になるため一概にどちらかのシステムが優れているという議論にはならないが、当然提供され

る医療サービスもこれらの影響を受けることになる。もちろん精神医療についても例外ではない。精神療法の実施状況について比較をする際にも、これらの制度上の相違を念頭においておくことが重要である。

それでは、このような制度のもと、実際に精神科医療はどのように提供されているのであろうか。以下の項目では、その状況について、精神科医師養成制度、精神科医療供給体制、精神科医療におけるガイドラインと経済評価について順をおって説明していく。

(ウ) イギリスの医師養成制度

① 医師免許取得

イギリスには全部で28の医学部を備えた大学があるが、それらはすべて国立であり、私立の医学部は存在しない。カリキュラムは大学によって多少異なるものの、基本的には5年制を採用している。卒業後には、日本のような医師国家試験はなく、卒業後一年目は大学病院などで研修を行い、その後内科系、外科系、家庭医などの専門に分かれて研修をしていくことになる。

② 精神科医資格の取得

精神科医になるためには、一年間の一般科レジデント終了後、3年間の精神科コースを終了しなければならない。ここでは、一般精

精神科医として、薬物療法、精神療法、社会精神医学などの研修を幅広く行うことになる。それぞれの分野についての最低限の研修時間は規定されており、専門医を目指す医師が幅広い疾患、治療法を経験できるように工夫されている。この期間は一般精神科医になるためのコースであるため、治療法については、薬物治療に関するものが中心になるが、それでもこの期間に精神療法（主に、精神分析、認知行動、家族療法）の研修は必須であり、上級医のスーパービジョンを受けることが義務づけられている。

③ 精神療法専門医の取得

一般精神科医としての3年間の研修が終了した後は、精神科の中での専門性を磨くためのさらに3年間の研修期間が用意されている。ここで、薬物療法、精神療法、児童思春期などのさらに細かい専門に分かれて研修が行われる。精神療法を専攻する場合は、約1000時間の精神療法の実施が課されることになる。精神療法の中でも、何を専攻するかによって、精神療法実施の内訳は異なるものの、認知行動療法を専攻する場合、700時間が認知行動療法、200時間が精神分析、100時間が家族療法にあてられることになる。実際の患者の治療、および、その後の上級医によるスーパービジョンを受け、この課程を修了すると、

ようやくコンサルタント（上級医）の受験資格を得ることが出来る。

このように見ても、精神科医師の教育課程における日本とイギリスの大きな違いは、教育システムの有無にあると思われる。もちろん、教育システムの存在が、優秀な医師の輩出をそのまま保障するものではなく、イギリスにおいても研修制度の改善は常に大きな課題となっている。ただ、ひとついえるのは、このようなシステムが存在することで、最低限習得しておくべき知識を網羅するのには有効であろうということである。

また上級医師によるスーパービジョンも非常に重要な要素であろうと思われる。精神科医療はとかく、医師と患者との閉じられた関係の中で治療が行われがちで、自らの治療法を検証し、またそれに対するフィードバックを得ることが困難なことがおおい。上級医によるフィードバックはこれらの問題を解決する上で非常に重要な要素であると思われる。

以上が、イギリスにおける精神科医の養成制度の概略である。それでは、このように養成された精神科医によって実際にどのような医療が提供されているのだろうか。次の段落では、その供給状況について検討する。

(エ) イギリスでの精神科医療供給体制

① 精神科医療の必要な患者の一般的なパスウェイ

精神科疾患を持った患者が精神科医療を受ける場合には、他の疾患と同様、まず最初に GP を受診しなければならない。GP での診察の結果、専門的な診断、治療が必要と認められる場合には、そこから、専門医へ紹介されることとなる。紹介された患者は専門病院で治療が行われることになり、必要に応じて薬物治療、精神療法などが施行されることになる。

② 専門医レベルでの治療

精神療法に関していえば、大多数の精神療法はクリニカルサイコロジストによって施行されている。たとえば、ロンドン南部のモーズレー病院トラスト（モーズレー病院をはじめとする5つの病院連合体）では、クリニカルサイコロジスト400人に対して、精神療法専門医は7人しか在籍していない。（Dr. Moorey 談） クリニカルサイコロジストや精神科レジデントが診察にあたり、困難な症例などについては、専門医が直接治療に当たるといった形態が一般的のようである。

一般的に専門医は専門病院に在籍していることが多いが、近年、精神病床の減少および治療基盤の地域へのシフトにより、専門医も病院中心から地域のケア施設

へ徐々に重心を移しつつある。前出のモーズレー病院の Dr. Moorey によると、以前は、専門医が病院と地域施設（主に往診を担当）とを行き来する形態であったのが、地域の重要性が増した結果、地域施設専門の専門医も多く認められるようになったとのことである。現実にイギリスでは精神病床の数は人口10万人あたり1980年の300床であったのが、1998年には80床まで減少しており（McDaid et al, 2005b）、病院と地域に割り当てられる予算の比率も1977年の90:10（病院:地域）から2000年には55:45に変化している。（Knapp, 2006）このような地域への治療基盤の移行に伴い、専門医による治療も病院中心から、地域のケア施設、往診、あるいはGPなどとの共同での介入など多様な形態を取るようになってきている。

