

特集 心理職とのこれからの協働を考える

専門的治療（認知行動療法）の立場から

清水 栄司

認知行動療法は、不安障害やうつ病の第一選択の治療の一つであり、施術した半数以上の患者を完治させることができるエビデンスに基づいた精神療法である。本年4月より、私たちは、千葉認知行動療法士トレーニングコースとして、毎週水曜日1日、2年間、22名の現役の医療関係者（医師、臨床心理士、看護師、精神保健福祉士、作業療法士など）を千葉大学医学部附属病院の卒後研修生として迎えている。1人のスーパーバイザーで5人の研修生を受け持ち、全症例を見るので、これが限界の定員である。患者を治せる十分な臨床スキルがあれば、医師でも臨床心理士でもどちらの資格でも、患者にとっては変わらないというのが、私的な思いである。しかし、日本の法制度のもとで、認知行動療法という専門的治療を推進する立場となると、現時点でただちに、心理技術職が厚生労働省管轄の医療資格となり、公式にチーム医療の一専門職種となることを望む。医師が、認知行動療法についても、薬物療法と同様に、厳格なスーパーバイズと長い修練を経て、高い技術を身につけ、医療機関で患者に施術すべきであろう。また、健康な人を対象とする職域では産業医が、学校では学校医が、認知行動療法を施術すべきであろう。医師法は、医師が領域汎用性をもって診療行為の責任を持つことを求めている。しかし、点滴、吸痰などと同様に、医療機関、産業、学校の全てで、医師だけで全患者へ認知行動療法を提供することは現実的に不可能なので、コメディカルが医師の診療の補助を行う。自殺者年間3万人が続く中、医療の普及および向上のために、新しく「認知行動療法士法」を立法化し、認知行動療法士をコメディカル国家資格とすることを望む。資格取得後も、受け持ち全症例のスーパーバイズを行い、治療スキルを常に担保するシステムが必要となるので、認知行動療法士の免許保持者の人数制限は、医師同様に厳格に行われる必要があるであろう。

1. はじめに：千葉認知行動療法士 トレーニングコースについて

筆者は、精神科医として認知行動療法の「実践」を行うとともに、脳科学者として認知行動療法の「科学」を研究する者である。昨年度は、幕張にて日本認知療法学会と日本行動療法学会の同時開催にて、良質な認知行動療法の普及をテーマに掲げ、今年度から、医療職のための千葉認知行動療法士トレーニングコースを千葉大学で主宰している立場にある。そのような立場の一個人が、心理職との協働に関する見解を述べる。

千葉認知行動療法士トレーニングコースについては、<http://www.chibacbt.com/> にアクセスして

いただきたい。基本コンセプトとしては、英国の養成モデルを日本式にアレンジして導入するプロジェクトであり、英国の政策を冠して、千葉IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) と呼んでいる。英国 NICE guideline (2007年4月) を翻訳、改変引用した図1のように、英国では、うつ病に対して、段階的ケアを行っており、初発の軽症うつ病には、セルフヘルプのサポートをする「低強度セラピー」を提供し、中等症以上には、「高強度セラピー」すなわち、標準的な認知行動療法を提供する。重症度に応じて、プライマリー・ケア、専門家、自殺危機介入チームのような機能分担をしながらも、すべての

ステップ5 入院ケア 危機チーム	生命の危険、 重度の自己ネグレクト (放棄)	薬物療法、併用治 療、電気けいれん 療法
ステップ4 精神保健専門家 (危機チームを含 む)	治療抵抗性、再発、 非定型、精神病性うつ病	薬物療法と心理学的 介入(認知行動 療法など)の併 用治療
ステップ3 プライマリ・ケア・チーム、 プライマリケア・精神保 健ワーカー	中等症あるいは重症 うつ病	薬物療法、心理学的介入 (認知行動療法など 高強度セラピー)、 社会的支援
ステップ2 プライマリ・ケア・チーム、 プライマリケア・精神保 健ワーカー	軽症うつ病	観察待機 (watchful waiting)、ガ イドされたセルフヘルプ、コン ピュータによる認知行動療法 (低 強度セラピー)、運動、短期心理 学的介入
ステップ1 家庭医 (GP)、実践看護師 (Practical Nurse)	認定	アセスメント(評価)

