

8. 予約診療（診療日だけではなく診療時間まで予約する場合に限定）について

- すべて予約制にしている
- 初診のみ予約制にしている
- 予約制はとっていない
- その他（具体的に： _____）

9. 診療報酬点数表の通院・在宅精神療法算定に当たってのインフォームドコンセント実施について

- 初診時に通院・在宅精神療法の項目内容について説明する
- 特に説明しない
- その他（ _____）

10. 個々の診療ごとに、自分の診療行為が、通院・在宅精神療法のどの点数に相当したのかについて

初診時： 、

再診時： 、

、

- その都度意識してわかっている
- 意識していない
- わかっていない
- その他（ _____）

11. 現行の点数について

- 低すぎる 適正である 高すぎる
- その他（ _____）

12. 通院・在宅精神療法の診療内容として、通知文からは次の3種類の診療行為が抽出されますが、実施される頻度が高いのは（複数チェック可）

- 危機介入
- 対人関係の改善
- 社会適応能力の向上
- その他（ _____）

13. 平成20年4月に新設された I002-2 精神科継続外来支援・指導料 について（複数チェック可）

- 通院・在宅精神療法と同じ診療行為で診療所要時間が5分未満の場合に算定
- 回数制限のために通院・在宅精神療法を算定できないときに代替して算定
- 病状等の確認のみの場合に算定
- 精神科継続外来支援・指導料を算定したことはない

- 精神科継続外来支援・指導料が新設されたことを知らなかった
 その他 ()

14. I002-2 精神科継続外来支援・指導料算定時に、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士による支援を伴う場合は、療養生活環境整備支援加算 40点を算定できませんが、算定したことは

- ある ない 加算を知らなかった

15. 外来診療で一緒に働いているすべてのスタッフについて (複数チェック可)

- 保健師 (名) 看護師 (名) 作業療法士 (名)
 精神保健福祉士 (名) 受付 (名)
 独りで診療している (理由)

16. 日常外来診療で通院・在宅精神療法を算定することが多い疾患分類 (ICD-10) 上位3つに○をしてください。(F7精神遅滞は除外してあります)

- () F0 症状性を含む器質性精神障害
() F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害
() F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
() F3 気分(感情)障害
() F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
() F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
() F6 成人の人格および行動の障害
() F8 心理的発達障害
() 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

17. 同じく、通院・在宅精神療法を頻回に算定するか、または算定時に診療時間が長引く傾向が強いと感じられる疾患分類上位3つに○をして下さい。

- () F0 症状性を含む器質性精神障害
() F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害
() F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
() F3 気分(感情)障害
() F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
() F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
() F6 成人の人格および行動の障害
() F8 心理的発達障害
() 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

18. 通院・在宅精神療法算定は暦週1回までとする算定回数の上限が設けられています。

- 上限の縛りがきつすぎる 上限は適切に設定されている
 その他 ()

19. 以下の精神療法的アプローチは、通院・在宅精神療法の算定可能な技法と思われませんが、興味のあるものに○を、実施可能であるかまたは実施しているものに◎をつけて下さい。(特にない場合は記入しなくて結構です。)

- 精神分析療法 認知行動療法 来談者中心療法 行動療法
 自律訓練法 遊戯療法 森田療法 対人関係療法
 絵画療法 音楽療法 箱庭療法 家族療法

20. ご存知のように、平成20年4月改定で診療所要時間が5分を超えなければ通院・在宅精神療法を算定できないことになりました。このいわゆる5分ルールについて、改定後の診療体験を踏まえて、ご意見があればお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

IV . 認知行動療法の研修と 教育に関する研究

「精神療法の研修と教育に関する研究」

研究分担者：藤澤大介（慶應義塾大学医学部精神神経科）

研究要旨

精神療法の効果的な研修法の開発を目的に、精神療法の教育に関する文献検索を行った。アメリカ、イギリス、カナダからの研修方法の報告をまとめ、①はじめに来談者中心療法（支持的精神療法）の研修を行い、精神療法における非特異的な治療的因子を習得すること、②次に、実証に基づいた精神療法を、講義、上級治療者の治療への陪席、ビデオないし録音テープを題材としたスーパービジョン、標準化された評価を用いた知識・技術・Case Formulation（症例のみたて、治療計画と治療の進行度）の評価、経験症例のポートフォリオとケースレポートの作成などを通じて習得すること、③特定の精神療法に関するメタ解析の主要な結果、結果の強みと弱みについて学ぶこと、④集団療法の機会をもうけること、が重要であると結論した。

認知行動療法の能力評価指標を示し、そのうち、原著者の許可を得て、Cognitive Therapy Scale のマニュアルと Supervision Checklist の翻訳を行った。

研究協力者：

古川壽亮（名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学）
菊地俊暁、佐渡充洋、中川敦夫（慶應義塾大学医学部精神神経科）
大野裕（慶應義塾大学保健管理センター）

A. 研究の目的

精神療法の有効な実施には、研修方法の確立と能力評価が必須である。精神療法の研修方法と能力評価について文献検索を行った。

B. 研究方法

PubMed にて、psychotherapy、competencies” をキーワードとして検索し、さらに、関連文献を hand search で検索し、精神療法の研修と必要能力について検討した。

C. 研究結果

効果的な精神療法に必要な能力についての実証研究と、アメリカ、カナダ、イギリスにおける精神療法の研修と評価についての報告が見つかった。

以下に、初めに各国における精神療法の研修の現状についての報告を記述し、次に、精神療法の研修において考慮すべき点について触れ、最後に、本邦における精神療法の研修案の青写真を示す。