③ GP レベルでの精神科医療供給体制

先に述べたように、GP を受診し専門的な治療が必要と認められた患者は専門医へ紹介されることになるが、それでも精神疾患が疑われたらすべての患者が専門医に紹介されるわけではない。GP の技量にもよるが、可能な限り、うつ病、気分障害などをはじめとして、多くの精神疾患の治療がGPで行われることが治療ガイドライン上推奨されている。

GP レベルで精神科患者の治療が推奨されるのには、大きく3つの理由がある。ひとつは、システム全体としての効率の問題である。つまり、精神疾患の患者すべてを専門医が診察することになった場合に、専門医の供給がとも間に合わないという事実である。精神科疾患と一言で言っても、ごく初歩的な支持的な対応で短期間のうちに改善してしまうものから、専門医が介入しても回復までかなりの時間を要してしまうものまでかなりの幅がある。GP レベルで改善する患者は出来るだけGPで診察することによって、専門医に、専門医でないと治療が困難な患者の対応を任せられる状況を作ろうという基本的な考えがあるようである。

二つ目の理由は医療経済的な理由である。先にも述べたとおり、イギリスの医療は、GPによるプライマリケアと専門医によるセカンダリーケアの二段構えである。GPは行った医療によって収入が決まる出来高払い制度ではなく、登録されている住民の数によって収入が決まる人頭払い制度になっている。一方、セカンダリーケア（病院）は、これまでの実績に応じて予算が配分される予算性である。よって、国全体の医療費を決定する一番大きな要因はGPから専門医への紹介率であり、これが低ければ低いほど、全

体の医療費が低く抑えられるという背景がある。そういった背景もあり、GPレベルでの治療が推奨されているのである。

最後の理由は患者の嗜好の問題である。イギリスにおいても、他国同様、精神疾患に対するステイグマが存在するのが現実である。患者の中には、精神科専門医に受診することを嫌がるものも少なからず存在する。また遠方の専門医に継続的に受診する負担を嫌う患者も多い。それらの理由から、治療が可能であるならば、GPで治療を行うことが患者の利益にもつながるという背景があるのである。

このような背景があるため、GPレベルでの精神障害、特に気分障害についての介入については、数々の方法が提案され、それらの効果、費用対効果などが報告されている。Katon et al. (1995)およびKaton et al. (1996)は、患者教育と、GPと精神科医あるいは心理師とのコラボレーションが患者の治療へのアドヒアランスと回復具合を改善させることを報告している。また、Gerrity (1999)、Katon (1999)らは、GPの通常の治療によって改善しなかった患者に患者教育、GPへの臨床教育、GPレベルにおける精神科医による他職種のコラボレーションを行う段階的コラボレーションケアにより服薬アドヒアランスや

症状の回復率が改善することを報告している。また、Morriss et al. (1998)は、GP に心身症症状の教育を行うことによって心身症状を示す患者の専門医での治療費が23%減少し、これらの教育費を含めて検討しても直接費用の15%の減少につながることを示している。

このように、イギリスでは、専門医への直接のアクセスが制限されているものの、プライマリケアレベルで出来るだけ質の高いサービスが提供できるようにさまざまな研究および介入が実施されている。もちろん、全てのGPにおいてこれらの介入が実施されているわけではなく、これらの介入が実施されている施設はまだ限定的であるとのことであるが(Dr. Moorey 談) 今後、こういった流れが加速する可能性は十分にあると思われる。

④ 平等性の確保

イギリスの医療の特徴のひとつに公平性に対するこだわりがある。公平性とは効果的な治療は等しく国民に提供されるべきであるという、NHSの基本理念に基づくものである。もちろんイギリスにおいても医療の公平性が完全に実現しているわけではなく、現実には社会階層、人種・民族、貧富などの差により、医療へのアクセス、ひいてはアウトカムにいたるまで格差が認められているのが実情で

ある。(Van Doorslaer, 2005) しかし、これらの事実について問題を直視する傾向は確かに強く、これらの格差が存在する状況をいかに改善していくかという議論が大学院など高等教育の場でも政治の場でも非常に活発である。精神科医療についてもそれは例外ではない。そのことを端的に示すのが、クリニカルサイコロジストの大幅な増員計画とコンピューターベースド CBT (以下 CCBT) 導入の検討である。

1. クリニカルサイコロジストの増員

NHSは先ほど、これら臨床心理士の10000人に及ぶ増員を今後5年以内に達成することを目標として掲げた。これは、NICEによって示された、主に気分障害、不安障害に関するガイドラインで、認知行動療法あるいは対人関係療法がこれら疾患の治療法としての第一選択に推奨されたことと関連する。

医療現場で治療に携わる現在のマンパワーでは、現状で治療を必要とする患者すべてを適切に治療することが不可能であり、ましてや疫学調査から推測される潜在的な患者までを含めると、大幅なサイコロジストの増員なしには、現状を打開することは困難であるとの思案があるからであ

る。またこれら、今後増員される臨床心理士についてはその大多数が実証研究によって効果の立証された認知行動療法の専門家として養成されることになるという。(Dr. Moorey 談) 臨床心理士の増員という対策は、効果的な治療は等しく国民に提供されるべきであるという、NHS の基本理念に基づくものである。今後、臨床心理士の地域的分布の偏在についても議論が進められるものと思われる。

