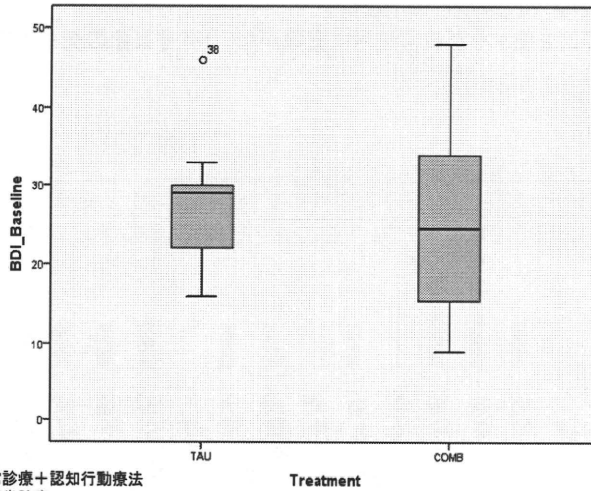


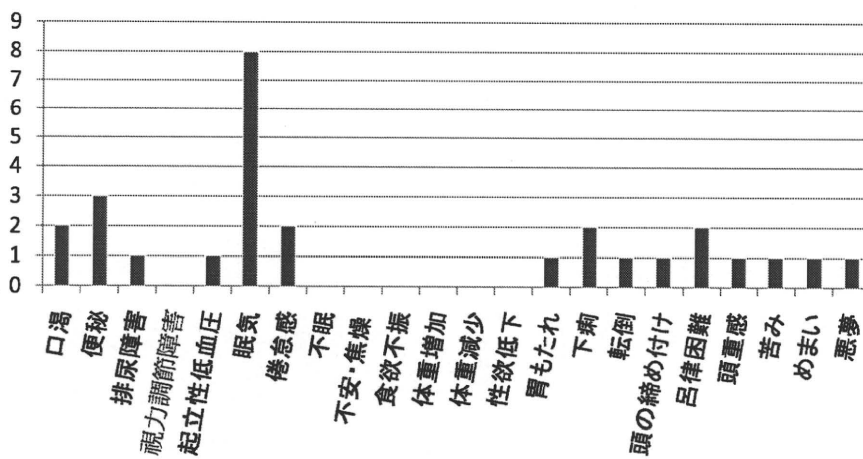
図5: 中間解析結果 BDI Baseline (n=39)



* COMB: 通常診療+認知行動療法
 ** TAU群: 通常診療

	TAU	COMB	
Baseline BDI	27.1	25.4	p=0.58

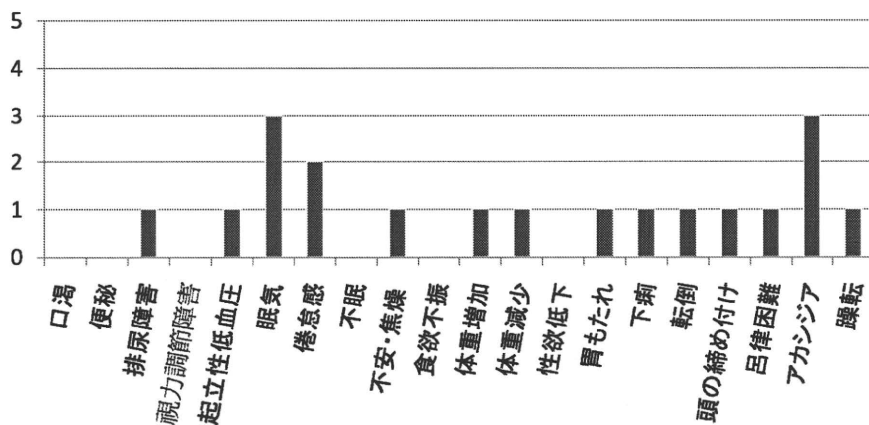
図5: 中間解析結果 JCOG/JSCO版Grade 1(症状があり, 処置を要さない)有害事象の発生件数 (n=28件)



試験実施計画に基づき中間解析対象となる40症例目までの結果から2010年12月4日までに発生したAEを解析

図6: 中間解析結果 JCOG/JSCO版Grade 2

(症状があり, 処置を要するが日常生活に支障がない)有害事象の発生件数 (n=19件)



試験実施計画に基づき中間解析対象となる40症例目までの結果から2010年12月4日までに発生したAEを解析

分担研究者 岡本泰昌 広島大学大学院医歯薬学総合研究科（精神神経医科学）講師

研究要旨

本研究では、認知行動療法のひとつである行動活性化のうつ病に対する有用性を検証することを目的とする。そこでまず、これらの複数の行動活性化治療マニュアルを詳細に検討し、グループでの利用可能性を検討した。次に、行動活性化の治療において利用する自記式質問紙である Environmental Reward Observation Scale (EROS) の日本語版を作成し、その信頼性と妥当性について検討を行った。治療マニュアルについては当面はより構造化され BATD-R(2010)を元にグループ療法を実施するのが妥当と考えられた。また EROS 日本語版については信頼性、妥当性が検証された。

A. 研究目的

Lewinsohn et al. (1978) は、うつ病になると行動に随伴した正の強化を受ける機会が減少することに注目し、快出来事質問票を作成し(MacPhillamy & Lewinsohn, 1976), 快活動を増やすことや社会的スキルを身につける行動活性化プログラムを作成した。同時期, うつ病に対する認知療法 (Beck et al., 1979) の中でも行動活性化が使用され, 認知的技法と行動的技法を用いた複合的な治療パッケージによってうつ病の認知行動療法は展開した。しかし, Jacobson らのグループが認知療法の要因分析を行い, 行動活性化, 認知再構成, フルパッケージの認知療法の 3 群で効果を比較した結果, 3 群間の効果は, 治療直後, 半年後そして 2 年後のフォローアップの全てにおいて差が認められなかった(Gortner et al., 1998; Jacobson et al., 1996)。これらの研究から, Martell et al. (2001)による行動活性化法や Lejuez et al.

(2001)による短期行動活性化法 (brief behavioral activation treatment for depression: BATD)が新たに開発された。

そこでまず、本研究ではこれらの複数の治療マニュアルを詳細に検討し、グループでの利用可能性を検討した。次に、行動活性化の治療において行動に随伴する正の強化について主観的に評価する自記式質問紙である Environmental Reward Observation Scale (EROS) (Armento & Hopko, 2007)の日本語版を作成し、その信頼性と妥当性について検討を行った。

B. 研究方法

B-1. 行動活性化マニュアルの相違の検討

Behavioral activation (BA) (Martell et al., 2001), Brief behavioral activation therapy for depression (BATD) (Lejuez et al., 2001), Behavioral activation group therapy (BAGT) (Porter et al., 2004) の治

療マニュアルを入手し翻訳し、それぞれのマニュアルの概要、構造化、含まれる治療コンポーネント、発表された効果などについて検討した。

B-2. 日本語版 EROS の信頼性と妥当性の検討

対象は4年制大学、または専門学校に通う学生534名から調査への協力を得た。記入漏れや記入ミスのあった回答を除き、414名(男性269名、女性145名;平均年齢18.89 ± 0.93歳)を解析対象とした。原著者の許諾を得たうえでEROSを日本語に翻訳し、日本語に堪能なネイティブスピーカーによるバックトランスレーションを行った。

