

IPSRTの2年後 (22) 2005	RCT	双極I型障害 の 急性期患者 男女 175名	急性期、 維持期そ れぞれに おける二 重の無作 為振り分 け。集中 臨床マネ ジメント (ICM)と 比較。	最初の安定までの時間は IPT と ICM で異ならなかったが、急性期に IPSRT を受けた患者は、維持期の治療にかかわらず、エピソード再発までの期間が有意に長かった。IPSRT の患者の方が急性期の治療終了時に社会リズムが有意に規則正しかった。急性期に社会リズムを規則正しくすることは、維持期に再発を防止することと有意に関連していた。
---------------------------	-----	------------------------------------	---	---

表9 摂食障害

テーマ 文献番号 発表年	研究デザイン	対象数	比較対象	結果・結論
神経性大食症の 6年予後 (23) 1995	RCT	神経性大食 症患者 89名	CBT 行動療法 (BT)	治療終了時の寛解率は CBT>BT >IPT であったが、12ヶ月後には CBT>IPT>BT となり、6年後には IPT(約70%)>CBT(約60%)>BT(約20%)となった。
むちゃ食い障害 に対するグルー プIPTの効果 (24) 2002	RCT	むちゃ食い障 害の 肥満男女 162名	グループ CBT	治療終了時、1年後のフォローアップのどちらにおいても、むちゃ食いからの回復効果はIPTとCBTで同等。

表10 不安障害

テーマ 文献番号 発表年	研究デザイン	対象数	比較対象	結果・結論
PTSD (25) 2005	オープン 研究	慢性PTSD 男女 14名	-	14週間の IPT 終了後には、14名中12名がPTSDの診断を満たさず、69%が反応し、36%が寛解した。13名で、PTSDの3つの症状群

				のすべてにおいて症状が減少した。抑うつ症状、怒り反応、対人関係機能もまた改善した。
パニック障害 (26) 2006	オープン 研究	パニック障害 の男女 12名	-	14週間の IPT 終了時には、9名(75%)が反応していた。パニック症状、随伴する不安と抑うつ症状に大きな改善が見られた。改善度は CBT のように確立された治療によるものに近かった。

D. 考察

1. エビデンスの強さ

現在までに行われてきた研究からは、大うつ病性障害の急性期治療としては、効果が確立していると言える。IPT はすでに米国精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) の治療ガイドラインでも大うつ病性障害に対する有効な治療法として位置づけられているが、このエビデンスを反映したものである。また、維持治療としての効果も有意である。維持治療のように頻度の低いものであっても、その焦点化度によって効果が大きく異なるという結果は IPT の特異的な効果を示唆するものである。対象別でも、思春期のうつ病に対しては、その効果が確認されていると言って良いレベルである。高齢者に対する IPT の効果は、特に70歳以上においてはまだ一定しない段階である。認知症との関連から、対象をさらに精査していく必要がある。最近では、介護者の関わりも含めた、認知障害を持った高齢者に対する IPT も開発されつつある (未出版)。

気分変調性障害に対しては、今まで行われてきた研究デザインが不十分であったこ

ともあり、未だに効果の十分なエビデンスが得られていない。

双極性障害に対する IPSRT も注目に値する強いエビデンスを有している。

また、摂食障害に対しても、特に神経性大食症とむちゃ食い障害 (IPT-G) に対しては、効果のエビデンスが十分にあると言って良い。

不安障害は、全体に、まだパイロット研究段階にあるが、有望である。

2. IPT が特に向いている対象

うつ病の中でも、薬物療法が忌避される産前・産後のうつ病には精神療法が第一選択となるが、IPT の治療焦点はこの時期のテーマと適合するため、すでに広く用いられている。維持治療によって2年間再発が防がれるというデータは、1人の子どもを妊娠して授乳する期間に足りるもので、反復性うつ病の女性にとっては朗報である。

さらに、パイロット研究ではあるが、IPT 的なグループを4回行うことでハイリスク群の産後うつ病が予防されるという結果も、妊産婦保健の分野での応用範囲が広いと考えられる。

また、HIV 抗体陽性の診断など、深刻な

病の診断を受けることも、IPTの「役割の変化」のモデルで扱っていくことができ、心理教育的にも意味をなすものである。身体疾患の併存のために抗うつ薬を使用できないケースにも適用することができる。

思春期のうつ病に対しても、抗うつ薬の評価が確立していないため、精神療法を第一選択に考える臨床家も多い。思春期のテーマはIPTに適合しており、短期で柔軟なスケジューリングも思春期の特徴に合っている。IPT-Aでは、思春期の「病者の役割」を限定的にとらえ、通学をできるだけ奨励する。このことが、思春期の発達上のさらなるハンディキャップを招かずにすむ利点は大きい。

高齢期にもIPTの焦点となるテーマは多いため、薬物療法を用いにくいケースなどではIPTを積極的に用いることができるだろう。

IPTの可能性として、他に、夫婦同席面接（IPT-CM）の形がある。全てを夫婦同席で行うこともできるし、部分的に同席させることも可能であるが、夫婦不和が問題領域である患者にとっては有用な手段である。エビデンスは未だにパイロット段階であり、これからさらに検証されていくだろう。