2. コンピューターベースド CBT

公平性に関する精神科医療におけるもうひとつの対策に、コンピューターベースド CBT (以下 CCBT) の研究がある。これは、患者がコンピューターにインストールされた CBT のソフトウェアに向かい、症状に応じたプログラムを学習することで、CBT のセッションに準じた治療を受けられるようにする仕組みである。イギリスでは CCBT の研究が盛んである。CCBT と通常の CBT の間での効果比較研究 (Christensen, 2004)、また費用効果、費用効用研究 (McCrone, 2004;

Kaltenthaler 2002) も行われている。これまでの研究結果を総合すると、効果については、従来の CBT に及ばないものの、費用については、従来の CBT を下回るというものである。効果の面で従来の CBT に劣るにもかかわらず、これだけ研究が継続され、今後もこの治療法の全国的な導入が計画されている背景には、今後 CBT を実施する精神療法家を一万人増員したとしても、それだけでは、CBT を必要とする患者すべてをカバーすることが出来ないという背景がある。(Professor Goldberg 談)

これは、イギリス国民が等しく必要な医療を受けられるという NHS の精神に反するものであり、それらを是正するために考えられたのがこの CCBT なのである。つまり、GP レベルで CCBT を普及させ、必要な患者にはまず、CCBT による治療を提供し、それでも症状が改善しなかった患者を精神療法家につなげるという仕組みである。こうすることで、優先度の高い患者を優先的に精神療法家につなげることが可能となり、限りある資源を有効に利用することにつながるという発想なのである。

(オ) 精神医療におけるガイドラインと経済評価

このように、イギリスの医療においては、公平性がひとつの大きなテーマになっているが、その一方でシステムの効率性も重要視されている。ここではその象徴ともいえる National Institute for Clinical Excellence(NICE)とクリニカルガイドラインについて簡単に触れる。

① NICE の存在

NICE とは National Institute for Clinical Excellence の略であり、1999年4月にNHSの研究機関として設立された。NICEの主な業務は、全英のNHSならどこでも等しくよい医療が受けられるように、治療に対する技術評価と臨床ガイドラインを提供することである。NICEが設立された背景には、地域間あるいは施設間で治療水準に大きな開きが見られることにあった。以前のイギリスでは、受けられる医療サービスの質が地域によって大きく異なるこの現象を「post code lottery (郵便番号による宝くじ)」と表現されることがあった。このような状況を是正するために、特に費用対効果の面から、各医療技術の評価や診療ガイドラインの作成を行うことがNICEの大きな使命となっている。費用対効果と特に強調したのは、これらのガイドラインが効果のみ

だけでなく、それらにかかる費用まで考慮に入れている点が非常に重要であるからである。この背景には、国全体で医療サービスに利用できる資源には限りがあり、それらの資源から最大の社会厚生が得られるべく資源を配分すべきであるという思想がある。このような、社会全体の厚生を最大にするための資源配分という概念は、医療だけでなく、教育、公共交通機関などの公的サービス全般に関してイギリスに伝統的に根付く思想である。医療の分野でも、1971年に疫学者のコクランが自著の中でNHSについて「投入される資源から期待される水準よりはるかに低い出力しかないというひどいインフレーションに支配されている」とのべ(コクラン; 森亨訳、1999)、専門家の観察に基づく根拠ではなく、特に無作為化比較対照試験(Randomized Controlled Trial以下RCT)の結果を重視した根拠を提示していくべきことを主張し、それが1992年のコクランライブラリー(Cochrane library)の設立へとつながっている。

NICEの臨床ガイドラインは、主に数多くのRCTによるメタアナリシスの分析によって作成される。当然のことであるが、この際、出版バイアスを最小限に抑えるため、出版されていない論文も検討に加えられている。出版バイアスとは、論文の掲載を左右すること

によっておきる統計学的推計上の系統的な誤差」であり(Begg et al., 1988)、統計学的に有意を得た研究のほうが、そうでない研究より投稿も掲載もされやすい傾向により生じるバイアスである。

② クリニカルガイドラインにおける精神療法の位置付け

1999年以降これまでに、精神科関係では、統合失調症、不安障害、強迫性障害、PTSD、うつ病、気分変調性障害、摂食障害、てんかん、児童思春期のうつ病、などの疾患のガイドラインがすでに作成されており、現在、双極性障害、痴呆、出生前・出生後精神障害についてのガイドラインが作成中である。

気分障害、特にうつ病に関しては、2004年12月、ガイドラインが発行されている。(National Collaborating Center for Mental Health, 2004) それによると、軽症、中等症のうつ病エピソードに対しては、抗うつ剤の投与よりもまず認知行動療法などの精神療法が第一選択治療に推奨されている。とくに、軽症のうつ病エピソードに対しては、薬物治療の効果はリスクベネフィットに見合うものではなく、過去に中等症から重症のうつ病エピソードのある患者の再発でない限り、使用しないことを推奨している。軽症から中等症のうつ病エピソードに対する精神療法については、問題

解決療法、認知行動療法あるいはカウンセリングなどを、10 から12 週の間には6 から8セッション施行することが推奨されている。

また、重症のうつ病エピソードに対しては、抗うつ薬と CBT の併用治療が推奨されており、過去に二回以上のうつ病エピソードの既往があり、そのエピソード中に重度の障害を経験している患者には二年以上の抗うつ薬の継続的な服用を推奨している。治療抵抗性の患者や、再発性エピソードの患者には CBT の実施の検討が推奨されている。