信頼性の検討は、再検査信頼性、Cronbachの α 係数による内的整合性、項目反応理論によるテスト情報関数から検討した。構成概念妥当性において、EROSと行動抑制・行動賦活傾向(BIS/BAS Scale)、抑うつ(BDI-II, CES-D)、不安(STAI)との関連性を検討した。

C. 研究結果

C-1. 行動活性化マニュアルの相違の検討

それぞれのマニュアルについての特徴を表1に示した。構造化については、BAやBAGTでは厳密に構造化するよりも臨床での柔軟さを重視していたのに対し、BATDでは各セッションの内容がより構造化されていた。効果に関しては、BAおよびBATDを用いた複数の検討行われており、治療前後の効果量はほぼ同等と考えられた。

	BA (Martell et al., 2001)	BATD (Lejuez et al., 2001)	BAGT (Porter et al., 2004)
概要	機能的文脈主義に基づいて再構成された行動活性化法	行動論的な対応法則に基づいて作成された短期的な行動活性化法	MartellのBAを集団に適用した行動活性化法
構造化	厳密に構造化するよりも臨床での柔軟さを重視	セッションごとに構造化して実施	構造化された方法で実施
複雑さ	複数のコンポーネントを含む	主に行動活性化に絞っている	複数のコンポーネントを含む
効果	7研究(治療前後比較の効果量=1.77)	5研究(治療前後比較の効果量=1.55)	1研究(有意な症状低下)

C-2. 日本語版 EROS の信頼性と妥当性の検討

日本語版 EROS の内的整合性を検討したところ、Cronbachの α 係数は0.78であった。また再検査信頼性は、 $r=0.75$ であった。項目反応理論によるテスト情報曲線を検討したところ(Fig.1 a)、広範囲の特性値(0)において、測定精度が高いことが示された。EROSと抑うつ、不安、行動抑制・行動賦活傾向との関連を検討するために、単相関分析を行った。EROSと抑うつに関しては、CES-D、BDI-II、そしてBDI-IIの下位尺度ともに中程度の負の相関が認められた。また、EROSは特性不安と強い負の相関を示した。行動抑制・行動賦活傾向との関連性においては、EROSは行動抑制傾向と負の相関、行動賦活傾向の駆動とは正の相関を示した。

D. 考察

D-1. 行動活性化マニュアルの相違の検討

いずれのマニュアルも機能的文脈主義や回避に着目した行動活性化技法を中心とし

表1 行動活性化技法の比較

たものであり、効果についても BA と BATD は同等の効果を有するものと考えられた。BAGT は BA のマニュアルをグループに適用したものであった。グループで実施することを想定した場合、BA および BATD の柔軟性の高さは集団で実施する際には運用が難しいとも考えられ、当面はより構造化された BATD を元にグループ療法を実施するのが妥当と考えられた。

D-2. 日本語版 EROS の信頼性と妥当性の検討

Cronbach の α 係数を用いた内的整合性の検討の結果、 α 係数は 0.78 を示し、日本語版 EROS は十分な内的整合性を示すことが明らかとなった。また、再検査信頼性の検討の結果、2 時点間の相関係数は 0.75 であり、時間的な一貫性に関しても日本語版 EROS は十分な値を示した。日本語版 EROS について構成概念妥当性を検討するために、EROS と抑うつ、不安、行動抑制・賦活傾向との関連について検討した。原版と同様に、日本語版 EROS においても、抑うつ症状と中程度の負の相関関係が認められた。この結果は抑うつ症状が環境中の報酬知覚の減退や行動に随伴する正の強化子減少と関連するとするうつ病の行動理論(Ferster, 1973; Lewinsohn & Amenson, 1978)を支持する結果であった。また、環境中の報酬知覚が高い者は、活発に行動する一方で、行動抑制は低いと考えられる。これについて、BIS/BAS 尺度を用いて検討したところ、EROS は行動抑制と中程度の負の相関、行動賦活と弱い正の相関を示し、原版とも一致する結果であった。

E. 結論

行動活性化マニュアルの相違の検討した結果、BATD を元にグループ療法を実施するのが妥当と考えられた。BATD は昨年、10 年間の臨床運用を経て部分的な改訂作業が行われた。今後は、既に翻訳した BATD(2001 年版)マニュアルを今回の改訂(BATD-R)(2010 年版)に合わせて修正し、今後の介入研究に使用していきたい。

また、日本語版 EROS の信頼性と妥当性が示されたことから、介入による環境に対する主観的な報酬知覚の変化を継続的に評価することが可能となった。これにより、行動活性化の手続きが上手くいっているかどうかを、行動の増加量や抑うつ気分の低下だけでなく、環境から強化されていると感じる程度からも評価できる。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

G-1. 論文発表

1) 国里愛彦、高垣耕企、岡島 義、中島 俊、石川信一、金井嘉宏、岡本泰昌、坂野雄二、山脇成人、日本語版 Environmental Reward Observation Scale (EROS)の作成と信頼性・妥当性の検討、行動療法研究 37, 21-31, 2011

研究要旨

集団認知行動療法 (CBGT) を中心としたうつ病デイケアは 2005 年 8 月に開設以来今年度末で 17 クール (1 クール 3 ヶ月) を実施し、修了者実数も 206 人に達する予定である。2010 年 10 月現在の実績 (N=191) では、Hamilton 評価尺度において反応率 51.3%、寛解率 45.5% と高い改善率を示した。就労転帰 (2009 年 10 月現在) において 56.5% が就労しており、高い就労率を示している。

一方、うつ病デイケアでは開設当初から県内外の研修者を受け入れており、実地見学研修者 (2010 年 10 月現在) は実数で 336 人、延数で 1074 になる。本研究ではうつ病デイケアの有効性ととも、精神保健福祉センターを拠点とした研修システムの確立について報告する。

A. 研究目的

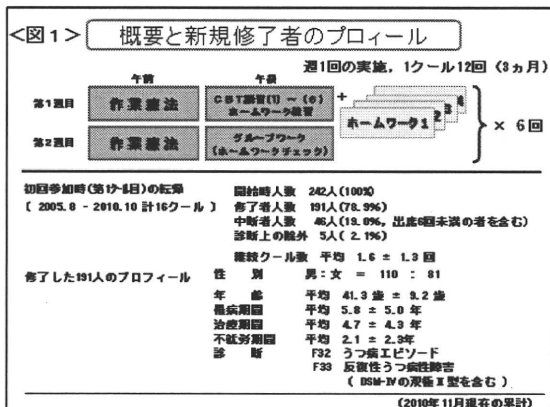
本研究の目的は、精神保健福祉センターで実施してきた CBGT の有効性を示すとともに、同センターを拠点とした地域への CBGT の普及をめざした研修システムのモデルを呈示することにある。

