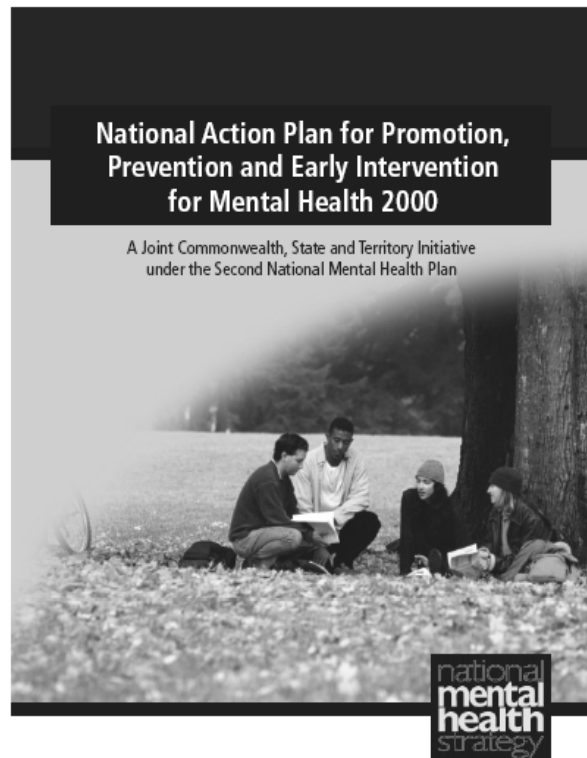


# 精神障害の予防を重視した精神保健国家戦略 (オーストラリア保健省)



## National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health 2000 (Second Plan)

- 1998～2003年:5年計画
- 予防的取り組みに巨額の予算を投入
- 年齢階層別に個別化した精神疾患予防対策の具体的指針
- 特に10～20代の若者を対象とした予防的取り組み・対策を重視

# ブレア政権下で飛躍的に進んだ 英国の精神保健医療改革

- サッチャー政権下で荒廃した保健医療サービスの改革（第三の道）
- ガン、心疾患、精神疾患に対する対策を最優先課題とし、精神保健医療費を1.5倍に増額。有望なサービスの開発に積極的に投資。
- 1999年にNSFMHを発表。以後、着実に前人未到の精神保健医療改革を進めている。
- ブラウン政権化においても、臨床的効果（エビデンス）と費用対効果の双方を重視した精神保健医療改革が継承され、特に、精神疾患の予防対策への投資を重視する方針が掲げられている。

