

英国メンタルヘルス事業における心理支援の理論と方法 －NHSが採用する Stepped Care モデル－

梅垣佑介 下山晴彦

1. はじめに

我が国においてうつ病の患者数は、この15年間で3.4倍に増加し、平成20年には気分障害の患者は100万人を超えている。平成24年時点で増加傾向は止まっているものの100万人近くの患者がいることに変わりはない。このことから言えるのは、①うつ病は社会変化と関連して生じている、②うつ病は既に個人の問題のレベルを超えて社会的問題となっている、ということである。したがって、うつ病は個人の問題として顕れるが、その背景に社会的影響があることを忘れてはならない。これは、うつ病の治療が社会全体で解決に取り組むべき課題というだけでなく、社会のあり方自体がうつ病を生み出し、回復を妨げている面があるということの意味する。

そこで、“心理療法の普及”というテーマを考えるのにあたって、社会的視点を考慮することが重要となる。つまり、単純にうつ病患者個人に心理療法を適用すればよいというわけではないのである。それでは、問題の全体をみていないことになる。単純に個人に心理療法を適用することを考えているだけでは、社会のあり方自体がうつ病を生み出し、回復を妨げている面への働きかけを見逃すことになるあらである。

抗うつ薬をはじめとする薬物療法や認知行動療法（CBT）等をはじめとする心理療法といった介入の効果が実証された治療法が存在する。それにもかかわらず、我が国のうつ病経験者のうち実際に医療機関を受診した割合はわずか25%であった（川上2003）。このような未受診、あるいは受診・来談の遅れがうつ病の重症化や慢性化、さらには自殺にもつながる。したがって、うつ病治療においては治療・援助を必要とする人々に適切なサービスを提供されていないというサービスギャップが存在している。それが、治療・援助が真に普及していない大きな原因になっているのである。このサービスギャップを埋めることが、我が国においてうつ病等のメンタルヘルスに対する心理支援を普及させるために、まず必要となる。

この点に関して英国における国民健康サービス（National Health Service）は、メンタルヘルスの支援に関するサービスギャップを埋める活動を幅広く展開している。本論では、今後の日本のメンタルヘルスサービス、特に心理職に関連する心理支援サービスの発展可能性を検討する際の資料として英国の活動を概観する。

2. Stepped Care とは

英国では、国内外で蓄積された臨床研究のエビデンスに基づき、NHS 傘下の National Institute of Health and Clinical Excellence（国立医療技術評価機構；NICE）がうつ病・不安障害に対する臨床ガイドラインを策定している。その中で心理援助は、軽度～中等度のうつ病への第一選択、および重度のうつについて薬物療法に次ぐ選択肢となっており、うつ・不安の幅広い重症度に関して推奨される援助技法となっている（下図）。

