

心とした短期間で治療効果を挙げる様々な心理療法の総称である。ブリーフサイコセラピー共通の特性としては、時間的コストの低減、治療の焦点化、それに伴う課題設定を行なうことである。そこには家族療法、時間制限的精神分析療法、行動療法、解決志向アプローチが含まれ、最近では EMDR（眼球運動による再処理法）や TFT（思考場療法）といった斬新なテクニックもブリーフサイコセラピーに含まれることになる。

効果としては、MRI（Mental Research Institute）や BFTC（Brief Family Therapy Center）では 60%以上の成功率で 6～7 回での治癒が報告されている。また本邦においても小児心身症 132 例のうち、治癒 74 例、軽快 47 例であった。1 症例あたりの平均治療回数は 4.4 回と報告されている。ここでの治療方針は、例外と偽解決の双方に同時に焦点を当て介入を施す「マルチプル・ソリューション・フォーカスト・アプローチ」と称するものである。

対人関係療法

対人関係療法（IPT: interpersonal psychotherapy）は、対人関係学派の原理に基づき、うつ病への体系的アプローチを明確にしようとする過程で、1960 年代後半に Gerald らによって開発された短期精神療法である。NIMH による大規模研究で、うつ病に対するその効果がイミプラミン及び認知療法と同等であることが示されている。

症状と現在の対人問題との関連を治療の焦点とし、「重要な他者」に介入を行ない、

患者のパーソナリティは認識するが治療焦点とはしないことなどが特徴である。

治療は初期、中期、終結期の三つの時期からなる。初期には、うつと対人関係について話し合い、問題の中心を明らかにした上で、IPT の治療原則などについて説明する。中期は中心となる問題領域に焦点を当て、対人関係を検討し、通常 12～16 セッションで終結となる。理論的には精神分析の対人関係学派の流れを引いているが、治療の目標は具体的であり技法的には行動療法の影響も受けている。

EMDR（眼球運動による再処理法）

EMDR の歴史は、1989 年に F. Shapiro が EMD（眼球運動による脱感作法）の論文を発表したことに始まる。その後効果研究の成果が蓄積され、様々な団体、国が PTSD（心的外傷後ストレス障害）に関しての実証的な効果の示された治療法として認め、治療ガイドラインに掲載されることとなった。眼球運動の存在意義について疑義を唱える主張も一部にはまだあるが、方法全体の効果については、ほぼコンセンサスが取れたといえる。

EMDR はイメージと眼球運動のみの治療のように誤解される傾向があるが、以下のような 8 段階の流れがある。1) 生活史の聴取 2) 準備 3) 評定 4) 脱感作 5) 植え込み 6) ボディ・スキャン 7) 終了 8) 再評価 である。

EMDR の手続きの体系化は認知行動療法的であり、解釈は精神分析に通じるものが

ある。交流分析、フォーカシング、ゲシュタルト療法との類似要素を指摘する声もあり、臨床心理学派統合の可能性を秘めた大きなうねりとも考えられる。

PRISM

PRISM (pictorial Representation of Illness and Self Measure) は、Büchi らにより開発された方法である。疾患の個人的な意味を画像を用いることで簡便かつ包括的に評価することができる。

施行法は、まず A4 サイズの白い紙を対象者に対し横向きに提示する。用紙の右下には直径 6 cm の黄色の円が描かれている。対象者には現在の生活を用紙全体、黄色の円を自分自身と見立ててもらおう。直径 4 cm の赤い円盤を自分の病気として見立ててもらい、「現在のあなたの生活の何処にありますか」と尋ね、用紙上に置いてもらう。そして病気と自分の縁の中心の距離を測ってそれを SIS (Self-Illness Separation) とする。最後にどのように考えてそこに置いたのか説明してもらう。

PRISM は作成するだけでなく、それを説明してもらうことにより有益な情報が得られる。抽象的で聞くだけでは理解が難しいと思われることも PRISM で説明してもらうと理解しやすい。結果の解釈は複雑であるが、治療における有効性が期待される。

【リラクゼーション】

自律訓練法

自律訓練法 (autogenes training : autogenic

training : AT) とは、脳幹部を安定・調整するためのセルフコントロール技法である。脳幹部は、その機能を要約すれば自律神経系および情動系の中枢であり、心身の接点ともいえる部位である。

公式化された自己教示的語句を反復復唱しながら、その内容に受動的集中を行うとともに、関連した身体部位に心的留意を保つことによって、段階的に、心身の相対的緊張状態から弛緩状態へ、そして、反ホメオスターシス状態から向ホメオスターシス状態へと生体機能 (生理的・心理的) の、ひいては人間的機能 (社会的・実存的) の変換をはかるための、J.H. Schultz によって創始され、かつ体系化された非特異的心身調整法であると定義される。

Schultz はこれを「睡眠と同じ状態を得るための生理的で合理的な訓練法であり、心身全般の変換をもたらすものである」とし、6 段階からなる標準練習を訓練体系として成立させた。

筋弛緩法

リラクゼーションの一つとして筋弛緩法の有効性は確立されている。

E・ジェイコブソンは漸進的筋弛緩法と名づけたリラクゼーション技法を創案した。この技法では筋肉に生じる緊張を自覚させた後で元に戻すことにより、筋肉の弛緩が自在にできるようになることを目指す。

J・ウォルピは、不安や緊張、嫌悪感や交感神経興奮症状などに逆制止の原理に基づいて適用される系統的脱感作法や主張反応

法などで用いるための変法を考案した。ジェイコブソンの筋弛緩法に比べ簡便であることが特徴とされる。

松原は症状にあわせて行う諸技法と、全身の弛緩を一気に図るものとして二種類の技法としてまとめた。それが積極的筋弛緩法である。1) 不安, 緊張, 動悸, 肩こり 2) 喘鳴, 嘔気嘔吐, めまい 3) ふらつき, 腰痛 4) 鞭打ち 5) 四十・五十肩 などの症状に適用されている。

アロマセラピー

近代西洋医学以外のアプローチとして、補完・代替医療 (complementary and alternative medicine : CAM) を積極的に取り入れていこうという「総合医療」という概念が近年注目されている。アロマセラピーは単に CAM としてだけではなく、心身医学療法としての有用性も十分期待できる。

アロマセラピーは精油を空中蒸散, 吸入, 沐浴, 塗布, マッサージなどで鼻腔や皮膚から吸収させて用いる。患者やクライアントの状態に合わせ, 精油の薬理作用だけではなく, 香りの心理的効果, マッサージによるタッチの精神生理学的昂揚を総合的に組み合わせることにより, 全人的に働きかけるものをホリスティックアロマセラピーという。