図1 うつ病の段階的ケア・モデル〔英国 NICE guideline (2007年4月) を翻
訳, 改変引用〕
心理学的治療とは、認知行動療法を意味している

レベルに応じた認知行動療法のような心理学的介入が行える体制づくりが進んでいる。うつ病に対して、トリアージをしているともいえよう。また、英国では、うつや不安障害のために、毎年2兆5000億円(国民総生産の1%)の損害が出ているという医療経済的試算が、ブレア内閣のブレインであったレイヤード卿により報告された。認知行動療法のセラピストを養成して、プライマリ・ケアから医療常勤職として配置していくことに予算を投じることが、この損失を防ぐ最も有効な方策であることから、IAPT政策が開始された。2008年度から3年間で合計363億円が投じられている。セラピスト1人が1年で持つクライアントは80人で、80万人を回復させるために、最終的に1万人のセラピストを増やすことが計画された。このような大きな予算がついているわけではないが、千葉認知行動療法プロジェクトを通じて、10年後には、千葉県内に、200人から400人程度の認知行動療法士が活躍していると理想的であると考えている。認定基準は、少なくとも8例(できれば、うつ病、不安障害、過食症をまんべんなく)を完遂すること、スーパービジョンを70時

間以上受けることなどをあげている。また、症例のセッションは、ビデオ録画され、認知行動療法尺度改訂版を基準に評価され、症状評価尺度によって治療効果が判定され、すべての症例がスーパーバイズされる。認定後は、セラピストは、最低、1年に40例の症例に、質の担保された認知行動療法を提供することが期待されている。この科学者-実践家モデルに基づく英国式のシステムを、まずは、千葉県内で定着させることを目指している。セラピストに求められるスキルの担保(Quality Control)として、1、基本スキル:マニュアルに基づいた治療ができる、2、応用スキル:マニュアルを定式化(Formulation:感情・認知・行動をひきだし、治療モデルにあてはめること)に基づいて症例ごとにテイラーメイドした治療ができる、の2段階を考えている。このようにして育成されたセラピストが、標準的な認知行動療法を50分のセッションで12回から16回程度実施すれば、うつ病や不安障害の患者の50%以上(2人に1人)を治せることをエビデンスとして明確にしたい。質の担保された認知行動療法を千葉県内で提供できるシステムが完成すれば、

このシステムを他の都道府県でも応用してほしい。さらに、治療の質の証拠を数字で示して、「認知行動療法士」という厚生労働省の免許を法案として、成立できるとよいと考えている。医療系社会人として、実践と研究を同時に行う医学系大学院博士課程の卒業資格が、「認知行動療法士」の免許資格となるような、免許保持者の人数制限も高度な専門職業人養成課程の Quality Control に、重要と考えている。

2. 医師法という法律について

医師法第十七条は、医師でなければ、医業をなしてはならないとしている。そして、第三十一条で、これに違反した罰則として、三年以下の懲役若しくは百万円以下の罰金に処し、又はこれを併科するとしている。平成16年度厚生労働科学研究費補助事業としての「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会」による「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理に関する取りまとめ」の報告書から引用すると医師法第17条は、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定している。行政（厚生労働省の）解釈上、「医業」とは、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことと解釈されている。また、保健師助産師看護師法上、看護師が行う医行為は診療の補助行為に位置付けられるものと解釈されており、その他の医療関係の資格を有する者が行う医行為も、同様の位置付けを与えられている。したがって、医療関係の資格を保有しない者が医行為を業として行うことは一般的に禁止されている」と述べている。つまり、「免許とは何か？」と問えば、国語辞典「大辞林」（三省堂）より引用すると、「一般には禁止または制限されている行為を、行政官庁が特定の場合に特定の人だけに許すこと」とされている。すなわち、医師免許とは、人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する

意思をもって行ってよいという免許なのである。

ここで、痰の吸引が医行為として議論されているのであるから、うつ病、不安障害に対する認知行動療法は、未熟な者がやれば、人体（脳を含む）に危害を及ぼすおそれのある行為だと考えられるし、認知行動療法のみならず、精神障害あるいは身体疾患のうつや不安への支持的な精神療法（支持的心理療法）も、医行為と考えるべきであろう。

なぜ、心理職が国家資格化されないといけないか？ なぜ、今のままの民間資格ではいけないか？ という問いがあがる。私のように良質な認知行動療法の普及を目指す者にとって、心理職と連携することには重要な意味があるのだが、まずは、法律（医師法）違反にならないように、国家資格化されていないといけないということになる。すなわち、心理職が、コメディカル免許となれば、法律的な問題がなくなるのである。

認知行動療法というエビデンスの強い精神療法・心理療法（サイコセラピー）の研究と普及を目指す立場から、もはや認知行動療法のような心理学的介入を「医行為でない」というように、あいまいにしておくことは、日本のメンタルヘルスの現況を考えて、放置できない。心理学的介入を「医行為である」と積極的に解釈したほうがよい。そして、医行為を行ってよいのは医師のみで、その補助を行ってよいのがコメディカルなのであり、心理職が一刻も早くコメディカル免許となることを願う。

ところで、医行為が行われるところはすべて医師法の範囲、そして医師の責任範囲となる。医療現場ならば主治医、産業現場ならば産業医、学校現場ならば学校医の責任範囲となる。現実には、職場や学校で健康な人に行う健康診断や予防接種も医行為として医師法の範囲である。したがって、うつ病や不安障害などの予防、保健なども医行為なのである。