1. 各国における精神療法の現状についての報告

アメリカの報告

アメリカでは、2001年に精神科研修医委員会（Residency Review Committee: RRC）が、支持的精神療法、精神力動的な精神療法、認知行動療法、ブリーフ・セラピー、精神療法と薬物療法の併用療法、の5つの形態の精神療法を必須のカリキュラムとした。

この方針は2007年に改定され、支持的
精神療法、精神力動的
精神療法、認知行動療法
の3つに削減された。
ブリーフ・セラピー
と精神療法と薬物療法
の併用療法は、前記
3つの精神療法の
下位概念として位置
づけられるようになった。

研修の方式は、上級セラピストへの
陪席、治療をプロセス
ノート・録音テープ・録
画ビデオを利用したス
ーパービジョンなどが
かつてから行われてい
る方法である。最近
では、精神力動的
精神療法における
multiple-choice
Columbia Psychotherapy
Skills Test、認知行動
療法における
Supervision checklist
なども用いられる
ようになってきている
が、2003年10月に
米国多施設のチーフ
レジデントを対象に
行われた調査¹によ
れば、実態は施設に
よるまちまちであり
、まだ明確な研修
方法は確立してい
ないようである。例
えば、各精神療法
において経験すべき
症例数は、精神力
動的
精神療法、ブリーフ
・セラピー、支持
的
精神療法で約30%
が5-9人、認知行
動療法では約20%
が5-9人で、それ
以外ほとんどが5
人未満である。精
神療法と薬物療法
の併用療法のみが
、5人未満と10人
以上の2つに大別
された。スーパー
ビジョンにおいては
、プロセスノート
では治療者の主
観が含まれてしま
うため、録音、で
きれば録画が強く
勧められている
が、ビデオを用い
たスーパービジ
ョンの実施率は精
神療法と薬物療法
の併用療法で46%
、精神力動的
精神療法で13%
、認知行動療法
で8%、ブリーフ
・セラピーと支
持的
精神療法では6%
にすぎなかった。

能力評価に用いられる方式は、
症例の概念化(65%)、
ビデオ(45%)、
プロセスノート
(44%)、録音
テープ(21%)、
選択肢式筆記
試験(20%)、
ポートフォリオ
(経験症例の
まとめ)(12%)、
治療成績(9%)
であった。

カナダの報告

Evidence-based
Medicineのメ
ッカであるカナ
ダのMcMaster
大学では²、1995
年より、精神科
レジデントに対
して以下の精神
療法研修が実施
されている。効果
が実証さ

れている7つの
精神療法—来談者
中心療法(支持
的療法)、認知
行動療法、長期
精神力動的
精神療法、対人
関係療法、家
族療法、夫婦
療法、集団療法
—が必須となっ
ている。同大学
の特色は、この
7つを網羅して
いるということ
よりも、トレー
ニングと評価
が標準化され
ていることであ
る。長期精神力
動的
精神療法以外
はマニュアル
に基づいて治
療し、すべての
セッションを録
音ないし録画
して、毎週ス
ーパービジ
ョンを受ける。
標準化された
治療の評価
尺度があるも
のは、治療
初期と治療
後期の録音/
録画テープと
ともに、評価
尺度を提出す
る。一つの治
療法に対して
一つずつ症
例が用いられ
、2人以上の
評価者が評価
する。

評価は、治療
評価尺度、ス
ーパービジ
ョンでの能力
、全般的・特
異的な精神
療法のスキル
、知識、プロ
フェッショナル
としての態度
の各項目で行
われる。教員
についても評
価が行われて
おり、ス
ーパービジ
ョン能力と講
義能力が評価
される。それ
には、知識、
ファシリテ
ート能力、プロ
フェッショナル
としての行動
と態度、資料
の使い方が
含まれる。

レジデントは、
軽症～中等症
のうつ病(2
軸疾患がある
人は含まない)
に対する来談
者中心療法
(支持的療法)
からトレー
ニングを始
める。理論と
研究について
の講義、治
療理論に沿
った特定の
介入(例:共
感、積極的
傾聴、支持
を示す)が
ビデオや
ロールプレ
イを用いて
行われ、マ
ニュアル³
に沿ったス
ーパー
ビジ
ョン、マイ
クロカウ
ンセリ
ングによる
研修が行
われる。評
価は、
Truax
Accurate
Empathy
Scale(TAES)
で評価:
治療
初期(第3
回)と後
期(第15
回)のセ
ッション
から10分
を無作為
に抽出し
たテープ
を用いて
行われる。
来談者
中心療法
(支持的
精神療法)
の次に、
うつ病の
認知行動
療法の研
修が行
われる。講
義に引き
続き実践
トレー
ニングが
行われ、
評価は
cognitive
therapy
scale(CTS)
でス
ーパー
ビジ
ョンが
行われ、
30-39
点が目
標とさ
れる。うつ
病に引き
続き、
不安障
害に対
する
認知行
動療法
の研修
が行
われる。
評価は
CTSと、
行動
療法的
介入に
ついて
の評価
を併用

する。認知行動療法の次は、精神力動的精神療法で、症例1例に1-2年かける。30セッション(1年の75%)が必須である。Penn-adherence scale for supportive-expressive therapy (Weerasekera P. unpublished)によって評価される。家族療法は精神力動的な精神療法と並行して行われる。Family Therapist Rating Scaleで評価され、300点満点中100点が目標とされる。引き続き、うつ病に対する対人関係療法の研修が行われる。Therapy Strategy Rating Form (Weerasekera P. unpublished)と、Process Rating Form (Weismann, unpublished)を第3、第12セッションで評価する。上記がすべて終了後、夫婦療法(emotionally focused couples therapy)か、集団療法(CBT、IPT)を選択して研修を受ける。

