

- 東京：岩崎学術出版社；1997）。New York Basic Books；1984.
15. 水島広子. 摂食障害に対する対人関係療法の効果研究と対人関係療法の均霑化に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)精神療法の有効性の確立と普及に関する研究 平成 22 年度 分担研究報告書. 2011: 54-64.
16. 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.
17. 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.
18. 水島広子. 対人関係療法でなおす双極性障害 —躁うつ病への対人関係・社会リズム療法. 大阪: 創元社; 2010.
19. 日本摂食障害学会監修. 摂食障害治療ガイドライン. 東京: 医学書院; 2012.
20. 水島広子. DVD 版 対人関係療法の実際. 大阪: 創元社; 2010.
21. Markowitz JC, Bleiberg KL, Christos P, Levitan E. Solving interpersonal problems correlates with symptom improvement in interpersonal psychotherapy: preliminary findings. J Nerv Ment Dis. 2006 Jan;194(1):15-20.
22. Markowitz JC, Leon AC, Miller NL, Cherry S, Clougherty KF, Villalobos L. Rater agreement on interpersonal psychotherapy problem areas. J Psychother Pract Res. 2000 Summer;9(3):131-5.
23. Casebook of Interpersonal Psychotherapy. Markowitz JC, Weissman MM, editors. New York: Oxford University Press; 2011.

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

「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」 分担報告書

認知行動療法の研修システムに関する研究

研究分担者 藤澤 大介 国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科医長

慶應義塾大学医学部精神神経科

研究要旨

1) 海外の研修も参考に、ワークショップ（初回2日間+ブラッシュアップ1日間）と16週間からなるスーパービジョンからなる研修システムを整備した。スーパービジョンではITを利用した。

2) 厚生労働省認知行動療法研修事業を、この研修システムで行い、その受講者を対象に、研修効果を質的・量的に評価した。

- ・ITを用いたスーパービジョンにより全国レベルで研修の実施が可能となった
- ・受講者の満足度、自信、知識、技術において良好な効果が認められた。
- ・治療者の自信と概念化能力は今後も改善が必要と示唆された。

3) 指導者（スーパービジョン）の育成を目的に、文献レビューとエキスパートによるフォーカスグループを行い、スーパービジョンの指針をスーパービジョン・ガイドとしてまとめた。

4) 今後の課題として、

- ・複数症例、多様な疾患のスーパービジョンの必要性
- ・一人のスーパーバイザー以外にも相談できる体制の整備
（グループスーパービジョン、ピア・コンサルテーション、相談センター）
- ・精神療法一般について学ぶ必要性
- ・継続的な研修の場の必要性
- ・スーパーバイザー育成制度の整備

が挙げられた。

研究協力者

大野裕・堀越勝・中川敦夫・田島美幸（以上：国立精神神経医療研究センター）、佐渡充洋（慶應義塾大学医学部精神神経科）、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）、菊地俊暁（コロンビア大学）

段階1) 研修システムのデザイン

段階2) 研修システムの評価(量的・質的)

段階3) 研修指導者(スーパーバイザー)育成のためのスキーム作り

以下、順に記述する。

A.研究目的

認知行動療法の効果的な研修システムを構築し、効果を測定する。

以下の3つの段階を踏んだ。

B.研究方法

段階1) 研修システムのデザイン

海外の研修制度を参考に研修体制を計画した。英国の教育モデルを参考に、治療者が習得すべき能力を4つのレベルに概念化した(図1)。

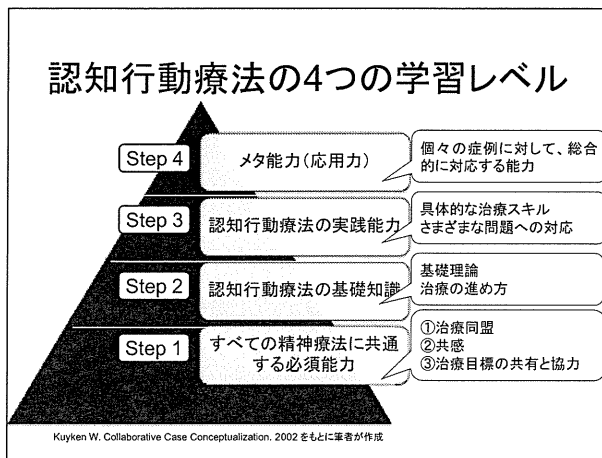


図1. 認知行動療法の4つの学習レベル

第1レベルのすべての精神療法に共通する必須能力は、患者と信頼関係を構築して協働的に治療を進めるための能力である。具体的には、①治療同盟（クライアントと治療者との協力関係）、②共感（患者に調律を合わせ、患者の体験を理解し、それを伝えること）、③治療目標の共有、の3つである。3つの要素はそれぞれ精神療法治療効果と中等度（効果量＝0.22-0.32）に