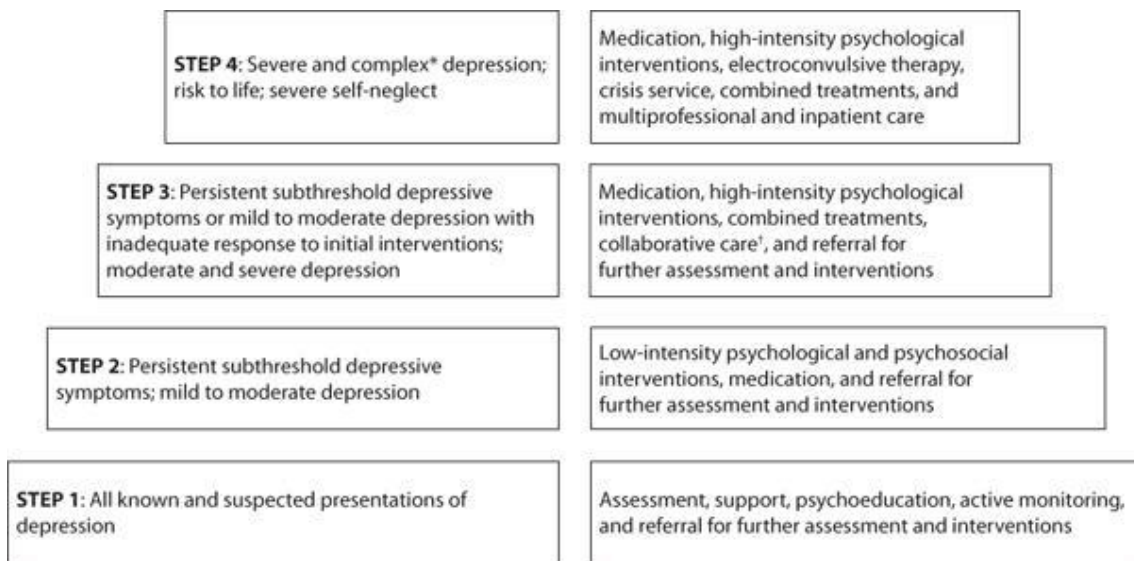


図 成人のうつに対する Stepped Care モデル（NICE, 2009）

1) 低強度の心理社会的援助と CBT

Stepped Care モデルにおける心理援助は、介入の intensity（強度）に応じて分類がなされる。低強度の心理社会的援助（low-intensity psychosocial interventions）では、閾値下うつ状態（症状があるが数がうつ病の診断基準を満たさない、または日常生活に大きな支障がない状態）が持続する場合、または軽度～中等度うつ病の場合、下記の 1 つまたはそれ以上を選択することとされる。

- ・ 個別サポートのある、認知行動療法（CBT）に基づくセルフ・ヘルプ
- ・ コンピュータ化された認知行動療法（CCBT）
- ・ 構造化されたグループ身体運動プログラム

軽度～中等度のうつ病や閾値下うつ状態の持続に対して、上記のように CBT が中心的な役割を担う。CBT は生物・心理・社会モデル（Bio-Psycho-Social model）に基づく心理援助技法であり、うつ状態や不安をもたらす特徴的な考え方・行動のパターンを特定し、その変容を促すものである。うつに対する CBT においては、特徴的な否定的考えをより現実的な考え方に修正し、不適切な行動をより適応的な行動に換えるように援助することが多

い。

CBT は認知、感情、行動それぞれに働きかけるアプローチである。具体的には、認知への働きかけとして思考のモニター、考え方の偏りへの気付き、考え方の見直しと認知再構成、新しい考え方の習得がある。感情への働きかけとして、感情のモニター、感情への気付き、感情の受け入れ、感情のコントロールがある。行動への働きかけとしては、行動のモニター、改善目標の設定、新しい行動の計画、新しい行動の仕方の習得などがある。このように様々な技法を用いて、認知、感情、行動の変容を目指すのが CBT である。

CBT の特徴として、効果と持続・安全性に関する大量のエビデンスに基づく科学性の高さ、明確な目標設定と回数の限定によるサービスとしての公正さ・低コスト性、技法としての習得しやすさ（利用者一人でも利用可能である）、広い適用範囲（精神障害にとどまらずヘルスプロモーションに対しても）などが挙げられる。欧米ではメンタルヘルス治療・援助技法の主流となっており、日本でも 2010 年 4 月の診療報酬改定で保険点数化され、その意義と役割に対する注目が高まっている。

2) 高強度の心理社会的援助

Stepped Care モデルにおいては、中等度～重度のうつ病の場合、抗うつ薬が第一選択となるが、第二選択として高強度の心理援助（High-intensity psychological interventions）の役割が明記され、薬物療法との併用も勧められる。High-intensity psychological interventions とは、認知行動療法（CBT）、対人関係療法（IPT）、行動活性化療法（BA）、行動療法的カップル・セラピーという、中等度～重度のうつ病に対して効果が実証された援助技法からなる。これら 4 つのうち、対人関係療法を除く 3 つが CBT 理論に基づくものである。

Stepped Care モデルにおいて薬物療法が推奨されることは多くない。閾値下うつ状態が続く場合、または軽度うつ病においては、Risk-benefit ratio が低いため抗うつ薬を継続的に使用しないことが明記されている。ただし、中等度～重度のうつ病の既往歴がある場合、閾値下うつ状態が 2 年以上続いている場合、他の介入実施後に閾値下うつ状態・軽度うつ病が存在する場合は除かれる。

3) 再発予防における CBT

Stepped Care モデルにおける再発予防においても、CBT を中心とする心理援助の役割が評価されている。再発リスクが特に高いと思われる場合（抗うつ薬治療後の再発歴がある場合や薬物療法を中断すべきか不明な場合）や残存する症状がある場合、下記の心理援助のうちどちらかを提供することが明記されている。

- ・ 個人 CBT：抗うつ薬服用にもかかわらず再発した場合や、治療にも関わらずうつ病が残存する場合
- ・ マインドフルネス認知療法：今は回復しているがうつ病エピソードを 3 回以上体験して

いる場合

これらはいずれも CBT に分類される心理援助技法である。

このように、英国の NHS の根幹をなす Stepped Care モデルにおいて、様々な重症度の患者に適切な治療・援助を提供するうえで CBT が極めて重要であり有効と評価されていることが分かる。

3. エビデンスに基づく心理援助へのアクセス改善のための施策：IAPT

英国 NHS における CBT の普及を促進した政策の一つに IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) がある。IAPT とは、NICE によって認可されたエビデンスのある心理援助技法をうつ・不安に苦しむ者に提供するための NHS プログラムであり、“No health without mental health” というスローガンのもと、2007 年 10 月の世界精神保健デーに英国政府が採用した政策である。