イギリスの報告

イギリスにおいては、国家的な認知行動療法普及の政策が打ち出されている。イギリスの認知行動療法の中心である英国認知行動療法学会 British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP)が、認知行動療法の最低必須能力の基準をうちだしている(別表1)⁴。Keenらは、選択肢式の筆記試験、小論文、治療ビデオ評価を併用することで、信頼にたる評価が可能と報告している⁵。

2. 精神療法の研修において考慮すべき点
数々の精神療法がある中で、どの精神療法をどのような形で研修を行うべきか、留意すべき点を列挙する。

① 実証にもとづいた精神療法 Evidence-based psychotherapy の実践を心がける

精神療法が有効であることは明らかである(ほとんどすべての精神療法は WAITING LISTには勝る)が、各精神療法の間で圧倒的に有効である特定の精神療法は少ない。ある精神療法が、どの病態(例:診断)の、こういった患者群に有効であるのかを知っ

ておくことが重要である。各精神療法に関するエビデンスを知っておくこと、またエビデンスを評価する強力な方法の一つとして、メタ解析の利点、欠点を知っておく必要がある。

実証に基づいた精神療法 EBP の必須上限として、①無作為対照比較試験 RCT で効果が確認されている、②治療マニュアルがある、③均一の診断群に対して実施される、④結果の再現性がある、の条件が必要である。現時点でこの要件を満たせるのは、認知行動療法と対人関係療法といえる。

また、精神療法の適性を示唆するパーソナリティによる組み合わせがいくつか指摘されている⁶: Externalization (問題を外在化する傾向: 外在化しやすい患者はスキル・症状指向的な精神療法、そうでない患者は洞察的な精神療法が適している)、Reactance (治療者の指示に従いやすい患者は指示的精神療法、抵抗しやすい患者は自律的な精神療法が適している)、対人関係⁷ (充実した人間関係の経歴がある患者には直面化を伴う洞察的精神療法、これまでの人間関係に問題がある患者は支持的精神療法が適している)である。

②精神療法の治療的因子は共通点が多い

さまざまな精神療法は、差異より共通因子が多い。共通の治療的因子には、以下が実証されている⁸:

治療同盟 working alliance

患者と治療者の治療同盟と治療効果の関係を検証したメタ解析^{9,10}では、作業同盟と治療効果には中等度($ES=0.22-0.26$)の相関関係が認められている。相関の強さは、クライアントによる評価>治療者自身による評価>観察者による評価、の順であった。作業同盟と結果の相関は、精神療法の種類、長さに関連しなかった。

共感 empathy

共感と治療効果は中等度($r=0.32$)の相関がある¹¹。クライアントによる共感性の評価が治療効果と最も関連が深く($r=0.25$)、ついで、観察者による評価($r=0.23$)であり、治療者自身による評価($r=0.18$)はや

や劣っている。特に認知行動療法における共感の重要性は、他の精神療法と比較して高い(表2)。共感の治療効果は、具体的に測定された治療効果よりも、「全般的改善度」や「満足度」においてより顕著である。共感の影響の大きさは、経験の少ない治療者で顕著で、経験豊富な治療者では少ない。集団療法や長期療法における共感の影響は小さい($r < 0.20$)。治療設定の違い(入院/外来)、クライアントの重症度は影響を受けない。

表1. 治療理論ごとの共感の効果

治療理論	研究レベル		
	mean <i>r</i>	SD	N
経験的/人間的	0.25	0.21	6
認知・行動的	0.49	0.48	4
精神力動的	0.18	0.14	4
その他/非特異的	0.3	0.27	33
F	0.99 (d. f. = 3, 37)		

unbiased Fisher's *Z*

F: 効果量に対する各治療理論の one-way ANOVA

治療目標の共有と協力 goal consensus and collaborataion

治療目標の共有は治療継続率と治療効果を高める¹²。「当初相談に来た問題以外の問題を、治療者が多く発見してくれた」と患者が評価した治療者、治療者自身が「患者が当初相談に来た問題以外の問題を多く発見できた」「患者に対して、自分自身の新しい理解の仕方をよく提供できた」「患者によく教育をできた」と評価できた場合に治療継続率が高い。治療継続率が高い治療者は、面接の初期では質問を多く用い、励ましは最小限であり、面接の後半では情報を整理して言語化し、治療的な見立てと治療計画を説明していた。

地域の精神保健センターに来談した初診228例についての検討¹³では、伝統的な問診(情報収集)と、行動分析に基づいた面接(患者の問題について患者の認識と治療

者の認識を共有し、治療目標の交渉をする)とを比較した場合、後者の方が治療につながる可能性が高く、治療開始後も脱落率が低かった。

20セッションのうつ病認知行動療法で、第3セッション後におけるCalifornia Psychotherapy Alliance Scale(CALPAS)¹⁴の治療目標の一致がBDI改善度と相関したと報告されている¹⁵。第5セッション以降のCALPAS治療目標スコアと治療結果は相関がない(高齢者に対する行動療法、認知行動療法、短期精神力動的療法)¹⁶。したがって、第3-4セッションまでに、治療目標を共有することが重要であるといえる。

治療継続率 Engagement Quotient (EQ) : 第2セッションに来談する確率は、治療者の能力評価の一つの基準となる。心理学生では平均 43.4 (SD=10.11; 0.20-0.70) と指摘されている。EQが高い治療者ほど言語的スキルが高く、物事の意味を理解する能力が高く、患者に問題を説明する力が高い。

EQ率の高い治療者は、そうでない治療者と比較して、患者-治療者の交流が高い。具体的には、反応の一致性 response congruence (患者が言ったことを治療者がすぐにとりあつかうこと)と、内容の関連性 content relevance (患者が予診の時点で重要と語った内容をとり扱うこと)の2つが重要である。