双極性障害に対するIPSRTも、再発防止効果が有意であり、普及させる価値は高い。

摂食障害は、精神療法が第一選択となるため、IPTの適用が強く推奨される。このため、次年度は神経性大食症に対するIPTの効果判定研究を行う予定である。

不安障害については、まだパイロット研究段階であるが、症例報告レベルではIPTに特異的な効果が報告されている。特にP

TSDにおいては、外傷体験の前後で身近な人間関係の質が変わることに悩む患者は多い。現在標準的な行動療法的アプローチのみではカバーしきれない領域にIPTが働きかけることが知られている。IPTによって身近な人間関係に安心感を獲得した患者は、指示されなくても自らトラウマに曝露する傾向があることが示されている。

3. 他の文化圏への適用

他国で開発された精神療法を導入する際には、その適否を文化という観点から考える必要がある。IPTは米国で開発された精神療法であり、対人関係という文化的な影響の強い領域に焦点を当てるものであるため、導入に当たって当然文化的なことを考える必要がある。

IPTは、他の文化圏への適用に成功してきた精神療法である。米国内でも、アフリカ系やヒスパニックの人たちに効果を示してきたが、特に目を引くのはウガンダ、エチオピアといったアフリカの国々における活用である。ウガンダにおけるIPT-Gの適用についてはBoltonら(27)が発表しているが、大うつ病あるいは診断基準を満たさないうつ病男女341名を対象に、IPT-Gと無介入の対照群を比較したRCTを行ったところ、抑うつ症状の重症度、機能不全、大うつ病の診断を満たす割合ともに、IPT群の方が対照群に比べて有意に($P<.001$)低下した。治療意欲の影響を除いても結果はなお有意であった。この研究では、地元の非メンタルヘルス専門家をトレーニングしてグループライダーにしており、他の文化圏にIPTを適用するときのガイドラインがよく示されている。

IPT を他の文化圏に適用するときのガイドラインは、以下の通りである。

(1) いかなる適用においても、その文化になじんでいる人がチームに入ってサポートしなければならない。

(2) 治療する障害の症状がどのような臨床像を呈しているか、その文化においてどのように解釈されているかを理解することが重要である。

(3) 患者の文化ではどのような介入が受け入れられるのかを知ることは極めて重要である。米国の主流文化では適切だと思われるものでも、他の文化では鈍感で無礼であるとみなされるかもしれない。

(4) IPT の問題領域と、変化や解決のために用いる技法とを区別することは有用である。前者はうつ病のきっかけとして普遍的なものであると言えるが、後者は文化との結びつきが強いものである。

IPT を多様な文化圏に適用することの容易さは、IPT の問題領域(「悲哀」「対人関係上の役割をめぐる不和」「役割の変化」など)が、文化圏を超えた、本質的で普遍的なものであることを反映していると考えられる。

ウガンダにおいては、IPT の4つ目の問題領域である「対人関係の欠如」が、該当する人がいないということで割愛された。ウガンダに比べると現代日本はよほど米国文化に近いものであり、日本での今までの臨床経験からは、米国のマニュアルを文化面から修正する必要は特に感じていない。むしろコミュニケーションが全般に曖昧で抑制された日本には適した治療法であると感じている。日本人向けの修正の必要性に

ついては、今後、効果判定研究の中で明らかにされていくことだろう。

4. 認知行動療法 (CBT) との使い分け

同じくエビデンス・ベーストな精神療法である認知行動療法 (CBT) とは、対象、治療者の姿勢など、共通点も多い。NIMH 研究からは、重度のうつ病患者には IPT の方が適していることが示唆されるが、今後の課題としては、どのような患者に IPT が適しているか、どのような患者に CBT が適しているか、という判別があるだろう。このテーマのエビデンスはまだほとんどないといいが、一つの参考になるのは、Barber ら(28)の研究である。これはNIMH 研究のデータを再検討したものであるが、治療を完了した対象では、IPT は CBT よりも強迫性パーソナリティ障害の患者に有効であり、CBT は回避性パーソナリティ障害の患者に対して結果が良好であることが示された。これは確立された所見ではないが、ライフイベントと感情の関連に注目していく IPT では「対人関係の欠如」が最も治療しにくい領域だとされており、回避性パーソナリティ障害の患者がこの問題領域を持っている可能性は高いため、さらなる研究を行う価値はあると思われる。

5. トレーニング

IPT は臨床研究の中で発展した精神療法であり、トレーニングも研究目的で行われてきたため大変ハードルの高いものだった。具体的には、トレーニングを受ける前提条件として、M.D.、Ph.D.、M.S.W.、R.N.などの資格を持ち、最低2年間の精神療法経験があり、うつ病やその他対象疾患の患者

の治療経験があることが必要であり、トレーニングの内容は、IPT マニュアルを読むこと、セミナー（40時間）に参加すること、録画した症例2症例（理想的には3症例）について熟練したIPT治療者のスーパービジョンを毎週受けること、となっている。