# 持続可能な20年後の精神保健医療のあり方 (2008年5月・英国・*King's Fund*)

## PAYING THE PRICE

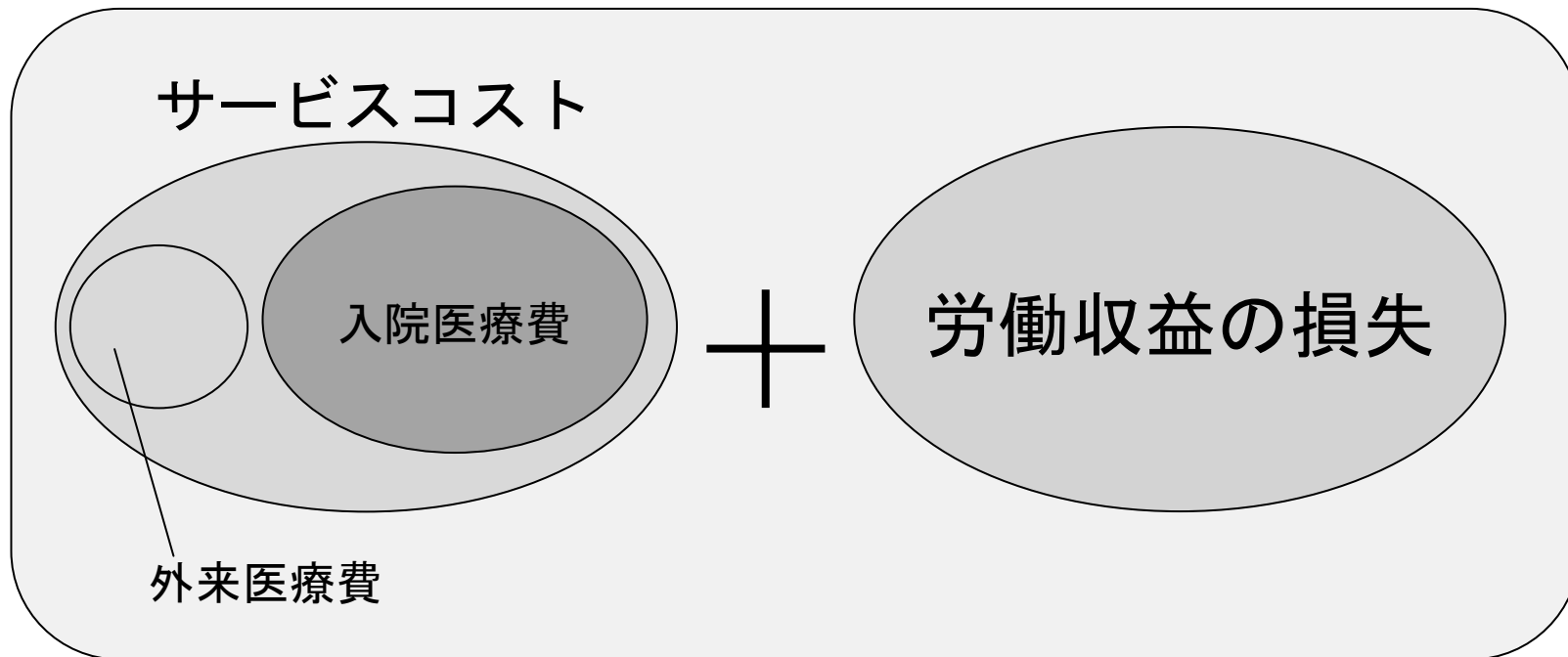
The cost of mental health care in England to 2026

Paul McCrone  
Sujith Dhanasiri  
Anita Patel  
Martin Knapp  
Simon Lawton-Smith

*King's* Fund

- 精神保健医療サービスの質を向上させ、かつ、国の精神保健医療コストを削減できる方向性を検討した報告書。
- 現状のサービスの臨床的効果と費用対効果を分析。
- エビデンスに基づいて20年後(2026年)の精神保健的ニーズ、コストを推定。
- そのうえで、サービスの質を高め、かつ、コストを削減できるサービスモデルや政策的方向を提案している。

# 費用対効果に基づく考え方 ～その前提～



トータルコスト

## 2026年の精神障害者数と精神保健医療コストの推定値（英国）

疾患	人数 (100万人)		サービスコスト (10億ポンド)			労働収益の損失 (10億ポンド)			トータルコスト (10億ポンド)		
	2007	2026	2007	2026	2026 実支出と 価格効果 を含む	2007	2026	2026 実支出と 価格効果 を含む	2007	2026	2026 実支出と 価格効果 を含む
				2007年 物価			2007年 物価			2007年 物価	
うつ病	1.24	1.45	1.68	2.03	2.96	5.82	6.31	9.19	7.50	8.34	12.15
不安障害	2.28	2.56	1.24	1.40	2.04	7.7	8.34	12.15	8.94	9.74	14.19
統合失調症	0.21	0.244	2.23	2.52	3.67	1.78	1.94	2.83	4.01	4.46	6.5
双極性障害	1.14	1.23	1.64	1.8	2.63	3.57	3.83	5.58	5.21	5.63	8.21
摂食障害	0.117	0.122	0.016	0.016	0.024	0.035	0.036	0.052	0.051	0.052	0.076
人格障害	2.47	2.64	0.7	0.78	1.13	7.2	7.65	11.16	7.9	8.43	12.29
児童思春期関連 精神疾患	0.61	0.69	0.14	0.16	0.24	0	0	0	0.14	0.16	0.24
認知症*	0.58	0.94	14.85	23.88	34.79	0	0	0	14.85	23.88	34.79
合計	8.65	9.88	22.5	32.59	47.48	26.1	28.1	40.97	48.6	60.69	88.45

(参考 : 1£ = 210円)	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	4兆7250億円	6兆8439億円	5兆4810億円	5兆9010億円	10兆2060億円	12兆7449億円

(McCrone et al, 2008)