認知行動療法では、治療的かわり方を示唆するホームワークの達成度(患者評価、治療者評価とも)が治療効果と相関する。27の認知行動療法の研究(n=1702)のメタ解析によれば、ホームワークの設定と遵守の治療寄与率が、mean effect size (*r*)でそれぞれ0.36と0.22であった¹⁷。

集団の凝集性 group cohesion¹⁸

集団療法においては、集団の凝集性が治療効果に影響する。

その他、治療に効果的である可能性が高い要素

その他、次の要素が、治療に関連する可能性が高いと考えられている: 陽性転

移を維持できること、誠実さ、フィードバック、治療同盟の破綻を修復すること、治療者の自己開示、患者—治療者の関係性についての解釈の質、逆転移のマネジメント。

このような、精神療法の非特異的な治療的因子を身につける方法として、Y-モデル（はじめに支持的精神療法に主に含まれる非特異因子を習得し、その後各精神療法を習得する）が提案されている¹⁹。

③その他、実践上考慮すべき点

実践上の理由と、効果増強の観点から、精神療法と薬物療法との併用療法についての研修が望ましい。また、集団療法は個人療法と概ね同等の効果が得られており²⁰、医療経済的にも集団療法の研修機会が十分に提供されるべきである。

④能力の評価方法を確立する

能力の評価方法を標準化するべきである。たとえば、認知行動療法では、以下の尺度が、欧米でよく用いられている。

・ Cognitive Therapy Scale (CTS)²¹

各セッションを11項目から評価する評価尺度。判定基準：1つ以上のセッションで、66点満点中40点以上。

・ Cognitive Formulation Rating Scale

病歴聴取、症例のみたて、治療計画と治療の進行度を評価する尺度

判定基準：24点満点中20点以上

通常、16～20時間の双方向的セッション、2-5例の治療で達成できる

・ Cognitive Therapy Awareness Scale²²

認知理論、認知療法の基礎知識を、40問の正誤問題で問うもの。レジデント研修の前中で評価し、40点満点中、20台中間-30台が、CBTの正式なトレーニングを受ける前に必要と考えられている。

・ Cognitive behavior therapy supervision checklist

各セッションのスーパービジョンで使用する、チェック項目のリスト

このうち、CTS と Supervision Checklist は、それぞれ原著者(Young J と Beck AT、Sudak D)の許可を得て邦訳した(別表 2, 3)。

D. 考察

本邦における精神療法の効果的な研修として、以下の方針が示唆される：

①はじめに来談者中心療法（支持的精神療法）の研修を行い、精神療法における非特異的な治療的因子を習得する。

・ 治療同盟、共感、治療目標の共有と協力が強調される。

・ 転移・逆転移の問題について学ぶ

・ マイクロカウンセリング・ビデオ

・ ロールプレイ

・ 自己の面接ビデオのレビュー

・ Truax Accurate Empathy Scale (TAES)、Working Alliance Inventory、California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) などを用いたスーパービジョン・評価

たとえば、慶應義塾大学医学部精神神経科では、後期研修医に面接のロールプレイを行い、精神疾患に関する知識、基本的な面接態度、共感能力などを評価している。これは、主要な精神疾患（統合失調症、大うつ病、双極性障害、強迫性障害、認知症など）について簡単なケース・ビネットを示し、それをもとに、患者家族に対して説明する場面を想定して、病状と治療方針を説明させるロールプレイである。ここでは、前述の Supervision checklist のうち、精神療法における基本的態度に関する項目（表 2）を抜粋して、評価に用いている。

表 2. 慶應義塾大学精神神経科面接評価票

	優	可	要改善
1. 共同経験的關係を維持する			
2. 適度な共感、誠実さを表す			
3. 的確な理解を示す			
4. 適切な専門家意識・境界線を維持する			
5. 適切なフィードバックを引き出す/提供する			

また、名古屋市立大学では表3の研修を構想している。

表3. 精神療法の研修案

精神療法の教育・訓練 (名市大案)	
<ul style="list-style-type: none"> 精神医学的診断面接 <ul style="list-style-type: none"> 精神科初診面接をSTACERQにより同僚が評価 支持的精神療法 <ul style="list-style-type: none"> マイクロカウンセリング・ビデオでマイクロカウンセリング・スキルを演習 MurkowitzのSupportive Psychotherapy Manual日本語訳で支持的精神療法のエッセンスを俯瞰 自分の患者の治療経過でWorking Alliance Inventory Barlett-Lennard Relationship Inventoryで患者に評価してもらう Columbia University Supportive Psychotherapy Rating Scaleでオープンに評価してもらう 薬物療法と併用する認知行動療法 <ul style="list-style-type: none"> 認知行動療法入門講座(全30時間) 	

②次に、エビデンスの裏付けのある精神療法の研修を行う。認知行動療法では次のような研修が想定される(表4)。

表4. 認知行動療法の研修案

習得すべき能力	訓練方法	評価基準
心理・社会的治療における一般的な能力 あらゆる精神療法に共通する基礎能力	支持的精神療法のトレーニング	Work Alliance Inventory (WAI) Columbia Psychotherapy Alliance Scale (CAPAS) などで行った評価
認知・行動療法の基礎能力 ほとんどの認知・行動療法に共通するスキル 基礎的認知療法	講義、双方向的サテライト、随時、 文献学習(北テンス+治療理論+マニュアル)	Cognitive Therapy Awareness Scale (CTAS) 25/30で判定
認知・行動療法における応用能力 ほとんどの認知・行動療法に高い汎用性(認知療法など)	難易度の低い(初級)の治療から始める(問題が単純、比較的軽微、治療効果が大きい) 双方向的サテライト 文献学習(技法、困難例の学習など)	Cognitive Formulation Rating Scale (CFRS) -<Cognitive Therapy Scale (CTS)で難易度評価(まず1/3は30点を目指す)>
メタ能力 様々な治療に対して、上記のすべてのレベルからわたって実践するべき能力	スーパービジョン(個人・集団)	CBT supervision checklistを参照 Cognitive Formulation Rating Scale (CFRS) 20/24 -<Cognitive Therapy Scale (CTS) 24/30を目標とする>