B. 研究方法

2005 年 8 月にうつ病デイケアを開設して以来のデータを集積した継続研究である。

方法と対象者の概要を <図 1> に示した。うつ病デイケアは、週 1 回実施し、1 クール 12 回 (3 ヶ月) であり、年 3 回定期に開催している。午前中は作業療法を行い、午後には CBT を実施する。

開設以来これまで 16 クールを実施したが、開始時人数は 242 人 (100%) であり、そのうち 191 人 (78.9%) が初回の第 1 クールを修了した。中断者は 46 人 (19.0%) であり、その中には出席回数が半分に満たない 6 回未満の者を含む。診断上の除外とは、途中



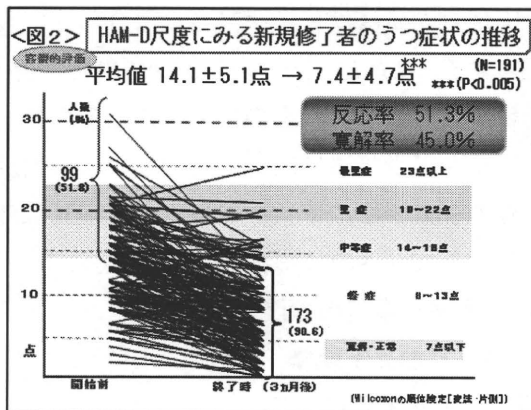
で統合失調症や気分障害双極 I 型等であることが判明した 5 人 (2.1%) である。継続クール数の平均は 1.6 ± 1.3 回であった。

修了した 191 人のプロフィールをみると、性別では、男 : 女 = 110 : 81、年齢は 41.3 歳 ± 9.2 歳、罹病期間 5.8 ± 5.0 年、治療期間は 4.7 ± 4.3 年、不就業期間は 2.1 ± 2.3 年であった。診断は当初は F32 うつ病エピソードおよび F33 反復性うつ病性障害であったが、途中から DSM-IV の双極 II 型を含めた。

C. 研究結果(1)

1. Hamilton うつ病尺度による評価

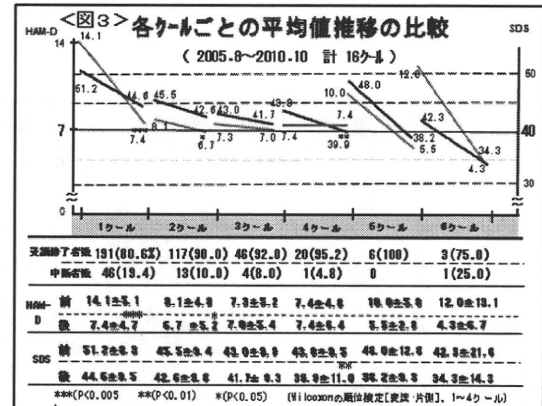
新規修了(1クール修了)の191人について開始前と終了時(3ヶ月後)を、構造面接化されたHamiltonうつ病尺度で評価した結果を<図2>に示した。平均値で14.1±5.1点から7.4±4.7点に有意(P<0.005)に改善していた。開始前は重症度が中等度以上の者は99人(51.8%)を占めていたが、終了時(3ヶ月後)には軽症以下に改善した者は173人(90.6%)に達していた。反応率は51.3%、寛解率は45.0%であり、いずれも高い改善を示した。



2. 各クールごとの平均値の推移

当プログラムは最大で6クール参加することが可能だが、各クールごとの受講者数および中断者数、平均値推移の比較を<図3>に示した。これまで満期の6クールを終了したのは3人のみである。グラフは左軸にHamilton尺度、右軸にZungのSDS尺度を配置し、それぞれのCut-off Pointである7点および40点をグラフの中央に設定した。これまでの実践経験から、連続して受講するとき1年を超える4クール目以後になると、受講者のトレーニングにマンネリ化がみられる傾向があったので、最近では連続した継続のめどは3クール前後と指導している。

両尺度に有意差の違いはあるものの3クールまでは、改善を示す右下がりのなだらかな曲線を描いている。それぞれのクールの中で中断者は1クール目の割合がもっとも多い。4クール目以降は開始時点の点数が悪いが、これは気分悪化のため再受講した者がいることの反映と考えられる。



3. 終了者の就労に関する転帰

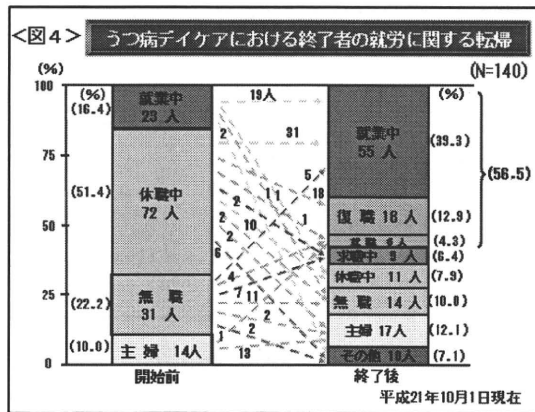
当デイケアを終了して卒業した者の累計は140人であり、電話アンケートによる就労に関する転帰を<図4>に示した。

開始時の就労中とは、休職はしていないがうつ病のためよく休む職員のことであり、23人(16.4%)である。最も多いのが休職中であり、72人(51.4%)になり、無職者は31人(22.2%)、主婦も14人(10.0%)になる。

平成21年10月1日現在の就労状況を見ると、復職支援期間を終えて通常勤務に服した就業中の者55人、復職した18人、新たに就労した6人を含めた現に働いている者は56.5%の過半数を占めた。働けるが仕事が見つからない求職中の9人を加えると、働ける状態まで回復している者は62.9%に達した。

開始前の無職者とは、うつ病のため仕事を辞めてしまった者だが、彼らは多くがハローワークに出かけて求職することもできず家に籠もって過ごしていた者である。そ

の転帰をみると、5人はすでに就業しており、4人は新たに仕事を見つけ、7人は求職中であり、計16人になる。無職者でもこのようなトレーニングをすると働けるようになることを示している。我が国の自殺者は12年連続で3万人を超え、その過半数は無職者であることを考えると、こうしたアプローチが自殺対策の観点からも大切であると言えよう。



D. 研究結果(2)

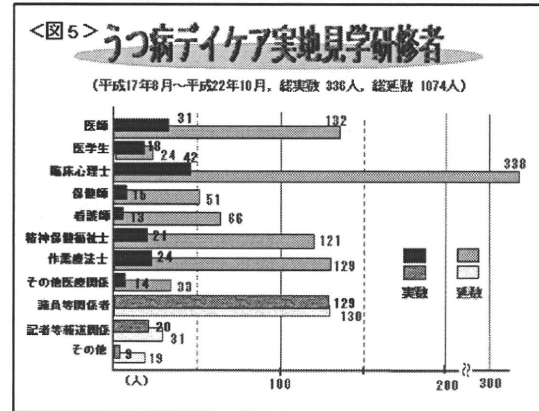
研修体制モデルの確立

1. 実地見学研修の参加者数

研修の実施は当センターの要の役割であるため、平成17年8月の開設当初から県内外の研修者を受け入れており、平成22年10月までの総実数は336人、総延数は1074人に達した。その内訳を<図5>に示した。