これらのことから明らかにように、NICE のうつ病治療ガイドラインでは、薬物治療の必要性は当然認めながらも、特に軽症エピソードの患者において抗うつ薬の安易な乱用を避け、精神療法を第一選択治療として検討すること、また重症エピソードを呈する患者にも、抗うつ薬と CBT を併用して治療に当たることなどを強く推奨しており、全体として、精神療法(とくに CBT)の重要性に力点を置いたものとなっている。

不安障害(パニック障害、全般性不安障害)についても同様に、NICE によるガイドラインが作成されている。(National Collaborating Center for Primary Care, 2004) ここでは、パニック障害のガイドラインに

ついて簡単に触れるが、パニック障害のガイドラインについてもうつ病と同様、GP の役割が大きく扱われている。先に述べたようにイギリスでは GP で治療できるものは出来るだけ治療するという原則が徹底しているため、パニック障害や全般性不安障害であっても、初期治療は GP で施行されることが推奨される。プライマリケア医でまず最初に施行される治療としては、①CBT、②薬物療法 (SSRI)、③CBT を基にした自己治療 (CBT の題材を基にした読書やガイドブックに基づく治療) が推奨されている。これら 3 つの中から、患者の意思を極力尊重しながら、治療法を選択することになる。ただし、すべての GP が CBT が可能な精神療法家を雇っているわけでないため、大多数は、②薬物療法か③CBT を基にした自己治療を選択せざるを得ないのが実情のようである。これら 3 つの治療のうち、少なくとも二つ (別々にあるいは同時に) を実施しても尚重大な症状が残存している場合に初めて、専門医に紹介されることとなる。

またガイドラインでは GP で施行されるそれぞれの治療法について、以下のように述べられている。精神療法～CBT が施行されるべきであり、またこの CBT は十分にトレーニングされ、治療プロト

コールに沿って治療の行えるだけの治療者によってのみ施行されるべきである。適切な期間 (トータル 7~14 時間) 治療は提供されるべきであり、通常最大 4 ヶ月以内には完了すべきである。

薬物療法～パニック障害の長期的治療において唯一使用されるべき薬剤は抗うつ薬であり、SSRI と三環系抗うつ薬がエビデンスにより有効性が認められている。どちらの薬剤を選択するかについては、患者の年齢、以前の投薬時の反応、偶発的あるいは故意の過量服薬の可能性、コンプライアンス、患者の趣向、効果が同じ場合のコストなどが勘案されるべきである。

自己治療 (self-help) ～CBT に基づく読書治療 (bibliotherapy based on CBT) が施行されるべきであり、それ以外のサポートグループ (対面式のもの、電話会議形式のもの) や情報があれば提示されるべきである。

このように、うつ病と同様、パニック障害をはじめとした不安障害においても薬物療法と同等かそれ以上に精神療法の重要性が強調されていることがわかる。ただ、先にも述べたように、GP が利用できる資源にも当然限りがあり、すべての GP において、必要な精神療法のすべてが提供できているわけではない。こうした背景のもと、先にも述べたようなコンピューターベースの

CBT のプライマリケアレベルでの導入が検討されているのである。

③ クリニカルガイドラインの浸透度

臨床ガイドラインは、わが国でも、数多く発表されているが、それらのガイドラインがどこまで、エビデンスに忠実に基づいて作成されているか、あるいはそれらがどの程度現場に浸透しているかということを見ると、やや心もとない。もちろんイギリスでも、ガイドラインが全ての医療機関で遵守されているというわけではないし、ガイドラインに対する批判がまったくないわけでもない。しかし、NICE によるガイドラインの存在を知らない臨床家はほとんど存在しないし、その中身に関する議論は盛んであるものの、ガイドラインの存在そのものを否定的に捉える議論はすでに過ぎ去ってしまったようである。(Dr. Moorey 談)

このようなイギリスの状況とわが国におけるガイドラインの状況との違いには、エビデンスの蓄積といった、ガイドライン「作成」のためのハードの充実に加え、ガイドラインをいかに「普及」させるかといったソフトの領域への配慮が大きいと思われる。具体的には、ガイドライン作成段階における、各利害関係者の抱え込みである。

日本で臨床ガイドラインが作成される場合には、学会が主導する

もの、厚生労働省など公の機関が主導するものなどが主であろうが、いずれにしても、各領域の専門家が中心になって作成されることが多いのが現実であろう。イギリスにおいても、ガイドラインの作成において、専門家が中心的な役割を果たすことに変わりはないが、その領域のエキスパートだけでなく、事務系の職員、臨床医師、看護師、その他の医療従事者、患者代表までがかかわることになる。またこれらのガイドラインも一度作成されればそれで終わりではなく、数年おきに定期的に改訂されることになる。また、それらのガイドラインは、NICE のホームページを通じて、広く情報公開されており、専門家向けのみならず、患者用ガイドラインも同時に公開されている。またほとんど毎日 NICE も含めた NHS 改革の話題がテレビ新聞などのメディアに報道されていることも一般の認知度をあげるのに大変貢献していると思われる。これはあくまで推測に過ぎないが、その理由として、ブレアが重要な政策課題として医療改革をあげていることに加えて、NHS の周到なメディア戦術もあるのではないかと思われる。作成段階で出来るだけ多くの関係者を巻き込み、それぞれがそれぞれの立場でガイドラインの作成に主体的にかかわるという過程を作ること、およびその成果をすべての利

