

学会名称変更と今後の可能性

日本認知療法学会理事長 大野 裕

会員の皆さまには、日頃より日本認知療法学会の諸活動にご協力をいただき感謝申し上げます。

このたび、平成 28 年 1 月 1 日にさかのぼって、学会名称を『日本認知療法・認知行動療法学会』に変更することに決定いたしましたのでご報告させていただきます。

学会名称に関しましては、先の東京での第 15 回日本認知療法学会に際して開催された定例の役員会において、「日本認知療法・認知行動療法学会」への変更が提案され議論しましたが、とくに明確な反対意見はなく、名称変更の方向で作業を進めていくことが確認されました。その結果を受け、同日開催の総会において私が理事長として「日本認知療法・認知行動療法学会」への名称変更を表明いたしました。

その後、パブリックコメントへのご意見も参考にさせていただきながら、以下のような事情も勘案して、理事長として学会名称を「日本認知療法・認知行動療法学会」と変更することに決定いたしました。

学会名称の変更をご提案いただいた先生方からは、診療報酬の対象として「認知療法・認知行動療法」という用語が用いられていることから、医療の分野でも本学会が積極的に貢献していることを明確にすることの意義をお示しいただきました。

近年とくに医療場面での認知行動療法の評価が高まり、平成 28 年度の診療報酬改定では、医師と看護師がチームを組んで認知療法・認知行動療法を実施した場合に医療保険が適応されることになりました。また、社交不安障害、パニック障害、強迫性障害、PTSD に対して厚労省研究班のマニュアルに準じて熟練した医師が認知療法・認知行動療法を実施した場合も医療保険が適応されることになりました。

こうした医療場面への認知行動療法の広がりを受け、本学会では、『倫理委員会』（菊地俊暁委員長）を『倫理と質の管理委員会』と名称変更し、認知行動療法の質の向上に努めていくことにしました。そして、医師

第 69 号の発刊にあたって

本号では、大野裕理事長から学会名称変更と今後の可能性についてご寄稿いただきました。また、本年 11 月 23 日（水・祝）～ 25 日（金）に開催される学会（大阪）の工藤喬会長（大阪大学保健センター）からのご案内を掲載いたしました。そして、各地・機関での研修の取り組みについて、北海道からは大久保亮先生、東京からは山市大輔先生のお二人の先生からご寄稿いただきました。わが国における認知療法・認知行動療法の広がりが感じられます。

の領域では、日本精神神経学会が進めている専門医制度に、本学会も本格的に参画し、医療場面での本学会の存在感を高めていくつもりでいます。

また、昨年 12 月に公認心理師法案が可決されたことを考えますと、将来的には医療場面で公認心理師が活躍する場面が増えてきます。そうしたことから、本学会では、日本認知・行動療法学会の協力も得て、『公認心理師あり方検討委員会』を立ち上げ、認知療法・認知行動療法の立場から公認心理師が活躍できる環境作りに力を入れていきたいと考えております。

もちろん、認知療法・認知行動療法は医療場面だけでなく、教育、職域、地域、司法など多方面で活用できる可能性があります。そうしたことから、本学会は、多くの職種の方々活躍していただける環境をさらに整えていきたいと考えております。

学会名称変更は、平成 10 年の日本認知療法研究会、そして平成 13 年の日本認知療法学会の発足に続く大きな変革となりますが、これを機に、会員の皆さまと一緒に本学会のさらなる発展に寄与していけることを願っております。

皆様の変わらぬお力添えを切にお願い申し上げます。次第です。

*日本認知療法学会事務局
E-mail jact-admin@umin.ac.jp
URL <http://jact.umin.jp/>

第16回日本認知療法学会開催のご挨拶

大阪大学保健センター 工藤 喬

はじめまして、大阪大学保健センター精神科の工藤喬と申します。この度、2016年11月23～25日、大阪梅田のグランフロントにありますナレッジキャピタル コングレコンベンションセンターで、学会年次大会（第16回日本認知療法学会並びに第17回認知療法研修会）を行う予定にしております。今回は23日が祝日ですので、この日に研修会を行い、24～25日で学会を行うといった従来とは違った日程にしておりますのでご注意ください。

