

連載

ヘルスサービスリサーチ(26)

「認知行動療法の意義とヘルスサービスリサーチ」

帝京大学大学院公衆衛生学研究科・医学部附属病院心療内科 中尾 睦宏

はじめに

ストレスを自覚する日本の国民は過半数を占め、うつ病患者も増加の一途をたどっている。そうした中で、「認知行動療法 (cognitive behavioral therapy), 以下 CBT」という心理療法が、ヘルスサービスの領域においても注目されている。CBTは「療法」というくらいであるから、もともとうつ病など精神疾患の治療技法であった。しかしながら CBTは手法が明解で応用性に優れているため、精神疾患だけでなく身体疾患の治療や生活習慣の変容などにも用いられるようになった。また CBTは医療現場だけでなく、教育現場や職域などにも普及が進んでいる。さらにセルフケアとして疾患の有無には関係なく、日常のストレス対処に CBTを応用することもできる。いわゆるストレス耐性を高めるといふ発想で、健康増進や疾病予防という一次予防の効果も期待されている。

例えば、イギリスでは7年間で1万人の CBTセラピストを育成する国家プログラムが実施され、心理療法へのアクセスを改善させるための政策が進行中である¹⁾。セラピスト1人が1年でクライアントを80人受け持つとして、80万人のメンタルヘルスを回復させるために1万人のセラピストを増やそうという計画となっている。またオーストラリアでは臨床心理士による CBTに対して、医師の承認があれば健康保険が適用されるようになった²⁾。自習サイトも充実してきており、西オーストラリア州政府保健省のインフォボックス (InfoPax) などは有名である。

日本では2011年に国立精神・神経医療研究センター内に CBTセンターが設置され、CBTを実施できる様々な職種の人材の育成や、CBTを用いた様々な領域における活動の支援を始めている。年間100人程の CBT 専門家の育成を目指しているが、初年度の予算は約1億円であり、イギリスの国家プログラムと比べると寂しい感がある。また日本ではうつ病患者に対して最大16セッションの CBT が保険適用されるようになった。ところが CBT に習熟

した医師が30分以上の時間をかける必要があり、保険点数は420点となっている。精神科の医師であれば、初診点数がより高くても再診であっても短時間査定が可能な「通院在宅精神療法」という保険点数が使えるため、保険診療による CBT は使い勝手があまりよろしくない。例えば筆者が診療している大学病院心療内科では、一人当たり30分以上の外来時間をかけるのは厳しいので、やむなく CBT は知人の診療所で実施している。採算が悪いので知人には申し訳なく思っているが、CBT 研究のためと温かい目で見守ってもらっている。

このように日本では欧米と比して CBT の医療・保健福祉への応用は限られており、そのさらなる普及が求められる。そこで本稿では、CBT のエビデンスをまとめ、ヘルスサービスリサーチへ活用するための課題を整理し、今後のリサーチのあり方について意見を述べることにした。

CBT のエビデンス

CBT ではある状況下で否定的な認知 (考え方) や行動が生じた原因を考え、他の状況下で生じた否定的な認知や行動との類似点を探し、とっさに生じる認知の偏り (自動思考) のパターンに気付いて、それを修正しようと試みる³⁾。

CBT の効果が認められた疾患や問題行動を表にまとめたが、その厳密な解釈は少々難しい。例えば表の冒頭には「CBT がうつ病に有効である」とまとめているが、だからといってすぐに CBT にお墨付きがつく訳ではない。まずは CBT と何とを比較しているのかよく考えないといけない。

例えば古川のメタ解析データによると⁴⁾、CBT によるうつ病治療の効果サイズは、何もしない無介入群 (待機群) と比べて -0.65 ($p < 0.001$) であった。一般的に効果サイズは、0.2で「小」、0.5で「中」、0.8で「大」と考えられているから、 -0.65 という値はまずまずの治療効果である。次にプレセボ錠服用群と比べると、CBT の効果サイズは -0.41 ($p < 0.001$) になった。これもまずまずである。

ところが精神分析的な精神療法群と比べた CBT の効果サイズは -0.18 ($p=0.11$) で、有意差が認められなかった。また抗うつ薬群と比べた CBT の効果サイズは -0.04 ($p=0.39$) で、これも有意差が認められなかった。別の論文では⁵⁾、プラセボ心理療法の効果サイズは、何もしない無介入群と比べて -0.26 ($p<0.05$) となっている。つまり、わざわざ CBT を実施しなくても「もっともらしい」心理療法をすれば、うつ病は有意に改善することになる。

