

## 認知療法の現在

井上 和臣\*

抄録：小精神療法の時代に精神科医となった筆者の個人的体験を踏まえて、うつ病に対する認知療法の現在を論じた。わが国への認知療法導入当時の困惑を取り上げ、予想される臨床応用上の問題を回顧した。大学での教育・臨床に関する調査から、専門家の不足、教育時間の少なさ、診療の多忙さ、医師国家試験出題基準や診療報酬への未収載などが、普及を妨げる要因として挙げられた。教育（卒前教育・卒後臨床研修）、研究（治療効果・費用対効果）、臨床の3領域で達成された進歩を列挙した。臨床領域では保険点数化が画期的な成果であった。実地診療におけるうつ病の認知療法の未来図について、スペクトラムとしての認知療法と、支持的精神療法と見紛うほどの“時間制約型”認知療法という私見を提示した。

精神科治療学 34(1) : 75-80, 2019

**Key words :** *depressive disorders, cognitive therapy, psychiatric education/training, outcome/cost-effectiveness research, clinical practice*

### I. はじめに —小精神療法の時代—

うつ病の診断と治療についてわが国の過去50年を振り返るとき、うつ状態の臨床的分類（いわゆる笠原・木村分類, 1975)<sup>7)</sup>とうつ病の小精神療法(1978)<sup>7)</sup>は忘れてはならない指針であろう。小精神療法の冒頭には、「病氣」であって単なる怠けではないことを告げ、できる限り精神的休息をとるよう指示する、とある。

わが国の健康保険制度のもとで診療に従事する精神科医には、万人に等質の医療を提供する責務がある、という自覚が小精神療法の基底に流れて

いる。西洋から移入された精神療法であっても、日本の変法を加え、いわば和風化し、換骨奪胎して時代に相応しい形にする必要が生じる。1回あたりの診察時間は短くとも、年余にわたって診療することが可能な、わが国の精神科外来治療に適合した形態が求められるのである。

小論は、小精神療法の時代に精神科医となった筆者の個人的体験を踏まえて、うつ病に対する認知療法の現在を論じたい。

### II. 認知療法 —わが国への導入—

30年前フィラデルフィアの認知療法センターで、すでに鬼籍に入って久しいフレッド・D・ライトから勧められた書物が「うつ病の認知療法」<sup>1)</sup>である。その当時、理解が最も困難であったことが2つある。

1つは認知療法理論・認知モデルである。「ある個人の感情と行動は、その人が自分のまわりで起

Cognitive therapy : current status.

\*医療法人内海慈仁会内海メンタルクリニック・認知療法研究所

〔〒663-8247 兵庫県西宮市津門稲荷町5-8大丸ハイツ〕  
Kazuomi Inoue, M.D. : Utsumi Mental Clinic./Institute for Cognitive Therapy, 5-8, Tsuto-inari-cho, Nishinomiya-shi, Hyogo, 663-8247 Japan.

こる出来事をどう考えるか(認知)によって規定される」という、認知を軸とする作業仮説は、あまりにも常識的であった。うつ病概念のコペルニクスの転回などと表現できる、認知から感情への一方向性の病態理解は、うつ病を気分(感情)障害に分類し、思考内容の異常は抑うつ気分<sup>5)</sup>に合致する二次的所産である、とする精神医学の視点とは相入れないものに思えた。さらには、うつ病に苦しむ患者に向けられる周囲からの暗黙の、あるいは表立って批判的なメッセージ、「いつまでもそんなことばかり考えているから駄目なのだ」を迫認するかに見えた。

もう1つは、活動を計画する(scheduling activities)という行動的技法であった。行動的技法は治療初期に適用されるのが一般的である。不活発を撲滅し患者を行動へと駆り立てる技法は、十分な休息を提案する急性期小精神療法とは矛盾すると思われた。早期離床という治療方略に強い疑問を感じたことを思い出す。