3. コメディカル心理職と カウンセラーを分けて考える

病気と健康,あるいは,異常と正常という区別をするにあたっては,コメディカル心理職とカウンセラーを分けて考えるということにつながる。病気の医療(保健や福祉を含む)を行うコメディカル心理職は,厚生労働省管轄の国家免許が必要であり,正常な問題(進路や恋愛や友人関係など)の相談にのるカウンセラーには,免許はいらなくて,当面は,現状でもよいと考えている。心理職がコメディカル免許でない現在,病気(異常)の問題が多い医療現場では,医師およびコメディカルは,病気の医療(保健や福祉を含む)を行い,また,正常な問題(進路や恋愛や友人関係など)の相談にのることもできる。一方,心理職・カウンセラーやボランティアを含む一般人は,病気の医療を行うことはできないが,正常な問題の相談にのることはできるという状態である。健康(正常)の問題が多い学校・産業現場でも,同様である。心理職がコメディカル免許となった未来では,病気(異常)の問題が多い医療現場では,医師およびコメディカルに加えて,コメディカル心理職が,病気の医療(保健や福祉を含む)を行い,また,正常な問題(進路や恋愛や友人関係など)の相談にのることもできる。そして,カウンセラーやボランティアを含む一般人は,病気の医療を行うことはできないが,正常な問題の相談にのることはできるという状態になるわけである。繰り返しになるが,免許の必要なコメディカル心理職と免許のいらぬカウンセラーを分けることが重要であり,もちろん,病気の医療(保健や福祉を含む)を行う心理職は,医師法の観点から厚生労働省管轄の免許である必要がある。一方,正常な問題(進路や恋愛や友人関係など)の相談にのるカウンセラーは,免許はいらぬ,現状通りでよく,とりあえずは国家資格でなくてよいが,まずは民間資格を官公庁が格付けするような形は必要であろう。スピリチュアル・カウンセラーという占い師のような人もいるので,何らかの規制は必要だと考える。医行為を行う免許という観点

から,コメディカル心理職の一資格一法案でよいわけである。

現実には,心理職とカウンセラーを分けて考えるように一般国民にも周知していく必要があり,まずは心の専門家が心理職とカウンセラーの区別を行うべきである。

私は,心理職と連携したいと考えている。ただし,現在,心理職は,コメディカルではないので,法律上(公的に)連携しづらい。心理職は,法律上(公的に)正常な問題(進路や恋愛や友人関係など)しか扱えないカウンセラーと区別がないことが問題である。心理職には,精神疾患や身体疾患の保健医療福祉を扱えるコメディカル免許となってほしいが,それには正常な問題しか扱えないカウンセラーと区別するための免許であること,厚生労働省所轄の免許である必要がある。

4. 認知行動療法のエビデンス(科学)

認知行動療法は,従来の精神療法(心理療法)とは全く違うエビデンス・レベルにある。不安障害やうつ病のエビデンスに基づいた治療ガイドラインでの第一選択は,薬物療法あるいは認知行動療法のどちらか一つを患者の希望により選択してもらうということになっている。両者は無作為割付試験により同等の効果を有することが証明されているからである。さらに,認知行動療法のほうが維持期における再発防止に優れているというデータもあるために,僅差ではあるが,認知行動療法を第一選択とすべきという専門家の意見もある。

図2は,著者が作成した,エビデンスのレベルを理解してもらうために,高血圧性脳出血とうつ病・不安障害の治療を比較して示したものである。重症のうつ病・不安障害には,疾病によるQOLの低下,さらには,自殺によって生命にかかわるリスクがあることを考えれば,高血圧性脳出血と比較することは妥当と考える。高血圧性脳出血に対して薬物治療と外科治療の選択があるように,重症のうつ病・不安障害に対して薬物療法と認知行動療法の選択がある。すなわち,認知行動療法は,外科手術と同じようなエビデンス・レベルに

高血圧性脳出血の治療 (1)手術治療 (2)薬物治療 高血圧(脳出血の予防) (3)治療計画 薬物療法 食事療法 運動 特定保健用食品？ サプリメント？	うつ病・不安障害の治療 (1)認知行動療法 (2)薬物療法 うつ病・不安障害の予防 (3)治療計画 認知行動療法 薬物療法 支持的精神療法？ 食事療法？ 運動？ 特定保健用食品？ サプリメント？	高 エ ビ デ ン ス ・ レ ベ ル 低
---	--	---

図2 エビデンス・レベルでの位置づけ

ある。脳出血の予防のための高血圧には、きちんとした治療計画のもと、薬物療法、食事療法、運動を組み合わせしていく。特定保健用食品、サプリメントが利用されることもある。同様に、うつ病・不安障害の重症化を防ぐためにはきちんとした治療計画のもと、認知行動療法あるいは薬物療法を行っていく。支持的精神療法、食事療法や運動の効果も示唆されている。