このような研究向けのトレーニング基準は一般臨床家には非現実的なものであるため、臨床目的にはスーパービジョンは月1回のグループスーパービジョンが提案されている。精神療法の基礎的なトレーニング（患者の話を聴き方、患者との話し方、共感と温かさの表現、自分自身の反応や意見の抑制、問題のフォーミュレーション、治療同盟の維持、守秘義務の限界の理解、職業的な境界と倫理など）を受けていれば、IPTは比較的容易に習得できることが知られている。熟練した精神療法家であれば、一つの症例のスーパービジョンを受けただけでもレベルの高いIPTが行えるようになることが示されており(29)、今後IPTを普及させるに当たっては、戦略的にスーパービジョンのシステムを整備することが必要となる。

6. 医療経済的視点

IPTは期間限定治療であり、米国の厳しいマネジドケアの中でも生き残っている治療法である。維持治療においても期間は限定されており、最初からトータルのコストを計算できる点は優れている。

また、非メンタルヘルス専門家によるIPC、グループ療法であるIPT-Gも開発されており、医療経済的には大変可能性を持った精神療法である。IPCについては、プ

ライマリケア領域の軽度のうつを扱っていくことで、不必要な身体的医療費を抑制し、うつの重症化も抑制できれば、医療コストを結果として抑える効果も期待できる。

Zlotnickら(14)のパイロット研究からは、わずか4回のIPT的なグループが産後うつ病の発症を予防する効果が示されており、産後うつ病が母子保健に及ぼす深刻な影響を考えれば費用対効果に大変優れた介入であると言える。

E. 結論

国際的なエビデンスからは、IPTはすでに日本人に対して適用することが妥当な段階にあると考えられる。少なくとも、大うつ病性障害（急性期、維持期）と摂食障害（神経性大食症、むちゃ食い障害）については標準的な治療法として考慮に入れる必要がある。医療費抑制とメンタルヘルスが共に大きな課題である現代日本には大変適合した治療法であると言える。

本年度の文献的考察に基づき、次年度は、精神療法が第一選択となる神経性大食症に対しての日本語版治療マニュアルを作成し、効果判定のためのパイロット研究を行う。

F. 健康危険情報 該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表

水島広子

対人関係療法（IPT）

Modern Physician 27(6), 837-840, 2007

水島広子

「キレル」子どもとコミュニケーション

教育と医学 55(9), 62-69, 2007

水島広子

共感と教育

臨床精神医学 36(11), 1401-1405, 2007

2. 学会発表

教育講演「摂食障害の対人関係療法」

第3回摂食障害学会 2007年10月20日

京都

教育講演「対人関係療法—基礎および認知療法との共通点・相違点—」

第7回認知療法学会 2007年10月23日

東京

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

参考文献

1. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York: Basic Books; 2000. (水島広子訳、対人関係療法総合ガイド、岩崎学術出版社、近刊)
2. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York: Oxford University Press; 2007. (水島広子訳、臨床家のための対人関係療法クイックガイド、創元社、2008年)
3. Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents - 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.

4. Hinrichsen GA, Clougherty KF. Interpersonal Psychotherapy for Depressed Older Adults. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
5. Frank E. Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy. New York: Guilford Press; 2005.
6. Wilfley DE, MacKenzie KR, Welch RR, Ayres VE, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy for Group. New York: Basic Books; 2000.
7. DiMascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Neu C, Zwilling M, Klerman GL. Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. Arch Gen Psychiatry. 1979 Dec;36(13):1450-6.
8. Weissman MM, Prusoff BA, DiMascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Am J Psychiatry. 1979 Apr;136(4B):555-8.
9. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry. 1989 Nov;46(11):971-82; discussion 83.
10. Frank E, Kupfer DJ, Buysse DJ, Swartz HA, Pilkonis PA, Houck PR, et al. Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with

- recurrent depression. *Am J Psychiatry*. 2007 May;164(5):761-7.
11. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Dec;48(12):1053-9.
 12. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry*. 2003 Mar;160(3):555-62.
 13. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Nov;57(11):1039-45.
 14. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry*. 2001 Apr;158(4):638-40.
 15. Neugebauer R, Kline J, Bleiberg K, Baxi L, Markowitz JC, Rosing M, et al. Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depress Anxiety*. 2007;24(3):219-22.
 16. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jun;61(6):577-84.
 17. Rossello J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 1999 Oct;67(5):734-45.
 18. Reynolds CF, 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA*. 1999 Jan 6;281(1):39-45.
 19. Reynolds CF, 3rd, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med*. 2006 Mar 16;354(11):1130-8.
 20. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, Spielman LA, Jacobsberg LB, Frances AJ, et al. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 May;55(5):452-7.
 21. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, 3rd, Katz, II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Mar 3;291(9):1081-91.
 22. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with

- bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Sep;62(9):996-1004.
23. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Apr;52(4):304-12.
24. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Aug;59(8):713-21.
25. Bleiberg KL, Markowitz JC. A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):181-3.
26. Lipsitz JD, Gur M, Miller NL, Forand N, Vermes D, Fyer AJ. An open pilot study of interpersonal psychotherapy for panic disorder (IPT-PD). *J Nerv Ment Dis*. 2006 Jun;194(6):440-5.
27. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3117-24.
28. Barber JP, Muenz LR. The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol*. 1996 Oct;64(5):951-8.
29. Rounsaville BJ, Chevron ES, Weissman MM, Prusoff BA, Frank E. Training therapists to perform interpersonal psychotherapy in clinical trials. *Compr Psychiatry*. 1986 Jul-Aug;27(4):364-71.

