

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(29)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リーダーにしておき、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。

3) 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 (対人関係カウンセリング) (30) (31)、グループ療法である IPT-G も開発されており、医療経済的には大いに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(32)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。

2. 神経性大食症に対する有効性研究

本研究は、我が国における初めての IPT 効果研究である。現時点では、治療終了後の評価面接の大部分を終えたところであるが、ここまでの解析からは、国際的な効果研究(26, 27)と同等の寛解率(本研究では 40%、国際的には治療終了時点で約 30%)が示されている。

本研究では神経性大食症を対象とした治療を行ったが、同時に、併存障害である気分障害と不安障害に対しても好ましい効果が得られている。摂食障害患者が気分障害や不安障害を併存していることは少なくないため、この所見は臨床的に価値がある。BDI-2 の結果も、治療開始前後で有意な改善が見られており、抑うつ症状に対する IPT の効果を示すものである。

本研究で用いたマニュアルにおいても、IPT では、現在の対人関係に焦点を当てた治療を行い、食行動を改善させるいかなる試みも行わない。このことが脱落率の低さにも関連すると思われるが、まずは食行動の改善から着手する認知行動療法に比べて寛解時期が遅い大きな原因となっている。本研究においても、治療終了時点での寛解

率は40%と、決して高率ではないが、EDI-2、BDI-2、SAS-SRに有意な改善が見られていることから、IPTの国際研究において見られてきた通り、今後の症状改善につながる可能性のある変化が起こっていることが考えられる。

本研究からの脱落者はおらず、治療満足度も概ね高い。治療終了時点で寛解が得られていない患者においても、治療満足度は高いが、これは、BDI-2、EDI-2、SAS-SRのスコアに現れている改善を反映したものである可能性が考えられる。

特定不能の摂食障害群においては寛解した対象はいなかったが、やはりBDI-2等のスコアは有意に改善している。これらの低体重群は神経性無食欲症の特徴を多分に有しており、フォローアップをしていくことによって、現時点で国際的にも意味のある治療データに乏しい神経性無食欲症に対するIPTの効果について何かしらの情報が得られる可能性がある。

今までの臨床経験からも、また、本パイロット研究の現時点までの解析結果からも、IPTが日本において神経性大食症に対する有望な治療であることが期待される。長期予後研究(26)では、治療終了後もIPTの効果は伸び続け、1年後にはCBTとの有意差がなくなり、6年後にはCBTの効果を超えるという結果が示されており、本研究の対象についても今後のフォローアップ研究が重要であると考えられる。

なお、この研究の制約点としては、自由診療のクリニックで行われているため、対象に偏りが考えられること（より重症である、経済的に裕福である、など）と、治療が単一の治療者（水島）によって行わ

れているため、結果の解釈においては一定の注意が必要であることが挙げられる。

これらの制約はあるが、標準化された評価尺度を用いて神経性大食症患者に対するIPTの効果を検証した本研究には臨床的な意味があると考えられる。

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。

効果研究の結果からは、我が国における神経性大食症に対してIPTが実用可能かつ効果的な治療法である可能性が示唆された。引き続きフォローアップ研究を行うと共に、今後、治療者の養成を進め、複数の治療者による、より大規模な無作為化臨床研究を行う必要性が示唆される。

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
- 水島広子. アティテューディナル・ヒーリング. 精神科 12(1):27-31, 2008
- 水島広子. うつとアンチエイジング. 心療内科 12(2):101-105, 2008
- 水島広子. 対人関係療法. 上島国利・樋口輝彦・野村総一郎ら 編集, 気分障害 pp.174-177, 医学書院 東京 2008
- 水島広子. 対人関係療法 (IPT). 精神科 13(4): 317-320, 2008
- 水島広子. 対人関係療法とアンチエイジング. 日本抗加齢医学雑誌 5(1):73-76, 2009
- 水島広子. 認知行動療法と対人関係療法—肥満症治療と糖尿病に関連するうつの治療として—. Medical Practice 26(4):605-608, 2009
- 水島広子. 対人関係療法. 心療内科 13(2):116-121, 2009
- 水島広子. 対人関係療法 (IPT). Depression Frontier 7(1) 76-80, 2009
- 水島広子. 対人関係療法 (IPT). 精神科治療学 第 24 巻増刊号 精神療法・心理社会療法ガイドライン, 142-143, Oct 2009
- 水島広子. 身体疾患を伴ううつ病の精神療法. Progress in medicine, 29 (10), 2357-2360, 2009
- 水島広子
職場におけるグループ対人関係療法
日本医師会雑誌 138(11), 2242, 2010
- 水島広子
摂食障害
日本臨床 68(suppl.2), 427-430, 2010
- 水島広子
対人関係療法 (IPT)
精神療法 36(1), 58-62, 2010
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
- 水島広子. 「対人関係療法」. 第15回日本産業精神保健学会大会 2008年6月6日 大阪
- 水島広子. 教育講演「肥満と摂食障害」. 第1回日本肥満症治療学会学術集会 2008