IAPT 成立の背景には大きく三つの要因があった。一つは社会・経済的要求である。英国では GP (家庭医) の受療件数が年間 2 億 8 千万件におよび、うち 30% がメンタルヘルス関連であった。精神医療や臨床心理学の専門知識を持たない GP では、対応できないケースが数多くあることが分かったのである。IAPT 実施前の英国では、メンタルヘルス問題のため 85,000 名が就業不能給付を受給しており、傷病休暇のうち 50% はうつ病・不安によるとされた (Llewelyn, 2010)。メンタルヘルスの問題による大きな損失を補てんするために、家庭医制度にとどまらずより効果的に対処する必要性が明らかとなったのである。

IAPT 成立の二つ目の要因は、2007 年に公表された Layard らによる論文であった (Layard et al., 2007)。Layard らは、英国におけるうつ・不安の問題の実態と講じるべき対策を経済的な観点から検討した。それによると、英国では成人の 16% がうつ病・不安障害に罹患しているながら、治療を受けるのは約 4 分の 1 であった。未受療者が多い原因は二つ考えられ、一つ目として GP による薬物療法が唯一受けられる治療である場合が多いことがあった。英国では心理援助を選好する者が多く、薬物療法しか受けられない状況ではそもそも受療しない可能性が示されたのである。また二つ目として、心理援助 (特に CBT) が短期的には薬物療法と同等に有効で、長期的な予後は薬物療法よりよいとするエビデンスが蓄積し、CBT を推奨する NICE ガイドラインが策定されたにもかかわらず、CBT を提供できるセラピストの不足によりガイドラインに基づく援助システムが成立していないことが明らかとなったことがある。こういった背景から Layard らは、薬物療法中心だった当時の状況下で未受療者に対し心理援助を集約的に展開した場合の収支を、心理援助の利用率・回復率などから試算した。その結果、心理援助を大規模に展開した際の収益として試算された一人当たり GDP (£1,200) や障害による損失からの個人の回復 (Quality Adjusted Life Years ; £3,300) の合計額は、就業不能給付等による支出 (£750) を大きく上回った。

また、大規模な心理援助の展開により 2016 年までに就業不能給付受給者を 16 万人削減可能であり、年間 £ 14 億の予算削減につながると試算した。Layard らの検討により、大規模な心理援助の展開が経済的効果を高めることが明らかとなり、これによって政府が主体的に心理援助の大規模展開に向けた政策を考案することになったのである。

IAPT 成立の第三の要因として、利用者要因とエビデンスが挙げられる。先述の通り、副作用を伴う薬物療法より、心理援助への選好性が英国国民の間で強い（なお、これは日本でも同様である）。また近年、軽度うつ病に対する抗うつ薬の効果は限定的であるとするエビデンスが蓄積され始めている（例えば Kirsch et al., 2008; Fournier et al., 2010）。これらから、英国では軽度うつに対する薬物療法が避けられるようになり、心理援助への期待が高まったのである。

このように、社会・経済的要求、経済的な試算、そして利用者要因と治療・援助技法のエビデンスに基づき、IAPT が策定された。IAPT を運営する人的資源は下表のようになっている。IAPT のもとで働くすべての援助者は上級心理士より定期的に指導（スーパーヴィジョン）を受けることが義務付けられている。

表 IAPT における人的資源

	実施者	勤務形態	訓練体制
低強度の介入 Low-intensity interventions	大学院生 心理学領域のアシスタント、訓練生	週3~4日勤務	週1日
高強度の介入 High-intensity Interventions	CBTセラピスト 看護師 心理援助を受けた作業療法士 臨床心理士 カウンセラー 心理療法家	週3日勤務	週2日訓練

4. おわりに—多職種協働と心理職の役割—

上述の通り、IAPT には CBT セラピスト（例えば Psychological Well-being Practitioner; PWP）や CBT の訓練を受けた看護師・作業療法士、心理学領域のアシスタント・大学院生など様々な職業・身分のスタッフが関わる。そのように多職種が関わる IAPT の中で、臨床心理士は重要な役割を担う。具体的には、クライアントの重症度が高い場合の高強度の心理社会的援助（high-intensity interventions）の実践、および低強度の心理社会的援助

(low-intensity interventions) のセラピストの育成・訓練が臨床心理士の役割である。また、効果研究によって心理社会的援助の有効性や費用対効果を検討するのも臨床心理士の仕事である。多職種協働の IAPT の中で臨床心理士は臨床・教育・研究という三つの面において大きな役割を担うのである。