【東洋的治療法】

森田療法

森田療法は 1920 年代に森田正馬により確立された神経症のための精神療法であり、

現代では様々な疾患への応用も進んでいる。適応となる患者の性格素質は「神経症素質」とされ, 一般人と比べ内向的で, 心身の状態の異常に敏感な「ヒポコンドリー性基調」であり, 完全主義・理想主義的であるようなものを指す。このような特徴は森田のいう「生の欲望」が一般人より強いことから派生する。強い生の欲望は, 症状に対する注意集中と感覚の鋭敏化の間に「精神交互作用」の悪循環を引き起こす。さらにそれを「思想の矛盾」により強化しているのが特徴的であるとされる。

森田療法は入院治療で出発したが, 現在では外来治療も一般的になっている。実際の治療においては, 症状の仕組みを森田の理論で説明することから始まり, 症状と戦う態度をやめ, 本来やるべきことをやるようにさせる。治療の目標は症状がなくなるのではなく, 「あるがままの自然な心」で, 生の欲望を建設的な方向に発揮できるようにする生活態度を身につけることにある。

絶食療法

絶食療法 (fasting therapy) は, 文字通り食を断つことによって起こる心身の変化を利用して行なう治療法をいう。医療行為やセルフケアの一環としては世界で行なわれているが, 心身症に対する治療として施行しているのは日本だけである。昭和初期に断食が科学的に分析され始め, 九嶋により絶食療法と命名された。その後, 鈴木は心身症にも有用であることを示し, 東北大方式と呼ばれる方法に改良し, 現在では健康

保険にも認可されている。

東北大方式の絶食療法は、入院の上、スタッフの十分な観察のもとに絶食期 10 日間、復食期 5 日間の計 15 日間に渡って行なわれる。絶食療法は、患者・医療従事者のエネルギーを考慮すれば、適応疾患の中でも薬物が奏功し難い例や薬物療法を希望しない例が好適な適応と言える。奏功の機序としては、絶食により脳内代謝が変化し、それにより脳内神経伝達物質の変化が生じると考えられている。

内観療法

内観は、どんな逆境にあっても喜びの世界に生きるための人間の修養法として、吉本伊信によって創始されたものである。病気の治療を直接の目的として内観するとき、内観療法と称している。

内観は理想や自己評価、他者評価など、価値に彩られたものを一切離れ、真の自分の姿を知る道である。過去の相手の立場に立って、相手がしてくれたこと、その中にある気遣いや愛情を細かく具体的に思い出す作業をし、また、自分はその人のために何をしたかを思い、結果として周囲の支えによって生かされてきた自分の姿を発見するのである。

心身症の成因の性格的部分は、多くが幼少期の母子分離の不十分さにその起源を持つと考えられるため、内観は奏功機序が十分に理論化されていないものの、ほとんどの心身症に対して効果があると考えられる。また、必ずしも集中内観だけで問題が解決

しなくても、その後の治療に何らかのプラスの影響があることも多い。

【芸術療法】

絵画療法

絵画療法は精神療法の理論を背景に、患者—絵画—治療者が 3 者関係をつくることにより、より安定した治療関係を築き、“手と眼”との協調作用つまり“心と体”の相関をもとに、包括的・全人的に自己像を捉えようとするものである。

欧米の流れを汲む治療手技とともに、細木らの多面的 HTP (House-Tree-Person Test) や、中西・徳田らの統合的 HTP、中井久夫発案の風景構成法など、わが国固有の理論と手技を用いて編み出された絵画療法や描画法も多く開発され注目されている。

絵画療法の適応は心因性精神病から各種の神経症、心身症など多くの疾病が対象となる。徳田の「イメージ絵画精神療法」は絵画療法全体を一つの治療システムと捉えるもので、絵画療法の治療構造論が求められた際に判断の基礎となるものである。

コラージュ療法

もともとは美術の技法であったコラージュは、1970 年代のアメリカにおいて、集団療法や作業療法のひとつとして取り入れられるようになり、本邦においても箱庭の代わりに利用されたのをきっかけに、その簡便性・安全性・広範囲な適用性から、様々な領域で利用され発展している。

コラージュ療法は、‘マガジン・ピクチャ

一・コラージュ法’と、‘コラージュ・ボックス法’に大別される。前者は、雑誌などから好きな写真や気になる写真を切り抜いて、好きなように台紙に貼ってもらうというやり方である。後者は、予め治療者がA4の大きさに揃えた雑誌の切り抜きを蓋つきの箱に入れておき、それを使って、画用紙にはってもらうやり方である。

この時、患者が単独で制作する単独制作法の他に、治療者も同時に作業を行なう相互法を採用することもある。また家族メンバーが参加する家族コラージュ法なども、小児科領域などで行なわれている。

音楽療法

Schwabe は音楽療法を2大別した。一つは受容的音楽療法 (receptive music therapy), 他の一つは活動的音楽療法 (active music therapy) である。前者は音楽を聴くことにより情緒・行動の変容を目的とするもので、刺激として音楽を与える刺激法と、音楽鑑賞そのものを方法とする音楽鑑賞法にわけられる。後者は楽器演奏、歌唱、創作に分類される。

音楽療法の生理的作用としては、Altschuler 以来大脳で音楽が理解される以前に視床の働きで自律神経のさまざまな反応が惹起されるという視床理論が一般に受け入れられている。心理作用としては、Sears がその機能を行動科学的に体系化している。

心身症の患者に音楽療法を行なう際には、音楽療法そのものが緊張感につながらないこと、身体的にも緊張を緩和すること、治

療結果を患者に分かりやすくフィードバックできること、簡便であること、などを考慮する必要がある。

俳句・連句療法

俳句・連句療法は、詩的言語を用いることによる認知の変化、言語・イメージの表現および、句を媒介としたコミュニケーションにその意義がある。したがって、俳句・連句療法は、感情の表出、葛藤の言語化、コミュニケーション能力の不足が特徴として挙げられるアレキシサイミア (失感情症) に対して治療的に働くと考えられる。

俳句・連句療法を導入する前に、良好な治療関係を築くことが重要である。薬物療法によって症状の軽減が期待できそうであればそれを試みる。そのような前提に基づいて俳句・連句療法の併用を検討する。