相関する。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く、また、第3-4セッションまでに患者と治療者間で治療目標を共有することが、治療転帰に関連することがわかっている。

第2レベルの認知行動療法の基礎知識とは、認知行動療法の基礎理論や治療構造の理解である。

第3レベルの認知行動療法の実践能力とは、具体的な治療スキルと、個々の問題への対応能力である。前者は、段階的暴露、ソクラテス的質問法、患者の認知の同定・検証、などのスキルが含まれる。後者は、うつ病、不安障害、物質関連障害など、各病態に対して特異的に理解・習得すべき能力である。

第4レベルのメタ能力とは、上述のすべてのスキルを、個々の症例のニーズと特徴、タイミングを考慮して、適切に適用する能力のことである。

以上をもとに、下記に示す学習目標・学習方法・評価を設定した（表1）。

表1. 認知行動療法の4つの学習レベル

| レベル | 項目 | 内容 | 学習方法 | 学習目標 | 評価方法 |
|-----|-------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1 | すべての精神療法に共通する必須能力 | ①治療同盟 ②共感 ③治療目標の共有と協力 | 精神療法の基本トレーニング（問診・評価・傾聴など） | 共感度 治療関係 | 治療同盟尺度 WAI 治療関係尺度 BLRI |
| 2 | 認知行動療法の基礎知識 | ①認知行動療法の基礎理論 ②治療構造 | 講義・文献学習 陪席・ロールプレイ | 知識の習得度 | 認知療法認識尺度 CTAS |
| 3 | 認知行動療法の実践能力 | ①具体的な治療技法 ②個別の問題への対応 | ・実症例を経験（易→難） | ・治療のあり方 | 認知療法尺度 CTS 認知的概念化尺度 CFRS |
| 4 | メタ能力（応用力） | 個々の症例に対して総合的に対応する能力 | ・スーパービジョン ・症例検討 | ・概念化（診立て） ・治療効果 | 自己記入式臨床評価（例：BDI、QIDS） |

BDI: Beck Depression Inventory

BLRI: Barrett -Lennard Relationship Inventory

CFRS: Cognitive Formulation Rating Scale

CTAS: Cognitive Therapy Awareness Scale

CTS: Cognitive Therapy Scale

QIDS: Quick Inventory of Depressive Symptomatology

WAI: Working Alliance Inventory-Short Form

これをもとに、厚生労働省委託事業認知行動療法研修事業を計画した。各レベルに対応して次のように研修を設計した。

第1レベルの「すべての精神療法に共通する必須能力」は、本来、精神科後期研修における基本研修など、認知行動療法の研修事業以前の段階の教育に期待されるものである。しかし、2011年度の厚生労働省認知行動療法研修事業を実施した結果、そのような基礎的な訓練が不十分な受講者が少なくないことが指摘され、2012年度からは、初回ワークショップにその内容を盛り込んだ。

第2レベルの「認知行動療法の基礎知識」は、講義、文献学習、陪席、ロールプレイである。厚生労働省研修事業では、2日間の「初回ワークショップ」でこの内容を扱った。学習の時間効率を高めるため、受講者の自己学習（予習）を前提とし、あらかじめ、厚生労働省の認知療法・認知行動療法マニュアル（www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf）を予習してくる形式として、座学を減らしロールプレイなどの実践的な内容を増やした。（この研修内容は、精神・神経医療を専門とする医療者・研究者のためのeラーニング・サイト <http://www.crt-web.com/> で視聴可能）。