年6月14日 東京

水島広子. ワークショップ「対人関係療法」.
第5回日本うつ病学会総会 2008年7月
25日 福岡

Mizushima H, Pike KM, So M. An Open
Pilot Study of Interpersonal
Psychotherapy for Bulimia Nervosa in
Japan. 13th Pacific Rim College of
Psychiatrists Scientific Meeting, Oct 31,
2008, Tokyo

水島広子. 臨床レクチャー「対人関係療法
(IPT)」. 第8回日本認知療法学会 2008
年11月2日 東京

水島広子. シンポジウム「摂食障害の対人
関係療法」. 日本青年期精神療法学会 第2
6回総会 2008年11月30日 東京

水島広子. 対人関係療法—思春期の問題行
動への応用も含めて—. 日本犯罪心理学会
関東地区研究会 2009年1月31日 東京

Mizushima H, Pike K, So M. An open
pilot study of IPT for bulimia nervosa in
Japan. The International Society for
Interpersonal Psychotherapy (ISIPT) 3rd
International Conference, March 27-29th,
2009, NY

水島広子. 摂食障害に対する対人関係療法.
第13回日本摂食障害学会学術集会 2009
年9月13日 大阪

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 (邦訳:水島広子訳. 対人関係療法総合ガイド. 東京:岩崎学術出版社;2009). New York: Basic Books; 2000.
2. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy (邦訳: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. 大阪:創元社;2008). New York: Oxford University Press; 2007.
3. Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel, P.E., editor. Handbook of treatment for eating disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1997. p. 278-94.
4. Wilfley DE, MacKenzie KR, Welch RR, Ayres VE, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy for Group (邦訳:水島広子訳. グループ対人関係療法. 大阪:創元社;2006). New York: Basic Books; 2000.
5. 水島広子. 対人関係療法マスターブック—効果的な治療法の本質—. 東京:金剛出版;2009.
6. Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. Interpersonal

- Psychotherapy for Depressed Adolescents - 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.
7. 水島広子. 拒食症・過食症を対人関係療法で治す. 東京: 紀伊國屋書店; 2007.
 8. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-CV). Washington, DC American Psychiatric Press.; 1997.
 9. Garner DM. The Eating Disorders Inventory-2 professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
 10. Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. Binge eating: Nature, assessment and treatment. 12th ed. New York: Guilford Press; 1993. p. 317.
 11. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Depression Inventory-2. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
 12. Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. Arch Gen Psychiatry. 1976 Sep;33(9):1111-5.
 13. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. Br J Med Psychol. 1979;52:1-10.
 14. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993 Dec;50(12):975-90.
 15. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES-III). St Paul: University of Minnesota Press; 1985
 16. 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.
 17. 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.
 18. 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.
 19. 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.
 20. 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.
 21. 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.
22. Miller MD, Richards V, Zuckoff A, Morse J, Frank E, Reynolds C F. A Model for Modifying Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Depressed Elders with Cognitive Impairment *Clinical Gerontologist*. 2007;30:79-101.
23. Frank E. *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*. New York: Guilford Press; 2005.
24. 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.
25. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Apr;64(4):419-26.
26. 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.
27. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 May;57(5):459-66.
28. 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.
29. 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.
30. Judd F, Weissman M, Davis J, Hodgins G, Piterman L. Interpersonal counselling in general practice. *Aust Fam Physician*. 2004 May;33(5):332-7.
31. 水島広子. 対人関係カウンセリング(I PC)の進め方. 大阪: 創元社; 近刊.
32. 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.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
水島広子			対人関係療法マスターブック—効果的な治療の本質	金剛出版	東京	2009	
水島広子			臨床家のための対人関係療法入門ガイド	創元社	大阪	2009	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
水島広子	摂食障害	日本臨床	68 (suppl. 2)	427-430	2010
水島広子	対人関係療法 (IPT)	精神療法	36(1)	58-62	2010
水島広子	認知行動療法と対人関係療法—肥満症治療と糖尿病に関連するうつ病の治療として—	Medical Practice	26 (4)	605-608	2009
水島広子	対人関係療法	心療内科	13(2)	116-121	2009
水島広子	対人関係療法 (IPT)	精神科治療学	24(suppl.)	142-143	2009
水島広子	対人関係療法 (IPT)	Depression Frontier	7(1)	76-80	2009
水島広子	身体疾患を伴ううつ病の精神療法	Progress in medicine	29 (10)	2357-2360	2009
水島広子	対人関係療法とアンチエイジング	日本抗加齢医学雑誌	5(1)	73-76	2009
水島広子	対人関係療法 (IPT)	精神科	13(4)	317-320	2008
水島広子	対人関係療法 (IPT)	Modern Physician	27(6)	837-840	2007
水島広子	共感と教育	臨床精神医学	36(11)	1401-1405	2007