# *Paying the Price*

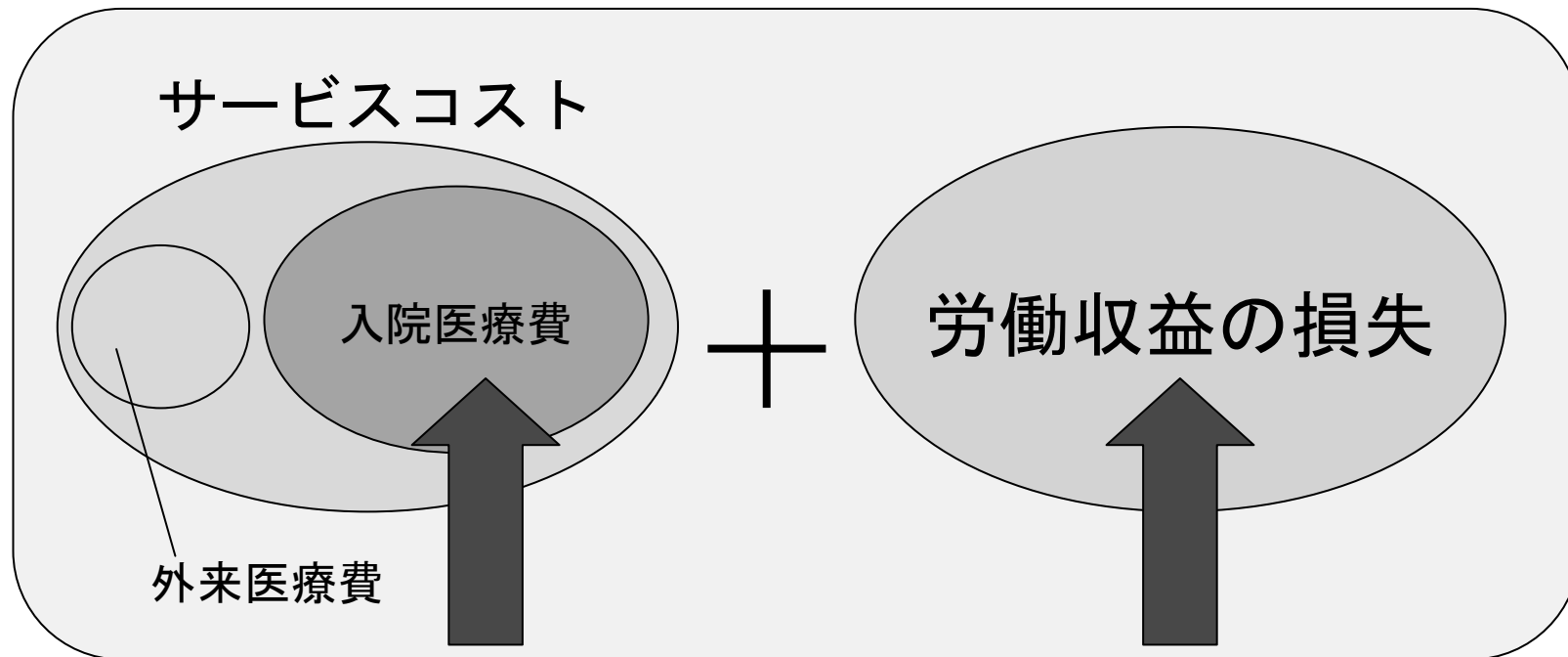
## ～要点～

- 精神疾患の罹患率は20年後も横ばい。現状とほぼ変わらず。
- ただし、認知症は例外である。現在、精神保健医療サービスコストの66%を占める認知症のコストが2026年までに73%まで増加する。
- 現状の精神保健医療サービスコスト(年間)は225億ポンド(約4兆7千億円)であるが、2026年には326億ポンド(約6兆8500億円)にまで増加する。その最大の要因は認知症に関する著しいコスト増加である。
- 現状の分析では、うつ病の診断基準に該当する国民の35%、不安障害の診断に該当する国民の51%は、精神保健医療サービスにつながっていない。また、摂食障害、行為障害、特に児童思春期の子どもたちの未治療率は極めて高い。特に、うつ病・不安障害の未診断・未治療がもたらす労働収益の損失は著しい状況にある。
- エビデンスに基づいた有効なサービスの直接コストは、かならずしも安いものではないが、ただし、適切なサービスによって、労働収益の損失が軽減されることでトータルコストを削減できる可能性がある。トータルコストを削減しうるサービスを拡充するための重点的な投資が必要である。