実数で最も多いのは議員等関係者の129人である。北は北海道から南は宮崎、本県まで、国会議員や県議員、市議員、町議員が行政視察に訪れており、その成果を行政施策や、県議会や市議会等で取り上げていただいている。医療従事者では、臨床心理士42人、医師31人、作業療法士24人、精神保健福祉士21人等の順である。

延数では臨床心理士が圧倒的に多く、338人であり、医師132人、作業療法士129人、精神保健福祉士121人等と続く。



2. 研修の具体的な設定

研修は医療従事者を対象としたものと医療従事者以外の者に大別することができる。医療従事者は守秘義務を負っているため、実地見学研修はデイケア当日に合わせて設定する。ただし、ワークショップや研究会・講演会は数十人以上の多人数になるため、デイケア当日には設定していない。医療以外の視察研修はデイケア当日の火曜日は外してそれ以外の日に設定している。

(1) 医療従事者の専門研修

a. 実地見学研修

- ・12回半日コース

県内専門スタッフの研修については、毎クールごとに午後のCBTを中心に、受講者数に合わせて多すぎないように研修生の数を調整して実施する。研修者はCBT講義およびグループワークを見学する。毎回のデイケア終了後は研修生ミーティングを設定している。

- ・1泊コース

沖縄は島嶼県であり、他府県から見学研修をするには一泊する必要がある。そのためデイケア当日の火曜日をはさんで、その前後で一泊してもらっているが、数人のグループで来られることが多い。他府県から来られた研修生には、それぞれの医療現場で開始しやすいように、最新版のテキスト

と運営要項や諸文書を収めた CD-R と、当センターを取材した主なうつ病デイケア番組のダイジェスト版をコピーした DVD を差し上げている。

・ 1 回半日コース

これは臨時的な見学研修である。県内外の専門スタッフが主に単独で、直前に申し込むことが多く、その都度研修に組み込んでいるが、研修メニューは限られる。

b. ワークショップ

当センターで開催するときには、1 日研修として実施され、50 人前後の県内専門スタッフが参加する。各レッスンや運営等の講義以外に、グループワークは 8 人前後で構成し、ホームワークを実際に記載していただく。当センターで研修を受けた専門スタッフにファシリテーターを担当してもらい、相互に発表や質疑を行って、うつ病 CBGT の実際をシュミレーションしてもらうのである。

他府県でワークショップを企画していただくこともあるが、グループワークを行うには所要時間は少なくとも 4 時間は必要である。

c. 研修会・講演会

県内外の研究会や学会、公共団体、企業、各種団体、病院等において、うつ病 CBT に関連した講演や研修を要請される。そこでは、うつ病や職場メンタルヘルスの回復手段、支援手段として CBT の有用性を説明する。具体的には復職支援のなかで話すことが多いが、さらに再発予防や発症予防としても大切であることを言及している。

d. 実地指導・助言（出前コース）

県内において他医療施設が、うつ病デイケアないしは CBGT を実施する際に、様々な運営上の困難や不安を抱えることがある。

そういう場合には、当センターからスタッフが出かけていき、助言・指導を行う。

(2) 医療従事者以外の一般研修

a. 視察研修

研修参加者全体のなかで一番多いのは議員等関係者だが、行政視察という形を取り 5, 6 人から 3, 4 人の議員団が多いが、なかには単身で来られる議員もいる。記者等報道関係者も多いが、うつ病デイケアの受講メンバーに対しては初日のオリエンテーションのときに、学会発表や取材に対する協力依頼を行い、文書で同意を取っている。一方、報道関係者に対してはレクチャー後の取材に対して、個人情報を含めた遵守事項を文書にして手渡している。このように広報活動をシステム化しているため、比較的スムーズにマスメディアを介した普及・啓発は行われてきたと言えよう。

b. 研修会・講演会

民生児童委員や母子保健推進委員、高齢者介護や児童福祉・養護関連の施設職員、議員等を対象とした研修会や講演会でうつ病および CBT について話すこともあるが、これは主に県内が多い。こうした医療専門職以外の福祉関係者や地域リーダー、ボランティア等に対する講演では、病状回復の手段として CBT が有効性であることを述べた上で、うつ病発病予防としても CBT を活用できることを伝えている。

E. 研究結果(3)

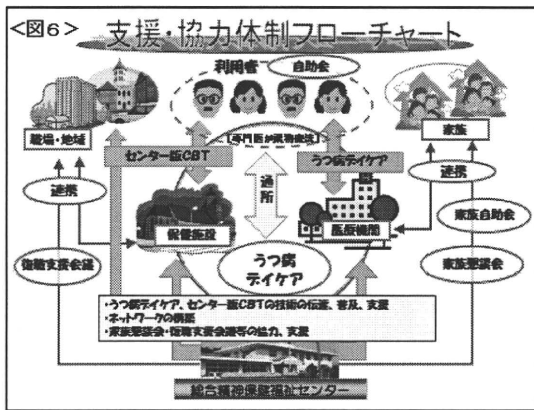
支援・協力体制の確立と予防モデル

うつ病デイケアを有効に機能させるためには、支援・協力体制の確立が必要である。当センターの支援・協力体制フローチャートを<図 6>に示した。

利用者がうつ病デイケアを卒業して後も、日常の中で継続して CBT を実践できるため

には、お互いに情報を交換し励ましあえる自助グループが必要である。家族に対しては毎期の前半で家族懇談会をもち、うつ病の理解と本人への協力を求め、同時に家族自身の悩みや迷いを受け止める場としている。その後、家族懇談会に参加した家族が独自に家族自助会を立ち上げている。

職場に対しては、円滑な職場復帰ができるように上司や人事関係者に来てもらい復職支援会議を毎期の後半に開催している。



うつ病と CBT の関係を予防の観点から理解しやすいようにメタボリックシンドロームと比較したのが<図 7>の健康を保つ治療・習慣である。

メタボリックシンドロームの治療や再発防止において、薬物療法と並行して食事療法や運動療法が大事であることは、ほとんどの国民が知っている。うつ病においても薬物療法のみでは再発をくり返すことが多

<図7> 健康を保つ治療・習慣

	具体例	発病予防 健康教育	治療・ 再発防止	完治後の 再発予防
身体 の 健康	メタボリック シンド ローム [高血圧 糖尿病 高脂血症]	食事療法 運動療法	薬物療法 + 食事療法 運動療法	食事療法 運動療法
心 の 健康	うつ病	認知行動 療法(CBT)	薬物療法 + 認知行動 療法(CBT)	認知行動 療法(CBT)

く、CBT を併用することで安定した治療効果と再発防止ができる。CBT は気分が落ち込むことを防ぐ対処法であるので、発病予防としての効果も期待しており、今後の課題である。