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」

うつ病患者治療における精神療法の費用対効果に関する研究

研究協力者 佐渡充洋 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

研究要旨

うつ病治療の費用対効果研究は、日本では未だ実施されていない。そこで、決断分析モデルを用いて、薬物療法単独と併用療法（薬物療法＋認知行動療法）との間でパイロット的に費用対効果分析を行った。その結果、併用療法は薬物療法に比べ追加的な直接費用は必要であるが、効果も高く、十分費用対効果的な治療法であることが明らかになった。今後、より質の高い費用対効果研究を実施するには、日本における無作為比較対照試験などの質の高い臨床アウトカムデータの蓄積が必要になる。

A. 研究目的

うつ病治療の費用対効果研究は、日本においては未だ実施されていないが、欧米諸国においては多数行われて来た。しかし、その欧米諸国においても、異なる抗うつ薬間の比較、あるいは、薬物療法単独と認知行動療法単独との比較等が殆どであり、薬物療法単独に対する、薬物と認知行動療法の併用療法（以下、併用療法と記載）の比較は、2件に過ぎない⁽¹⁾⁽²⁾。そこで、本研究では、日本におけるうつ病の薬物療法（セロトニン選択的再取り込み阻害薬：SSRI）と併用療法（薬物療法＋認知行動療法（CBT））を比較し、パイロット的に費用対効果分析した。

B. 研究方法

治療のパターンと臨床アウトカムをモデル化し、各アウトカムに至る確率とそこで生じる費用を当てはめて推計する決断分析モデルに基づく方法で分析した。分析は保

険者の立場で行った。分析期間は治療開始から一年間とした。

なお、作成したモデルの分析に必要な臨床アウトカムのデータは、日本では実証的調査が十分になされていないため、諸外国の文献から収集した⁽³⁾⁽⁷⁾。それでも存在しない事項は、日本のエキスパートパネルの結果を適用した。費用のデータは、診療報酬点数⁽⁸⁾、総理府の労働力調査⁽⁹⁾および内閣府公表の国内総生産の値⁽¹⁰⁾などより収集した。

また、費用対効果は、第一に寛解患者一人あたりの増分費用効果比（ICER）、第二に質調整生存年（QALY）あたりの ICER で評価した。

（倫理面への配慮）

本研究では、すでに出版されているデータより二次的にデータを引用しており、倫理的な問題は生じないと考えた。

C. 研究結果

1. 効果

併用療法は薬物療法に比べ、寛解率を15%増加させ、重症うつ病の場合の QALY、中等症うつ病の場合の QALY をそれぞれ、0.08、0.04 だけ改善させることが明らかになった(表 1)。

2. 費用

保険者の立場から費用を分析した場合、併用療法群が 568,420 円、薬物療法群が 546,936 円であり、併用療法群の方が 21,484 円費用が高かった (表 1)。

3. 費用対効果

保険者の立場からの分析では、寛解患者 1 人あたりの ICER は 140,418 円であり、QALY あたりの ICER は、重症うつ病の場合、268,550 円、中等症うつ病の場合、537,100 円であった。

このことから、併用療法のほうが、効果は優れているが、費用も高いことがわかった。しかし、重症患者の ICER/QALY、中等症患者の ICER/QALY は、イギリスの National Institute for Clinical Excellence(NICE) が採用している基準値 (約 600 万円/QALY) を大きく下回っていた (表 1)。

4. 感度分析

決断分析樹に組み込まれた臨床アウトカムには、不確実性が存在するため、one-way

感度分析を実施した。この結果、初期治療終了後の寛解率の変動が最終的な結果に最も影響を与える要因であることが明らかになった (表 2)。

D. 考察

今回の研究から、併用療法は、薬物療法に比べ十分に費用対効果的であることが明らかになった。しかし、今回の決断分析樹に用いられた臨床アウトカムのデータは諸外国のデータであるため、日本における臨床データを用いた解析が望まれる。その一方で、この領域の日本における臨床アウトカムデータがほとんど存在しないのも事実である。今後、より効果的な費用対効果分析を実施するには、日本における無作為比較対象試験などの質の高い臨床アウトカムのデータの蓄積が必要になると思われる。