(McCrone et al, 2008)

# コストセービングの標的(英国)

## トータルコスト



- ①入院率を減少させ、②労働収益の損失を最小限にとどめ、かつ③臨床的に有効性が高いサービスや対策に重点的に投資を行う

## 年間あたりのコストセービング推定値（英国）

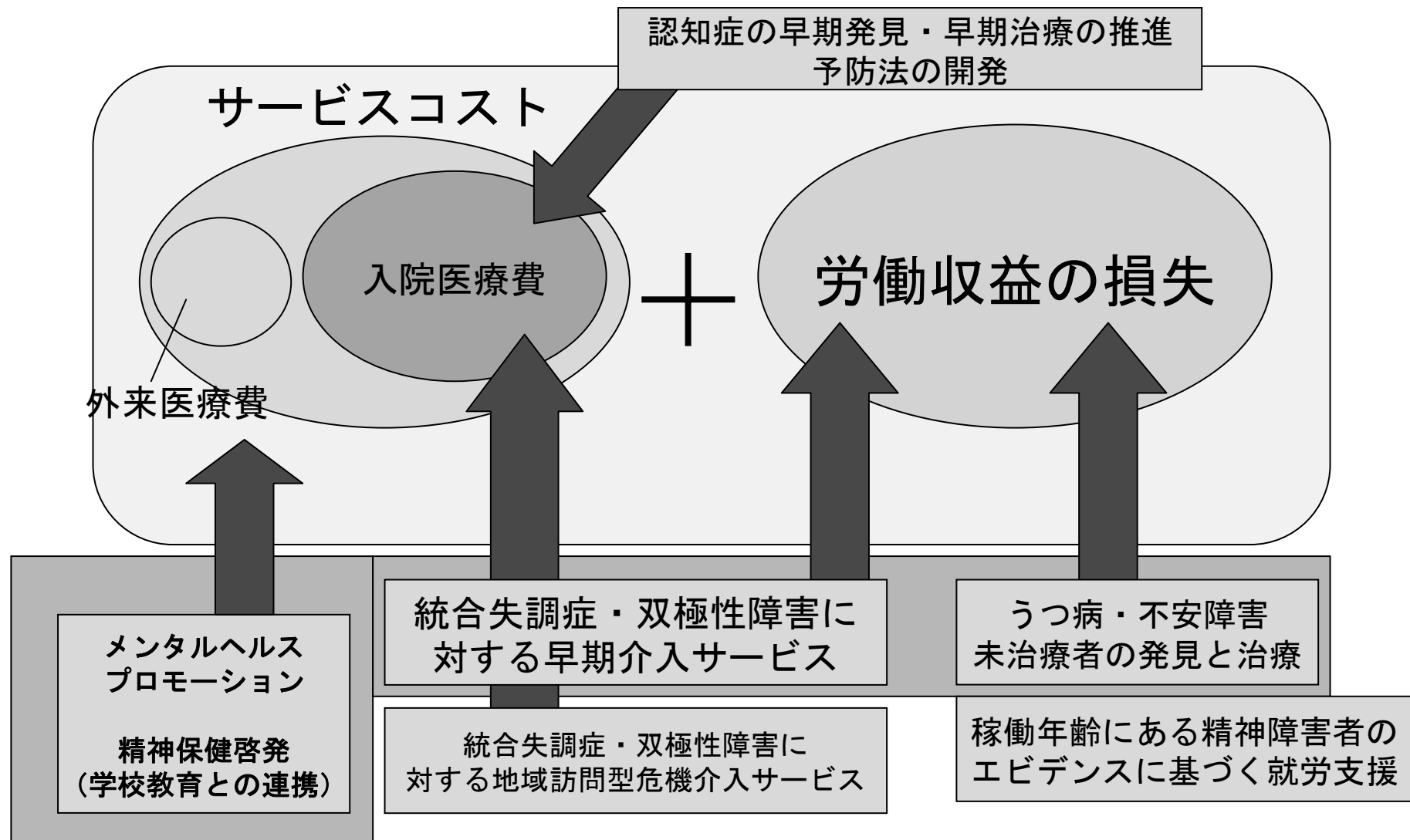
コストセービングに寄与する介入方法	2007	2026	(参考: 1£=210円)
<b>うつ病</b>			
未治療者に対する薬物療法	500万~3600万ポンド	800万~6100万ポンド	16億8千万~128億1千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~900万ポンド	200万~1600万ポンド	4億2千万~33億6千万円
<b>不安障害</b>			
未治療者に対する薬物療法	800万~6600万ポンド	1300万~10200万ポンド	27億3千万~214億2千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~700万ポンド	200万~1100万ポンド	27億3千万~214億2千万円
<b>統合失調症</b>			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	400万~2200万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	700万~3700万ポンド 1300万~6500万ポンド 最大1900万ポンド	14億7千万~77億7千万円 27億3千万~136億5千万 最大39億9千万円
<b>双極性障害</b>			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	200万~1000万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	300万~1600万ポンド 800万~3100万ポンド 最大400万ポンド	6億3千万~33億6千万円 16億8千万~65億1千万 最大8億4千万円
<b>認知症</b>			
65-74歳人口中の罹患率の低減 65-84歳人口中の罹患率の低減	2億~6億ポンド 8億~24億ポンド	4億~12億ポンド 17億~52億ポンド	840億~2520億円 3570億~1兆920億円