第3レベル（認知行動療法の実践能力）と第4レベル（メタ能力（応用力））の習得は、スーパービジョンを受けながら、実症例を担当することで行う。受講者（スーパーバイザー）は、患者の同意を得たうえで治療セッションをICレコーダーに録音し、電子暗号化してスーパーバイザーに送り、スーパーバイザーはそれを聴いて、両者はSkypeや電話を用いてスーパービジョンを16回実施する形式とした。

能力の習得目標・評価ツール

上記4段階の能力はそれぞれ下記の評価尺度を用いて評価した（表1にも記載）。

【すべての精神療法に共通する必須能力】

• Work Alliance Inventory : WAI

WAIは治療同盟の質の12項目の評価尺度。

• Barrett-Lennard Relationship Inventory : BLRI

共感の質を評価する10項目の評価尺度。原版は-3~+3を1-7の点数に修正して用いた。

【認知行動療法の知識】

• Cognitive Therapy Awareness Scale : CTAS

CTASは認知療法の知識を問う40問の正誤問題で、米国の精神科レジデント研修では、認知行動療法の正式なトレーニングを受ける前に30点以上を点数できることが望ましいと考えられている。

【認知行動療法の実践能力とメタ能力】

• Cognitive Formulation Rating Scale : CFRS

CFRSは病歴聴取、症例の概念化、治療計画を評価する12項目の尺度である。国際認知療法協会 Academy of Cognitive Therapy(ACT)では20/24点が合格点である。

• Cognitive Therapy Scale : CTS

認知療法の構造や進め方に関する11項目の評価尺度。ACTでは40/66点が合格点である。

• Beck Depression Inventory : BDI

• Quick Inventory of Depressive Symptomatology self report : QIDS-SR

BDIとQIDSはともに抑うつの評価尺度。

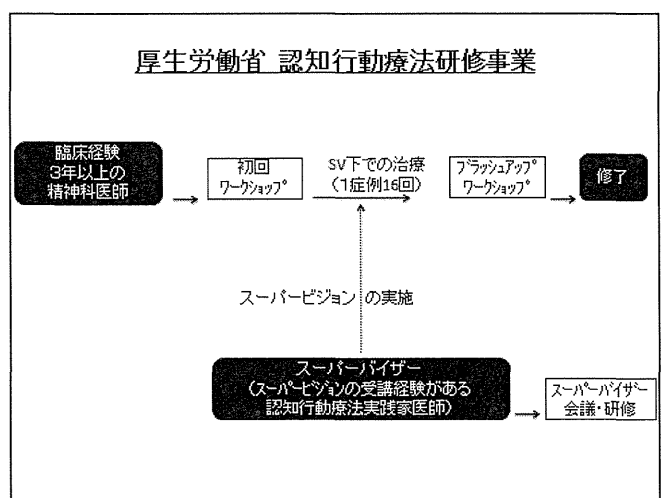


図2. 厚生労働省認知行動療法研修事業

段階2) 研修システムの評価

a) 量的評価

厚生労働省認知行動療法研修事業の受講者を対象に、研修の満足度 (Likert Scale)、認知療法に関する認識・自信 (Likert Scale)、認知療法の知識 (CTAS と、Padesky らの認知行動療法テスト) を評価した。スーパービジョンでは BDI、QIDS-SR、BLRI、WAI、CFRS、CTS で評価した。

評価スケジュールを下記に示した (表 2)。

| 記入者 | 評価内容 | ワークショップ | | スーパービジョン | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--------------|---------|-----|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|-----|---|
| | | 開始時 | 終了時 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 終了後 | |
| Sree | テスト(アンケート) | ● | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | | ● |
| | 医師背景 | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 概念化シート* | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | QIDS* | | | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | BDI* | | | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 認知療法尺度CTS | | | | ● | | | | | ● | | | | | ● | | | | | ● | |
| | 認知的概念化尺度CFRS | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 治療態度WAI-ES | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sver | 認知療法尺度CTS | | | | ● | | | | | ● | | | | | ● | | | | | ● | |
| | 認知的概念化尺度CFRS | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 治療態度WAI-ES | | | | ● | | | | | | | | | | | | | | | | |

表 2. 評価スケジュール

b) 質的評価

研修修了者のフォーカスグループを行い、本形式の研修に関する利点と改善点を収集し、内容分析を行った。

段階3) 研修指導者(スーパーバイザー)育成のためのスキーム作り

研修とスーパービジョンに関する国内外の文献を検索した。また、2012年2月、2013年2月に厚生労働省研修事業に研修指導者(スーパーバイザー)によるフォーカスグループを行った。それによりスーパービジョンに必要な要素を概念化した。