F. 考察

研究結果(1)では慢性うつ病の回復と就労復帰に、うつ病デイケアが有効であることを示した。

一方、わが国の深刻な社会問題である自殺の最大の要因はうつ病の増加であり、その対策として有効な手段である CBGT を普及するためには、研修システムの確立が必要である。精神保健福祉センターはすべての都道府県及び政令指定都市に設置されており、要の役割は地域の精神保健福祉における総合的技術センターとしての位置づけである。そこで、同センターを地域における CBGT 普及の拠点として展開できれば、わが国のうつ病・自殺対策は大きな進展が期待できる。本研究結果(2)では、当センターで実施してきた精神保健福祉センターにおける研修システムのモデルを呈示した。

そしてうつ病デイケアを有効に機能させるためには支援・協力体制の確立と、予防としての考え方が必要であることを研究結果(3)で呈示した。

当センターにおけるうつ病デイケアの特徴を以下の7点にまとめた。

1. CBT 講習をデイケアのなかに組み込み作業療法と認知行動療法(CBT)によるトレーニングの相乗効果を図った。
2. テキストはカラー図示を増やし、わかりやすくした。
3. 対象者の年齢と疾患を限定しているためグループの凝集性が高く、相互の体験を学び合える。

4. 精神科医が講義を行っており、医学的専門性を提供できる。
5. CBT プログラムを簡素化し、構造化しているため治療の再現性が高く、多職種の間が容易である。
6. 復職支援だけでなく、再就職、就労継続、再休職予防の支援も実践している。
7. 他施設における回復プログラムの実施を支援している。

うつ病デイケア・CBT 普及の意義と課題について以下の5点にまとめた。

1. 急増する自殺の最大の原因はうつ病であり、その対策の強化が必要である。
2. うつ病の自殺対策には、早期発見・早期治療とともに、慢性うつ病の回復支援、再発予防支援が重要である。
3. 慢性うつ病の回復にうつ病デイケアおよび集団 CBT が有効というエビデンスを明らかにした。
4. うつ病デイケアおよび集団 CBT の実施施設は県内外でまだ一部であり、継続した普及対策を必要としている。
5. 普及のためには研修システムの確立が必要不可欠であり人材および財源の充実が望まれる。

G. 結論

集団認知行動療法を中心としたうつ病デイケアの有効性を示した。その普及のためには研修体制の確立が必要であり、各都道府県の地域レベルでそれを実施するには精神保健福祉センターの活用が有用であることを呈示した。うつ病デイケア・CBT 普及の意義と課題についても言及した。

H. 研究発表

- ①仲本晴男、精神保健福祉センターにおける職場復帰プログラム、日本精神保健福祉連盟・平成 20 年度就労者のメンタルヘルス

の現状と課題に関する調査研究事業報告書、2010 年、121-128 頁

- ②仲本晴男、慢性うつ病に特化したデイケアの有効性、別冊・医学のあゆみ・うつ病のすべて、2010 年、236-241

③仲本晴男、集団認知行動療法を中心としたうつ病デイケアの構築、日本デイケア学会誌「デイケア実践研究」、2010 年、Vol. 14, No. 1, 27-35

- ④仲本晴男、沖縄県立総合精神保健福祉センターにおける認知行動療法を中心としたうつ病デイケアによる復職・就労支援、産業精神保健、2011 年、19(1):47-53

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

不安障害の認知行動療法の効果研究と均霑化に関する研究

研究分担者 古川壽亮 京都大学大学院医学研究科教授

研究要旨 本年度は、パニック障害、社会不安障害、強迫性障害の治療者育成について検討を行った。グループ CBT のコセラピストの経験を通じて継代的に治療者を育成続けることの重要性が浮き彫りになった。うち、強迫性障害の確認行為に関するメタ記憶の歪みに関する介入を検討した。複数の dimension がない確認行為が主体の患者では有効だった。また、うつ病・適応障害に対するモジュール CBT の開発と教育も開始した。また、統合失調症に対する CBT の開発を始めた。

古川壽亮
京都大学大学院医学研究科健康増進・行動学分野

中野有美、渡辺範雄、船山正、小川成
仲秋秀太郎、橋本伸彦、村田佳江
名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野

木下善弘、木下久慈
信州大学大学院医学系研究科精神医学

I. 名市大不安障害 CBT はいかにして危機を乗り越えつつあるか

A. 研究目的

2010 年古川の転勤とともに、医師、院生、心理士が大量離脱し、CBT のグループ数が激減（最大 10→3）、患者様のニーズに対応できず待機期間が最大 2 年となった。そこで、本研究では現在保険点数化されていない不安障害に対する CBT ではあるが、どのようにして継続の危機を乗り越えられるかを検討した

B. 方法

- ① 主セラピストの治療をコセラピストとして見学して学び
 - ② エキスパートがコセラピストとしてスーパービジョンを行い、主セラピストとしてデビューするという教育スタイルを継続し、セラピストになりたいという意志を最も尊重した
- ・ 研究会では、実際のグループの症例検討（今までほとんど行われていなかった）と、治療上問題になることが多い学習課題として、動機づけ面接法の学習を行った。

・ 2010 年 9 月の認知療法研修会では PD CBT のワークショップをサブグループで開催した。

C. 結果と考察

その結果、10 月以降、卒後 3～5 年のドクターがパニック障害の CBT を主セラピストとして開始し、グループ数は 4 となった。

- ① パニック障害 CBT （待機者 28 名）
2 グループ稼働中。1 グループは 3 名、期間は 3 カ月。1 グループで年間 10 名程度対応可能なので、エントリーは約 30 名/年なので最低 3 グループ必要。
- ② 社会不安障害 CBT （待機者 27 名）
2 グループ稼働中。1 グループは 3 名、期間は 5 カ月。1 グループで年間 6 名程度対応可能なので、エントリーは約 20 名/年なので最低 3 グループ必要と考えている。

II. 強迫性障害のメタ記憶への介入

A. 研究背景と目的

強迫性障害の確認行為には、記憶への不確実感が背後にある。このようなメタ記憶の歪みが確認行為を悪化させる。そこで、メタ記憶に関する介入を行い、その有効性を検討する。

B. 研究方法

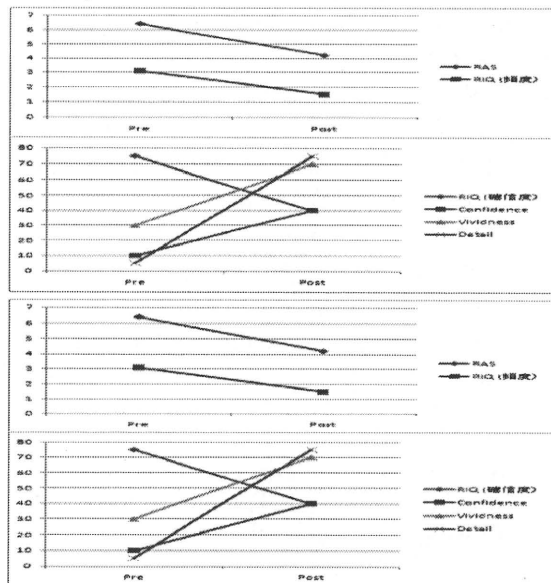
対象患者は、2010 年 4 月から 2011 年 3 月までに外来で行動療法をうけた確認強迫が主体の 2 人の患者である。行動療法と併用して、メタ記憶への介入をおこなった。以下の評価尺度を、治療前、治療後に評価した。他者評価尺度としては、治療効果の評価には Yale-Brown Obsession-Compulsion Scale (Y-BOCS) 日本版を用いた。自記式調査票としては、日本版 Responsibility Attitude Scale