The range of potential savings depends on how many more patients are treated and how quickly new services come online

(McCrone et al, 2008)



# 2026年の精神医療サービスのあり方に関する提言 (McCrone et al, 2008)



**統合失調症および双極性障害を発症した  
若者を対象とした早期介入サービス  
～英国の推定分析～**

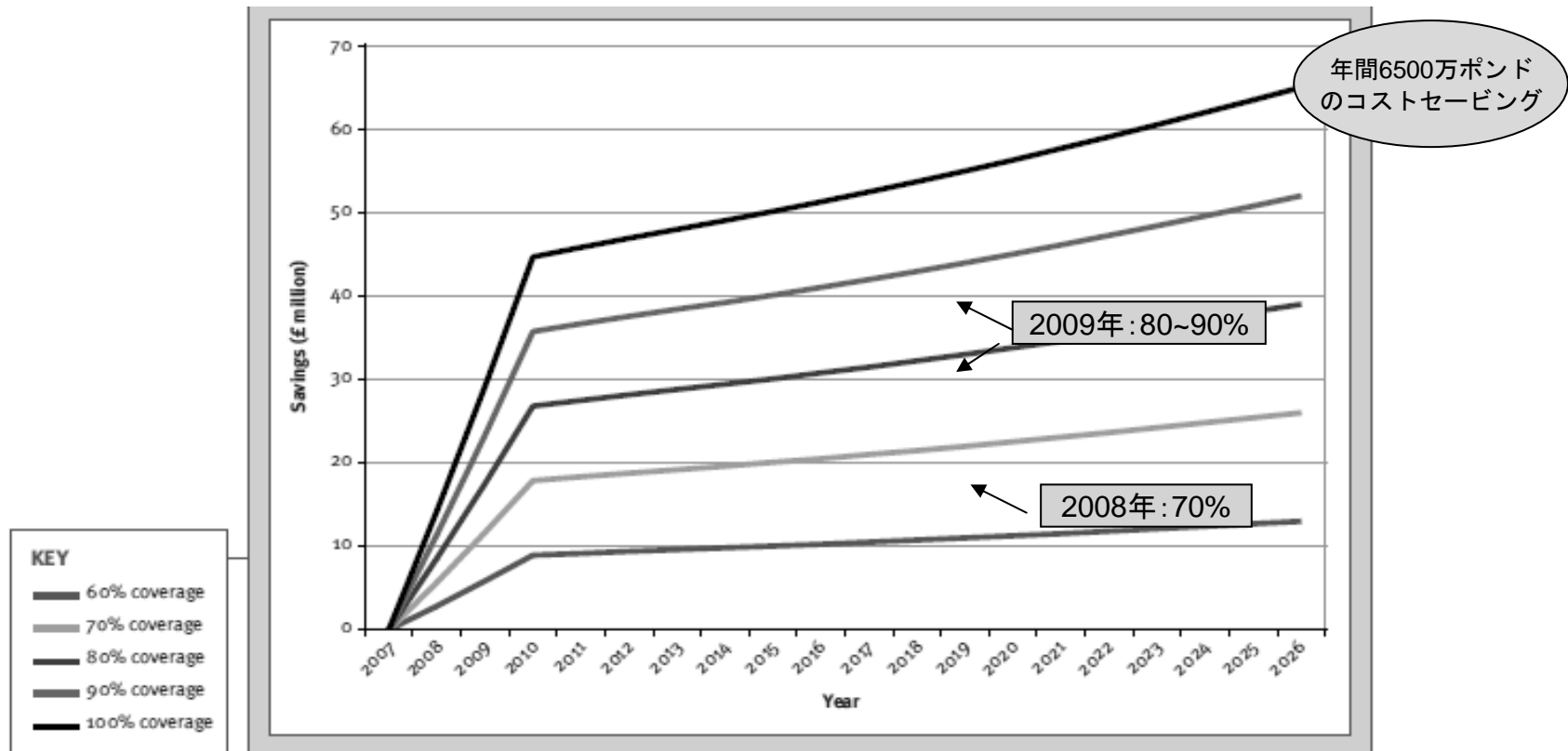
## 年間あたりのコストセービング推定値（英国）

コストセービングに寄与する介入方法	2007	2026	(参考: 1£=210円)
<b>うつ病</b>			
未治療者に対する薬物療法	500万~3600万ポンド	800万~6100万ポンド	16億8千万~128億1千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~900万ポンド	200万~1600万ポンド	4億2千万~33億6千万円
<b>不安障害</b>			
未治療者に対する薬物療法	800万~6600万ポンド	1300万~10200万ポンド	27億3千万~214億2千万円
未治療者に対する薬物療法と心理療法	100万~700万ポンド	200万~1100万ポンド	27億3千万~214億2千万円
<b>統合失調症</b>			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	400万~2200万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	700万~3700万ポンド 1300万~6500万ポンド 最大1900万ポンド	14億7千万~77億7千万円 27億3千万~136億5千万 最大39億9千万円
<b>双極性障害</b>			
危機介入地域治療チームの拡充 早期介入サービスの拡充 早期発見サービスの導入	200万~1000万ポンド 0万ポンド 0万ポンド	300万~1600万ポンド 800万~3100万ポンド 最大400万ポンド	6億3千万~33億6千万円 16億8千万~65億1千万 最大8億4千万円
<b>認知症</b>			