害関係者に広く情報公開し、その情報を共有化すること、単発的にPRするのでなく継続的にメディアを通じてその存在をPRし一般の認知度をあげていくことなどとおして、EBMの実践をより有効にしているのである。

また、これらのEBMに対する教育も盛んであり、オクスフォード大学のEBMセンターでは、(<http://www.cebm.net/>)EBMを学ぶためのワークショップだけでなく、EBMを教えるためのワークショップも開催されている。このセミナーでは、EBMをいかにわかりやすく、また不必要な抵抗なく受け入れてもらうためにどのようなアプローチが必要であるかを少人数のグループ実習を通して学習していくプログラムになっている。ここでの学習を通して、参加者は理論だけでなく、それをいかに現場で実現させるかという視点を学んでいくことになる。

根拠に基づく医療というのは、まさに、言うは易く行うは難し、である。NICEによるガイドラインの作成は、大変重要な作業であることに間違いはないが、その背後に、今述べたような普及のための対策がきちんと行われていることにも留意しなければならない。

そういった意味で精度の高いガイドラインの作成とそれを実現するためのマネジメントとがセットになって進められる必要がある

と思われる。

D. 考察

ここまで、イギリスにおける医療制度、精神科医療サービスの供給体制、その背後にある医療経済評価などについて概観してきた。はじめに述べたとおり、それぞれの国における医療制度、医療供給体制は異なるため、個々の医療サービスの比較をする際には、それらの背景を十分に考慮に入れたうえでそれぞれのサービスを比較検討することが望まれる。

これらのことを考慮に入れた上、ここでは、医療へのアクセスの問題、治療家のマンパワーの問題、治療ガイドラインの問題、医療の経済評価の問題について考察を加える。

(カ) アクセスの問題

上記のとおり、イギリスでは、精神医療に限らずあらゆる医療は原則として、プライマリケア医であるGPによって最初に提供される。一方、日本では患者が望めば直接専門医にアクセスできるシステムを担保している。そういった意味では、専門医による治療を直接望む患者にとっては日本のシステムのほうが、はるかに効用が高いといえる。しかし、社会全体の効用を考えた場合には、簡単に断定できない側面もある。日本における精神疾患患者の受診動態につ

いては、川上、他（2002）が、精神疾患が疑われる患者の多くが最初の受診先として精神科以外の一般身体科を受診している事実を明らかにしている。しかし、現行の日本の医療教育制度では、これら一般身体科の医師が精神疾患の診断技術を教育される機会は、きわめて乏しく、系統だった教育は事実上、何もなされていないのが実情である。過去に行われた世界各国のプライマリケア医の精神疾患の診断率の国際比較研究では、日本のプライマリケア医の精神疾患の診断率の低さが報告されている。これら最初に受診した際のプライマリケア医の診断能力の低さが患者への適切な精神科医療サービスの提供を遅らせるひとつの大きな原因になっている。一方イギリスでは、プライマリケア医である GP は、家庭医というひとつの専門領域として確立されており、GP として開業するためには、GP としての専門医の認定を受ける必要がある。GP が扱う領域は年齢については新生児から老人まで、また対象疾患については感染症から精神疾患まで非常に幅広い。それぞれの領域について、専門医レベルの知識まで要求されることはないものの、初期段階での鑑別疾患またその後の一定のレベルのフォローは当然要求されており、個々の医師による能力差は当然あるものの全体とし

て、一定の水準の診断能力を維持しやすいシステムになっている。また先にも述べたとおり、GP への教育介入も盛んであり、アクセス制限があるものの、日本で精神疾患を有する患者が最初にプライマリケア医を受診した場合に比べると、結果的に適切な治療が提供されるまでの期間が短い可能性が考えられる。

一方日本では、専門医へのアクセスが制限されないというすばらしい制度が担保されている一方で、それを有効に活用できるかどうかは各患者の精神疾患の認知度にある程度依存せざるをえず、専門医に直接受診できる患者がいる一方で、精神疾患を認知することが出来ず、なかなか専門的治療に到達できない患者群が存在するなど、患者間の新たな格差を生み出す状況が危惧される。このことは精神疾患など、プライマリケア医での認知度が低い疾患では特に顕著になることが予想され、フリーアクセスが必ずしも専門医での早急な治療の提供を意味しない可能性が示唆される。また、これらの状況は、医療の公平性(equity)の観点からも、大きな問題であり、現にそのような状況が存在するならば、早急な改善が望まれる。そのためには、患者への精神疾患の啓発活動とともに、プライマリケア医となりうる精神科以外の一般身体科医の教育にも十分な投資が必要に