大会のテーマは「認知行動療法の広がりを見据えて」とさせていただきます。この広がりを「疾患の広がり」、「施行者の広がり」、さらには「年齢の広がり」の3軸と設定し、プログラムを作成しております。

まず、「疾患の広がり」ですが、うつ病以外に、不安障害、パーソナリティ障害、発達障害、不眠、多量飲酒あるいは身体疾患に対する認知行動療法のシンポジウム、講演、さらにはワークショップを予定しています。また、昨年度から施行されているストレスチェックと認知行動療法の関係を議論するシンポジウムや、マインドフルネス認知療法やメタ認知療法あるいはアクセプタンス&コミットメントセラピー（ACT）のワークショップも予定しています。

「施行者の広がり」の軸は、今大会では太いものとなっています。と言いますのも、診療報酬改定で、看護師の認知行動療法が評価される予定であるからです。従って、今大会では看護師向けの講演やワークショップの充実を図っています。また、認知行動療法の最大の施行者である心理職に、2017年度から「公認心理師」が施行予定です。この法律施行を踏まえた講演も企画いたします。このように、認知行動療法はなお一層チームアプローチが求められており、この視点のシンポジウムも企画しています。

「年齢の広がり」の軸では、児童思春期の認知行動療法やアスリートに対する認知行動療法などの講演を予定しております。

今大会の研修会では、認知行動療法をこれから始めたいという方のためのワークショップも企画する予定

ですので、皆様の周りでこれから始めたいという方は是非誘っていただき、我々の仲間を増やす機会になればとも思っています。また、認知行動療法の質の担保やトラブルシューティングと言った実践的なワークショップやシンポジウムも企画します。

5月23日から、一般演題、自主企画シンポジウム、ケーススタディを募集しています。皆様のご応募を心よりお待ちしております。

今大会を行うグランフロント大阪は、広大なJR貨物駅の跡地に2013年に作られた新しい街で、ショッピングやグルメでは大阪で一番ホットな地域です。JR大阪駅、阪急・阪神・地下鉄の梅田駅に隣接しており、交通が至便です。会期は23日が祝日で、最終日25日は金曜日ですので、学会後はゆっくり大阪の晩秋を味わって頂けるのではないかと考えています。皆様の多数のご参加をお待ちしています。

各地域での研修：北海道での取り組み

北海道大学大学院医学研究科神経病態学講座 精神医学分野

大久保亮

はじめに

北海道では2013年から道内初の継続的に研修を行う組織として北海道認知行動療法センターを立ち上げ、広くワークショップを開催している。筆者は大学病院に勤務する精神科医であるが、診療の傍ら北海道認知行動療法センターを通じて認知行動療法の研修、スーパービジョンに関わっている。本稿ではそうした活動を中心に北海道での取り組みを紹介する。

北海道の認知行動療法の実施状況

北海道において、認知行動療法は現時点で十分に提供がなされているとは言えない。北海道は歴史が浅い分、特定の学派・学説にとらわれず、よいものは取り込んでいこうという知的態度が優勢であり、認知行動療法が広がっていく可能性は十分にあると思われる。しかし、筆者が勤務する大学病院でも認知行動療法を希望する患者は数多く来院し、そうした患者に対して当院でも十分に治療を提供できる治療者が確保できておらず、時に他施設へ紹介している状況である。道内の他の地域でも同様の状況で需要に対して供給が足り