- 講義
 - Cognitive Therapy Awareness Scale (CTAS) で評価
 - 上級治療者の治療への陪席
 - ビデオないし録音テープを題材として、Cognitive behavior therapy supervision checklist、Cognitive Therapy Scale (CTS) を用いたスーパービジョン
 - Cognitive Therapy Scale (CTS) 30点が合格基準
 - 経験症例のポートフォリオとケースレ

ポートの提出

・Case Formulation (症例のみたて、治療計画と治療の進行度) を評価

例えば、認知行動療法であれば、別表2のような段階的な研修が提案される。

「認知・行動療法の基礎能力・応用能力」
「認知・行動療法スキル」については、講義、ロールプレイ、指導法、評価 (CTS の項目を利用) を1セットとした、モジュール式の教育が一案として提案される。

③特定の精神療法に関するメタ解析の主要な結果、メタ解析の強みと弱みについて学ぶ

④集団療法の機会をもうける

E. 結論

精神療法の研修方法についてレビューを行った。認知行動療法の研修で有用な二つの尺度の翻訳を行った。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：

1. 論文発表

藤澤大介. 認知行動療法の一般うつ病診療への応用. 心療内科 12(3), 219-226, 2008

2. 学会発表

大野裕ほか. 教育研修コース「うつと不安の認知療法」. 日本精神神経学会. 東京. 2008. 5

大野裕ほか. 教育研修コース「うつと不安の認知療法」. 日本認知療法学会. 東京. 2008年11月

藤澤大介、鈴木伸一、中川敦夫、鍋山麻衣子、平井啓、渡辺範雄. 日本における認知行動療法の効果研究の現状と課題. 第8回日本認知療法学会シンポジウム. 東京 2008. 11

藤澤大介. 心身医療における医師と心理士

の連携. 第49回日本心身医学会総会シンポジウム. 2008. 6 札幌

H. 知的財産権の出願・登録状況: なし

I. 参考文献

- ¹ Khurshid KA, Bennett JI, Vicari S, Lee KL, Broquet KE. Residency programs and psychotherapy competencies: a survey of chief residents. *Acad Psychiatry*. 2005 Nov-Dec;29(5):452-8.
- ² Weerasekera P, Antony MM, Bellissimo A, Bieling P, Shurina-Egan J, Spencer A, Whyte R, Wolpert-Zur A. Competency assessment in the McMaster Psychotherapy Program. *Acad Psychiatry*. 2003 Fall;27(3):166-73.
- ³ Greenberg LS, Rice LN, Elliot R. Facilitating emotional change: the moment by moment process. New York, Guilford Press 1993
- ⁴ British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapies. Minimum Training Standards for the Practice of CBT. BABCP, 2006 <http://www.babcp.com/cbt-training/cbt-training-courses/> [last accessed, 8 March 2009]
- ⁵ Keen AJ, Freeston MH. Assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Br J Psychiatry*. 2008 Jul;193(1):60-4.
- ⁶ Beutler, Larry E.; Engle, David; Mohr, David; Daldrup, Roger J.; Bergan, John; Meredith, Keith; Merry, William. Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 59(2), Apr 1991. pp. 333-340.
- ⁷ Piper, William E. Joyce, Anthony S. McCallum, Mary Azim, Hassan F. Ogradniczuk, John S. Review of Interpretive and Supportive Psychotherapies: Matching Therapy and Patient Personality. *Psychotherapy Research*, Vol 13(1), Spr 2003. pp. 117-119.
- ⁸ American Psychological Association Steering committee. Empirically supported therapy relationships: conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. In Norcross JC(ed.) *Psychotherapeutic relationships that work*. Oxford University Press, New York, 2002
- ⁹ Horvath, Adam O.; Symonds, B. Dianne. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 38(2), Apr 1991. pp. 139-149.
- ¹⁰ Martin, Daniel J.; Garske, John P.; Davis, M. Katherine. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 68(3), Jun 2000. pp. 438-450.
- ¹¹ Bohart, Arthur C.; Elliott, Robert; Greenberg, Leslie S.; Watson, Jeanne C.; In: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness*

to patients. Norcross, John C.; New York, NY, US: Oxford University Press, 2002. pp. 89-108.

¹² Tryon, Georgiana Schick; Winograd, Greta. Goal consensus and collaboration. In: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Norcross, John C.; New York, NY, US: Oxford University Press, 2002. pp. 109-125.

¹³ Tracy, James J. Impact of intake procedures upon client attrition in a community mental health center. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 45(2), Apr 1977. pp. 192-195.

¹⁴ Gaston, Louise; Marmar, Charles R. The California Psychotherapy Alliance Scales.; In: *The working alliance: Theory, research, and practice*. Horvath, Adam O.; Greenberg, Leslie S.; Oxford, England: John Wiley & Sons, 1994. pp. 85-108.

¹⁵ Safran, Jeremy D.; Wallner, Lisa K. The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 3(2), Jun 1991. pp. 188-195.