通院精神療法に関する研究

精神療法の実施方法と有効性に関する研究
(課題名) 保険診療における「通院精神療法」請求の実態

分担研究者 (氏名 池上クリニック 池上秀明)

研究要旨

医科診療報酬点数表（2006年4月～2008年3月）に規定されている点数項目である「I002 通院精神療法」は、精神科外来における精神科専門療法に費やされる医療費の8割以上を占める最も代表的な請求項目である。本研究は、どのような請求傷病名の下でどの程度の頻度で「通院精神療法」が請求されているのか、そして医療機関種別でどのような相違があるのか等の詳細な請求実態を、支払基金に請求された診療報酬明細書（以下レセプトと略記）を調査することによって明らかにするものである。

A. 研究目的

1990年診療報酬改定で登場した「通院精神療法」は、今日までほとんど変わらぬ算定要件下で、精神科外来のさまざまな精神疾患に対する精神科医の基本的な治療技術料として幅広く保険請求されてきた。しかし、近年の薬物療法の進展の一方で、認知療法等の精神療法分野での分化充実の趨勢は明らかであり、現在の「通院精神療法」の点数設定のあり方が、今後の精神科医の技術料設定のあり方として妥当であるのかについて検討する必要がある時期にきていると考えられる。本研究の目的は、その検討のための前提として必須である「通院精神療法（再診時）」の保険請求の実態を調査し、まず現在の点数設定における問題点を抽出し考察することである。

B. 研究方法

神奈川県社会保険診療報酬支払基金で平成

19年9月から11月までの3ヶ月間において精神科一次審査を受けた医療機関のうち画面審査の対象である22医療機関（大学付属病院8医療機関、旧総合病院6医療機関、精神科病院1医療機関、精神科診療所7医療機関）の外来レセプトのそれぞれ1ヶ月分を調査対象とする。レセプト件数の内訳は大学付属病院が7,647件（1医療機関平均955.9件）、その他の病院が1,949件（平均278.4件）、精神科診療所が1,545件（平均220.7件）であり、対象レセプト総数は11,141件であった。また、画面審査対象医療機関のみを調査した理由は、約1週間という短い一次審査の審査期間中に迅速にデータ収集を遂行しなければならないという制約の中では、コンピューター処理できるレセプトデータでなければ調査を完了することが不可能であるという事情による。

（倫理面への配慮）以上の調査研究は、社会保険診療報酬支払基金法第20条および社会保険診療報酬支払基金定款第17条に抵触しない範囲、すなわ

ち患者の個人情報および医療機関の個別の情報が特定できない範囲で行われた。

C. 研究結果

(1) 「通院精神療法」算定対象傷病名とその頻度

「通院精神療法」を算定しているすべてのレセプトを調査した結果、単独の傷病名で「通院精神療法」を算定できる傷病名は 371 種類抽出された。それらの傷病名を ICD-10 に沿って羅列してみる。

(各 F コード内の傷病名は 50 音順の配列。斜体字の傷病名は各 F コードにおける最高算定頻度の傷病名。下線のある傷病名は算定頻度の高い傷病名。カッコ内の数字は算定回数。算定回数の少ないものは表示を省略。*は未コード化傷病名。)

F 0 症状性を含む器質性精神障害 (30 傷病名)

- *一過性器質性精神障害
- 一酸化炭素中毒後遺症
- 器質性うつ病性障害
- 器質性気分障害
- 器質性人格障害
- 器質性精神障害 (18)
- *器質性精神障害 (SLE に伴う)
- 器質性精神症状群
- 器質性精神病 (10)
- *器質性統合失調症様障害
- 器質性不安障害
- *器質性無力性障害 (神経症)
- 器質性妄想状態及び幻覚妄想状態
- 器質性妄想性障害
- 症候性精神障害
- 症状精神病
- 初老期精神病
- *てんかん性精神障害
- てんかん性精神病 (10)

- 頭部外傷後遺症性うつ病
- 脳器質性精神障害 (10)
- *脳器質性精神病
- 脳出血後遺性精神障害
- *老人性精神病
- *老年性精神障害
- 老年期うつ病 (8)
- 老年期器質性精神病
- 老年期精神障害
- 老年期精神病
- *老年期精神病状態

F 1 精神作用物質使用による精神および行動の障害 (27 傷病名)

- アルコール依存症 (119)
- アルコール依存症後遺症
- アルコール幻覚症
- *アルコール症
- アルコール性精神障害
- アルコール性精神病
- アルコール乱用
- *インターフェロン投与による精神障害 (4)
- *覚醒剤後遺症
- 覚醒剤中毒
- *覚醒剤中毒 後遺症
- *覚醒剤乱用
- カフェイン依存症
- 急性アルコール中毒
- 急性薬物中毒 (25)
- 睡眠薬依存
- ステロイド精神病
- *ステロイド性精神障害
- 中毒性精神障害
- *慢性アルコール中毒 (21)
- 慢性覚醒剤中毒
- 薬物依存 (4)
- *薬物嗜癖
- *薬物性幻覚症
- *薬物性精神障害
- *薬物中毒 後遺症 (覚醒剤、有機溶剤)
- 薬物中毒 症