ておらず、認知行動療法の治療者の充実が急務である。

北海道認知行動療法センターの活動

北海道でも認知行動療法の研修は様々な団体によって広く開催されており、幅広い職種から多数の参加者を集めるなど、認知行動療法は注目を集めている。しかし、単発の講演会が開催されるのみで、ワークショップ、スーパービジョンなど治療者が技術を研鑽できるような教育プログラムを継続的に提供する組織は北海道には存在しなかった。そのため、2013年、北川信樹先生（現医療法人ライブフォレスト北大通こころのクリニック院長）を中心に、特定非営利活動法人という形式で、北海道認知行動療法センターが設立された。

北海道認知行動療法センターの活動も3年目となり、これまでに12回のワークショップを開催し、のべ406名の方が研修を受けた。参加者の内訳は、看護師が98名（24%）、臨床心理士が80名（20%）、精神保健福祉士が50名（12%）、作業療法士が44名（11%）、教師が41名（10%）、医師が39名（10%）の順で続き、上記の職種で全体の9割弱を占めた。その他には児童相談所や法務関係者（裁判所・刑務所・鑑別所など）、産業カウンセラーの方など幅広い職種の方が参加している。今後はスーパービジョンや具体的な症例検討の場を拡げていく予定である。

「初心者」の壁を打ち破る研修会の開催

研修を開催してみると、初心者から中級者へ移行できず伸び悩んでいる方が多くいることに気がついた。認知行動療法家の成長モデル（Stoltenberg, 2010）によると、初心者と中級者の差は、患者の個別性を認識し、その個別性に合わせた治療を提供できる点であるとされる。何度か認知行動療法のワークショップに足を運び、認知行動療法についての一般的な知識は手に入れたが、どう患者に適応していいかわからない治療者、例えば、とりあえずコラム表を書かせてみたが上手くいかず、どうしたらよいかかわからないという治療者に多く遭遇する。

そうしたいわば「初心者」の壁を打ち破るためには、患者の個別性を認識し、収集した情報を整理するスキル、いわゆる概念化のスキルが不可欠である。また、情報を収集する際に、精神療法の基礎としての関係作り、基礎コミュニケーション技術が欠かせない。そうした問題意識から北海道認知行動療法センターでは、技法の習得の前に、概念化の理解、基礎コミュニケー



北海道認知行動療法センター主催 第1回基礎研修会の様子

ション技術の習得に特に力をいれている。第4回基礎講習会では、講義の8割近くを上述の内容に費やした。参加者の方には戸惑われた方もいるかもしれないが、認知行動療法家としての成長のためには、概念化や基礎コミュニケーション技術のトレーニングが欠かせないことから、今後の成長に資するものと考えている。

集団認知行動療法の先進地域としての北海道

北海道の認知行動療法の提供状況を見ると、札幌の複数のクリニック、病院のみならず、道東の帯広など広域で集団認知行動療法が提供されている点が特徴的と思われる。北海道大学ではうつ病患者の復職支援プログラムの一貫として全国に先駆けて2006年から継続的に集団認知行動療法を行っている。集団認知行動療法は、個人の認知行動療法に比べて、費用対効果、集団力動の利用可能性など、優れた点も多い。何より、需要に対して供給が追いついていない状況を勘案すると、北海道には適した治療法と考えられる。

終わりに

北海道認知行動療法センターの活動を中心に、概念化と基礎コミュニケーション技術のトレーニングの充実、集団認知行動療法の普及など北海道での取り組みについて報告した。北海道は一つの島であり、他地域と隔離されている地理上の理由から地域独自の取り組みを行いやすい。北海道が認知行動療法の普及の一つのモデルケースとなるよう、北海道認知行動療法センターの活動をより充実させていければと考えている。

各機関での研修：大学病院での取り組み —認知療法研修（精神科3カ月 optional program）を受けて—

慶應義塾大学医学部精神神経学教室・群馬病院 山市大輔

慶應義塾大学精神神経学科の専修医研修プログラムの一環として、2016年1月～3月の3カ月間、optional programとして認知療法に関する研修を受けていました。今回その研修内容についてご紹介させていただきます。