議論点はまだある。ランダム化比較試験の際、薬物療法であればプラセボ錠を用いて盲見化(盲検化, blinding) が可能であるが、CBT だと治療者側も患者側も盲見化ができない。すると CBT に割り当てられなかった患者が落胆する。逆に CBT に割り当てられた患者は治療者の意図に沿って回答をしようとするホーン効果⁶⁾が出現する。また群分けによる脱落率の影響も問題となる。筆者らが心気症患者を対象に CBT のランダム化比較試験をしたときも、脱落率の統計解析処理には最後まで苦労した⁶⁾。

また CBT をどのくらいの頻度で計何セッション実施したのか、文献によって非常にばらつきがある。セッション数を無視してひとまとめにメタ分析をしていることが多いので、注意が必要である。筆者らの CBT ストレスマネジメント研究では、当初は週 1 回の 10 セッションにした⁷⁾。それだと治療者・患者とも大変な負担だったので、最新の介入研究では 6 セッションに短縮してランダム化比較試験を実施した⁶⁾。すると 6 セッションであっても有意な治療効果を見出すことができた。最新のメタ分析の結果によると⁸⁾、計 6-8 セッションで十分なうつ病の治療効果があるようである。

CBT 研究の課題

以上のように CBT のエビデンスは (少なくとも無介入に比べれば) 間違いなくある。ただ既存の研究論文の介入内容を検討してみると、対象疾患が同じだとしても CBT 内容はさまざまである。またそうした内容の記載が不十分な論文も多い。そこでヘルスサービスリサーチとしての質を上げるためには、まず CBT 指導者の属性、CBT の媒体、セッション数・頻度・時間など CBT プログラム内容をしっかりと決める必要がある。指導者の職種としては医師・医療従事者・臨床心理士などがあり得るし、媒体としては講義・紙媒体 (パンフレットなど)・インターネットなどがあり得る。セッション数は 1 回のみという研究も散見されるが、通常は最低 6-8 セッション必要であろう。セッション頻度は週 1 回が多いが、自習型なら毎日必要かもしれない。セッ

ション時間は 1 回 2 時間が目安で 30 分から 3 時間までの範囲であろうか。こうした CBT プログラム内容をきちんと定め、どのプログラムが最適なのかを定量的に評価する必要がある。

またヘルスサービスリサーチでは特定の疾患のみを治療対象とするのではなく、メタボリックシンドロームに関連する様々な生活習慣全般を改善するか、精神疾患にならないようにメンタルヘルス全般を改善する目的で CBT を実施する研究も想定される。こうした場合、効果指標であるアウトカムをどのように設定するかが大切となる。前述の CBT ストレスマネジメント研究では⁷⁾、身体症状の頻度・強度・支障度を自記入式の質問紙でプログラム期間前後の 2 回評価したのに加えて、心理状態の評価 (Symptom Checklist 90R)、心理社会的ストレス度 (Self-rated Stress Checklist)、ストレス対処行動を含むライフスタイル (Health Promotion Lifestyle Profile) を同時に複合的に評価した。そうした指標をどの時期に実施するのも大切となる。例えば CBT 介入終了後の追跡期間は、6 ヶ月から 1 年は確保したいところである。

CBT は高強度型 (Hi-intensity) と低強度型 (Low-intensity) によく分類される。また横断診断型 (Transdiagnostic) という分類もある。高強度型はいわゆる専門施設で実施される疾患対応型の CBT である。低強度型は、生活に密着して紙媒体やインターネットを用いるなど利便性に配慮した CBT である。横断診断型は、特定の疾患に限定せずメンタルヘルス改善など大きくくりで対応する CBT である。例えば、日本でもコンピュータによる CBT が普及しつつあるが、筆者らも一般向けにゲーム形式でメンタルヘルスの自己チェックと CBT による認知の修正ができるプログラムを開発している^{9,10)}。この CBT アプリケーションは、低強度型かつ横断診断型に分類できる。職域や地域で大掛かりに CBT を実施する際には、低強度型や横断診断型になる場合が多いであろう。こうした場合に、各研究でプログラム内容やアウトカムがまったくばらばらだと比較検討がしにくくなる。したがって当面は、例えばうつ病とかある程度ターゲットを絞って国内大規模研究を進め、プログラム内容や運営実施に関するガイドラインをまとめることが第 1 ステップになると考えている。

CBT がシステムティックに実施できれば、各プロセスでの評価や費用対効果分析を高精度に行うことが可能になる。そうすれば CBT が何セッションまでコストの上で許されるか議論もできるようになる。まだ議論の叩き台となる文献数は限られてもの