なると思われる。そうすることで、フリーアクセスのよさを残しつつも、専門医へのアクセスのスピードの格差を最小限に抑えることが可能になるとと思われる。

(キ) マンパワーの問題

また、精神療法の実施について検討すると、日本での最大の問題点はマンパワーの圧倒的な不足であることがわかる。藤澤(2006)は全国 2949 施設に精神療法の実施状況のアンケートを実施し、20%の施設から回答を得ているが、このうち認知行動療法を実施していると回答した施設は 30%であることを報告している。回答率がそれほど高くなかったことを考えると、実際の施行率はこれよりさらに低いことが予想される。精神科医療機関を受診した場合でさえ、精神療法の実施率がこの程度であるということは、精神療法が提供される患者の割合は、きわめて低いといわざると得ない。一方、イギリスにおいては、GP で CBT を受けることができるのは、それほど高くはないものの、精神療法の適応として専門医に紹介された場合には、待機者リストの問題があるが精神療法を提供できる体制は、日本に比べると整っている。待機者リストの問題は依然として大きな障害ではあるが、こと、精神療法の提供体制についていえば、日本より整備されている状況である。

このような状況を鑑みると、わが国においては、まず精神療法家のマンパワーの充実が何よりも優先される課題と思われる。

マンパワーの充実については、イギリスの精神療法家育成政策に学ぶ点が多いが、両国における医療費適正化政策の違いを考慮に入れなければ、イギリスでの施策をそのままわが国に適応することは困難である。イギリスは先に述べたように OECD 諸国内での対 GDP 比での医療費の割合が 7.3%と最も低い水準にあるが、現ブレア政権は、2000年に今後5年間の医療費の50%引き上げを公約に掲げており、それが実行に移されているという背景がある。その引き上げの内訳として最も多いのが医師、看護師をはじめとした専門職の増員にあり、その中にこれら臨床心理士の増員も含まれている。このような政策的背景があるため、日本に比べ、比較的、人員増大を図りやすい環境にあると思われる。

ただ、イギリスにおいても、医療費の拡大政策が採用されているとはいえ、その拡大される医療費の配分については、費用対効果における妥当性が当然求められており、精神療法家増員の背景には、これらに関する強力なエビデンスの後ろ盾があるのである。そういった意味で、今後日本でも、十分なマンパワーの確保をしていくためにも、日本のデータに基づく独

自の効果研究さらには、費用効果研究のデータの蓄積が重要になってくると思われる。

(ク) ガイドラインの問題

社会全体の精神科医療サービスの質の向上には、ガイドラインの作成およびその浸透は避けては通れない課題である。ガイドラインの浸透と医師およびその他の医療従事者の自律性の問題とが対立する概念として捉えられることがあるが、それは必ずしも的を得た議論ではない。ガイドラインとは、治療全体の大きな方向性を示すものであり、それ以上のものでもそれ以下のものでもない。ガイドラインに従うとしても、依然として医師をはじめとした医療従事者の自律性は保たれており、それどころか、それらの自律性に基づくきめ細かな対応なしには、個々の患者の効果の最大化はとて望めるものではないのである。よって、ガイドラインと専門職の自立性とは決して対立する概念でなく、補完的な役割を果たしていくものと捉えることが出来る。

うつ病に関する日本のガイドラインの作成状況を見てみると、精神科薬物療法研究会による気分障害の薬物治療アルゴリズム（精神科薬物療法研究会、2003）がある。しかし、これは、薬物療法に限定されたガイドラインであり、精神療法まで含めた包括的な治療

プロトコールの作成までにはいたっていない。またパニック障害については、平成16年度厚生労働科学研究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」でガイドラインの試案が作成されており、これについては、精神療法まで選択肢に含めた、検討がなされている。（久保木、他、2004）しかし、まだ最終的な策定までには時間が必要である。

これ以外にも、精神科領域では厚生労働科学研究・研究班によって、統合失調症、摂食障害、外傷後ストレス障害、睡眠障害、電気けいれん療法などについてのガイドラインが作成されているが、残念ながら専門家でもこれらのガイドラインを認知しているのはそれほど多くない。これらのガイドラインを普及していくための施策も今後必要になると思われる。

わが国における治療ガイドラインの作成およびその普及については、まだ始まったばかりであり、今後の進展が望まれる領域である。ガイドラインの作成およびその普及については、それぞれの国の事情に合わせた形での導入が望ましいので一概に他国の事情がそのまま導入できるわけではない。ただし、先にも述べるようにイギリスのガイドラインの作成、普及状況からわが国が学べる点としては、①エビデンスの蓄積、②作成過程

における各利害関係者の巻き込みの二点があると思われる。質の高いデータに基づくガイドラインの作成については議論の余地がないであろうが、特にそれと同じくらい、それを如何に普及させるかというマネジメントの視点も非常に重要視されている。イギリスでは保健省（日本の厚生労働省に該当）から NHS に割り当てられる研究費のうち一定の額が病院や医療機関のマネジメントの研究に割り当てられている。これら公的セクターの生産性をいかに高めるかといった研究や、よりよいサービスの提供をするために公的セクターの組織はどのように変革されるべきかというような研究もされている。（Iles and Sutherland, 2001）また、最近では、ビジネスの領域のマネジメント理論のなかでも医療も含めた公的セクターにおいても有用なものは積極的に取り入れていこうという動きも活発になりつつあり、そのような論文も多数認められる。（Gray, 1998）

ガイドラインは、作成されれば自動的に浸透していくものなく、組織の中で浸透し活用されてはじめて効果を発揮するものである。こうしたガイドラインの適切な普及のためには、これをいかに組織に浸透させていくかというマネジメント領域の視点も同時に必要になってくるとと思われる。