私は平成26年度に慶應義塾大学医学部精神神経学教室に入室し、2年間の専修医研修プログラムを受けていました。慶應義塾大学精神神経学科専修医研修プログラムでは、1年間は大学病院で研修し、残りの1年間は、半年を精神科単科病院で、3カ月を総合病院で研修し、最後の3カ月間はオプション期間と呼ばれ、精神医療に関係することであれば、自由に学んで良い研修期間となります。私はこの期間を利用し、興味があった認知療法を学ぶ機会としました。慶應認知行動療法研究会に参加していた御縁で、慶應の三村将教授、中川敦夫先生、中尾重嗣先生から、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターの堀越勝先生をご紹介頂き、慶應義塾大学病院と認知行動療法センターで3カ月間研修を受けることができました。

研修内容は認知療法の陪席が主で、計100回以上の陪席と、陪席させて頂いたセラピストの数も13名にのびました。内容もうつ病や強迫性障害、慢性疼痛、過敏性腸症候群に対する認知療法や、マインドフルネスと多岐に渡り、視野が広がりました。また、認知行動療法厚労省ワークショップに参加し、うつ病の認知行動療法のスーパーバイズ（SV）を受けることで、陪席で学んだ知識を実践の中で深めていくことを経験できました。例えば、自動思考の同定では具体的な場面を切り取ることが大切とありますが、患者さんが「毎朝起きると悲しくなる」と述べた時に、朝という具体的な場面が取り出せたと思い、そのまま話を続けてしまうこともあったのですが、その想像上の朝では自動思考や感情がうまく引き出せず、スーパーバイザーのアドバイスを受けて、その朝が今日の朝なのか、昨日の朝なのか、具体的な日付、時間がわかるほど具体的にすることで、うまくいったことがあり、知識が

実際に役立つ形で身についたと感じました。

やはり3カ月で100回を超える陪席が普段の勤務をしながらではできない貴重な経験で、認知療法の実際が見れるのは当然ながら、教科書にない現場の生きた表現を吸収できました。堀越先生の、痛みにとらわれて生活している患者さんに「痛いからやらない、痛くないからやるだと、あなたの人生なのに痛みがコントロールしてますよね。人生のドライバーシートにこのまま痛みを座らせておきますか。あなたが座りますか」と喩を使ってメタ認知を促す表現は印象深いものの1つです。また陪席とともに講義も受けることができたため、実践をイメージしながら知識の補充ができ、それを踏まえて陪席を受けることでより理解が深まるという好循環があったように思います。陪席は自分の診療の振り返りにもなり、研修システムの中に組み込まれるのがスタンダードになっていけばいいのにと感じました。

次に研修の中で私が感じた困難についても述べさせていただきます。一番は、講義や陪席で認知療法の基礎を学ぶレベルと、SVを受けて認知療法を実践するレベルとの間のギャップが大きいことでした。CTRS（認知療法尺度）の項目で挙げると、アジェンダ、中心となる認知または行動に焦点、変化へ向けた方略の選択、認知行動的技法の実施など、認知療法に固有の要素が、実際にやってみると普段の臨床では実践していない分、難しく感じました。講義や陪席は必須ですが、どうしても受容的になってしまうため、能動的な学びを増やして、基礎と実践とのギャップを埋めるとSVもスムーズに行えるのではないのでしょうか。例えば、もしワークショップ等で「アジェンダの決め方」などのポイントを絞った参加者同士による実践形式のロールプレイの場があれば今後参加してみたいと思いました。その他には、実際の症例を改変し、適切なアジェンダや方略の選択肢を選んでいく問題集のようなものがあると、画一的な偏見を生みそうですが、アウトプットの練習にはなると考えました。

最後になりますが、三村教授、堀越センター長、中川先生、中尾先生をはじめ、ご協力頂いた皆様方には、貴重な研修の場を与えて頂き、大変お世話になりました。この場をお借りしてお礼申し上げます。