E. 結論

併用療法は薬物療法に比べ、保険者の立場から見た場合、増分費用を必要とするものの、より効果的であり、ICER は英国 NICE の基準を下回っており、十分に費用対効果的であることが確認された。今後、より質の高い費用対効果研究を実施するには、日本における無作為比較対照試験などの質の高い臨床アウトカムデータの蓄積が必要になる。

表 1 解析結果

	併用療法	薬物療法	差	ICER (円)
保険者				
患者あたり総費用	568,420	546,936	21,484	
寛解患者割合	0.29	0.14	0.15	143,227
QALY 重症うつ病	0.54	0.46	0.08	268,550
QALY 中等症うつ病	0.72	0.68	0.04	537,100

表 2 感度分析

シナリオ1: 併用療法からの脱落率の 95% 信頼区間(CI)

シナリオ 2: 併用療法の反応率の 95% CI

シナリオ 3: 併用療法後9ヶ月間の再発率の 95% CI

Scenario	ICER: 寛解患者 (円)	ICER: QALY 重症 (円)	ICER: QALY 中等症 (円)
保険者			
シナリオ 1	23,028 - 262,877	47,149 - 551,912	86,602 - 1,101,091
シナリオ 2	(-339,784) - 2,341,622	(-789,790) - 3,243,542	(-1,698,882) - 4,744,171
シナリオ 3	140,558 - 156,137	291,325 - 772,723	556,456 - 4,723,504

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

該当せず

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず

I. 参考文献

- (1) Scott, J., Palmer, S., Paykel, E., Teasdale, J., Hayhurst, H., 2003. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression: cost-effectiveness study. *Br J Psychiatry*, 182, 221-7
- (2) Simon, J., Pilling, S., Burreck, R. and Goldberg, D., 2006. Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline, *Br J Psychiatry*, 189, 494-501
- (3) National Collaboration Center for Mental Health Commissioned by NICE, 2004. Management of depression in primary and

secondary care, *National Clinical Practice Guideline Number 23*, <http://www.nice.org.uk/pdf/cg023fullguideline.pdf>

- (4) Blackburn, IM. 1986. A Two-Year Naturalistic Follow-up of Depressed Patients Treated with Cognitive Therapy, Pharmacotherapy and a Combination of Both. *Journal of Affective disorders*, 10, 67-75
- (5) Simons, AD., Murphy, GE., Levine, JL., Wetzel, RD., 1986. Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression, *Arch Gen Psychiatry*, 43, 43-8
- (6) Thase, ME., Rush, AJ., Howland, RH. et al., 2002. Double-blind Switch Study of Imipramine or Sertraline Treatment of Antidepressant-Resistant Chronic Depression, *Arch Gen Psychiatry*, 59, 233-9
- (7) Revicki, DA and Wood, M, 1998. Patient-assigned health utilities for depression-related outcomes: differences by depression severity

and antidepressant medications,
Journal of Affective Disorders, 48,
25-36

(8) 薬業研究会, 2005. 保険薬事典, 東京,
じほう.

(9) 総務省, 2005. 労働力調査, Web Site.
[online]. 東京, 総務省. Available
from:

<[http://www.stat.go.jp/data/roudou/
sokuhou/tsuki/pdf/05400.pdf](http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/tsuki/pdf/05400.pdf)>

[Accessed on 3 Mar 2008]

(10) 内閣府, 2005. 2005 年国内総生
産値, Web Site [online]. 東京, 総務
省. Available from:

<[http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/ge
062/gaku-mfy0621.csv](http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/ge062/gaku-mfy0621.csv)> [Accessed

on 3 Mar 2008]

精神療法の実施方法と有効性に関する研究
通院精神療法に関する研究（平成 19・20・21 年度）

研究分担者 池上クリニック 池上秀明

研究要旨 保険診療上の算定項目である通院・在宅精神療法が外来精神医療において果たしている役割・機能を、レセプト調査、精神科医師及び外来通院患者へのアンケート調査を実施して調べた。その結果、通院・在宅精神療法が、地域における精神科かかりつけ医に相当する機能を担う点数項目として汎用算定されている実態が明らかになった。