F 2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (59 傷病名)

- うつ病型統合失調感情障害

型分類困難な統合失調症
感応性妄想性障害
偽神経症性統合失調症
急性一過性精神病性障害
急性錯乱状態
急性精神錯乱
急性精神病
急性統合失調症
急性統合失調症様精神病性障害
急性統合失調症性エピソード
境界型統合失調症
緊張型統合失調症
緊張性統合失調症
幻覚
*幻覚症
*幻覚状態
*幻覚妄想状態
幻視
昏迷
残遺型統合失調症
*残遺性統合失調症様障害
*思春期精神病
嫉妬妄想
*周期性精神病
*初老期パラフレニー
*心因性精神障害
心因性反応
心因反応（441）
精神運動興奮状態
前駆期統合失調症
躁病型統合失調感情障害
その他の統合失調症
体感異常
*退行期精神病
単純型統合失調症
統合失調感情障害
統合失調症（3267）
統合失調症型障害
統合失調症性反応
統合失調症後抑うつ
統合失調症様状態
*統合失調症様反応
破瓜型統合失調症
パラフレニー
反応性精神病
被害妄想

*ヒステリー
ヒステリー性失声症
*ヒステリー性精神病
非定型精神病（31）
皮膚寄生虫妄想
*敏感関係妄想
慢性幻覚精神病（33）
妄想型統合失調症
妄想傾向
*妄想状態
妄想性障害（78）
妄想反応

F3 気分（感情）障害（64 傷病名）

*うつ症状
*うつ状態
うつ病（5467）
*うつ病（再発）
*うつ病（妄想を含む）
外傷後遺症性うつ病
仮面うつ病
*感情障害
*感情障害（循環型）
気分循環症
*気分障害
気分変調症
*気分変調症（抑うつ状態）
*気分変調症（抑うつ神経症）
軽症うつ病エピソード
軽症うつ病
軽症反復性うつ病性障害
軽度うつ病
*更年期うつ病
自殺傾向
*自殺企図
思春期うつ病
持続性気分障害
児童期うつ病
児童期青年期特殊感情障害
心気性うつ病
神経症性抑うつ状態（160）
精神病症状を伴う重症うつ病エピソード
精神病症状を伴わない躁病
遷延性うつ状態
遷延性うつ病
遷延性抑うつ反応

躁うつ病（851）

*躁うつ病（遷延化）
*躁うつ病（躁状態）
*挿間性うつ病
双極性感情障害
双極性感情障害・軽症のうつ病エピソード
双極性感情障害・軽躁病エピソード
双極性感情障害・混合性エピソード
双極性感情障害・精神病症状を伴う重症うつ病
双極性感情障害・精神病症状を伴わない躁病
双極性感情障害・精神病症状を伴う躁病
双極性感情障害・中等症のうつ病エピソード

躁状態（140）

*躁病
*躁病（状態）
躁病発作
退行期うつ病
*短期抑うつ反応
中等症うつ病エピソード
中等症反復性うつ病性障害
内因性うつ病
難治性うつ病
2型双極性障害
反応性うつ病
*反応性抑うつ
反復心因性うつ病
反復性うつ病
*反復性うつ病性障害
妄想を主とする急性うつ病性障害

*抑うつ状態（561）

*抑うつ反応
*抑うつ病

F 4 神経症性障害、ストレス関連障害および

身体表現性障害（107 傷病名）

胃神経症
*咽喉頭異常感症
咽喉頭食道神経症
咽喉頭神経症
円形脱毛症
外傷後ストレス障害
解離性健忘
解離性昏迷
解離性障害
解離性同一性障害

過換気症

過換気症候群
*急性ストレス障害
急性ストレス反応
恐慌発作
強迫神経症
強迫性障害（282）
恐怖症
恐怖症性不安障害
空気嚥下症
痙性斜頸
限局性社会不安障害
混合性解離障害
*混合性発達障害
混合性不安抑うつ障害
自己視線恐怖
自己臭恐怖
*思春期神経症
持続性身体表現性疼痛障害

失声症
*失立発作
児童期発達適応障害
社会恐怖症
社会不安障害
醜形恐怖症
小児神経症
心因性過換気
心因性下痢
心因性呼吸困難発作

*心因性頭痛
心因性咳
*心因性舌痛症
心因性難聴
心因性頻尿
心因性不眠症
心因性めまい
心気症
心気障害
*心気神経症
*心気性神経症
*心気不安状態
神経過敏