（ケ）医療経済評価の問題

最後に、イギリスと日本との違いとして、医療経済評価の利用度があげられる。NICE の項でも触れたとおり、イギリスでは、医療経済評価が盛んである。この背景には、医療に使える資源には限りがあり、その限りある資源を社会のために最大限活用すべきであるという思想がある。具体的な経済評価としては、疾病の社会的負担を計測する疾病費用分析（cost of illness analysis）、同一疾患に対する治療法の比較をする場合に用いられる費用効果分析（cost effectiveness analysis）、異なる疾病間の効用を比較する費用効用分析（cost utility analysis）などがある。気分障害に限って見た場合でも Cost of illness については、Kind et al (1993) が、イギリスにおけるうつ病のコストを試算しているし、cost effectiveness analysis については、うつ病の治療について Borghi et al. (2000)、Bower et al. (2000)をはじめとする非常に多くの論文が、それぞれの治療手法におけるうつ病の費用効果について分析している。また、それら 58 篇のうつ病の治療に関する cost effectiveness analysis の分析に基づいた系統的レビューも存在する。（Barrette, 2005）また、NICE のガイドラインは、これら費用効果分析あるいは費用効

用分析をもとに作成されており、NHSの予算配分の際にも、費用効用分析が参考にされている。

その一方で、経済学的評価が用いる手法に大きな限界があるのも事実である。費用効用分析でよく用いられる Quality Adjusted Life Years(質調整生存年数、以下 QALY)については、大きな論争を引き起こしている。QALYの利用の仕方については、二つの方法がある。(Harris, 1987)ひとつは、個々の患者の治療の決定の際に、どちらがより有効であるかを評価するために利用する方法である。もうひとつは、社会全体の視点で見た場合に、医療資源をどのように配分するかを決定するために利用する方法である。QALYを個人の選択決定のために利用することは非常に有用な利用方法であるが、医療資源の配分の優先度を決定するために用いる場合にはさまざまな倫理的問題を引き起こしうる。ひとつは、QALYによって病気あるいは障害を持っている人に対して価値付けを行ってしまうことによる倫理的問題である。つまり QALY のみに従って、費用対効果が高い群に優先的に資源を配分することは、QALY から見た社会全体の効用の最大化の観点からは適切であるものの、公平の原則には反する恐れがあるということである。なぜなら QALY はその性質上、高齢者よりも若年者に有利な判断

がされる可能性があるからである。また費用対効果の高いものから順に資源を配分する方法は、費用のかかる疾患への資源の配分は常に後回しにされる恐れがあるからである。QALY のこのような利用方法について Rawles (1989)のように、「誤った命題、欠陥がある推論、不公平な原則」に基づいていると指摘する者もいる。

しかし、これらの限界が認識されながらもこれらの概念は比較的浸透しているように見受けられる。ひとつには、費用効果分析の政策決定上の活用に多くの限界が認められるものの、社会全体の厚生向上のための強力な判断材料を提供できるというメリットも大きく、それに代替する有力な方法が現在のところ見当たらないことがある。

(Danford 1990; Kaplan, Ganiats 1990) もうひとつの理由は、資源配分を決定する際、経済評価を意識しているとはいえ、それが絶対の基準として機能するわけではなく、重要な判断材料のひとつとして捉えられており、政治的なプロセスが介在する中で「公平性」への配慮も行われているからである。実際に Drummond et al. (1997)は、政策決定者の 28%のみが経済評価の研究結果を政策立案時に参照すると答えていることを報告している。

このように考えると、公平性とバランスを十分に意識しながら

経済評価に基づく効率性も検討していく必要があることがわかる。

このような状況を考えると、今後日本においても経済的評価の必要性は増してくるものと思われる。精神科医療においては以下の二つの理由で特にその必要性があると考えられる。

ひとつめの理由は、医療費全体に占める精神科医療費の占める割合の低さである。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%を占めるとされている。しかし、現実には、発展途上国で2%前後、先進国でも6~10%程度の予算しか投入されていない。(McDaid, 2004) このギャップの理由には患者の医療へのアクセス率の低さも影響していると思われるが、精神疾患特有の低い死亡率、高い障害度という特徴が影響している。つまり、死亡率の高い疾患ほど社会的なインパクトが大きく重点的に予算が配分される傾向があるからである。疾病費用分析 (Cost of Illness Analysis) などの手法を用いてこれらの障害度まで含めた評価を明らかにしていくことで、精神疾患の重大性を明らかにし、適正な資源配分をしていくことが可能になるとと思われる。

もうひとつの理由は、精神科医療の中での治療効率の改善にある。イギリスの例でも明らかなように、治療につながっていない患者まで

含めて考えると、これらの患者を全て現状の精神科医療スタッフのマンパワーで診察、治療することは不可能であると思われる。その際には、他科のプライマリケア医も含めたシステム全体としてこの課題に取り組む必要性が生じる。その際にどのようなシステムを作るのか、どのレベルでどのような治療を提供するのが個々の患者、また社会全体の視点から見た場合に効率的であるのかを判断する際に、費用効果あるいは費用効用分析などの結果が重要になってくるとと思われる。

E. 結論

イギリスにおける医療制度・政策の状況をまとめ、精神医療、特に精神療法の提供状況について概観した。

精神療法の専門医の教育制度については、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、上級医の指導のもと技術を向上させていく体制が整っている。