(RAS)および Responsibility Interpretation

Questionnaire (RIQ) を施行した。自己の記憶に関する確信度、記憶の鮮明さ、細部の想起を 0-100 の数字で評価させ、セルフモニタリングをおこなった。

C. 結果

37 歳男性で確認強迫が主体の患者は、治療後に Y-BOCS が 36 点から 18 点に減少し、RAS および RIQ の得点も改善した。記憶に関する確信度、記憶の鮮明さ、細部の想起なども改善した。しかし、38 歳女性で確認強迫以外に複数の dimension (洗浄強迫や対称性へのこだわり) がある患者は、Y-BOCS が 32 点から 28 点と変化なく、RAS および RIQ の得点も改善しなかった。記憶に関する確信度、記憶の鮮明さ、細部の想起なども変化なかった。



D. 考察

メタ記憶への介入は、確認強迫が主体の患者の過剰な責任感やメタ記憶の歪みを改善が期待できる。しかし、確認強迫以外に複数の dimension が併発し、不潔行為や対称性への確認行為がある患者では治療に反応しなかった。今後は症例数を増やして検討する予定である。

III. 精神科医が施行するモジュール CBT の開発と教育

A. 研究目的

現在、京大、名市大で「モジュール CBT」を開発中である。これはうつ病および適応障害に対して薬物療法と併用する個人 CBT であり、若手精神科医の CBT トレーニングが目的である。各モジュールは毎週 1 回 30 分×4~5 回であり、まずイントロダクションを行い、認知再構成、行動活性化、構造化問題解決技法、アサーション、睡眠

行動療法から 1~2 つを選んで施行する。

B. 方法

対象者は 2 段階のワークショップを受けた。2010 年 8 月に堀越勝先生により、初級ワークショップとして支持的精神療法、コミュニケーション論、感情をリフレクトする練習などが行われ、11 月に古川先生により、中級ワークショップとして実際のマニュアルを用いたレクチャーやロールプレイなどが行われた。参加者は 2 回とも 16 名だった。

その後、指導医 4 名、若手 2 名が患者に施行中である。月 1 回、京大と名市大をスカイプで結び、グループ SV とロールプレイを行っている。

C. 結果と考察

現在はグループ SV を通じて治療者を養成し、治療者の習熟度を Working Alliance Inventory と患者の PHQ9 で測定している。来年度はその結果を報告したい。

IV. 統合失調症に対する CBT の開発

A. 研究目的

目的 1: 統合失調症の CBT (個人療法) の治療プログラムの確立

目的 2: 治療プログラムの効果の確認←統合失調症の患者を対象としたオープレントライアルの実施

B. 方法

5 症例 (統合失調症) に対して CBT を実施した。うち 2 例については英国サウサンプトン大学の David Kingdon 教授のスーパービジョンを受けた。また、統合失調症の CBT の技法についての理解を深めるため、「Cognitive Behavior Therapy for Severe Mental Illness」Wright, Turkington, Kingdon 他著、の翻訳を行った (「認知行動療法トレーニングブック」第 2 弾として、昨年 9 月に医学書院より出版)。

C. 結果と考察

オープレントライアル実施に向けて、現在研究プロトコルを準備中。

プライマリーアウトカムとして、BPRS と QOL の評価を実施する予定である。

V. 研究発表

E1. 論文発表

- Hashimoto N, Nakaaki S, Omori IM, Fujioi J, Noguchi Y, Murata Y, Sato J, Tatsumi H, Torii K, Mimura M & Furukawa TA (in press) Distinct neuropsychological profiles of three

- major symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder Psychiatry Research.
- Kinoshita Y, Kingdon D, Kinoshita K, Sarafudheen S, Umadi D, Dayson D, Hansen L, Rathod S, Turkington D & Furukawa TA (in press) A semi-structured clinical interview for psychosis sub-groups (SCIPS): development and psychometric properties. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.
 - Ono Y, Furukawa TA, Shimizu E, Okamoto Y, Nakagawa A, Fujisawa D, Nakagawa A & Ishii T (in press) Current status of research on cognitive therapy/cognitive behavior therapy in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences.
 - Watanabe N, Furukawa TA, Shimodera S, Morokuma I, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, Kawamura C & Perlis ML (in press) Brief behavioral therapy for refractory insomnia in residual depression: Assessor-blind, randomized controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry.
 - Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Uchida M, Nakaguchi T, Ito Y & Furukawa TA (2011) Social anxiety disorder as a hidden psychiatric comorbidity among cancer patients. Palliative and Supportive Care, 9, 103-105.
 - Chen J, Furukawa TA, Nakano Y, Ietsugu T, Ogawa S, Funayama T, Watanabe N, Noda Y & Rapee RM (2010) Video feedback with peer ratings in naturalistic anxiety-provoking situations for social anxiety disorder: Preliminary report. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41, 6-10.
 - Furukawa TA, Watanabe N & Omori IM (2010) What (no) differences in response to three classes of psychotropics can teach us about distinctions between GAD and MDD. In Diagnostic Issues in Depression and Generalized Anxiety Disorder: Refining the Research Agenda for DSM-V. (eds Goldberg D, Kendler KS, Sirovatka P & Regier DA), pp. 71-104. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
 - Kinoshita Y, Kingdon D, Kinoshita K, Saka K, Arisue Y, Dayson D, Nakaaki S, Fukuda K, Yoshida K, Harris S & Furukawa TA (2010) Fear of negative evaluation is associated with delusional ideation in non-clinical population and patients with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.
 - Ogawa S, Furukawa TA, Nakano Y, Funayama T, Watanabe N, Noguchi Y & Sasaki M (2010) Interoceptive hypersensitivity as prognostic factor among patients with panic disorder who have received cognitive behavioral therapy. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41, 325-329.
 - Watanabe N, Furukawa TA, Chen J, Kinoshita Y, Nakano Y, Ogawa S, Funayama T, Ietsugu T & Noda Y (2010) Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a prospective cohort study. BMC Psychiatry.
- E2. 学会発表
- 仲秋秀太郎, 橋本伸彦, 村田佳江, 大森一郎, 佐藤順子, 三村将, 古川壽亮 (2010) 高次脳機能検査における強迫性障害の治療効果の検討. 第23回日本サイコソノロジー学会 第10回 日本認知療法学会合同学会, 名古屋, 2010.9.24.
 - Levander E, Furukawa TA (2010) Seminar: Evidence-based psychotherapy for chronic major depression. 163rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans. 2010.5.22
 - Watanabe N, Furukawa TA, Shimodera S, Morokuma I, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, Kawamura C, Perlis ML (2010) Brief behavioral therapy for insomnia for outpatients with residual depression with comorbid insomnia: assessor-blind, randomized controlled trial. 163rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans. 2010.5.25
 - Furukawa TA (2010) Discussant of symposium: Cultural adaptation of cognitive-behaviour therapy for ethnic/minority patients. 163rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans. 2010.5.26