このように、うつ病・不安障害の心理学的介入に関しては、次の3つの区別をする必要がある。

- (1) 認知行動療法，すなわち，抗うつ薬と同等のエビデンスがあり，治療の第一選択となる。
- (2) 支持的精神療法（支持的心理療法），すなわち，プラセボ（偽薬）と同等のエビデンスである。プラセボ効果が出せるのも重要な医療行為であり，プラセボ効果さえ出せないのは問題である。
- (3) カウンセリング，すなわち結婚問題とか進路問題とか，正常な問題の相談にのることであり，うつ病・不安障害の治療・予防のような医行為と同列に論じるべきものではない。もちろん，人気もあり，ユーザーから求められているが，健康食品やサプリメントのようなレベルであり，国家免許もいらぬが，官公庁による認定，格付けは必要であろう。

すなわち，医療で行われるエビデンス・レベルの下の免許のいらぬレベルというのは，健康食品やサプリメントの通信販売のテレビコマシャ

ルで見かける表現のように，効果に関して「お客様の感想であり，効用ではありません」「効果は個人によって異なります」という注意書きをつけるべきであろう。もちろんサプリメントも人気があり，ユーザーに高いニーズがあるのと同様に，正常な問題についてのカウンセリングも人気があり，ニーズがあるだろう。ただし，エビデンスが示されていないこと，効果が保証できないが好みでどうぞ，という表記を義務付けるような規制がなされるべきである。

5. 認知行動療法の技能（スキル）

認知行動療法が抗うつ薬に勝るとも劣らない治療効果を出すためには，継続的なスーパーバイズを受け，質の担保された，熟練した技術が必要である。濃密なスーパーバイズのシステムを構築，維持するために，認知行動療法は，安い値段では提供できない。

また，認知行動療法は医療行為であるので，未熟な医療技術を提供することは許されない。不幸にして，未熟な医療技術の問題が社会に出てしまったのは，新聞記事によると，2002年11月，東京慈恵医大青戸病院で前立腺がんの「腹腔鏡手術」を受けた男性が1カ月後に死亡する事故が記憶に新しい。熟練した技術が求められる手術に，未熟な医師が担当したことが原因とみて，警視庁は，執刀した泌尿器科の医師ら3人を業務上過失致死容疑で逮捕して，2006年6月15日，東京地裁で，執行猶予付きの有罪判決となっている。当然ながら，その後，各診療科において，「腹腔鏡手術」「内視鏡外科手術」の技術認定制度が設けられた。100例以上の手術経験を持つことが受験資格で，自分で行ったビデオを提出，複数の委員がビデオを審査するなどで，2005年には，消化器・一般外科領域の全体の合格率が53%にとどまり，約半数が不合格になったと報じられている。

治療のビデオ記録の重要性は，認知行動療法でも同様で，セラピストの技能認定だけでなく，効率的な研修を進めるためにも，施術症例のビデオ記録，提出，審査は必要とされる。千葉認知行動

療法士トレーニングコースでも英国のセラピスト養成の基準を取り入れて8例以上を条件としている。

このように、患者に提供する限り、認知行動療法はもちろん、支持的精神療法についても、きちんとした Quality Control をしていく必要があり、日本精神神経学会で、そのような仕組みを考えていくべきであろう。

6. ま と め

心理職はすみやかに厚生労働省管轄のコメディカル免許となって、法的に医師やコメディカルのような医療職がチーム医療の中で連携できる専門職となってほしい。そして、国家免許の必要のない正常な問題を扱うカウンセラーとは、一線を画してほしい。

Collaboration between Psychiatrists and Clinical Psychologists for Efficient Delivery of Cognitive Behavioral Therapy in Japan

Eiji SHIMIZU

Department of Cognitive Behavioral Physiology, Chiba University Graduate School of Medicine

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is an evidence-based psychotherapy which leads to recovery in over 50% of patients with depression and anxiety disorders. It is, therefore, the first-line treatment for those disorders. In April 2010 we began a beacon project, called "Increasing Access for Psychological Therapies" (IAPT), in Chiba, Japan. In the Chiba IAPT project, we lead the cognitive-behavioral therapy training and provide individual CBT supervision, based on the system of IAPT in the UK. It is important to differentiate between counseling services and psychiatric services under the Medical Practitioners Act. To improve mental health in Japan, we will establish national standards for certification of clinical professionals trained in the science and art of CBT, and develop a law related to national licensing of cognitive-behavioral therapists.

<Author's abstract>

<Key words: cognitive-behavioral therapy, supervision, training, licensed cognitive-behavioral therapists>