の、現在厚生労働省の研究班においてCBTの費用対効果について鋭意検討中であり¹¹⁾、今年度末にはその中間報告をまとめる予定でいる。

今後の研究の方向性

「はじめに」で述べたように日本でCBTを保険診療だけで進めていくのには限界があるので、公衆衛生学の専門家もエビデンスをどんどん発信する必要がある。医療機関の診療活動の1つとしてCBTを普及させることも大切であるが、それだけでなく医療をもっと広く捉えて予防や健康増進にもCBTを役立てたいというのが筆者の考えである。その考え方にそって、筆者は適切なCBT指導によるセルフケアを強調している。医療は、内科的治療(薬)、外科的治療(手術)、セルフケア(リラクゼーション)の3本柱から成り立っており、3者を上手に使い分けることが不可欠であるからである¹²⁾。つまり他者からの施し医療に頼り切るのではなく、自らの力で生活習慣を整え、健康の自己管理を促すセルフケアを推進していくことが大切となる。

高齢化が進む日本において国民医療費や人的資源が限界に近づいている点を考慮すると、CBTは国民の健康教育・健康増進の切り札になると筆者は信じている。そのためにはCBTの効果を示すヘルスサービスリサーチが海外のようにもっと実施されるべきである。例えばイギリスでCBTセラピストを大量育成する国家プログラムをNational Health Service (NHS)として導入する決定を政府が下したのは、臨床と経済の両面においてしっかりとしたCBT研究がそろっていたからである¹³⁾。臨床面ではNational Institute for Health (NICE)がうつ病や不安障害に対するCBTの効果や自助的CBTやコンピューターによるCBTの臨床効果について系統的に評価している¹⁴⁾。また経済面では、経済学者と臨床研究者が共同してCBTの様々な費用対効果分析をしており、学術誌¹⁵⁾だけでなく一般紙などにも広く掲載されている。

日本国内のCBTのエビデンスをさらに固め、ヘルスサービスリサーチの視点でコストや各プロセスの評価をしていくことが、日本で幅広く実施できるようにするために必要である。

文 献

- 1) Richards DA, Suckling R. Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. *Br J Clin Psychol* 2009; 48(Pt 4): 377-396.
- 2) Kavanagh DJ, Littlefield L, Dooley R, et al. Psychotherapy in Australia: clinical psychology and its approach to depression. *J Clin Psychol* 2007; 63 (8):

725-733.

- 3) 中尾睦宏. 思考のクセを見直そう: 認知行動療法によるアプローチ 第12回 思い込みを捨てて. *安全衛生の広場* 2011; 52(12): 46-47.
- 4) 古川壽亮. 認知行動療法の最前線 認知行動療法のエビデンスを批判的に吟味する. *精神療法* 2011; 37 (1): 14-20.
- 5) Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): CD003974.
- 6) Nakao M, Shinozaki Y, Ahern DK, et al. Anxiety as a predictor of improvements in somatic symptoms and health anxiety associated with cognitive-behavioral intervention in hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 2011; 80(3): 151-158.
- 7) Nakao M, Fricchione G, Myers P, et al. Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. *Psychother Psychosom* 2001; 70(1): 50-57.
- 8) Nieuwsma JA, Trivedi RB, McDuffie J, et al. Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med* 2012; 43(2): 129-151.
- 9) 中尾睦宏, 竹内武昭, 武井宣子, 他. 認知行動療法的アプローチを用いた「ココロの元気が出るアプリ」の開発: 作成の経緯. 第7回生活習慣病認知行動療法研究会抄録集 2012; 11-12.
- 10) メディカル・アカデミー. 毎日スッキリ! なかおくん (体験版). <http://www.medical-academy.jp/game/nakaokun.php> (2012年9月1日アクセス可能)
- 11) 中尾睦宏, 竹内武昭, 古川洋和. メンタル不調のため職場長期休養になった労働者の復職支援: 休職中の治療経過と復職後の労働パフォーマンスとの関連. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業) 総括・分担研究報告書 職場におけるメンタルヘルス対策の有効性と費用対効果等に関する調査研究 (研究代表者 横山和仁) 2012; 74-83.
- 12) Benson H, Klipper MZ. リラクゼーション反応 [The Relaxation Response] (中尾睦宏, 熊野宏昭, 久保木富房, 訳). 東京: 星和書店, 2001.
- 13) Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23 (4): 318-327.
- 14) National Institute for Health and Clinical Excellence. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. NICE Clinical Guideline 123. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13476/54520/54520.pdf> (2012年9月1日アクセス可能)
- 15) Layard R, Clark D, Knapp M, et al. Cost-benefit analysis of psychological therapy. *Natl Inst Econ Rev* 2007; 202: 90-98.