神経症（2484）

*神経症（パニック障害）
*神経症（抑うつ状態）
*神経症性うつ病

*神経症性障害
*神経症性不眠
神経衰弱
*神経衰弱（症）
神経性食道通過障害
神経性便秘症
心臓神経症
身体化障害
身体表現性障害
*身体表現性障害（心因反応）
身体表現性障害 心臓及び心血管系
身体表現性自律神経機能低下
心的外傷後ストレス障害
精神神経症
精神衰弱
全般性不安障害
対人恐怖症
多重人格障害
*多発性円形脱毛症
適応障害（538）
*適応障害（遷延性抑うつ状態）
*適応障害（不安、抑うつ混合）
*転換性障害
*疼痛性障害
*呑気症
破局発作状態
パニック障害（233）
*パニック症候群
パニック発作
ヒステリー反応
*ヒステリー発作
広場恐怖症
不安うつ病
不安緊張状態
*不安興奮状態
不安症（311）
*不安症障害
不安障害（390）
*不安焦燥状態
*不安神経症
*不安性障害
不安ヒステリー
*不安発作
不潔恐怖症
*不適応反応
分類困難な身体表現性障害

閉所恐怖症
妄想性神経症
抑うつ神経症
*抑うつ神経症状態
離人症
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行
動症候群（20 傷病名）
嘔吐症
過食症（10）
拒食症
産褥期うつ状態
*産褥期うつ病
産褥性精神病
食行動異常
心因性過食
神経性嘔吐症
神経性過眠
神経性拒食症
*神経性食思不振症
神経性食欲不振症（23）
神経性大食症
*神経性不眠（30）
*神経性不眠症（18）
*神経性無食欲症
性同一性障害
摂食障害（71）
非定型神経性無食欲 症
F6 成人の人格および行動の障害（25 傷病名）
異常性格
依存性人格障害
*境界型
境界型人格障害（54）
境界人格障害
*境界性人格障害
強迫観念人格障害
*強迫性人格障害
自閉的精神病質
情緒不安定状態
情緒不安定性人格障害（15）
情動不安定性人格障害
*情動性人格異常
人格障害（78）
性格障害（5）
性格神経症

- *統合失調症型人格障害
- 統合失調症性人格障害
- *パーソナリティ障害
- *爆発性人格異常
- 抜毛癖
- ヒステリー性人格障害
- 未熟型人格障害（6）
- 妄想性人格障害
- 抑うつ性人格障害

F8 心理的発達の障害 （15 傷病名）

- *アスペルガー障害
- アスペルガー症候群（11）
- 学習障害
- 学習能力の混合性障害
- 学習能力の特異的発達障害
- *広汎性混合性発達障害
- 広汎性発達障害（76）
- 自閉症（72）
- 自閉性精神遅滞
- 自閉的特徴を伴う精神遅滞
- 小児自閉症（13）
- 精神遅滞と常同運動に関連した過動性障害
- 発達障害（6）
- 発達性構音障害
- 非定型自閉症（6）

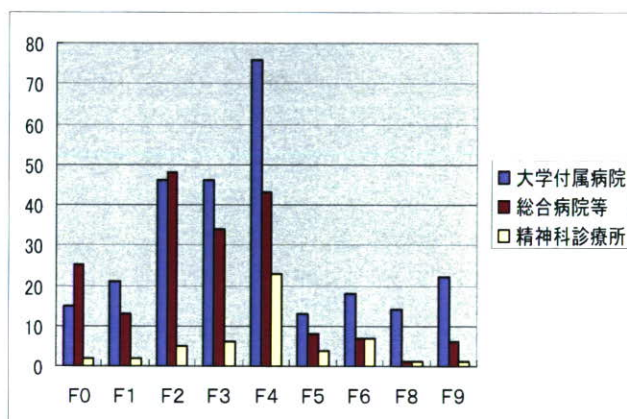
F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 （24 傷病名）

- 一過性チック障害
- 遺尿症（14）
- *音声性チック障害
- 顔面チック
- 虐待症候群
- 行為および情緒の混合性障害
- 行為障害
- 児童期多動性障害
- 情緒障害
- 小児期行為障害
- ジル・ドゥ・ラ・トゥレット症候群
- 選択性緘黙
- 多動性障害（25）
- 多動を伴わない注意欠陥障害
- *チック症
- チック障害（18）
- *注意集中障害（7）

注意欠陥多動障害（87）

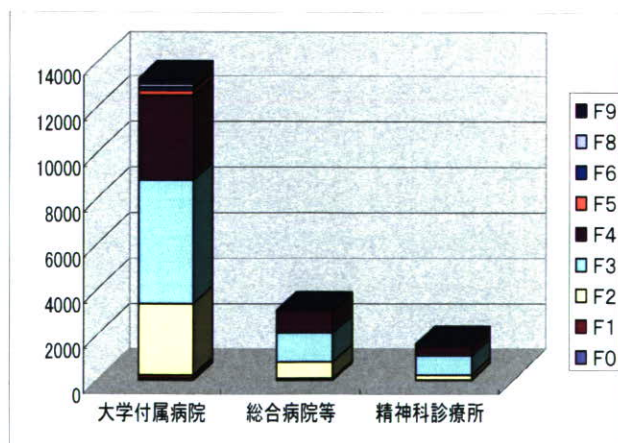
- *登校拒否症
- 非器質性遺尿症
- 被虐待児症候群
- 分離不安障害
- 慢性運動性チック障害
- 夜尿症