(倫理的考慮)

研修やフォーカスグループへの参加は参加者の自主性にもとづいたものである。評価方法のデータ提供については、研修参加者の文書同意を得て行った。データの取得・利用について慶應義塾大学医学部倫理審査委員会の承認を得た。

C.結果

段階1) 研修システムのデザイン

B.方法の項に記載。

段階2) 研修システムの評価

a) 量的評価

参加者背景

2011年度厚生労働省認知行動療法研修事業には、128人が参加した。参加者背景は、平均年齢37.9歳(SD=8.6)、平均臨床経験9.7年(SD=7.7)、認知行動療法実施平均年数0.8年(SD=2.2:中央値0年、範囲0-19年)であった。

研修の満足度

ワークショップの満足度を表3に示す。参加者の90%以上が「大変満足」「満足」と回答し、特に、初回ワークショップ終了時と比較して、スーパービジョン+ブラッシュアップワークショップ終了後に満足度が向上した(「やや満足・非常に満足」が96.9%。「大いに満足」が59.8%→64.1%)。

他の研修と比較した満足度は、95%以上が「非常に満足」「やや満足」と回答した。

「同僚へのお勧め度」は、「勧める」「強く勧める」が合計して90%であった。特記すべきは、ブラッシュアップワークショップの終了後に100%が「勧める・強く勧める」と回答しており、特に「強く勧める」は、初回ワークショップ終了時に33.1%であったが、ブラッシュアップワークショップ終了時は90%ときわめて高率であった(表3)。

| | 回答数 | 非常に不 満 | やや不 満 | どちらとも 言えない | やや満足 | 非常に満 足 | 平均 値 | 標準 偏差 |
|-------------------|--------|-----------|----------|---------------|-------|-----------|---------|----------|
| 全体としての満足度 | | | | | | | | |
| 初回ワークショップ後 | 132 | 1 | 0 | 3 | 49 | 79 | 4.55 | 0.62 |
| | 100.0% | 0.8% | 0.0% | 2.3% | 37.1% | 59.8% | | |
| スーパービジョン終了後 | 23 | 0 | 0 | 1 | 4 | 18 | 4.74 | 0.54 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 4.3% | 17.4% | 78.3% | | |
| ブラッシュアップ・ワークショップ後 | 39 | 0 | 0 | 0 | 14 | 25 | 4.63 | 0.48 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 35.9% | 64.1% | | |
| 他の研修と比較して | | | | | | | | |
| 初回ワークショップ後 | 129 | 0 | 0 | 12 | 36 | 81 | 4.53 | 0.66 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 9.3% | 27.9% | 62.8% | | |
| スーパービジョン終了後 | 24 | 0 | 1 | 0 | 1 | 22 | 4.83 | 0.64 |
| | 100.0% | 0.0% | 4.2% | 0.0% | 4.2% | 91.7% | | |
| ブラッシュアップ・ワークショップ後 | 40 | 0 | 0 | 1 | 22 | 17 | 4.40 | 0.55 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 2.5% | 55.0% | 42.5% | | |
| 同僚に勧めますか？ | | | | | | | | |
| 初回ワークショップ後 | 133 | 0 | 0 | 10 | 79 | 44 | 4.26 | 0.59 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 7.5% | 59.4% | 33.1% | | |
| スーパービジョン終了後 | 23 | 0 | 0 | 1 | 13 | 9 | 4.35 | 0.57 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 4.3% | 56.5% | 39.1% | | |
| ブラッシュアップ・ワークショップ後 | 40 | 0 | 0 | 0 | 4 | 36 | 4.90 | 0.30 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 10.0% | 90.0% | | |