¹⁶ Marmar, Charles R.; Gaston, Louise; Gallagher, Dolores; Thompson, Larry W. Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol 177(8), Aug 1989. pp. 464-472.

¹⁷ Kazantzis, Nikolaos; Deane, Frank P.; Ronan, Kevin R. Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol 7(2), Sum 2000. pp. 189-202.

¹⁸ Burlingame, Gary M.; Fuhrman, Addie; Johnson, Jennifer E. Cohesion in group psychotherapy. In: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Norcross, John C.; New York, NY, US: Oxford University Press, 2002. pp. 71-87.

¹⁹ Plakun EM, Sudak DM, Goldberg D. The Y model: an integrated, evidence-based approach to teaching psychotherapy competencies. *J Psychiatr Pract*. 2009 Jan;15(1):5-11.

²⁰ McRoberts, Chris; Burlingame, Gary M.; Hoag, Matthew J. Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, Vol 2(2), Jun 1998. pp. 101-117.

²¹ Vallis TM, Shaw BF, Dobson KS. The Cognitive Therapy Scale: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1986 Jun;54(3):381-5.

²² Wright, Jesse H.; Wright, Andrew S.; Salmon, Paul; Beck, Aaron T.; Kuykendall, Jeffrey; Goldsmith, L. Jane; Zickel, Mary Beth. Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. *American Journal of Psychotherapy*, Vol 56(1), 2002. pp. 76-86.

別表1. 英国認知行動療法学会の最低必須研修

Minimum Training Standards for the Practice of CBT, British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapies

1. 基本条件

1.1. 治療者の適性は基本的に個人個人に応じて検討されるが、通常は、適切な職種（例：心理学、精神医学、看護学、カウンセリング、作業療法、ソーシャルワーク、教育学）における基本的な資格認定を受けている。治療者はそれぞれの関連団体に登録し、資格認定後2年以上の研修と経験が必要である。

1.2. クライアントに対する治療的な役割の十分な経験が必要である。

1.3. （認知）行動療法の実践にふさわしい個人的資質を示せなくてはならない。

1.4. （認知）行動療法を主たる治療モデル（の一つ）として系統的に用いることができなければならない。

2. 研修期間

2.1 研修（基礎的な職業訓練、経験、関連する（認知）行動療法の研修を含む）が少なくとも4年以上必要である。

3. 理論・スキルの研修

3.1 研修には、人の発達、精神病理、心理、社会的要素、エビデンス・ベースドな診療の実践が含まれる。

3.2 （認知）行動療法の特殊な領域に特化した研修コースがあってもよいが、広い問題領域にわたる（認知）行動療法の基礎的な理論的基盤に即したカリキュラムを修了するひつようがある。

3.3 スキルの研修が知識の経験の習得の上で必須であり、全研修時間の50%以上を占めなくてはならない。

3.4 理論的知識とスキルを、構造化された教育と自習により身につけなくてはならない。研修に必要な時間は450時間以上で、そのうち200時間は認定された教育者から受けなくてはならない。

3.5 研修記録には、研修の時間、教育を受けた時間、講義の記録、研修にかかわった講師やチューターが明記されなくてはならない。

3.6 （認知）行動療法の効果と有効性に関する研究を理解し、解釈するスキルを身につけなくてはならない。

4. スーパーバイズ下での臨床診療

4.1 前述の3.4の基準に加えて、スーパービジョンのもとに、200時間の患者評価と治療を実施しなくてはならない。

4.2 患者評価と治療の両方において、英国認知行動療法学会が認定した（認知）行動療法家によるスーパービジョンを受けなくてはならない。スーパービジョンは継続的なフィードバックと討議からなる。厳密なスーパービジョンには、実治療の観察、聴覚テープまたはビデオを用いる。

4.3 最低8症例を、初期評価から治療終了まで治療する必要がある。症例は3つ以上の問題にわたっている必要があり、3例が、前述の厳密な方法でのスーパービジョンを受ける。

4.4 スーパービジョン下での診療は研修記録に記録する。

5. 人格的な成長

5.1 （認知）行動療法のプロセスにおける個人的なかかわりを適切に同定し、管理できる必要がある。

5.2 他の専門家の助言が必要な時を認識する能力を育成しなければならない。

6. （認知）行動療法家の認定

6.1 英国認知行動療法学会の（認知）行動療法家の認定を申請するためには、それぞれの職種資格認定以後、2年の経験があり、最低限の必須基準を満たしており、（認知）行動療法における職業的な進歩を続けることができ、定期的な臨床スーパービジョンを受け、英国認知行動療法学会の“Guidelines for Good Practice of Behavioural and Cognitive Psychotherapy”を順守する必要がある。認定を受けた治療者は、Behavioural and Cognitive Psychotherapy Section of the UKCPに登録される。

7. 最低限の必須基準の評価

7.1 治療者は、試験論文、試験、研究計画などによって、（認知）行動療法の理論的側面とその応用面を理解できていることを示すことができる必要がある。

7.2 エビデンス・ベースド・プラクティスについての理解は、(i) 研究結果についての検討を含めた包括的なケースレポート、または、(ii) 関連する研究論文、または、(iii) 査読のある学術雑誌に投稿された論文によって評価される。

7.3 スーパービジョン下の診療は2000 - 4000単語のケースレポートとして提出する。

7.4 これらの評価は、（認知）行動療法のほとんどの認定コースの条件となっている。認定コース以外の研修コースを受講する人は、英国認知行動療法学会の基準を満たすプログラムを別に受講する必要がある。

別表2. 認知療法尺度評価マニュアル (Cognitive Therapy Scale Rating Manual)

Cognitive Therapy Scale – Rating Manual

認知療法尺度－評価マニュアル

原著

Jeffrey Young, Ph.D.