俳句・連句は、治療者が患者の「こころに添う」ための有用な道具になる。句を治療の媒介とすることで、句の受け手としての治療者の認知構造も変化し、「散文的やりとりとは異なった有り様のコミュニケーション」が生まれ、治療者は患者に対して陰性感情を抱きにくくなるのである。

【生活環境を介した治療法】

温泉療法

現代の温泉療法とは、「土地あるいは地下の天然産物である温泉水、天然ガスや泥状物質などのほか、温泉地の気候要素なども含めて医療や休養に利用する」ことである。実際の温泉療法は、温泉浴とか飲泉の

ような単一の治療様式のみを行なうことは少なく、他の療法と組み合わせた複合療法として行なわれる。

温泉は全身入浴の形で利用されることが多く、その生体への刺激はきわめて強い。また入浴する温泉の水温や、入る時間帯によって生体機能の反応に差異があることが知られている。生体の諸機能は、温泉浴やその他の治療刺激を反復して受け、また日常を離れ、温泉地の新しい気候環境に連続的に曝されるなど、さまざまな刺激を受ける。そして中枢神経系、自律神経系、内分泌系、免疫系、サイトカイン系などを介して非特異的に、総合的に反応して、生体機能は変調し、トレーニングを受ける（総合生体機能調整作用）。またその変化を時間的に検討すると、多くの指標は「およそ7日」の周期性にリズム変動を示すことがわかっている。

アニマル・セラピー

アニマル・セラピー（動物介在療法 [Animal Assisted Therapy : AAT]）は、友好的な動物が人間の心理面や行動面に影響力をもつことを利用して、治療対象者の治療過程の一部に動物を介在させる治療法であり、非常に幅広い領域において、幅広い対象者に実施される。

現時点で用いられている動物介在療法の手順は、動物飼育歴を本人、あるいは家族から聞き取る、相性調査、治療援助目的の設定、交流記録、効果判定、動物がいなくとも日常生活での QOL が向上するように

誘導するまでの六段階であるが、いずれも AAT においては動物の協力が不可欠で、動物が疲労感を示して非協力的である場合は治療対象者にも良い影響を与えない。動物福祉の観点に立って、動物に過度の負担を掛けずに実施するような配慮が必要であるとともに、動物飼育教育の必要性もある。対象者の反応の内容と強さは動物との交流様式と深く関係している。

ロボット・セラピー

「ロボット」を用いて人間の心のケアに役立てる、いわゆる「ロボット・セラピー」の試行はしだいに広がってきている。もともとはアニマル・セラピーから出発したものであるが、医療現場に生きた動物を持ち込むことが困難であることから次第に普及しはじめた。

動物ではなく、ロボットを用いる介在の利点としては大きく5つに分けられる。1) 清潔である 2) 安全である 3) ストレスがない 4) プログラムできる 5) 飼い主がいなくてもいいである。このような利点のもと、狙いは擬似アニマル・セラピーを行うことであり、ある程度それが可能であると考えられている。

今後は、ロボットと動物に対する反応の違いをもっと明らかにしていくことなどが必要であり、「ロボットから癒しをもらう」のではなく、「ロボットがいることで癒し効果が増す」ことがロボット開発に必要な姿勢であるのではないかと考えられる。

【専門的領域別治療法】

CBASP（認知行動分析システム精神療法）

CBASP（cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy：認知行動分析システム精神療法）はアメリカの James P. McCullough が慢性うつ病の治療のために開発してきた精神療法である。「認知行動」とつくが、Beck の認知療法から発展してきたものではなく、McCullough が臨床実践の中で鍛え上げてきた治療法である。

CBASP は主に 3 つの実践技法を用いる。

1) 状況分析：患者が経験した困難な状況について一緒に振り返りながら、より適応的な目標設定と認知、行動のあり方を考えていく。2) 対人弁別訓練：患者が重要他者との間で経験した悲惨な過去の体験を治療者に転移してくるので、かつて学習したパターンと現在治療者との間で見られるパターンが違うことを明示的に比較弁別経験させる。3) 運動技能訓練：状況分析が完了すれば、標的となった行動問題を取り扱わなくてはならない。アサーション訓練はほとんどの患者の役に立つ。

今後は薬物療法に比べ効果、対費用の面で匹敵するのか、どの要素が有効成分なのか、研究が待たれる。

再養育療法

再養育療法は、摂食障害患者などの母親の情緒反応性を高め、母子間の基本的信頼関係が再構築されるように治療構造を整え患者を再養育することにより、病理の修正および問題に主体的に関ることが出来る自

我を育てることを目的とする。これは、患者の変化段階に応じて必要な援助を行うものであり、単に患者の言動を受け入れ続けたり、患者の退行を促すものではなく、退行せざるを得ない患者に対し逆に枠づけし、治療的でないやりとりを避け葛藤外の自我に働きかけるものである。適応に関するアセスメントには、患者の退行のレベルとそれを受け入れる環境のマッチングが重要である。

母親は物理的に守られる構造が十分でない家庭内で、支配・依存的である患者と関る。母親と患者の二者間ではコミュニケーションが直線的になり、強迫的な関係に陥りやすい。治療者は、三角形（三者関係化）を形成するよう家族に働きかけ、意識して治療構造をコントロールし、サポートする必要がある。

セックス・セラピー

性障害で外来を受診する方は多く、男女比は約 7 : 3 である。以下に、男女の性機能障害の代表的な疾患の治療法についてまとめる。

男性性機能障害。①勃起障害：ノン・エレクト法、シルデナフィル（バイアグラ）。②性欲障害：初期治療として性的空想を抱かせ、それを物語風に発展させる手法をとる。③男性性嫌悪症：抗うつ剤と系統的脱感作法の併用が若干の有効性を認めた。④膣内射精障害：コンドーム・マス法。

女性性機能障害。①女性性嫌悪症：男性と同様に、初期治療は性的空想から入る。

次にカップル間での感覚集中訓練に移る。

②性交疼痛症・膣けいれん：まず間違っ
た性知識の訂正や外傷体験の癒しから開始
しなければならない。次には不安の少ない「異
物」の挿入練習を繰り返すことである。③
女性オルガズム障害：マスターベーション
でオルガズムが得られていなければ性的空
想や感覚集中訓練，得られていけばブリッ
ジ・テクニックを用いるのが有効である。

アルコール関連問題の治療

アルコール問題は依存状態や臓器障害な
どの医学的領域ばかりでなく，社会的にも
大きな影響を及ぼす重大な問題である。わ
が国でのアルコール依存症の一般的な定義
としては，「常習飲酒の結果，自らの飲酒行
動を制御不能となった状態」とされる。