（2）算定対象傷病名の種類数



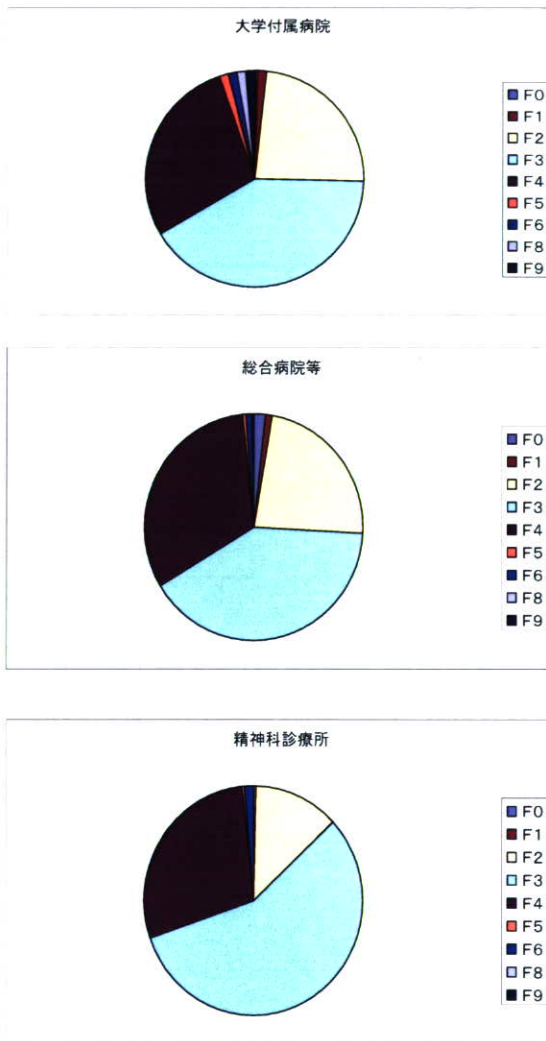
大学付属病院では傷病名の種類数が広範囲にわたって多い傾向が顕著である。また F6,F8,F9 の傷病名も多い。また旧総合病院系では F0 が多い。診療所では傷病名の種類数が最も少なかった。

（3）傷病名と医療機関種別の月間累積算定頻度



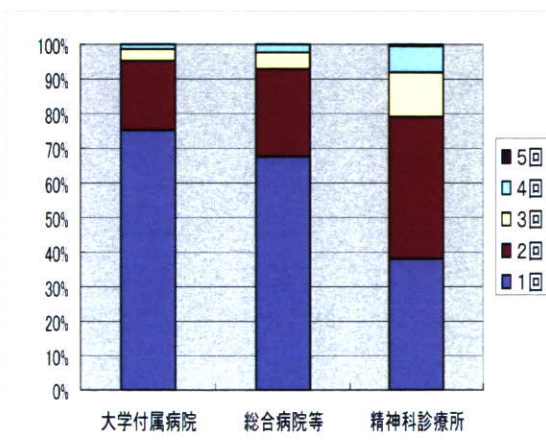
大学付属病院ではレセプト1件当たり複数の算定対象傷病名が出現する傾向が著しい。

(4) 医療機関種別の傷病名算定比率



精神科診療所では F3 が多く、F2 が少なかった。

(5) 医療機関種別の月間算定回数



病院では月 1 回算定レセプトの割合が多いが、診療所では月 2~3 回算定される場合が病院に比べて多かった。

D. 考察

医科診療報酬点数表では、「統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害」を通院精神療法の算定可能な疾患と規定されている。実際にどのような傷病名で算定されているかを調査してみると、研究結果（1）にみられるように、ICD-10 精神および行動の障害における F7 を除くすべての F コードの傷病名に対して算定されているという実態が明らかになったといえる。

医療機関種別にみると、研究および教育研修機関としての機能もある大学付属病院では、やはり傷病名が多岐にわたり種類数も顕著に多いことが確認された。また、レセプト 1 枚当りの傷病名数も多いことが研究結果（3）より示唆された。旧総合病院等では、リエゾン精神医療の内容を反映してか F0 の傷病名が比較的多くみられた。精神科診療所では、実践的な診療の姿勢が傷病名の種類数を抑えているものと考えられた。

診療所においては、傷病の内容では、うつ病圏である F3 が多く、統合失調症圏である F2 が少なく、また月間算定回数では比較的多めだったが、重症度等を含めた診療内容に関する具体的な情報を今後は得る必要があると見込まれた。

E. 結論

「通院精神療法」が、精神科外来のほとんどすべての患者を対象に算定されている点数項目であ

り、保険医療で点数評価されている精神科医の技術料の大部分を占める最重要項目であることがあらためて確認された。

今後は、各医療機関の通院精神療法算定時の診療内容や対象患者の受診動向等に関して具体的なアンケート調査等を実施し、算定要件や算定対象傷病等の妥当性、医療機関種別に見られる相違等に関して検討していくことが、将来の精神科医の技術料の正当な評価のための保険点数設定に向けて有用であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

池上秀明（2006） 「通院精神療法の意義－外来精神医療における基本技術料としての通院精神療法－」日本精神神経科診療所協会総会ミニシンポジウムⅡ,大阪（毎日新聞ビルオーバルホール）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

I. 参考文献

医科診療報酬点数表 平成 18 年 4 月版：社会保険研究所,東京,2006.