Aaron T. Beck, M.D.

翻訳

慶應義塾大学認知行動療法研究グループ

目次

評価者に向けた全般的注意	2
1. アジェンダ	3
2. フィードバック	5
3. 理解力	6
4. 対人能力	8
5. 共同作業	9
6. ペース調整および時間の有効使用	10
7. 誘導による発見	11
8. 重要な認知または行動への焦点づけ	14
9. 変化に向けた方略	17
10. 認知行動的技法の適用	22
11. ホームワーク	24

Cognitive Therapy Scale – Rating Manual
認知療法尺度—評価マニュアル

評価者に向けた全般的注意

1. 評価結果に影響を与える最も深刻な問題は“ハロー効果”である。評価者が治療者は良いと思うと、すべての採点項目において治療者は優れていると評価するが、セッションがうまくいかなかった時にはまったく逆のおこる。

認知療法尺度の最も重要な機能は、治療者の特定の長所と短所を明らかにすることである。一様にどの部分も良い治療者、ないし悪い治療者、に出会うのは非常にまれであり、したがって、治療者について、毎回のセッションごとによい面、悪い面を見出す方が、全体を通じて包括的な印象を述べるより有用であろう。

2. 2つめの問題は、評価者の中に、尺度の数字に自分で意味をもたせてしまう傾向（例えば、4が平均、などと意味づけをする）の人がいて、用紙の説明文にある記述を無視してしまうことである。この問題は、6点法の特定の数字に、我々が特有な意味を付加してしまうところにある。厳しい評価者は“自分は満足いかない”と思えば1をつけるが、寛大な評価者は治療者が“よくやった”とか“がんばっていた”と見て取れれば5をつける。

尺度に書いてある説明は、評価者間の統一性をより確実にするためのものである。したがって、可能な限り、数的評価は書いてある説明をもとに行う必要がある。数値の結果が治療者に対する評価者の“直観”と合わないのではないかと心配することはない（結局のところ、最初のページにある全体の評価で直観を表現してよいのであるから）。

唯一の例外は、記述が、治療者のある問題や行動を表しているように見えない場合である。そのような場合は、その項目の記述を無視して、一般的な指示に従うとよい。こうした場合に評価者がそぐわないと思う理由を記述してもらおうと今後尺度が改訂される際に役立つ。

1. アジェンダ Agenda

目標

認知療法は比較的短期間の問題解決的療法なので、1回ごとの面接時間を有効に使うべきである。毎回セッションのはじめに、治療者と患者は今回のセッション中にどの問題を話題にするか、というアジェンダを共に決める。アジェンダを設定することは、関係する問題に効果的なやり方で取り組むことにつながる。

Background material

- a. Cognitive therapy of Depression、pp.7-78, 93-98, 167-208.
- b. Cognitive Therapy and Emotional Disorders、pp.224-300

望ましい治療者のあり方

アジェンダは、患者が前回のセッションからどのように過ごしてきたかという手短なまとめから始まる。このまとめには、関連する先週の出来事、ホームワークの振り返りと話し合い、患者の現在の気分の状態（BDIスコア、不安チェックリストのスコア、患者自身による経過報告）が含まれる。

認知療法は比較的短期間であるため、標的となる特定の問題をピンポイントで扱うことが極めて重要である。問題を焦点化しないと、治療はぼやけたものになり、効果も弱まり、結果として進むのが遅くなる。扱う問題を適切に選ばないと、治療者は面接を進めることが困難になる。なぜなら、中核的な問題が進行を妨げるかもしれないし、患者は治療者とその問題に取り組んでいくことに十分納得していないかもしれない。ただし、扱おうとした問題が中核的であっても、現時点で扱うのはまだ難しいという場合もある。

従ってセッションの始めでは、患者と治療者は協同して、その回のセッション中に扱いたい問題のリストを作る。このリストの中にはうつ病の特異的の症状一例えば無気力、やる気の低下、涙が出る、集中困難が含まれることもある。また、患者の環境的な問題も含まれるだろう。たとえば、夫婦間の問題や、キャリアに関する事、子育てに関する事、経済的問題などである。

問題リストが出来上がったら、患者と治療者はどの問題を取り扱うかとその順番を決める。必要であれば、どの問題にどのくらい時間を割り当てるかも決める。優先順位を設定する上で考慮すべき点は、治療の段階、うつの重症度、希死念慮の有無、各問題領域におけるストレスの程度、問題解決が進展するかどうかの可能性、そのテーマやトピックが日常生活のさまざまな場面のうちのいくつに影響するか、である。

認知療法の初心者によく見られる間違いとして、1) 取り扱う問題について患者の同意が得られていないこと、2) 中核的な問題よりも周辺的な問題を選んでいること、3) 1つの問題に腰をすえてじっくり取り組まずに扱う問題を次から次へとかえること、がある。

一般的に、治療の初期段階の場合や重症のうつの患者の場合、厳密な認知よりも行動を目標にするほうがうまくいく。治療が進むと、うつの症状を取り除くこと（行動力の低下、過度に自己非難すること、絶望感、涙が出ること、集中困難など）から、より広域の問題（仕事への不安、人生の目標、対人関係の問題など）へと重点が移り変わる。

取り扱う問題を選ぶプロセスはある程度は“試行錯誤”になる。しかし、治療者はセッションを通じてアジェンダ通りに進めようとするべきである。しかしながら、時として治療者と患者は、扱うと決めた問題がそう重要でないとわかったり、時期尚早でまだ扱いきれないと思ったりした時には別の問題を扱いたいと思うだろう。扱う問題を変える時には協同的に、どうして問題を変えたいと思うのかの根拠を話し合ってから変えたり決めたりすべきである。治療者が説明なしに話題を変えることは、患者にとって、その問題は解決できな