表 3. 研修の満足度

認知行動療法の知識と技術習得（自己評価）

参加者の自己評価による認知行動療法の知識と技術はいずれも向上し、(知識・技術が)「非常に増えた」「増えた」を合計すると、ワークショップ終了後、スーパービジョン終了後のいずれも 95%を超えていた。向上はワークショップ以上にスーパービジョンの修了後に顕著であった(表 4)。

| | 回答数 | 非常に混 乱した | 混乱した | どちらとも 言えない | 増えた | 非常に増 えた | 平均 値 | 標準 偏差 |
|-------------------|--------|-------------|------|---------------|-------|------------|---------|----------|
| うつ病の認知行動療法の知識 | | | | | | | | |
| 初回ワークショップ後 | 132 | 0 | 0 | 2 | 78 | 52 | 4.38 | 0.52 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 1.5% | 59.1% | 39.4% | | |
| スーパービジョン終了後 | 24 | 0 | 1 | 0 | 11 | 12 | 4.42 | 0.72 |
| | 100.0% | 0.0% | 4.2% | 0.0% | 45.8% | 50.0% | | |
| ブラッシュアップ・ワークショップ後 | 40 | 0 | 0 | 0 | 18 | 22 | 4.54 | 0.50 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 45.0% | 55.0% | | |
| うつ病の認知行動療法の技術 | | | | | | | | |
| 初回ワークショップ後 | 132 | 0 | 0 | 10 | 98 | 24 | 4.11 | 0.50 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 7.6% | 74.2% | 18.2% | | |
| スーパービジョン終了後 | 24 | 0 | 1 | 0 | 11 | 12 | 4.42 | 0.72 |
| | 100.0% | 0.0% | 4.2% | 0.0% | 45.8% | 50.0% | | |
| ブラッシュアップ・ワークショップ後 | 40 | 0 | 0 | 0 | 22 | 18 | 4.45 | 0.50 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 55.0% | 45.0% | | |

表 4. 認知行動療法の知識・技術の向上

認知行動療法実施の意思

認知行動療法を実施したい意思是、研修開始前よりも研修開始後に高まり、特にワークショップ終了後以上にスーパービジョン終了後に顕著であった(「施行したい・大いに施行したい」が 80.2%→97.5%、「大いに施行したい」が 17.0%→37.5%) (表 5)

| 認知行動療法施行への意欲 | 回答数 | まったく 施行しな いだらう | あまり施 行した くない | どちらとも 言えない | 施行した い | 大いに施 行したい | 平均 値 | 標準 偏差 |
|-------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------|-----------|--------------|---------|----------|
| 初回ワークショップ前 | 106 | 0 | 3 | 18 | 67 | 18 | 3.94 | 0.67 |
| | 100.0% | 0.0% | 2.8% | 17.0% | 63.2% | 17.0% | | |
| 初回ワークショップ後 | 133 | 0 | 1 | 10 | 96 | 26 | 4.11 | 0.54 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.8% | 7.5% | 72.2% | 19.5% | | |
| スーパービジョン終了後 | 24 | 0 | 0 | 1 | 14 | 9 | 4.33 | 0.56 |
| | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 4.2% | 58.3% | 37.5% | | |
| ブラッシュアップ・ワークショップ後 | 40 | 0 | 1 | 0 | 24 | 15 | 4.33 | 0.62 |
| | 100.0% | 0.0% | 2.5% | 0.0% | 60.0% | 37.5% | | |

表 5. 認知行動療法実施の意思

認知行動療法実施の自信

「認知行動療法を効果的に施行する自信」は、研修が進むにつれて高まった(「自信がある・まあ自信がある」の割合が研修開始前の 3.8%→初回ワークショップ終了後 23.3%→スーパービジョン終了後 62.5%、ブラッシュアップワークショップ終了後 40%)。しかし、「あまり自信がない」「どちらともいえない」と回答した参加者も 60%おり、過半数は研修修了後も十分な自信には達していなかった(表 6)。

| 効果的に施行する自信 | 回答数 | ぜんぜん 自信がな い | あまり自 信がない | どちらとも 言えない | まあ自信 がある | 大変自信 がある | 平均 値 | 標準 偏差 |
|-------------------|--------|-------------------|--------------|---------------|-------------|-------------|---------|----------|
| 初回ワークショップ前 | 106 | 34 | 36 | 32 | 4 | 0 | 2.06 | 0.88 |
| | 100.0% | 32.1% | 34.0% | 30.2% | 3.8% | 0.0% | | |
| 初回ワークショップ後 | 133 | 1 | 25 | 76 | 29 | 2 | 3.05 | 0.71 |
| | 100.0% | 0.8% | 18.8% | 57.1% | 21.8% | 1.5% | | |
| スーパービジョン終了後 | 24 | 0 | 2 | 7 | 13 | 2 | 3.63 | 0.77 |
| | 100.0% | 0.0% | 8.3% | 29.2% | 54.2% | 8.3% | | |
| ブラッシュアップ・ワークショップ後 | 40 | 0 | 2 | 22 | 15 | 1 | 3.36 | 0.62 |
| | 100.0% | 0.0% | 5.0% | 55.0% | 37.5% | 2.5% | | |