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
Furukawa TA, Watanabe N & Omori IM	What (no) differences in responses to three classes of psychotropics can teach us about distinctions between GAD and MDD	Goldberg D, Kendler KS, Sirovatka P & Regier DA	Diagnostic Issues in Depression and Generalized Anxiety Disorder: Refining the Research Agenda for DSM-V	American Psychiatric Association	Arlington, VA	2010	71-104

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
Hashimoto N, Nakaaki S, Omori IM, Fujioi J, Noguchi Y, Murata Y, Sato J, Tatsumi H, Torii K, Mimura M & Furukawa TA	Distinct neuropsychological profiles of three major symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder	Psychiatry Research			in press
Kinoshita Y, Kingdon D, Kinoshita K, Sarafudheen S, Umadi D, Dayson D, Hansen L, Rathod S, Turkington D & Furukawa TA	A semi-structured clinical interview for psychosis sub-groups (SCIPS): development and psychometric properties	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology			in press
Ono Y, Furukawa TA, Shimizu E, Okamoto Y, Nakagawa A, Fujisawa D, Nakagawa A & Ishii T	Current status of research on cognitive therapy/cognitive behavior therapy in Japan	Psychiatry and Clinical Neurosciences			in press
Watanabe N, Furukawa TA, Shimodera S, Morokuma I, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, Kawamura C & Perlis ML	Brief behavioral therapy for refractory insomnia in residual depression: Assessor-blind, randomized controlled trial	Journal of Clinical Psychiatry			in press

Kinoshita Y, Kingdon D, Kinoshita K, Saka K, Arisue Y, Dayson D, Nakaaki S, Fukuda K, Yoshida K, Harris S & Furukawa TA	Fear of negative evaluation is associated with delusional ideation in non-clinical population and patients with schizophrenia	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology			in press
Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Uchida M, Nakaguchi T, Ito Y & Furukawa TA	Social anxiety disorder as a hidden psychiatric comorbidity among cancer patients	Palliative and Supportive Care	9	103-105	2011
Chen J, Furukawa TA, Nakano Y, Ietsugu T, Ogawa S, Funayama T, Watanabe N, Noda Y & Rapee RM	Video feedback with peer ratings in naturalistic anxiety-provoking situations for social anxiety disorder: Preliminary report	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry	41	6-10	2010
Ogawa S, Furukawa TA, Nakano Y, Funayama T, Watanabe N, Noguchi Y & Sasaki M	Interoceptive hypersensitivity as prognostic factor among patients with panic disorder who have received cognitive behavioral therapy	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry	41	325-329	2010
Watanabe N, Furukawa TA, Chen J, Kinoshita Y, Nakano Y, Ogawa S, Funayama T, Ietsugu T & Noda Y	Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a prospective cohort study	BMC Psychiatry	10	81	2010

精神療法の有効性の確立と普及に関する研究班

（課題名） 千葉認知行動療法士トレーニングコースによる人材養成
（不安障害の認知療法・認知行動療法の臨床試験のために）

分担研究者 （氏名 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学 清水栄司）
研究協力者 （氏名 千葉大学社会精神保健教育センター 小堀修）

研究要旨

今年度、英国 IAPT（Improving Access to Psychological Therapy Services）をモデルに、千葉認知行動療法士トレーニングコースとして、医師、心理職、看護師、精神保健福祉士など 21 名に、2 年間にわたって、毎週水曜日午前午後、ワークショップやセッション録画を活用した個人、集団でのスーパービジョンによる人材育成を行った。今後、それらの人材が提供する臨床実践での認知行動療法の治療効果を英国と同じ評価尺度（PHQ-9、GAD-7）で示す予定である。また、これらの人材を活用して、不安障害の認知行動療法の Treatment As Usual(TAU)群と TAU プラス認知行動療法（CBT）群の無作為割付試験を開始する予定である。一方、誰にもわかりやすい、不安障害に共通なマニュアルの開発に努めていく予定である。

A. 研究目的

（1）個人認知行動療法ができる人材育成のための英国 IAPT（Improving Access to Psychological Therapy Services）をモデルにした人材養成システム「千葉認知行動療法士トレーニングコース」の治療効果検証

我々は、グループ認知行動療法よりもさらに効果の高い、個人認知行動療法の普及を目指して、2010年4月より、千葉認知行動療法トレーニングコースを開始する。これは、セラピストに求められるスキルの担保（QUALITY CONTROL）として、1、基本スキル：マニュアルに基づいた治療ができる、2、応用スキル：マニュアルを Formulation に基づいて症例ごとにテイラーメイドした治療

ができる、の2つを考えた場合、応用スキルまで身につけた「認知行動療法士」の国家資格化を念頭にして始める試みである。認知行動療法の高度に熟練したスキルの習得の監督のためには、濃厚なスーパーバイズ【1人のスーパーバイザーに最大5人の研修生まで】が必要なので、免許保持者の人数制限が必要と考えている。認知行動療法の clinical science and art の獲得のためには、臨床研究の経験も重要であり、社会人入学の形で、医学系大学院博士課程にて、臨床実践を積みながら、臨床研究を行うことで科学的研究者としてのスキルを身につけ、医学博士を取得後に、「認知行動療法士」の国家試験の受験資格が出るようにして、scientist-practitioner（科学者—実

践家）モデルに基づくセラピストの養成が必要と考えている。そして、千葉認知行動療法士の目指す多職種チーム医療では、医師は、もちろん、チームリーダーとして、コメディカルをまとめながら、認知行動療法と薬物療法、電気けいれん療法などを用い、看護師は、訪問看護での認知行動療法を実践し、作業療法士は、集団療法での認知行動療法を担当し、精神保健福祉士は、予防やケースワークで保健福祉での認知行動療法を行い、心理技術職は、心理検査と認知行動療法を行っていく。そのような流れの中で、理想的と思われる認知行動療法の段階的提供と保険点数について、以下のように考えている。まず、1、セルフヘルプとしての認知行動療法で、個人あるいは集団で、ガイドブックやコンピューターを用いて、自分で学習する方法で、書籍代の数千円のコストで自費で行えるものであり、保険点数とする必要がなく、これで、うつ病の予備軍の予防ができれば、理想的であるが、発症してしまった場合、2、低強度セラピーとって、ガイドブックやコンピューターでのセルフヘルプを、セラピストがアシストするタイプの認知行動療法で、低強度セラピストの養成は、支持的精神療法を基本として、比較的容易に行え、安い保険点数で行える、さらに、3、集団認知行動療法は、マニュアルに基づいてセラピストが行い、少し安い保険点数で行える、それで反応しなかった場合は、4、個人認知行動療法が提供され、通常症例の完治ができるスキルを持った熟練したセラピストが行うもので、普通の保険点数で行い、さらに、5、スーパーバイザー・