それかあらぬか、滞米中に翻訳に関わり、1章を執筆した「日本での臨床応用とその予想される問題点」<sup>6)</sup>には否定的で悲観的な認知が溢れていた。「考えることを変えてみても、何も変わりはない」「(宿題は)簡単そうだけれど、私には上手にやれそうもない」「(治療終了後は)自分だけではやっていけない」と枚挙にいとまがない。拙論は認知療法のわが国への導入にあたって、治療協力という観点から、患者側の要因、疾患・障害に関連する要因、治療に関連する要因、患者-治療者関係という要因について検討したものである。治療者とその治療技術に関わる問題としては、父権主義と共同的経験主義(collaborative empiricism)への言及が簡単になされているだけである。

### Ⅲ. 認知療法の拡がり

#### —学会の発足—

20年前に設立された日本認知療法研究会を母体として、21世紀になると日本認知療法学会(現日本認知療法・認知行動療法学会)が発足した。記念すべき第1回日本認知療法学会において、大会長を務めた福居は「日本における認知療法の浸透

について」と題する会長講演を行った。わが国の大学医学部・医科大学精神医学講座における認知療法の現状を、教育と臨床という観点から調査し、以下の結論を得たことが報告された。詳細は10年前に創刊された学会誌『認知療法研究』<sup>5)</sup>を参照されたい。

- ①研修医は認知療法を含めた精神療法のトレーニングをある程度受けていたが(31.4%)、医学生では教育プログラムに組み込まれているのは18.6%であった。
- ②外来・入院を含む精神科臨床において、認知療法の適用は54.3%であった。
- ③認知療法の普及が十分でない要因として、専門家不足、教育時間の少なさ、診療の多忙さをはじめ、医師国家試験出題基準や診療報酬への未取載などが指摘された。
- ④短縮した形でより簡便に実施できる認知療法を開発し、認知・行動的技法を他の治療法と併用することなどが必要であると考えられた。

## Ⅳ. 教育

### —卒前教育・卒後臨床研修—

#### 1. 医師国家試験出題基準

医師国家試験出題基準は1977年に作られ4年ごとに改定されている。1993年からは医学総論と医学各論に分けられ、全科目から出題されることになった。

医師国家試験出題基準(平成30/2018年版)<sup>1)</sup>には、医学総論Ⅸ治療、その他の治療法、精神療法に、①精神分析療法②自律訓練法③森田療法④行動療法⑤認知行動療法⑥心理教育⑦芸術療法⑧遊戯療法⑨家族療法⑩集団療法⑪カウンセリング、とある。

#### 2. 教科書等

1971年以来、学生向けの教科書として版を重ねてきた『精神医学』<sup>8)</sup>を例に見ると、精神療法に関して第1版では精神分析療法、森田療法への言及はあるが、認知療法は影さえない。改訂第2版

注1: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000128981.html>

(1978年)には行動療法が加わる。加藤が最後に執筆した改訂第11版(2008年)で、森田療法と並んで数行だけ認知療法が紹介されている。認知療法が1つの節として本格的に登場するには、われわれが編集した改訂第12版(2013年)を待たねばならなかった。

われわれが分担執筆した「うつ病—知る・治す・防ぐ—」(2009年)<sup>1)</sup>は医師、看護師などの専門職を主な対象にし、研修医や学生にも興味のもてる内容を盛り込んである。精神療法としては、支持的精神療法、力動的な精神療法に次いで認知療法を取り上げている。

『専門医をめざす人の精神医学』(第3版)<sup>2)</sup>では大野によって認知行動療法の節が執筆されている。

### 3. 精神科専門医のための研修ガイドライン

日本精神神経学会の精神科専門医のための研修ガイドライン(2007年)<sup>3)</sup>では、精神療法の総論<行動目標>②が「認知行動療法について説明できる」となっている。各論においては、気分(感情)障害、神経症性障害等、精神作用物質による精神及び行動の障害であっても、それぞれ、説明ができる、理解できる、専門家に紹介できる、に留まっている。

<方法>からは、精神療法の目標達成が容易でないことが推測される。個人精神療法がとくに必要とされる患者を担当する、という要件を克服したとしても、研修施設に精神療法を専門とする医師が不在の場合には指導・助言を他施設に求めなければならない。

## V. 研究

### —治療効果・費用対効果—

#### 1. 精神療法の実施方法と有効性に関する研究

厚生労働科学研究<sup>12)</sup>「精神療法の実施方法と有効性に関する研究(主任研究者:大野裕)」は、精神疾患に対する精神療法の効果をわが国で初めて体系的に検証し、国民の心の健康の向上に資することを目的として始まった。平成16/2004年度の総括研究報告書<sup>13)</sup>の冒頭にはこうある。