表 6. 認知行動療法を効果的に施行する自信

認知行動療法の知識（客観評価）

認知行動療法の知識を測定する 2 つの評価尺度(CTAS ならびに Padesky のテスト)の点数は、研修開始前→ワークショップ終了後→スーパービジョン終了後で、いずれも上昇した。

研修開始前と比較すると、ワークショップ終了後、スーパービジョン終了後のいずれも、得点の有意な上昇を認めた(Wilcoxon の符号付順位和検定: $p < 0.01$)。上昇は特にスーパービジョン終了後に顕著であった(CTAS: ワークショップ前 31.1 点→ワークショップ後 32.8 点→スーパービジョン後 35.4 点、Padesky のテスト: ワークショップ前 5.7 点→ワークショップ後 6.6 点→スーパービジョン後 7.6 点) (表 7)。

| | 回答数 | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 | 最小値 | 最大値 |
|-----------------------|-----|-------|------|-------|-------|-------|
| CTAS | | | | | | |
| 初回ワークショップ前 | 133 | 31.13 | 4.06 | 31.00 | 20.00 | 38.00 |
| 初回ワークショップ後 | 133 | 32.83 | 3.08 | 33.00 | 20.00 | 39.00 |
| スーパービジョン終了後 | 25 | 35.36 | 3.73 | 36.00 | 28.00 | 40.00 |
| Padesky's Test | | | | | | |
| 初回ワークショップ前 | 134 | 5.67 | 2.21 | 6.00 | 0.00 | 11.00 |
| 初回ワークショップ後 | 130 | 6.58 | 2.09 | 7.00 | 0.00 | 11.00 |
| スーパービジョン終了後 | 25 | 7.64 | 1.82 | 8.00 | 4.00 | 11.00 |

CTAS: Cognitive Therapy Awareness Scale

表 7. 認知行動療法の知識 (客観評価)

認知行動療法の技術 (客観評価)

2011 年度のデータが未集計のため、2012 年度のデータを集計した。2013 年 2 月 18 日現在、21 人の受講者についてのセッションの客観評価が提出されており、それを解析対象とした。

結果を表 8 にしめした。

| | 回答個数 | 平均 | SD | 中央値 | 最小値 | 最大値 | 満点 |
|----------|------|------|------|------|-----|-----|----|
| CFRS | 18 | 14.1 | 3.7 | 16 | 7 | 19 | 24 |
| WAI | 18 | 54.6 | 9.9 | 56.5 | 33 | 69 | 84 |
| BLRI | 18 | 44.3 | 11.4 | 46 | 24 | 62 | 70 |
| CTS(最高値) | 21 | 45.8 | 7.3 | 47 | 31 | 56 | 66 |
| CTS(4回) | 18 | 39.5 | 5.4 | 38 | 31 | 51 | 66 |
| CTS(8回) | 14 | 44.5 | 5.1 | 44.5 | 36 | 52 | 66 |
| CTS(12回) | 6 | 49.2 | 4.0 | 48 | 45 | 55 | 66 |
| CTS(15回) | 4 | 50.3 | 5.9 | 51.5 | 42 | 56 | 66 |

BLRI : Barrett -Lennard Relationship Inventory

CFRS : Cognitive Formulation Rating Scale

CTS : Cognitive Therapy Scale

WAI : Working Alliance Inventory-Short Form

表 8. 認知行動療法の技術 (客観評価)

全体的に回答率が低く、結論を導くには不十分なサンプルである。その限界を述べた上で結果をそのまま解釈すると、概念化と治療計画を評価する CFRS の平均点は 14.1 であり、通常合格点とされる 20 点より大幅に低かった。このサンプルにおいて、症例の概念化が十分に習得できていないことが示唆された。