クラスのスキルを有するセラピストによる個人認知行動療法が、難治症例の完治ができるレベルで提供され、これは、一段高い保険点数で行うべきである。このように、認知行動療法の技術料について、段階的な保険点数化が望まれる。

今年度、個人認知行動療法の **Quality Control** のための人材養成システムの治療効果を検証していくための準備を行う。

（2）不安障害の認知行動療法の無作為割付試験の準備

2010年度、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、以下の算定要件で、診療報酬上の評価を新設された。認知療法・認知行動療法 420点（1日につき）[算定要件]

(1) 気分障害の患者について、一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。

(2) 診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定し、一連の治療につき 16 回を限度とする。

(3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

DSM-IV における気分障害としては、双極性障害（I型、II型、気分循環性障害など）やうつ病性障害（大うつ病性障害、気分変調性障害など）があげられる。一方、DSM-IV における不安障害としては、パニック障害と広場恐怖、特定の恐怖症、社会恐怖症（社交不安障害）、強迫性障害、外傷後ストレス障害、全般性不安障害などがあげられる。これら不安障害については、認知療法・認知行動療法の有

効性が知られている。不安障害に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を拡大されることが求められている。すなわち、気分障害・不安障害の患者について、認知行動療法を適応していく必要がある。今年度、不安障害に関して、Treatment As Usual(TAU)群とTAUプラス認知行動療法（CBT）群の無作為割付試験（RCT）の準備を行う。また、マニュアルは、疾患ごとにも、研究者ごとにも、異なる点が存在するが、保険点数化のためには、最大共通項を取り出し、不安障害に共通に使える（ある意味では、現在の気分障害のCBTマニュアルとも共通に使える）、要点だけを簡潔に述べた単純なマニュアルの開発に努める。

B. 研究方法

千葉大学において、2010年4月から、千葉認知行動療法士トレーニングコースを開始している(<http://chibacbt.com/>)。各所属医療機関の長から推薦された医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など、様々な専門職を持つ者21名が、毎週水曜日に集まり、認知行動療法のトレーニングを行っている。このトレーニングは2年間継続される。高強度セラピーのセラピストとして認定を受けるためには、1年で200時間以上のアセスメントあるいはセラピー、8症例の完遂、70時間以上のスーパービジョン、様々なケースレポートの提出が義務づけられている。加えて、改訂認知療法尺度（CTS-R）では50%以上の得点が必要となる。トレーニングの内容は、講義、ワーク

ショップ、事例検討会、グループスーパービジョン、個人スーパービジョン、症例研修などである。

C. 研究結果

2010年度の実績では、1年のカリキュラムは、夏休みを境にして、前期と後期に大きく分けることができる。

表1 2010年度のカリキュラム

時間割	前期	後期
I (8:50-10:20)	ワークショップ1	個人スーパービジョン
II (10:30-12:00)	ワークショップ2	個人スーパービジョン
III (12:50-14:20)	スーパーバイザーの事例紹介	研修生の事例発表
IV (14:30-15:30)	スーパーバイザーの事例紹介	グループスーパービジョン
V (16:00-17:00)		千葉大病院での症例研修

前期では、午前中にワークショップを行い、認知行動療法の理解を深め、ロールプレイなどを通じて体験的に学習していく。ワークショップの内容は表2に記載した。午後では、スーパーバイザーがビデオを用いて自体例を紹介し、研修生と一緒に検討する。

後期では、午前中に個人スーパービジョンを、1人あたり30分かけて行う。個人スーパービジョンでは、ブラックバーンらの改訂認知療法尺度(CTS-R)に定義された技能を伸ばすため、エビデンスに基づくスーパービジョン (Evidence Based Supervision: Milne, 2009) を目指している。個人スーパービジョンで話題となることが多いテーマは、様々な局面での動機づけ方、行動実験の組み立て方、最終セッションでの再発予防の仕方、そしてケースフォーミュレーションなどである。午後では、研修生が順番に事例を発表し、全体で検討会を行なう。次に、5~7名のスモールグループに分かれて、グループスーパービジョンを行なう。グループスーパービジョンの実例

については後述する。最後に、勤務先で個人精神療法の実施が難しい研修生のため、千葉大学病院の外来を使って、認知行動療法の症例研修を実施している。

表2 2010年度のワークショップの内容(2011年度以降はこの限りではない)

週	I	II
1	カリキュラムと認定方法のガイダンス	認知行動療法の科学と実践(総論)
2	自分のトレーニング方法を見直す	スーパービジョンの受け方
3	低強度セラピーに用いられる介入技法	アセスメントと評価尺度
4	改訂認知療法尺度(1)	改訂認知療法尺度(2)
5	改訂認知療法尺度(3)	改訂認知療法尺度(4)
6	強迫性障害(1)	強迫性障害(2)
7	過食症(1)	過食症(2)
8	社交不安障害(1)	社交不安障害(2)
9	パニック障害(1)	パニック障害(2)
10	うつ病の認知療法(1)	うつ病の認知療法(2)
11	うつ病の行動療法(1)	うつ病の行動療法(2)
12	全般性不安障害	完全主義パーソナリティ
13	自殺防止(1)	自殺防止(2)
14	拒食症	拒食症
15	健康不安(1)	健康不安(2)
16	PTSD	複雑性悲嘆
17	強迫性障害(3)	強迫性障害(4)

1つの枠は90分に相当する。なお、健康不安のワークショップは、英国より外部顧問のポール・サルコフスキ教授（Bath大学）を招聘して行なわれた。

D. 考察

千葉認知行動療法士トレーニングコースが開始して1年がたつが、1日もしくは数日で終わるワークショップなどとは異なり、学んだことを現場で実践し、進捗状況をスーパービジョンで報告し、フィードバックを受け、実践に戻っていくというサイクルが形成される。他にも、スーパーバイザーが研修生ひとりひとりの特徴を把握しやすいこと、学んだことを復習するための宿題が出ること、研修生どうしが刺激しあい連帯感が生まれること、などが可能となる。

2011年以降もトレーニングコースを継続し、

10年後には、千葉県内に200人から400人の認知行動療法士が活躍していることが理想的だと考えている。このような育成を受けた認知行動療法士が、50分のセッションを12回から20回程度実施すれば、うつ病や不安障害の患者の50%以上が回復に至ることを、エビデンスとして証明していきたい。質の担保された認知行動療法を千葉県内で提供できるシステムが完成し、このモデルを他の都道府県でも応用してもらい、日本全国に普及していくことができれば、この上ないことだと考えている。

D. 結論

千葉認知行動療法士トレーニングコースは、有効な人材育成方法であると考えられる。今後は、この人材を活用して、不安障害の認知行動療法の無作為割付試験を行っていく予定である。

E. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

清水栄司（2010）認知行動療法の生物学。精神科 16(6)519-522.

清水栄司 監修（2010）認知行動療法のすべてがわかる本 講談社

清水栄司（2010）自分でできる認知行動療法 星和書店