…薬物療法と並んで治療上の重要性が指摘されている精神療法に関してわが国では散発的な効果研究は行われているものの、体系的な研究に基づく信頼できるエビデンスを提供するまでには至っていない状況が続いている。また、診療現場で行われている精神療法もごく短時間の指示に終わったり、何らエビデンスの裏づけのない個人的な体験に基づくものであったりする場合が少なくない…

#### 2. 実施方法

大野ら<sup>13)</sup>はうつ病に対する認知療法・認知行動療法の実施方法に関して次の各項目を報告している。

- ①過去の文献のレビュー:国内文献に比較対照試験(RCT)の報告はなかった。海外文献では軽症から中等症のうつ病を対象とした複数のメタ解析が行われ、認知療法・認知行動療法の有効性が確認されていた。
- ②マニュアルの作成:アメリカの国立精神保健研究所のRCTをはじめ、主要な海外文献ではBeck, A.T.らのマニュアルを基礎として治療がなされていた。Beckらの方法にわが国の現状を踏まえた修正を加えて、マニュアルが作成された。治療マニュアルの軸は心理教育、活動記録、気分と認知の同定、認知再構成、スキーマへの介入という標準的な構成になっているが、これに対人関係と問題解決の2領域についてのモジュールが加わっている点に特徴がある。
- ③プロトコルの作成:海外文献では、1セッション45~60分、毎週ないし隔週で12~20セッションを1クールとする構造であった。研究班では、標準の治療プロトコルとしては16セッションを1クールとし、治療の進展度によって20セッションまで延長できるとした。対

注2:拙稿執筆時に参照した厚生労働科学研究は、平成16(2004)年度からの「精神療法の実施方法と有効性に関する研究(主任研究者:大野裕)」に始まり、平成22(2010)年度からの「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究(研究代表者:大野裕)」、平成25(2013)年度からの「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究(研究代表者:大野裕)」に至るまで、管々と続けられている。厚生労働省のホームページから年度ごとの報告書(<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIST00.do>)が閲覧可能である。

人関係／問題解決のモジュールはオプションとして選択可能とされた。

### 3. 有効性

Nakagawaら<sup>9)</sup>は少なくとも8週間の抗うつ薬治療に抵抗を示した大うつ病性障害患者80例を、通常治療単独と、通常療法と認知行動療法の併用療法とに無作為に割り付け、16週の介入を行い、その後1年に及ぶ追跡を実施した。治療終了時点でのうつ症状は併用群が有意に軽減し、効果は1年間維持されていた。治療抵抗性うつ病において、薬物療法に認知行動療法を追加することが有用であろう、と結論された。

### 4. 費用対効果

佐渡<sup>16)</sup>は中等症および重症のうつ病患者における抗うつ薬療法群と併用療法群（抗うつ薬＋認知行動療法）の費用対効果を検討した。併用療法群の抗うつ薬療法群に対する増分費用効果比は、治療効果発現症例数で効果を測定した場合には399,952円／治療効果発現症例数、質調整生存年数(QALYs)で測定した場合には重症患者で697,143円/QALY、中等症患者で1,854,103円/QALYとなり、イギリスの国立医療技術評価機構(NICE)の基準に照らして、費用効果的であることが明らかとなった。

## VI. 臨 床

### 1. 普及状況

藤澤ら<sup>2)</sup>によると、全国の医療施設2,949施設（病院1,869施設、診療所1,080施設）への郵送での調査に回答のあった586施設における精神療法の施行状況は、気分障害に対しては、支持的精神療法が約90%、認知行動療法が約50%、精神力動的な精神療法が約40%、行動療法が約30%の施設で施行されていた。支持的な精神療法以外の精神療法を50%以上の気分障害患者に提供している施設は10%未満であった。

精神療法の実施が十分であるかどうかについては、市中総合病院と単科精神科病院が精神科診療所と比較して「十分」の率が低かった。

実施が十分でない理由として、「時間がとれない」「十分な力量を持ったスタッフがいない」「実施が（医療保険上）医師のみに限定されている」等の回答があった。「有用性が証明されていない」を理由としたものはきわめて少なく、精神療法の実施と有用性の認識との乖離が示唆された。