アルコール依存症患者の特徴の一つに，
自らが依存状態にあることを認めたがらな
い否認という心理規制が色濃く存在する。
治療は原則的にこの否認と言われる現象を
打破するところから始まり，次いで治療プ
ログラムの具体的な選択となる。その際，
個人の状況や希望を勘案し，短期か長期か，
個人療法的アプローチか集団療法的アプ
ローチか，身体的な臓器障害の評価と見通し，
抗酒薬による薬物療法の可否を検討する。

さらには，家族とのかかわりと期待しう
る役割，職場の理解と支援や受け入れ態勢，
福祉・行政的なかかわりと援助の在り方な
どについても十分に考慮しておくことが望
ましい。

生きがい療法

生きがい療法は主としてガン患者を対象
とした心身医学的療法であり，1)自分が
主治医のつもりで，病気や困難に対処して
ゆくこと 2) 今日一日の生きる目標に取り
組むこと 3) 人の役に立つことを実行する
こと 4) 不安・死の恐怖はそのままに，今
できる最善を尽くすこと 5) 死を自然界の
事実として理解し，今できる建設的準備を
しておくこと の5つの指針を中心とした
心理教育的な治療法である。

がん闘病中の人が生きがい療法を活用し
た場合，不安・死の恐怖への対処が上手に
なるといった心理面での効果，日々生きる
目標をしっかりと実行できるようになるとい
った生きがい効果，そして生物学的効果の
3つの効果がある。

また，笑うことによって，さらにイメー
ジ・トレーニングによって，がんに対する
抵抗力の指標とされるナチュラル・キラー
細胞の活性が高くなることが明らかになっ
た。今後がん治療中の人々にこうした心理
療法が行なわれれば，QOLのみでなく治療
効果をも高める可能性が示唆される。

スピリチュアルケア

人々は現代のような合理性や科学性を重
視する時代になっても，心の底には人間の
限界を感じ，人間を超えたものに頼ろうと
する宗教感覚を持っている。これは既存の
宗教を持っていない人にも及んでおり，宗
教的ニーズとは呼べないが，スピリチュ
アルなニーズ（霊的必要，魂の飢え渴き）と

言える。スピリチュアルなニーズが満たされないとき、人は心の病を患い、心身症を発症すると考える。スピリチュアルケアでは、治療者は患者の言葉に傾聴しながら魂の動きに注意し、スピリチュアルな苦痛に注目する。

スピリチュアルケアは一つの治療の道である。それは自分の生命、存在、生き方、人間関係、価値観を絶対的他人の視点から見直す作業である。また深く自分を究めて、究極的自己に出会う作業である。スピリチュアルケアは自己認識を変える一つの方法であり、精神疾患や心身症の治療への可能性を持っている。

D. 考察

本研究では、雑誌「心療内科」に総説論文が掲載された全 43 種の精神療法的治療法を、①精神療法の基本、②力動的療法、③認知行動療法、④人間性心理学、⑤リラクゼーション法、⑥東洋的療法、⑦芸術療法、⑧生活環境を介した療法、⑨専門領域別療法、にグループ分けし、それぞれの治療法の説明の要約を作成した。

わが国では多彩な精神療法的治療法が用いられているが、中では人間性心理学、認知行動療法のグループに属するものが多かった。しかし、例えば、催眠療法、対人関係療法、PRISMなどを人間性心理学のグループに入れてよいかどうかなど、本研究のグループ分けには不明確な点も残る。催眠療法はリラクゼーション法などのグループにも含めうるし、対人関係療法は力動的精

神療法のグループの方が適切かも知れず、PRISMに関しては現時点では評価法と位置づけた方がよいかもしれない。人間性心理学とは、精神分析（力動的療法）、行動主義（認知行動療法）の2大潮流に対する第3の流れとして現れてきた、主体性・創造性・自己実現といった人間の肯定的側面を強調する心理学の一群の潮流のことである。しかし、本研究でのグループ分けとしては、「クライアントの成長する力を前提にして、限られた時間での治療効果を最大にすべく、理論的には比較的自由的な立場で考案された」といった共通項を持つ精神療法的治療法と表現した方がよいかもしれない。

以上のように、方法論的な問題はあるが、今回の作業で、本年度の目的であった、「わが国で用いられている多彩な精神療法的治療法の概観をする」ということは、それなりに達成できたものと考えられる。そして、これだけ多くの精神療法的治療法が臨床の現場で用いられているとしても、治療効果研究のエビデンスに基いて活用されているものはそれほど多くはないものを予想される。次の段階としては、それぞれの治療法の適用範囲や治療効果のエビデンスに関して検討をする必要がある。

E. 結論

本年度は、わが国で用いられている43種類の精神療法的治療法に関する概観を行った。次年度は、それぞれの治療法の適用範

困や治療効果に関わるエビデンスの量や質
に関しての概観を行う予定である。

F. 健康危険情報

無し

G. 研究発表

1. 論文発表

無し

2. 学会発表

無し

H. 参考文献

- 1) 末松弘行：一般心理療法. 心療内科, 1 : 163-166, 1997
- 2) 佐々木雄二：自律訓練法. 心療内科, 1 : 204-247, 1997
- 3) 新里里春：心身症への交流分析の適用. 心療内科, 1 : 336-344, 1997
- 4) 渡邊克己：行動療法. 心療内科, 2 : 71-74, 1998
- 5) 井上和臣：心身症の治療. 心療内科, 2 : 234-239, 1998
- 6) 伊藤克人：森田療法. 心療内科, 2 : 319-322, 1998
- 7) 中久喜雅文：力動的的精神療法. 心療内科, 2 : 404-409, 1998
- 8) 町田英世, 中井吉英：家族療法. 心療内科, 2 : 460-464, 1998
- 9) 斉藤巖：バイオフィードバック療法. 心療内科, 3 : 35-40, 1999
- 10) 水島広子：対人関係療法. 心療内科, 3 : 112-116, 1999
- 11) 片岡ちなつ, 中村延江, 村上正人：箱庭療法. 心療内科, 3 : 190-196, 1999
- 12) 狩野力八郎：集団療法の基礎—治癒要因・集団療法・技法—. 心療内科, 3, 1999
- 13) 細谷紀江：コラージュ療法. 心療内科, 3 : 344-351, 1999
- 14) 大林正博：フォーカシング療法. 心療内科, 3 : 423-428, 1999
- 15) 福土審：絶食療法. 心療内科, 4 : 43-46, 2000
- 16) 牧野真理子：音楽療法. 心療内科, 4 : 131-137, 2000
- 17) 永田勝太郎：バリント療法. 心療内科, 4 : 207-210, 2000
- 18) 長谷川啓三, 若島孔文, 小崎武：ブリーフサイコセラピー. 心療内科, 4 : 278-284, 2000
- 19) 喜多等：内観療法. 心療内科, 4 : 359-357, 2000
- 20) 根建金男, 伊藤義徳：認知行動療法—ストレス免疫訓練. 心療内科, 4 : 439-447, 2000
- 21) 伊丹仁朗：生きがい療法. 心療内科, 5 : 28-33, 2001
- 22) 阿岸祐幸：温泉療法. 心療内科, 5 : 104-114, 2001
- 23) 加藤直子, 一条智康, 森下勇, 山岡昌之：再養育療法. 心療内科, 5 : 174-178, 2001
- 24) 伊藤絵美：問題解決療法. 心療内科, 5 : 256-260, 2001
- 25) 飯森洋史, 石塚龍夫, 長谷川明弘：催眠療法. 心療内科, 5 : 336-341, 2001