A.研究目的

保険診療上、精神科外来で最も頻繁に算定されている通院精神療法〔平成 20 年 4 月より通院・在宅精神療法と改称〕が外来精神医療において果たしている役割・機能を調査する。

B.研究方法

①レセプト調査（平成 19 年度）

『保険診療における「通院精神療法」請求の実態』

22ヶ所の精神科医療機関（15 病院、7 診療所）から請求された外来レセプト 11000 件余りの調査を神奈川県支払基金で実施した。

②医療機関へのアンケート調査（平成 20 年度）

『保険診療における「通院・在宅精神療法」算定の実態』

全国 1500 名の精神科診療所医師を対象に通院・在宅精神療法算定の実態についてアンケート調査を実施した。

③医師患者双方へのアンケート調査（平成 21 年度）

『通院・在宅精神療法と医師患者関係』

40ヶ所の精神科診療所に通院している 800 人の患者を対象に、主治医との関わり等の通院実態についてアンケート調査を実施した。また、前年度の調査を補足する再アンケートを全国 1522 名の診療所医

師を対象に実施した。医師が通院・在宅精神療法を通じて治療上発揮されている機能を 5 分野に分け、それらの占める比重をアンケート調査し、通院・在宅精神療法の算定時の診療姿勢に関してさらに踏み込んだ問いかけを行った。

（倫理面への配慮）

アンケート発送先医療機関の住所と宛名については、日本精神神経科診療所協会理事会の承認を受け、同協会事務局からの提供による。

アンケート回答は、対象医療機関およびその通院患者の任意の意思に基づく無記名回答である。

C.研究結果

① レセプト調査

通院精神療法の算定対象として 371 種類の傷病名が抽出され、それらは ICD-10 における F7 を除くすべての F コードの傷病名に対して幅広く算定されていた。したがって精神科外来のほとんどすべての患者が算定対象となっていた。

② 医療機関へのアンケート調査

医師側の意識として算定することが多い傷病名は F3、F4、F2 の順であり、診療時間が長いのは F4、F6、F3 の順であった。F2 は主要疾患であるが、低

頻度短時間診療の傾向が見られた。

③ 医師患者双方へのアンケート調査

医師の側から提供している機能に関して、5分野別の比重を百分率換算すると、Ⅰ.コンサルテーション29% Ⅱ.サイコセラピーないしはカウンセリング27% Ⅲ.ガイダンス13% Ⅳ.ケースワーク14% Ⅴ.精神科特有の困難な局面の処理17% だった。

患者側から医師に対して期待する機能は、主に傾聴、指導助言、適切な説明、緊急対応など、いわば精神科かかりつけ医師としての機能であり、特定のスキルを求める傾向は少なかったが、本格的な精神療法への期待が限定された比率内で認められた。

D.考察

レセプト調査、精神科医師と外来通院患者へのアンケート調査の結果、三者とも、通院・在宅精神療法が、地域における精神科かかりつけ医機能に相当する機能を果たしているとする共通の結論を提示したと言える。

E.結論

通院精神療法（通院・在宅精神療法）は、医科診療報酬点数表の精神科専門療法の一項目として、通知内容に則って保険請求され、保険審査されてきた。そして地域精神医療の力点がおも一層外来精神医療に移行する近年の過程において、必然的に地域における精神科かかりつけ医に相当する機能を担う点数項目として汎用算定されるに至った。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

「精神療法の研修と教育に関する研究」

分担研究者：藤澤大介¹⁾²⁾

1) 慶應義塾大学医学部精神神経科

2) 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部

研究要旨

始めに、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はじめに支持的精神療法（来談者中心療法）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・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 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。

認知行動療法の教育・研修に関しては、認知行動療法の能力評価指標である認知療法尺度 Cognitive Therapy Scale、同マニュアル、認知行動療法の知識の評価指標である認知療法認識尺度 Cognitive Therapy Awareness Scale、スーパービジョンを効果的に行うためのツールであるスーパービジョン Supervision Checklist を、それぞれ原著者の許可を得て翻訳し、日本語版を作成した。そのうち、認知療法認識尺度については妥当性の検証を行った。

認知行動療法に関する 3 時間と 6 時間のワークショップ形式の研修プログラムを開発し、必要な知識の向上が図れることを示した。さらに、スーパービジョン形式での研修によって、認知行動療法の技術の向上が図れることを示した。

研究協力者：

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）

田村法子（秋葉原ガーデンクリニック）

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）

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、文献検索を行って概要を参考となるモデルを調査し（研究①）、そこから得られた、認知行動療法に関する必要な能力査定尺度の日本語版を作成し（研究②）、ワークショップ形式の研修方法（研究③）