65-74歳人口中の罹患率の低減 65-84歳人口中の罹患率の低減	2億~6億ポンド 8億~24億ポンド	4億~12億ポンド 17億~52億ポンド	840億~2520億円 3570億~1兆920億円

**早期発見・早期介入サービスにより年間最大250億円  
のコストセービング（2026年推定）**

(McCrone et al, 2008)

## 統合失調症を対象とした早期介入サービスのコストセービングの推定（2026年）



CMHTによる従来型の地域サービスは、Early Intervention Serviceに比べ、入院率が1.6倍高い→入院率減少がコストセービングの最大の要因

EIサービスにより、患者1人当たり3年間で15,000ポンド（約300万円）のコスト安

2000年にEIサービス創設のために投資した5000万ポンド（約100億円）は、2010年までに回収が可能な見通し（双極性障害と統合失調症のコストセービングを合わせて）

(McCrone et al, 2008)

# 早期支援の指針

## 英国保健省作成サービス実践ガイドより

- 3年間にわたって提供される専門サービス
- 発病後3年以内の14～35歳の若年患者を対象とする
- 一人のケースコーディネーターが15ケース程度担当
- 多職種からなる専門家アウトリーチチームによって、若者や家族への支援が行われる。具体的には低用量の薬物療法、認知行動療法、再発予防、薬物乱用等2次的問題の予防
- 必要な場合、週末や時間外でも対応できるシステムと連携する。
- 未治療期間や再発率、再入院率、自殺や自殺未遂、就学や就労状況をアウトカムとしてサービスの成果をモニタリングする。

(NHS, 2001)

# 臨床的効果

## Worcestershire EIS (Smith, 2006)

	<u>National</u>		<u>EIS (3y) 2003-6</u>
未治療期間	12-18月		5-6月
% 初発例の入院率	80%		41%
% 初発例の強制入院率	50%		27%
再入院率	50%		27.6%
% 12ヵ月間の治療継続率	50%		100% (79% well engaged)

家族の参加率	49%		91%
家族の満足度	56%		71%
就労率	8-18%		55%
自殺企図	48%		21%
自殺完遂			0%

# 若者を対象とした 精神保健啓発の重要性