精神療法の供給体制については、専門医に直接かかれない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る。

また医療の公平性と同時に効率

性も重視されており、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る。

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、精神療法家の育成、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必要になると思われる。

参考文献

- ・川上憲人、大野裕、他. 2002. 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：3地区の総合解析結果、平成14年度厚生労働省科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究、分担研究報告書、厚生労働省
- ・久保木富房、大野裕、他. 2004. 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、平成16年度厚生労働科学研究報告書、厚生労働省
- ・コクラン A. L. (森 亨訳) 1999. 効果と効率—保健と医療の疫学、サイエンティスト社.
- ・権丈善一 2001. 再配分政策の政治経済学—日本の社会保障と医療、慶応義塾大学出版会.
- ・近藤克則 2004. 「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療福祉改革. 東京. 医学書院.
- ・精神科薬物療法研究会(編)：気分障害の

薬物治療アルゴリズム、東京、じほう、2003

- ・藤沢大介 2006. 本邦における精神療法の実施状況に関する研究. 平成17年度厚生労働省

科学研究(こころの健康科学研究事業)

「わが国における精神療法の実施状況に関する研究」(主任研究者：大野裕)

- ・Barrett, B. et al. 2005. Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review, *Journal of Affective Disorders*, 84, 1-13.
- ・Begg, C. B., Berlin, J. A. 1988. Publication bias: a problem in interpreting medical data. *J Royal Stat Soc A*, 151: 419-463.
- ・Borghi, J., Guest, J. F., 2000. Economic impact of using mirtazapine compared to amitriptyline and fluoxetine in the treatment of moderate and severe depression in the UK. *Eur Psychiatry*, 15, 378-387.
- ・Bower, P., Byford, S. et al. 2000. Randomised controlled trial of non-directive counseling, cognitive-behavior therapy, and usual general practitioner care for patients with depression: II. Cost-effectiveness. *BMJ* 321, 1389-1392.
- ・Christensen H, Griffiths KM, Korten AE, Brittliffe K, Groves C. 2004. A comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a cognitive behavior therapy website. *J Med Internet Res*. 2004. Dec 22;6(4):e46.
- ・Danford, D. A. 1990. QALYs: their

- ethical implications. *JAMA* 1990, 264, 2503
- Drummond, M. Cooke, J. et al. 1997. Economic evaluation under managed competition: Evidence from the U.K. *Social Science & Medicine*, 45, Issue 4 , 583-595.
 - Gerrity MS, Cole SA, Dietrich AJ, Barrett JE. 1999. Improving the recognition and management of depression: is there a role for physician education? *J Fam Pract.*, 48:949-957.
 - Gray, A. Business-Like But Not Like a Business: 1998. The Challenge For Public Management: the Public Finance Foundation; London
 - Harris J: QALYfying the value of life. *J Medical Ethics* 1987; 13; 117-23
 - Iles, V. and Sutherland, K., 2001. *Managing Change in the NHS: Organisational Change*, London, NCCSDO.
 - Kaltenthaler, E., Shackley, P. et al., 2002. A systematic review and economic evaluation of computerized cognitive behavior therapy for depression and anxiety. *Health Technol. Assess.* (Winch., Engl.) 6, 1-89
 - Kaplan R. M. and Ganiats, T. G. 1990. QALYs: their ethical implications. *JAMA*. 1990, 264, 2503
 - Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. 1995. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA*, 273:1026-1031.
 - Katon W, Robinson P, Von Korff M, et al. 1996. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 924-932.
 - Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. 1999. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 56:1109-1115.
 - Kind, P. et al. 1993. The cost of depression. *Int Clin Psychopharmacology*. 7: 191-195
 - Knapp, M. 2006. *Mental Health*. lecture slides at LSE 22th. Feb. 2006.
 - McCrone, P., Knapp, M. et al 2004. Cost-effectiveness of computerized cognitive-behavior therapy for anxiety and depression in primary care: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185; 55-62.
 - McDaid, D. et al. 2004. *Financing arrangement for mental health in western Europe*. Report to the European Commission. London, London School of Economics.
 - McDaid, D., Knapp, M. et al. 2005a. *Mental Health III: Funding mental health in Europe*. WHO on behalf of European Observatory on health system and policies. <http://www.euro.who.int/Document/E85489.pdf>
 - McDaid, D. and Thornicroft, G. et al. 2005b. *Mental health II: Balancing institutional and community-based care* .

WHO on behalf of European Observatory on health system and policies.

<http://www.euro.who.int/Document/E85488.pdf>

• Morriss, R., Gask, L. et al. 1998. Cost-effectiveness of a new treatment for somatized mental disorder taught to GPs. *Family Practice*, 15: 119-125

• National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by NICE (2004) Management of depression in primary and secondary care, *National Clinical Practice Guideline Number 23* ; <http://www.nice.org.uk/pdf/cg023fullguideline.pdf>

• National Collaborating Center for Primary Care, 2004. Anxiety; Management of anxiety (panic disorder, with without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care, *National Clinical Practice Guideline Number 22* ; <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg022niceguideline>

• Rawles J: Castigating QALYs. *J Medical Ethics* 1989; 15:143-7

• Thomas & Morris (2003) *Brit J Psychiatry* 2003

• Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X. 2005. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. *CMAJ* 174:177-183.