膨大

B. 研究方法

研究①文献レビュー

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。

研究②日本語版認知療法認識尺度の開発

日本語版認知療法認識尺度¹ (Cognitive Therapy Awareness Scale : CTAS) は、認知療法の知識を問う 40 問の正誤問題である。米国の精神科レジデント研修では、CBT の正式なトレーニングを受ける前に CTAS20 点後半以上を点数できることが、研修修了時に 30 点以上が必要と考えられている。始めに、原著者の許可を得て、翻訳・逆翻訳を経て日本語版 CTAS (CTAS-J) を作成した。次に、経験・研修歴の異なる 252 名に CTAS-J を実施し、対象者の属性との関連を検証した。

対象者は、慶應認知行動療法研究会、慶應義塾大学で実施した主に精神科後期研修医を対象とした認知行動療法ワークショップ、日本認知療法学会初級ワークショップ、心理支援のための認知療法ワークショップにて参加者を募集した。

研究③ワークショップ形式の研修の効果の検証

本研究グループでは、認知行動療法の初学者を対象とした 3 時間、6 時間のワークショップ形式の研修を開発した (表 1)。

表 1. ワークショップの進行

3 時間コース	
Pretest、はじめに	: 25 分
認知行動療法概説・症例の概念化	: 30 分
治療セッションの構造	: 10 分
自動思考の同定 (3つのコラム)	: 25 分
グループワーク①	: 15 分
休憩	: 5 分
自動思考の修正 (5・7のコラム)	: 25 分
グループワーク②	: 15 分
Q&A・解説・総括	: 25 分
Posttest	: 5 分

6 時間コース

Pretest、はじめに	: 30 分
認知行動療法概説・症例の概念化 (ビデオ視聴含む)	: 60 分
自動思考の同定 (3つのコラム)	: 30 分
グループワーク① (コラム作成)	: 20 分
休憩	: 50 分
自動思考の修正 (5・7のコラム)	: 35 分
グループワーク② (コラム作成)	: 40 分
ロールプレイ (3つのコラム) ①②	: 30 分
Q&A	: 15 分
ロールプレイ (7つのコラム) ①②	: 40 分
Q&A・解説・総括	: 30 分
おわりに・Posttest	: 20 分

このワークショップに参加した者 111 名 (3 時間 : 88 例、6 時間 : 23 例) を対象に、研修前後に CTAS-J を実施し、教育効果を測定した。

研究④スーパービジョン形式の研修の効果の検証

はじめに、海外において、認知療法の研修において標準的な評価指標である認知療法尺度 Cognitive Therapy Scale (CTS) ならびに、そのマニュアル²を、原著者の許可を得て翻訳し、日本語版を作成した。

認知療法初学セラピスト 7 人に対して、認知療法経験 5 年以上のスーパーバイザー 2 人がスーパービジョンを行い、CTS にて評価した。

CTS は実際の治療の記録に基づき、セラピストの認知療法スキルを 11 項目から評価する評価尺度であり。米国認知療法協会 Academy of Cognitive Therapy では、初期認定基準が 66 点満点中 30 点以上 (平均 2.7 点)、認定基準が 66 点満点中 40 点以上 (平均 3.63 点) とされている。

(倫理面への配慮)

いずれの研究も参加者に対する文書による説明と同意の上で実施した。

C. 研究結果

研究①文献レビュー

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、精神科研修医委員会が2001年に、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年に改定されて、現在は支持的精神療法、精神力動的な精神療法、認知行動療法の3つに絞られている。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。研修には、系統講義、指定図書学習、セミナーの他、上級セラピストへの陪席、実際に患者を受け持つ指導者からスーパービジョンを受けること、などが含まれる。ただし、米国においても研修システムが整っている施設もあれば、未発達の施設もあるのが実情のようである。

研修では、実際に治療にあたった症例について指導者から指導を受ける、いわゆるスーパービジョンが推奨される。スーパービジョンにおいては、プロセスノート（治療者が自記する治療記録）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。

研修の技能の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%）である。

カナダ (McMaster 大学) の報告

Evidence-based Medicine のメッカであるカナダのMcMaster 大学では、1995年より、精神科レジデントに対して、効果が実証されている7つの精神療法—支持的療法（来談者中心療法）、認知行動療法、長期精神力動的な精神療法、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、トレーニングと評価が標準化されていることで、長期精神力動的な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いる。一つの治療法に対して一症例が用いられ、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、全般的ならびに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、の各項目について行われる。指導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（DSM-IV の2軸診断がある人は含まれない）に対する支持的な精神療法（来談者中心療法）Supportive Psychotherapy からトレーニングを始める。講義と、治療理論に沿った特定の介入法（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、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もとに行われる。