- 26) 徳田良仁, 藤原茂樹: 絵画療法. 心療内科, 5 : 405-413, 2001
- 27) 田村宏: 俳句・連句療法. 心療内科, 6 (1) : 33-38, 2002
- 28) 菅沼憲治, 牧田光代: 主張訓練法. 心療内科, 6 (2) : 121-126, 2002
- 29) 秋田巖: ユング派の「技法」. 心療内科, 6 (3) : 202-205, 2002
- 30) 新山雅美: アニマル・セラピー. 心療内科, 6 (4) : 279-285, 2002
- 31) 白倉克之: アルコール関連問題の実態とその治療の概要. 心療内科, 6 (5) : 336-372, 2002
- 32) 阿部輝夫: セックス・セラピー. 心療内科, 6 (6) : 466-470, 2002
- 33) 富岡光直, 荒木登茂子, 早川洋, 久保千春: P R I S M. 心療内科, 7(1) : 40-46, 2003
- 34) 杉田峰康: ゲシュタルト療法. 心療内科, 7(2) : 133-137, 2003
- 35) 白井幸子: NLP (神経言語プログラミング). 心療内科, 7(3) : 223-232, 2003
- 36) 窪寺俊之: スピリチュアルケアの視点から. 心療内科, 7(5) : 397-402, 2003
- 37) 松原秀樹: 筋弛緩法. 心療内科, 8(2) : 126-131, 2004
- 38) 堀越勝: カウンセリング. 心療内科, 8(3) : 189-194, 2004
- 39) 相原由花, 竹林直紀, 中井吉英, 黒丸尊治: アロマセラピー. 心療内科, 8 (5) : 347-353, 2004
- 40) 安西信雄: S S T (Social Skills Training). 心療内科, 8 (6) : 411-415, 2004
- 41) 市井雅哉: EMDR (眼球運動による脱感作と再処理法) による P T S D の治療—未解決記憶の解決. 心療内科, 9(1) : 35-42, 2005
- 42) 古川壽亮, 中野有美, 李聖英, 小川成: CBASP: 慢性うつ病の精神療法. 心療内科, 9(2) : 129-136, 2005
- 43) 横山章光: ロボットセラピー. 心療内科, 9(3) : 213-217, 2005

表1 本研究で取り上げた精神療法的治療法とそのグループ化

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【精神療法の基本】 一般心理療法 カウンセリング</p> | <p>【リラクゼーション法】 自律訓練法 筋弛緩法 アロマセラピー</p> |
| <p>【力動的的精神療法】 力動的的精神療法 バリント療法 ユング派の技法 箱庭療法 集団療法</p> | <p>【東洋的治療法】 森田療法 絶食療法 内観療法</p> |
| <p>【認知行動療法】 行動療法 認知療法 ストレス免疫訓練 主張訓練法 問題解決療法 SST(Social Skills Training) バイオフィードバック療法</p> | <p>【芸術療法】 絵画療法 コラージュ療法 音楽療法 俳句・連句療法</p> |
| <p>【人間性心理学】 交流分析 ゲシュタルト療法 家族療法 催眠療法 NLP(神経言語プログラミング) フォーカシング療法 ブリーフサイコセラピー 対人関係療法 EMDR PRISM</p> | <p>【生活環境を介した治療法】 温泉療法 アニマル・セラピー ロボットセラピー</p> |
| | <p>【専門領域別治療法】 CBASP 再養育療法 セックス・セラピー アルコール関連問題の治療 生きがい療法 スピリチュアルケア</p> |

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」

分担研究報告書

「本邦における精神療法の実施状況に関する研究」

分担研究者：藤澤大介（桜ヶ丘記念病院精神科）

研究協力者：

中川敦夫（米国コロンビア大学精神科）、佐渡充洋（英国ロンドン大学公衆衛生大学院）

坂本真士（日本大学文学部助教授）、山内慶太（慶應義塾大学看護医療学部教授）

宗未来（久里浜アルコール症センター） 菊地俊暁（桜ヶ丘記念病院）

（所属機関は平成 18 年 3 月現在）

研究要旨

本邦で施行されている精神療法の現況とニーズについて、47 都道府県の精神科医療機関計 2949 箇所調査票を送付し、586 件（回答率 20.3%）より回答を得て調査を行った。簡易精神療法と支持的精神療法が 80%以上、認知行動療法が 50%以上、精神力動的な精神療法、社会技能訓練（SST）、行動療法が 40%以上の施設で実施されていた。しかし、患者数をベースとした施行率に関しては、精神病性障害、気分障害、不安障害いずれに対しても、50%以上の患者に支持的な精神療法以外の精神療法を提供できている施設は 10%～20%未満であり、患者ひとりひとりに対して十分な精神療法の十分な供給ができていないことが示された。精神療法の実施が十分であると回答した施設は 28%にすぎず、37%の施設が不十分であると回答した。国公立の施設、市中総合病院、単科精神科病院において、精神療法の実施が「不十分」と認識する比率が高かった。

今後充実させたいと考えられている精神療法は、多い順に認知行動療法、支持的な精神療法、社会技能訓練であった。精神療法の実施が十分でない理由には、「時間がとれない」「実施に見合うだけの診療報酬がない」「十分な力量をもったスタッフがいない」「精神療法の実施が（医療保険上）医師のみに限定されている」があった。