### 2. 適応

大野ら<sup>11)</sup>の研究対象は、構造化面接で大うつ病性障害の診断基準を満たし、スクリーニング時のハミルトンうつ病評価尺度(HAMD)-17得点が16点以上、同意取得時の年齢が20歳以上65歳未満の患者であった。除外基準は躁病エピソード、精神病エピソード、アルコール・物質使用障害の既往・併存、著しい希死念慮等であった。

研究と実地診療の差異は避けられないとしても、精神科外来で治療可能な患者を認知療法の適応として選択するときの参考になるだろう。

### 3. 治療者の質

治療者の熟練度や質の保証は、認知療法に限らず、精神療法一般の施行における重要な課題である。治療者の技能や治療への習熟度が治療効果に影響することが予測されるからである。

藤澤<sup>3)</sup>はワークショップと個人スーパービジョンという2種類の教育方式について検討した。ワークショップは、構造化された3時間あるいは6時間コースで十分な効果が得られたが、さらにロールプレイを充実させ、行動的技法や対人関係面の技法を追加する必要から、12時間程度、2日間の実施が提案された。また個人スーパービジョンによる認知療法の習得には、2例以上の実施が望ましいとされた。

ワークショップと個人スーパービジョンを連動させた、厚生労働省認知行動療法研修事業の詳細は厚生労働省のホームページ<sup>13)</sup>で閲覧可能である。一般社団法人認知行動療法研修開発センター<sup>14)</sup>によると、スーパーバイザーは目下51名となっている。

注3：<https://www.mhlw.go.jp/content/000306876.pdf>

注4：<https://cbtt.jp/ministryofhealthsv>

#### 4. 定型および簡易型認知行動療法

大野<sup>15)</sup>は認知行動療法について定型(高頻度)と簡易型(低頻度)の2つを区別している。定型認知行動療法は構造化された個人療法で、厚生労働省認知行動療法研修事業がめざす治療形態である。簡易型認知行動療法は専門家の関与を少なくしながら、集団指導、書籍、電話、メール、インターネットなどを柔軟に用いる実施形態である。簡易型は職域で活用され始めている。

#### 5. 診療報酬収載

第1回日本認知療法学会において挙げられた事項のうち、診療報酬への未収載という大きな障壁は厚生労働科学研究(主任研究者:大野裕)等によって取り払われ、2010年4月の診療報酬改定<sup>15)</sup>で保険点数化という画期的な成果をもたらされた。

しかし、実地診療における認知療法には厳しい課題がなお残存する。1人の患者あたり10分程度の多忙な精神科外来診療の中で、所定の30分超という時間幅を確保するのは容易ではない。熟達した治療者を得ることの困難から実用性が低い、という批判にも根強いものがある。精神科専門医のための研修ガイドラインで、うつ病にあっても「説明ができる」に留まるのは、うつ病治療における認知療法の現実が反映されているのであろう。

### Ⅶ. 実地診療におけるうつ病の認知療法

#### —未来図—

#### 1. スペクトラムとしての認知療法

未だ途上にあるとは言え、等質の認知療法をあまねく人々に提供するという責務を達成するには、現行の専門家養成プログラムは王道である。しかし、専門家養成プログラムを完了した医師が、うつ病の外来患者すべてに応じることは現実的ではない。実地診療を担う多くの精神科医が10分前後の外来枠で、一定程度の認知療法を「施行できる」ことで、プログラム完了医師との連携が形成される必要がある。

問題は、一定程度をどう考えるかである。

薬物療法にも精神療法的対応は求められる。精神科専門医のための研修ガイドラインに、患者とよりよい関係を築き支持的精神療法が「施行できる」、とある通りである。

解答は、支持的精神療法と見紛うほどの認知療法である。

これを“時間制約型”認知療法とするなら、認知的技法でも行動的技法でもなく、認知療法の基本的な治療スキル(アジェンダ、フィードバック、理解力、対人能力、共同作業、ペース調整および時間の有効使用)が、その眼目となる。