支持的な精神療法の次に、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。認知行動療法の次は精神力動的な精神療法で、症例1例を1～2年かけて治療する。30セッション（1年の75%）以上の治療継続が必須である。精神力動的な精

精神療法と並行して、家族療法の研修が行われる。その後、うつ病に対する対人関係療法の研修が行われる。上記がすべて終了後、夫婦療法 (emotionally focused couples therapy) か、集団療法 (認知行動療法または対人関係療法) 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³。

精神療法研修の原則

さまざまな精神療法がある中で、研修において留意すべき点を挙げる。

i) エビデンスの十分な精神療法の実践を心がけること

ある精神療法が、どういった患者群のどういった病態に対して有効であるのかのエビデンスを知っておくことが重要である。各精神療法に関する主要なメタ解析を学習しておくことよい。①無作為対照比較試験 RCT で効果が確認されていること、②治療マニュアルがあること、③均一の診断群に対して実施されること、④結果の再現性があること、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。

ii) 精神療法の共通治療因子の習得を意識すること

さまざまな精神療法は共通の治療的因子を有している。個人精神療法においては、治療同盟、共感、治療目標の共有と協力、共通治療的因子として実証されている⁴。

iii) 複数の精神療法の概略を理解しておくこと

自ら実践する機会は少なくとも、他の職種と連携をとりながら診療にあたる上で、複数の精神療法の概略は理解しておくこと

が望ましい。アメリカのレジデント研修の必携マニュアル⁵にはさまざまな短期療法が収載されている。

精神療法の共通治療因子

さまざまな精神療法は共通の治療的因子を有している。個人精神療法においては、治療同盟、共感、治療目標の共有と協力、の3つが共通治療的因子として実証されている。

治療同盟

治療同盟とは、患者と治療者の協力関係の質と強さのことであり、情緒的側面（相互の信頼、好感、敬意、いたわり）と、認知的側面（治療目標と達成方法の共有）、治療パートナー感覚（両者が、具体的かつ責任を持って積極的にかかわることが意識できること）が含まれる。メタ解析では、作業同盟と治療効果には中等度（Effect Size (ES) = 0.22-0.26）の相関関係が認められている。

共感

共感とは、患者のこれまでの経歴を踏まえて、現在をどう体験しているかを理解し、それを態度と言語で患者に伝えることである。患者のコミュニケーションのありかたや心理プロセスに調律を合わせることも含まれる。共感と治療効果は中等度（ES=0.32）の相関がある。患者による共感性の評価が治療効果と最も関連が深く（ES=0.25）、ついで、観察者による評価（ES=0.23）であり、治療者自身による評価（ES=0.18）はやや劣る。つまり、患者さん自身が“共感してもらえた”と感じられることが重要で、治療者が“患者さんに共感できた”と思えてもダメということである。共感、支持的精神療法で特に重要と考えられがちであるが、実際は、認知行動療法における共感の重要性が他の精神療法と比較して高いことがわかっている（表2）。共感の治療効果の大きさは、経験の少ない治療者による短期療法において顕著であり、経験豊富な治療者や、集団療法、長期療法における影響は小さい。

表2. 治療理論ごとの共感の効果

治療理論	研究レベル		
	効果量	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

治療目標の共有は、患者の情報を整理して言語化し、見立てと治療計画を説明することによって行われる。治療目標の共有は治療継続率と治療効果を高める。「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」と患者や治療者が評価できた治療は治療脱落率が低い。治療脱落率が低い治療者は、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する傾向がある。情報収集と共感を主とする旧来の精神科面接よりも、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）の方が、治療継続率がよいということが報告されている。より具体的には、治療継続率の高い治療者は、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（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（患者が重要であると語った内容をとり扱うこと）の2つが重要である。

認知行動療法においては、全20セッションの治療のうち、第3セッションにおいて患者と治療者で治療目標が一致することが、治療終了時の治療成績と相関し、第5セッション以降に治療目標が一致しても、治療成績には変化がないことが報告されている。すなわち、治療の初期（少なくとも第3—4

セッションまで)のうちに、患者と治療者の間で治療目標を共有することが重要であるといえる。

集団の凝集性group cohesion

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、その後に各精神療法を習得する）が提案されている。

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、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。

能力の評価方法を確立すること

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

・Cognitive Therapy Scale(CTS)