この問題を克服するためには、医師以外の医療従事者が精神療法を提供するための技量と制度の裏付けを持てるようにすることが重要であること、診療報酬の対象を現行の標準型精神分析療法（これは、本研究における精神力動的な精神療法にほぼ対応すると考えられる）以外に拡充すること（特に、認知行動療法、行動療法）が必要と考えられた。また、低コストで施行が容易な読書療法（selfhelp）の認知度・施行度が著しく低く、今後の普及・啓発が重要と考えられた。

A. 研究目的

本邦における精神療法の施行の現況とニーズについて調査する。命題は①本邦においてはどのような精神療法が施行されているか、②それぞれの精神療法の施行頻度、形態はなに

か、③精神療法の実施における問題点とニーズはなにか、である。

B. 研究方法

1) 調査票の作成

〈調査対象となる精神療法の選定〉

調査を開始するにあたって、調査対象となる精神療法を選定した。選定の対象には、①有効性が確立された精神療法、②十分なエビデンスはないが本邦において比較的広く行われていると考えられる精神療法、の双方を網羅する必要があると考えられた。①有効性が確立された精神療法については、海外の各治療ガイドラインを参照したが、そのなかでも、治療コストにも十分な配慮がなされている英国 National Institute of Health and Clinical Excellence(NICE)のガイドライン 1)に記載されている精神療法を対象に選んだ。②十分なエビデンスはないが本邦において比較的広く行われていると考えられる精神療法については、「精神療法／心理療法」「実施」「現状」「施行」「頻度」を検索用語として医学中央雑誌によって国内の文献検索を行ったが、本研究の目的に合致する文献は一件のみ(文献2)であり、ここに収録されている精神療法を対象とした。それ以外に存在する可能性のある精神療法は、調査票に「その他()」の項目をもうけて、具体的に記入できるようにした。

〈調査項目の選定〉

それぞれの精神療法の施行状況につき、①主に医師により施行、②主に医師の指導のもとで心理士など医師以外の職種が施行(以下、“主に医師以外が施行”と略記)、③主に他施設に依頼して施行、④諸事情で施行していないが必要と感じている、⑤必要でない、にわけて回答をもとめた。また、対象を精神病性障害(ICD-10コードでF2に対応)、気分障害(ICD-10コードでF3に対応)、不安障害(パニック障害、PTSD など)にわけて、それぞれ、実施状況と患者数ベースでの施行比率についても調査項目に入れた。

さらに、現在の精神療法の実施状況についての認識(十分～十分でない)とニーズについての

項目も入れた。(資料)

2) 調査方法

全国社会資源名簿(文献3)にもとづき、精神科を有する全国の医療施設2949施設(病院:1869施設、診療所:1080施設)の診療部長(診療所では院長宛)に調査票(資料1)を切手つき返信用封筒を同封して郵送し、返送された結果を解析した。

3) 解析方法

Statcel2、SPSS ver.14にて解析を行った。

(倫理面への配慮)

疫学研究に関する倫理指針(平成14年文部科学省・厚生労働省告示第2号)を参照した。この研究は、各施設の実態に関するアンケート調査であり、患者への介入並びに個人情報を取り扱う研究ではないことから、特に倫理的問題は生じないと考えられた。

C. 研究結果

1) 調査対象施設

586施設から回答をえた。施設の内訳は、大学病院29、市中総合病院86、単科精神科病院:205、精神科診療所:225、不明・その他(介護老人保健施設、他科診療所に併設された精神科、など):41であった。宛先不明が60件(病院18:診療所:42)で、回答率は20.3%(精神科診療所21.7%、その他20.5%)であった。回答があった施設の背景を図1～6、表1～4に示した。

2) 精神療法の施行状況

それぞれの精神療法の施行状況につき、①主に医師により施行、②主に医師の指導のもとで心理士など医師以外の職種が施行、③主に他

施設に依頼して施行、④諸事情で施行していないが必要と感じている、⑤必要でない、にわけて回答をもとめたところ、施行状況は図7の通りとなった。実施率(①主に医師による実施と②主に医師の指導の下で他の職種が施行、を併せた率)は簡易精神療法、支持的精神療法が顕著に多く、ついで、認知行動療法、精神力動的な精神療法、社会技能訓練(SST)、行動療法が高く50%を超えていた。そのうち、医師による施行の割合は、簡易精神療法、支持的精神療法では高かったが、他は32.1%(認知行動療法)～41.4%(行動療法)が医師以外の職種に負っていた。社会技能訓練(SST)は96.7%が医師以外の職種によって施行されていた。

「その他」の自由回答欄に記載された精神療法のうち、全回答の1%以上をしめていた精神療法には心理教育、集団療法、回想法があった。その他の精神療法を表5に掲げた。

3) 疾患毎の施行状況

疾患毎の施行状況について、施設内での実施状況、患者数ベースで施行比率、のそれぞれについて調査した。

a) 精神病性障害

精神病性障害に対する精神療法の実施状況について図4に示した。支持的な精神療法は90%以上の施設で実施されていた。認知行動療法、家族療法、社会技能訓練、作業療法は約40%であった。上記以外の精神療法で全回答数の1%を超えるものは心理教育のみであった。デイケアを精神療法として掲げた回答も見られた。

認知行動療法、家族療法はそのうちの約30%が主に医師の指導のもとに他職種によって施行されており、社会技能訓練、作業療法は約90%が主に医師の指導のもとに他職種によって施行されていた。

患者数あたりの実施比率を図5に示した。認知行動療法と家族療法を50%以上の患者に提供している施設は20%未満であった。

b) 気分障害

気分障害に対する精神療法の実施状況について図6に示した。支持的な精神療法が約90%の施設において施行されており、ついで、認知行動療法(約50%)、精神力動的な精神療法(約40%)、行動療法(約30%)であった。家族療法、対人関係療法、問題解決技法の実施率約20%で、読書療法(selfhelp)の実施率は10%未満であった。上記以外の精神療法で全回答数の1%を超えるものはなかった。

認知行動療法、精神力動的な精神療法、行動療法は28.2%～31.4%が、医師の指導の下で医師以外の職種によって施行されていた。

患者数あたりの実施比率を図7に示した。支持的な精神療法以外の精神療法を50%以上の患者に提供している施設は10%未満であった。

c) 不安障害

不安障害に対する精神療法の実施状況を図8に示した。支持的な精神療法が約90%の施設において施行されており、ついで、認知行動療法(約50%)、精神力動的な精神療法と行動療法(約40%)であった。読書療法(selfhelp)、EMDRの実施率は10%未満であった。上記以外の精神療法では森田療法があった(10施設で回答。すべて主に医師によって施行)。