い、望みのないものだと思わせてしまうからだ。

患者は時に、長い目でみるとあまり解決にならない、もしくは治療者と話し合っても生産的でない話題であっても、話し合いたかったり吐露したかったりする。治療者はそうした患者の願望にも配慮しなければならない。そうした柔軟性は認知療法における協同的関係を集約したものであるからだ。

アジェンダ設定は素早く効果的に行わなければならない。治療者はアジェンダ設定をすべて終える前に、特定のアジェンダの内容について話し合い始めるのは避けるべきである。さらには、アジェンダは多くを望みすぎても良くない。1セッションの中で、1つか2つ以上の問題を話し合うのは通常不可能である。アジェンダ設定は適切に行えば5分以内に可能である。

2. フィードバック Feedback

目標

治療者は、患者が治療のあらゆる側面に対するポジティブならびにネガティブな反応を、細心の注意をはらって汲み取る必要がある。フィードバックには、患者が、治療者の介入、概念化、考えの道筋を理解しているかどうかを確認し、また、治療者が患者の主たる問題を正確に理解しているかどうかを確認することが含まれる。

Background material

- a. Cognitive Therapy of Depression, pp.81-84

望ましい治療者のあり方

認知療法家は各セッションを通して、患者が治療のプロセスに対して納得しているかどうか確認しながら進めていくよう努めなければならない。第1回セッションから、治療者は患者が治療のあらゆる側面に対してどのように考え、感じているか、丁寧に聞きとるようにする。治療者はセッションごとに患者の評価を確認し、治療者について、問題がどう取り扱われたかについての評価、ホームワークなどについて、陰性の反応を積極的に述べてもらおうようにする。言語的表現であれ非言語的表現であれ、患者が面接に対して抱いた表面上はわからないネガティブな反応にも治療者は気をつける必要がある。そのような様子に気付いた時には、患者がどのように思っているか聞くべきである。可能であれば、治療者は患者にどのように面接を進めていくのがよいか、ほかのやり方はないかを聞いてみるとよい。

フィードバックにおいてもっとも重視することは、治療者は患者が治療者の概念化を理解しているかどうかを常にチェックすることである。抑うつ的な患者はしばしば、単に治療者に従っているだけ、ということがある。従って、治療者は常に今日のセッションでは何を話し合ったのかをまとめ、患者に要点となる部分を確認してみるとよい。実際、患者にとってセッションで話し合ったことをメモにするというのは次のセッションまでの間に振り返る手助けとなる。同様に、治療者も、患者が言ったことをどう理解したのかを定期的にまとめたり、そのまとめを患者に尋ねて修正・訂正してもらったり、“微調整”してもらったりすることが重要である。

3. 理解力 Understanding

目標

治療者は患者の考えたことや気持ちをどう理解したかを的確に伝える必要がある。“理解力”とは、どのくらい患者の世界に治療者が入り込んでいるか、患者のたどった人生をありありと想像できているか、そしてその結果理解したことを患者に伝えられるかどうかである。理解とは、ほかの文献でいうところの傾聴、共感のスキルのことを言う。

Background material

- a. Cognitive Therapy of Depression, pp.47-49

理論的根拠

治療者が効果を出せない場合には、患者の見解に対する解釈を間違えているか、無視していて、自身の態度とか、紋切り型の態度、ある理論に基づいたそのままの態度を誤って押し付けていることがしばしばある。こうした態度で接すると、患者の現実認識の中心でない認知や行動へと介入が向いてしまい、治療的介入は失敗に終わってしまう。

望ましい治療者のあり方

治療者は患者が明確に言葉にして伝えてきたことと、声の調子など非言語的な表現で伝えてきたことの両方に対して敏感である必要がある。患者は時に、ある出来事や人物について語る際に、特定の感情（怒りなど）を認めたり言葉にしたりしないながらも、声のトーンによって治療者に自分の気持ちを伝えることがある。

治療者が“患者の内なる世界”をつかみ取ることができなければ、効果的な介入は不可能である。さらには、患者が、治療者が自分を理解してくれていると信じられない限り、治療者は患者とラポールを形成することが難しい。治療者は、患者がどのように感じているようにみえるかを、言葉を言い換えたりまとめたりすることによって、理解していることを示すことができる。治療者の声の調子や非言語的表現によっても、患者の視点を共感的に理解しているということが伝わる（治療者は患者の問題に対して客観的な姿勢も保たねばならないが）。

理想的には、治療者が患者の“内なる世界”を理解することは、患者の問題についての正確な概念化へとつながり、それは改善に向けての有効な方法につながる。

評価するときの注意

“理解力”は評価者間の一致を得るのが最も難しい項目のひとつである。評価者が尺度のそれぞれの記述を丹念に読み込むことが重要となってくる。0は「治療者は患者が言ったことのポイントを全く外している」ということで、患者が口に出して言った最も明白な事項に対しても正確に繰り返すことができなかつた場合に0となる。2は、理解が文字通りすぎているかある断面しか把握できていない治療者にあてはまる。患者がはっきり言ったことを正しく繰り返すことは出来るが、なにかほかのことを言わんとしている微妙なニュアンスに対して鈍感であるとか、または枝葉のことについては正確に繰り返して言うことが出来るが、主要な問題をもらしている、といった場合である。

4と6は、治療者が、患者がどう思っているかを把握できているようにみえる場合につけられる。6は患者への共感的な理解を伝える能力と、患者の世界を鮮明に理解し、ある状況下に対して、患者がなぜ、どのように反応するのかを予期できる能力を有している場合に6となる。