前述。

・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 Scale

前述。

・ 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

研究②日本語版認知療法認識尺度の開発

324例に研究への協力を依頼し、うち312例から文書同意を得た(回答率96.3%)。そのうち、欠損データを除いた252例(77.8%)を解析対象とした。

表3に示す通り、認知行動療法の研修・実践歴とCTAS-J総得点の有意な相関が示された。

表3. CTAS-J総得点と研修歴の相関

	ρ ¹⁾	P
過去の研修時間	0.27	<0.01
認知行動療法実践歴	0.28	<0.01
認知行動療法実施症例数	0.29	<0.01
認知行動療法の読書数	0.44	<0.01
精神・心理臨床経験歴	-0.02	0.76

¹⁾ Spearmanの ρ

また、研修歴とCTAS-Jの得点分布から、CTAS-Jで30点以上をとることが、認知行動療法を実践を行う上での初期到達目標に、33点以上をとることが、合格基準の一つとできる可能性が示唆された。

研究③ワークショップ形式の研修の効果の検証

3時間、6時間のワークショップを、それぞれ88例、23例が受講した。CTAS-Jの得点は、研修前後で、3時間版では28.9から30.9点に($t=-5.9$; $p<0.001$)、6時間版では29.8から33.0($t=-6.0$; $p<0.01$)にいずれも有意な向上を認めた。

研究④スーパービジョン形式の研修の効果の検証

7人の治療者の、CTSの結果を1症例あたり前半(～第8セッション)と後半(第9セッション～)に分けて、各項目の平均

点数を算出した。結果を表4に示す。

表4. CTS平均得点

	CTS平均得点(SD)
第1症例前半	1.8(0.8)
第1症例後半	2.5(0.7)
第2症例前半	3.0(0.7)
第2症例後半	3.3(0.5)

米国認知療法協会 Academy of Cognitive Therapyでは、初期研修基準が66点満点中30点以上(平均2.7点)、認定基準が66点満点中40点以上(平均3.63点)とされており、第2症例で初期研修基準に達する(ただし、認定基準には達しない)結果となった。

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はじめに支持的精神療法(来談者中心療法)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の後期研修医の研修プログラムに用いられているように、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もよい。ここでは、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するロールプレイを行う。ここでは、前述のSupervision checklistのうち、精

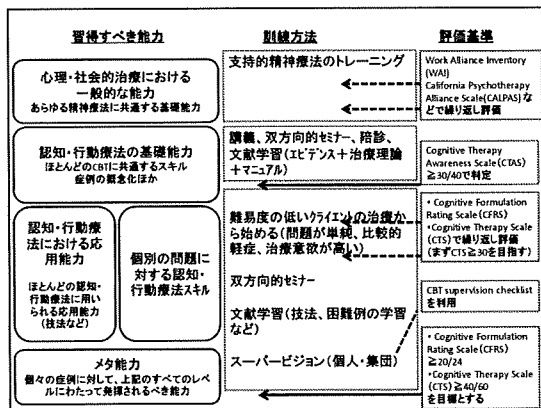
神療法における基本的態度関する項目（表5）を抜粋して、評価に用いている。

表5. 慶應義塾大学精神神経科面接評価票

	優	可	要改善
1. 共同経験の関係を維持する			
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			

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5）。

表5. 認知行動療法の研修案



・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各精神療法の習得にあたっては、はじめに基礎知識を文献やセミナーで学ぶ。その際は、その精神療法に関するメタ解析の主要な結果について学習するようにする。

認知行動療法については、日本語版認知療法認知認識尺度 CTAS-J が、認知療法の知識・能力の判定に利用できる。CTAS-J ≥ 30 点が初期認定の基準に、≥ 33 点が合格基準に、それぞれ設定できる可能性が示唆された。

当研究班が開発したワークショップ形式の研修は、知識の習得の上で効果的である。12時間程度、2日間の研修が適切と考えられた。

また、認知療法の習得には、2例以上のスーパービジョンが望ましいと考えられた。

④また、医療経済性の点から、集団療法の機会をもうけることも重要と考えられる。

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3つの尺度の翻訳を行った。日本語版認知療法認知認識尺度 CTAS-J が、認知行動療法の知識・能力の判定に利用できる。CTAS-J ≥ 30 点が初期認定の基準に、≥ 33 点が合格基準に、それぞれ設定できる可能性が示唆された。

認知行動療法の研修には12時間のワークショップ形式の研修と、2例以上のスーパービジョンが望ましいと考えられた。

医療経済性の点から、集団療法の機会をもうけることも重要と考えられる。