認知行動療法、精神力動的な精神療法、行動療法は30.0%～37.1%が、医師の指導の下で医師以外の職種によって施行されていた。

患者数あたりの実施比率を図9に示した。支持的な精神療法以外の精神療法を50%以上の患者に提供している施設は10%未満であった。

4) 精神療法の充足度

各施設における精神療法の実施状況を、「5. 十分である」から「1. 不十分である」の5段階のLinkert法にて調査した。解析の際は5ないし4と回答した場合を「十分」、1ないし2と回答した場合を「不十分」として解析を行った。結果概要を図10に示した。精神療法の実施が十分であると回答した施設は28%（十分である6%、どちらかというとは十分である22%）にすぎず、不十分であると回答した施設が37%（不十分である15%、どちらかというとは不十分である22%）であった。

充足度を地域、施設種類、施設母体（国立・公立・民間）の点から解析を行い、結果を図11～13に示した。国立施設と公立施設は、民間施設と比較して、「不十分」の率が高く、「十分」の率が低かった（ $p < 0.05$: χ^2 検定：図12）。施設種類ごとの比較では、市中総合病院、単科精神科病院が、精神科診療所と比較して「不十分」の率が高く、「十分」の率が低かった（ $p < 0.001$: χ^2 検定：図13）。

精神療法の実施が十分でない理由を複数回答可で尋ねたところ、図14に示すごとく、「精神療法を実施するための時間がとれない」が最も多く、ついで、「精神療法の実施に見合うだけの診療報酬がない」「精神療法を実施できるだけの十分な力量をもったスタッフがいない」「精神療法の実施が（医療保険上）医師のみに限定されていることが問題である」であった。「精神療法の有用性が証明されていない」を理由にあげたのは極めて少なく、有用性そのものは十分に認知されていると考えられた。

それぞれの理由と精神療法実施の充足度との相関を表6に示した。「精神療法の有用性が証明されていない」以外は、いずれの理由も充足度と相関関係を認めた。

5) 今後充実させたい精神療法

今後充実させたいと考えられている精神療法を図15に示した。認知行動療法が最も多く、続いて支持的精神療法、社会技能訓練（SST）の順であった。

6) その他

調査票の自由記述欄に記載された内容を、編集・大別して表7に掲げた。

D. 考察

本邦において実施されている精神療法は、支持的精神療法、簡易精神療法が突出して高かった。他の精神療法も施設形態をとわず実施されているが、患者数ベースでは、50%以上に認知行動療法、行動療法、精神力動的な精神療法などを提供できている施設は10%未満であり、実証された治療と施行状況には乖離があった。

本研究の限界として、それぞれの精神療法を明確に定義されておらず、施行されている精神療法の構造（時間・頻度・期間など）も調査されていないことがあげられる。臨床においては慣用的に簡易精神療法が支持的な精神療法とよばれることがあるが、このように、本研究における回答も、回答者がかならずしも標準化された治療法をイメージして回答していない可能性がある。また、診療録などの客観的データに基づいた報告ではないこと、があげられる。また、回答率が20%強と低かったことも限界の一つである。精神療法に関心のある施設／担当者が多く回答している可能性も考えられ、その場合は本邦全体における精神療法の実施率はさらに低い可能性がある。

E. 結論

本邦における精神療法の実施状況・ニーズについて調査した。簡易精神療法と支持的精

神療法の実施率が高かったが、認知行動療法、精神力動的療法、社会技能訓練(SST)、行動療法が40%~50%以上の施設で実施されていた。しかし、患者数をベースとした施行率に関しては、精神病性障害、気分障害、不安障害いずれに対しても、50%以上の患者に支持的療法以外の療法を提供できている施設は10%~20%未満であり、患者ひとりひとりに対して十分な療法の十分な供給ができていないことが示された。療法の実施が十分であると回答した施設は28%にすぎず、37%の施設が不十分であると回答した。国公立の施設、市中総合病院、単科精神科病院において、療法の実施が「不十分」と認識する比率が高かった。認知行動療法、支持的療法、社会技能訓練のニーズが高かった。療法の実施が十分でない理由には、「時間がとれない」「実施に見合うだけの診療報酬がない」「十分な力量をもったスタッフがいらない」「療法の実施が(医療保険上)医師のみに限定されている」があった。

以上を踏まえると、ほとんどの施設において療法の有用性は認識されているにもかかわらず、個々の患者に対して、実証性のある療法が十分に提供されているとはいえないと考えられた。この問題を克服するためには、医師以外の医療従事者が療法を提供するための技量と制度の裏付けを持てるようにすることが重要であること、診療報酬の対象を現行の標準型精神分析療法(これは、本研究における精神力動的療法にほぼ対応すると考えられる)以外に拡充すること(特に、認知行動療法、行動療法)が必要と考え

られた。また、低コストで施行が容易な読書療法(selfhelp)の認知度・施行度が著しく低く、今後の普及・啓発が重要と考えられた。そのための適切なテキストの作成・選定が必要である。Selfhelpに関しては、佐渡の文献4)にも報告されているように、パソコンソフトを利用した療法の有効性も海外ではすでに実証されており、書籍以外の媒体での施行も検討の必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

発表・投稿準備中

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

<参考文献>

- 1) National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guidelines (Schizophrenia, depressive disorders, obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder, post-traumatic stress disorder, eating disorder), 2004. (<http://www.nice.org.uk/>)
- 2) 杉若弘子, 武島あゆみ, 西村良二. わが国における療法の現状と考察. 療法 18(3), 248-255, 1992
- 3) 精神障害者社会復帰促進センター編. 全国社会資源名簿(2002→2004). 財団法人全国精神障害者家族連合会, 2002. 東京
- 4) 佐渡充洋. イギリスでの療法事情. (本報告書別章)
- 5) Crits-Christoph P, Frank E, Chabmess D, et al. Training in empirically validated treatments: What are clinical psychology students learning? Professional Psychol, 25(5), 514-522, 1995
- 6) 第101回日本精神神経学会総会: シンポジウム: 「療法のこれから(課題と展望)」