スペクトラムとしての認知療法という観点から、数直線上の0近くに支持的精神療法を、10近くに定型認知療法・認知行動療法を位置づけたとして、中間に両極の要素を調査した、実地診療で「施行できる」“時間制約型”認知療法を置くという発想である。

### Ⅷ. おわりに

—すべては俄から始まる—

認知療法が体系的な精神療法の1つであるの言うまでもない。認知療法理論・認知モデルと認知的/行動的技法が整合性をもって、うつ病患者に提供される治療形態を重視するのは当然である。

しかし、である。実地診療の現実に即応した認知療法があっても差し支えないという、支持的精神療法との同一性に傾く、脱・二分法の見解を基本とする選択肢が、うつ病に対する“時間制約型”認知療法である。

体系的な精神療法の伝統に乏しかった教室で学び、「俄」認知療法家となって帰国した一人の精神科医の、うつ病治療における認知療法の未来に期待する想いが、小論である。大方の批判を乞いたい。

COI: 開示すべき COI 関係にある企業などはない。

#### 文 献

- 1) Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. et al.: Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press, New York, 1979. (坂野雄二監訳: うつ病の認知療法新

注5: <https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-003.pdf>

- 版. 岩崎学術出版社, 東京, 2007.)
- 2) 藤澤大介, 中川敦夫, 佐渡充洋ほか: 本邦における精神療法の実施状況に関する研究. 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」(主任研究者: 大野裕) 平成17年度総括・分担研究報告書, p.36-56, 2006.
  - 3) 藤澤大介: 精神療法の研修と教育に関する研究. 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」(研究代表者: 大野裕) 平成21年度総括・分担研究報告書, p.101-107, 2010.
  - 4) 福居顯二, 井上和臣, 河瀬雅紀編: うつ病一知る・治す・防ぐ一. 金芳堂, 京都, 2009.
  - 5) 福居顯二, 土田英人, 西藤直哉ほか: 日本における認知療法の拡がり. 認知療法研究, 1; 26-32, 2008.
  - 6) 井上和臣: 日本での臨床応用とその予想される問題点. フリーマン, A. 著(遊佐安一郎監訳): 認知療法入門. 星和書店, 東京, p.261-278, 1989.
  - 7) 笠原嘉: うつ病臨床のエッセンス. みすず書房, 東京, 2009.
  - 8) 加藤伸勝: 精神医学. 金芳堂, 京都, 1971.(第1版); 1978.(改訂第2版); 2008.(改訂第11版); 2013.(改訂第12版)
  - 9) Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M. et al.: Effectiveness of supplementary cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant depression: A randomized controlled trial. J. Clin. Psychiatry, 78; 1126-1135, 2017.
  - 10) 社団法人日本精神神経学会専門医制度委員会卒後研修委員会編: 精神科専門医制度研修手帳. 社団法人日本精神神経学会出版局, 東京, 2007. (3刷)
  - 11) 大野裕: 精神療法の実施方法と有効性に関する研究. 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」(主任研究者: 大野裕) 平成16年度総括・分担研究報告書, p.5-11, 2005.
  - 12) 大野裕: 認知行動療法. 山内敏雄, 小島卓也, 倉知正佳ほか編: 専門医をめざす人の精神医学第3版. 医学書院, 東京, p.712-716, 2011.
  - 13) 大野裕, 藤澤大介, 菊地俊暁ほか: うつ病に対する認知行動療法の効果研究. 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」(主任研究者: 大野裕) 平成16年度総括・分担研究報告書, p.15-19, 2005.
  - 14) 大野裕, 藤澤大介, 中川敦夫ほか: うつ病に対する認知行動療法の効果研究. 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」(研究代表者: 大野裕) 平成21年度総括・分担研究報告書, p.17-19, 2010.
  - 15) 大野裕, 中野有美, 奥山真司ほか: 職域における認知行動療法の活用—簡易型認知行動療法という考え方—. 認知療法研究, 10; 160-170, 2017.
  - 16) 佐渡充洋: うつ病治療における費用対効果研究—認知行動療法および抗うつ薬の併用療法群と抗うつ薬単独療法群との比較—. 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」(主任研究者: 大野裕) 平成17年度総括・分担研究報告書, p.88-97, 2006.