表 CBTのエビデンスがコクランライブラリーで証明されている疾患の例

疾 患	エビデンス内容	コクランデータベース
精神疾患		
うつ病	高齢者に有効。 リラクゼーションより効果あり。	2008 Jan 23; 1: CD004853 2008 Oct 8; 4: CD007142
不安障害	青少年に有効。	2005 Oct 19; 4: CD004690
パニック障害	CBT 単独でも薬物療法併用でも有効。 抗うつ薬と併用して効果あり。	2009 Jan 21; 1: CD005335 2007 Jan 24; 1: CD004364
強迫性障害	成人に有効。 青少年に有効。	2007 Apr 18; 2: CD005333 2006 Oct 18; 4: CD004856
全般性不安障害	有効だが支持療法とは差なし。	2007 Jan 24; 1: CD001848
外傷後ストレス障害	薬物療法との併用で有効。 トラウマに焦点をあてた CBT で有効。 初期介入で有効。	2010 Jul 7; 7: CD007316 2007 Jul 18; 3: CD003388 2009 Jul 8; 3: CD006869
急性ストレス障害	支持的カウンセリングより有効。	2010 Mar 17; 3: CD007944
神経食欲不振症	家族療法として有効。	2010 Apr 14; 4: CD004780
神経性過食症	自己援助の CBT が特に有効。	2009 Oct 7; 4: CD000562
心気症	身体愁訴の軽減に有効。	2007 Oct 17; 4: CD006520
身体醜形障害	薬物療法と併用して有効。	2009 Jan 21; 1: CD005332
反社会性パーソナリティ障害	コカイン乱用には有効。	2010 Jun 16; 6: CD007668
境界性パーソナリティ障害	幾つかの問題行動は軽減。	2006 Jan 25; 1: CD005652
身体疾患		
高血圧	リラクゼーション法の1つとして有効。	2008 Jan 23; 1: CD004935
不眠	高齢者で睡眠の質が改善。	2003 Jan 20; 1: CD003161
慢性疼痛	短期的な効果はあり。 青少年で有効。	2009 Apr 15; 2: CD007407 2009 Apr 15; 2: CD003968
慢性腰痛	短期では有効。	2010 Jul 7; 7: CD002014
原因不明の胸痛	CBT 3 か月後も効果あり。	2012 Jun 13; 6: CD004101
舌痛症	文献は1つだが症状軽減。	2005 Jan 25; 1: CD002779
慢性口腔顔面痛	バイオフィードバック法併用でも有効。	2011 Nov 9; 11: CD008456
慢性疲労症候群	他の精神療法よりも有効。	2008 Jul 16; 3: CD001027
過敏性腸症候群	無介入よりは有効。 小児に有効。	2009 Jan 21; 1: CD006442 2008 Jan 23; 1: CD003014
乳癌	転移性乳癌女性。短期で心理的効果あり。	2008 Jul 16; 3: CD006489
月経異常	月経異常症状の軽減。	2007 Jul 18; 3: CD002248
多発性硬化症	併発するうつ症状に有効。	2006 Jan 25; 1: CD004431
耳鳴り	うつ症状軽減や QOL 改善には有効。	2011 Sep 8; 9: CD005233
脳外傷	無気力の症状に有効。 不安の症状に有効。	2009 Apr 15; 2: CD006341 2007 Jul 18; 3: CD005239
その他、行動面の問題		
喫煙	統計的にも臨床的にも禁煙効果あり。 禁煙による体重増加予防効果あり。 集団療法は個人療法より有効。	2012 Jan 18; 1: CD009046 2012 Jan 18; 1: CD006219 2005 Apr 18; CD001007
肥満	BMI > 25 kg/m ² の成人を対象で効果あり。	2005 Apr 18; 2: CD003818
妊娠	妊婦の不安を軽減。	2011 Jul 6; 7: CD007559
学習障害	攻撃的行動が抑制。	2008 Jul 16; 3: CD003406
非行	青少年の反社会的行動を抑制。	2007 Oct 17; 4: CD005650
注射嫌い	青少年の注射痛と苦手意識を軽減。	2006 Oct 18; 4: CD005179
小児の行動異常	親へのグループ教育で問題行動改善。 メディア媒介で有効。	2012 Feb 15; 2: CD008225 2006 Jan 25; 1: CD002206
小児の性的虐待	虐待児の精神症状が改善。	2012 May 16; 5: CD001930
小児の大便失禁	薬物療法と組み合わせれば有効。	2011 Oct 28; 12: CD002240