表1. 調査対象施設の概要

| | | | 国立・公立・民間 | | | | | 合計 |
|-------|-----------|--------|----------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | | | 国立 | 公立 | 民間 | その他 | 不明 | |
| 施設の種類 | 大学病院 | 度数 | 15 | 7 | 6 | 1 | | 29 |
| | | 比率 | 41.7% | 12.5% | 1.4% | 1.6% | | 4.9% |
| | 市中総合病院精神科 | 度数 | 13 | 32 | 36 | 4 | 1 | 86 |
| | | 比率 | 36.1% | 57.1% | 8.6% | 6.3% | 10.0% | 14.7% |
| | 単科精神科病院 | 度数 | 4 | 13 | 180 | 2 | 6 | 205 |
| | | 比率 | 11.1% | 23.2% | 42.9% | 3.1% | 60.0% | 35.0% |
| | 精神科診療所 | 度数 | | | 172 | 53 | | 225 |
| | | 比率 | | | 41.0% | 82.8% | | 38.4% |
| | その他 | 度数 | 4 | 4 | 26 | 4 | 3 | 41 |
| | | 比率 | 11.1% | 7.1% | 6.2% | 6.3% | 30.0% | 7.0% |
| 合計 | 度数 | 36 | 56 | 420 | 64 | 10 | 586 | |
| | 比率 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

図1. 精神科医師数（常勤）

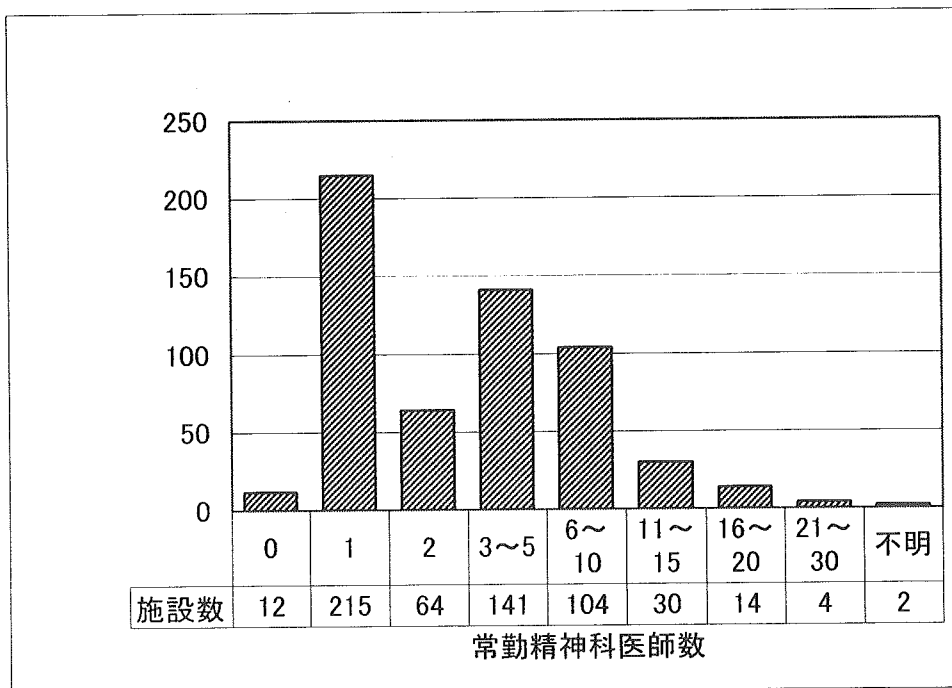


図2. 医療心理技術者数（常勤）

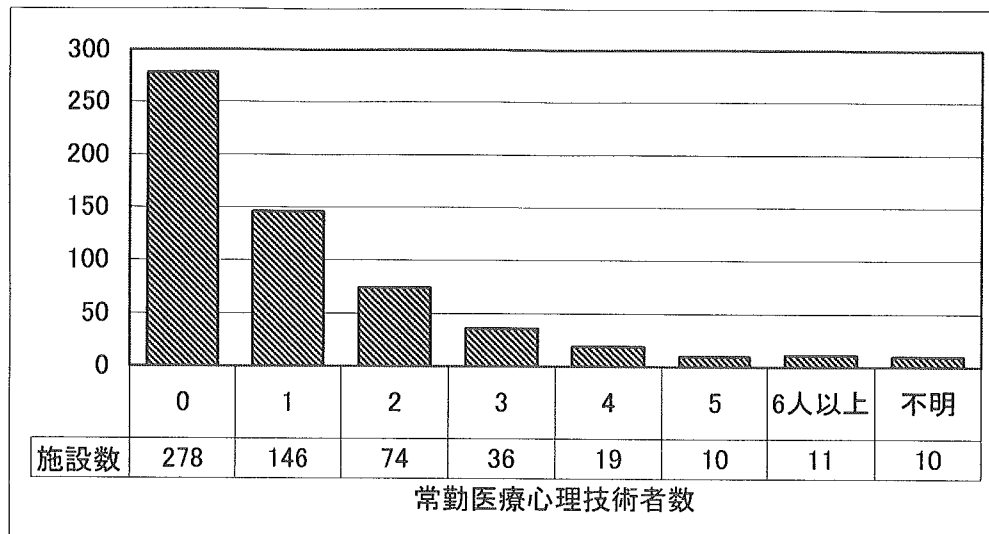


表2. 病床数

| | 無床 | 1~19床 | 20~99床 | 100~299床 | 300~499床 | 500床以上 | 不明 | 合計 |
|-------|------|-------|--------|----------|----------|--------|-----|-------|
| 度数 | 245 | 6 | 61 | 166 | 70 | 34 | 4 | 586 |
| パーセント | 41.8 | 1.0 | 10.4 | 28.3 | 11.9 | 5.8 | 0.7 | 100.0 |

表3. 外来患者数（一日あたり）

| | 1~19人 | 20~49人 | 50~99人 | 100~199人 | 200~299人 | 300人以上 | 不明 | 合計 |
|-------|-------|--------|--------|----------|----------|--------|-----|-------|
| 度数 | 73 | 194 | 205 | 87 | 15 | 5 | 9 | 586 |
| パーセント | 12.5 | 33.1 | 35.0 | 14.8 | 2.6 | .9 | 1.2 | 100.0 |

表4. 外来新患者数（1か月あたり）

| | 1~19人 | 20~49人 | 50~99人 | 100~199人 | 200~299人 | 300人以上 | 不明 | 合計 |
|-------|-------|--------|--------|----------|----------|--------|-----|-------|
| 度数 | 220 | 209 | 103 | 24 | 10 | 14 | 6 | 586 |
| パーセント | 37.5 | 35.7 | 17.6 | 4.1 | 1.7 | 2.4 | 1.0 | 100.0 |

図3. 各精神療法の施行状況