認知行動療法の研修と教育に
関する研究

平成19年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

「認知行動療法の研修と教育に関する研究」

分担研究者：藤澤大介（慶應義塾大学医学部精神神経科¹⁾）

研究協力者：田村法子²⁾、大野裕³⁾、腰みさき⁴⁾、田島美幸⁴⁾、菊地俊暁¹⁾、佐渡充洋⁵⁾、中川敦夫¹⁾

2) 慶應義塾大学大学院医学研究科、3) 慶應義塾大学医学部保健管理センター

4) 慶應義塾大学ストレスマネジメント室、5) 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学

研究要旨

認知行動療法の効果的な研修法の開発を目的に、国内外の文献や教育資料から、認知行動療法の教育に関連する情報を検索した。また、慶應義塾大学が主催した研修受講者の意見を要約して、研修の力点を明らかにした。研修の力点は、おおむね Cognitive Therapy Scale と Supervision Checklist の内容に集約され、それぞれの翻訳を行った。

A. 研究目的

うつ病や不安障害を中心に、各種の精神障害に対して、認知行動療法や対人関係療法は、概ね薬物療法と同等の効果があることが実証されている。精神療法の効果は、治療者の技術に影響されることが予測され、実際、治療への習熟度が治療成績に影響することが報告されている（DeRubeis ほか）。また、治療技術には、治療技法という枠をこえて、治療者と患者の間にとりかわされる共通する治療要因が含まれる（Nathan & Norcross）。特に、患者側からみた患者－治療者の治療同盟の強さ（良好な治療関係）のが治療結果に関係することがわかっている（Krupnick ほか）。

本研究は、認知行動療法をの有効性を高めることを目的に、認知行動療法の効果的な研修について検討するものである。

B. 研究方法

2つの方法をとった。

方法① 慶應義塾大学がこれまでにを行った認知行動療法研修ワークショップ（2日間コース：2003年、2005年、2007年）のアンケートを集計し、ワークショップの記録映像から受講者の質問を分析・分類した。
方法② 認知行動療法の国内外の標準的な教育資料（視聴覚教材を含む）をレビューし、教育の要点を整理した。

（倫理面への配慮）

方法①については、完全に匿名化されたアンケートを利用した。方法②は文献レビューであり、倫理的問題は生じないと考えた。

C. 研究結果

研究① 過去の研修の結果からは、認知行動療法の理論、治療構造、認知再構成法などの具体的なスキルについては比較的理解されやすい一方で、①認知行動療法の適用対象者の選定、②症例の概念化、③治療セ

セッション中における具体的な言葉の使い方、について重点をおいた教育が必要であった。具体的な内容は研究②と重複するため、研究②の項で詳述する。

研究② 各文献から、認知行動療法の技術習得上の要点を抽出した。

認知(行動)療法の創始者である A. Beck は認知行動療法の中核的要素として；

1)治療者と患者の協力関係

共感、誠実さ、理解、フィードバックなどという、いわゆる「非特異的治療因子」、治療目標の設定、治療者－患者間の適度相互交流 など

2)誘導による発見

3)治療構造

構造の遵守と、個々のクライアントに合わせた柔軟性

4)症例の概念化

症例の診立て（症例の問題点の理解と計画立案）

などの因子をあげている(Padesky)。

こういった要因を含めた、認知行動療法の治療の質を評価するツールとして；

CTS (Cognitive Therapy Scale)

CFRS(CognitiveFormulation Rating Scale)

CTAS (Cognitive Therapy Awareness Scale)

CBTSC(CBT Supervision Checklist)

などが開発されている。これらの評価ツールを研修に用いることで、上記の治療要因の習得をはかることができる。中でも、CBTSC(CBT Supervision Checklist) は American Association of Directors of Psychiatric Residency Training のコンピテンシー基準作業グループによって開発され、米国の臨床研修で広くつかわれるもの

である。各セッションで発揮されるべきコンピテンシーと、単一または複数の治療過程において発揮されるべきコンピテンシーの2セクションからなっており、各下位項目を「優」「可」「要改善」「実施せず/該当せず」で評価するものである(Wright ほか、表 1)。

また、認知療法尺度 Cognitive Therapy Scale は、米国公的資金で行われた大規模臨床試験 STAR*D の治療者認定に用いられるなど、治療者の評価に広く用いられる評価尺度であり、評価のマニュアルも完備してものである。

それを踏まえて、我々は上記の2つの評価尺度とマニュアルを翻訳した。

また、症例の概念化を助けるツールとして、認知行動療法事例定式化ワークシート(表 2)を作成した。

また、認知行動療法は、診断に合わせて技法を修正するものであり、適切な診断技術の習得も重要であり、DSM-IV のための構造化面接 Structured Clinical Interview for DSM-IV の研修を行った。

D. 考察

認知行動療法の技術の向上には、①正確な診断と診断に合わせた介入の選択、②治療者と患者の協力関係、③誘導による発見の習得、④治療構造の遵守と柔軟性、⑤症例の概念化が重要であり、その習得には、Cognitive Therapy Scale や Supervision Check List を利用できる。

E. 結論

認知行動療法の習得には、理論とスキルに関する研修のほか、Cognitive Therapy