他方、認知行動療法の治療の質を評価する CTS は、セッションが進むにつれて向上し、合格点とされる 40 点を上回る受講者が 16/21 人

(76.2%) であった。

治療同盟・共感の質 (WAI、BLRI) は 7 ポイントの Likert Scale 上でほぼ中間 (WAI : 合計点 54.6 点 = 各問平均 4.55 点、BLRI : 合計点 54.6 点 = 各問平均 4.43 点) であり、改善の余地があると考えられた。

b) 質的評価

研修修了者のフォーカスグループの内容を表 9~11 (章末) にまとめた。重複を省き内容ごとに分類した。

1) スーパービジョンを伴う研修を受けて良かった点

下記の 8 要素が抽出された (表 9)。

- ①自身の治療を内省・客観視できた
- ②構造化された精神療法の経験
- ③認知行動療法の理解の深まり (技法・構造)
- ④患者の概念化と治療計画
- ⑤治療の質の改善
- ⑥他の診療への波及効果
- ⑦ロールモデル・心理支援者としてのスーパーバイザーの機能
- ⑧スーパービジョンの体制に関する評価

2) スーパービジョンを伴う研修の難点・問題点

下記の 8 要素が抽出された (表 10)。

- ①研修に伴う時間、労力、環境整備
- ②認知行動療法学習以前の、精神療法の一般的な能力を習得する必要性
- ③認知行動療法で難しい具体的内容
- ④指導体制
- ⑤対象症例の選定の難しさ
- ⑥スーパービジョン 1 例で修了する不安
- ⑦研修のシステム上の問題
- ⑧スーパーバイザーの負担への配慮

3) 研修に対する要望・提案

下記の 8 要素が抽出された (表 11)。

- ①複数症例、多様な疾患のスーパービジョンの必要性
- ②1 対 1 スーパービジョン以外の研修の必要性
- ③学習方法・内容に関する提案
- ④フィードバックや評価の在り方
- ⑤精神療法一般について学ぶ必要性
- ⑥ワークショップについての意見
- ⑦継続的な研修の場の必要性
- ⑧その他 (コメディカル指導、スーパーバイザー養成など)

段階3) 研修指導者(スーパーバイザー)育成のためのスキーム作り

スーパービジョンに必要な要素は、表 12 のように概念化され (表 12)、スーパーバイザー・ガイドとしてまとめた (資料 1 : 章末)

- ・スーパービジョンの目的
- ・スーパービジョンの定義
- ・録音/録画の重要性
- ・スーパービジョンの構造・進め方
- ・スーパーバイザーが果たす役割
- ・スーパービジョンで扱うべき内容
- ・スーパーバイザーが観察すべきポイント
- ・指導者として留意すべき点
- ・学習促進的な雰囲気作り
- ・スーパーバイザー/バイザーの感情的問題
- ・スーパーバイザーの能力と特性への考慮

表 12. スーパービジョンに必要な要素

D. 考察

- ・ワークショップ→IT を利用したスーパービジョン 1 例→ブラッシュアップ・ワークショップという形式の研修体制により、
- ・受講者の高い満足度
- ・認知行動療法実践の自信の向上

・認知行動療法の知識と技術の向上を認めた。

また、この形式の研修の利点として、

- ・受講生が自身の治療を客観視できた
- ・構造化された精神療法を体得できた
- ・認知行動療法以外の診療への波及効果
- ・スーパーバイザーがロールモデル・心理支援者としての機能も有していることが示唆された。

他方、問題点としては、

- ・症例の概念化と治療計画能力の獲得は不十分
- ・大多数の受講者は 1 症例のスーパービジョンでは十分な自信が持てていない
- ・複数症例・多様な疾患のスーパービジョンのニーズ
- ・1 対 1 スーパービジョン以外の研修の必要性
- ・精神療法一般について学ぶ必要性が明らかになった。

E. 結論

うつ病の認知行動療法について、ワークショップ→IT を利用したスーパービジョン 1 例→ブラッシュアップ・ワークショップという形式の研修体制が構築され、教材・評価資材が整備された。

電話や IT を活用することによって、治療者が職場を離れることなく全国レベルでスーパービジョンを提供することが可能になった。

この形式の研修体制により、受講者の満足度、自信、知識、技術において一定の効果が認められた。

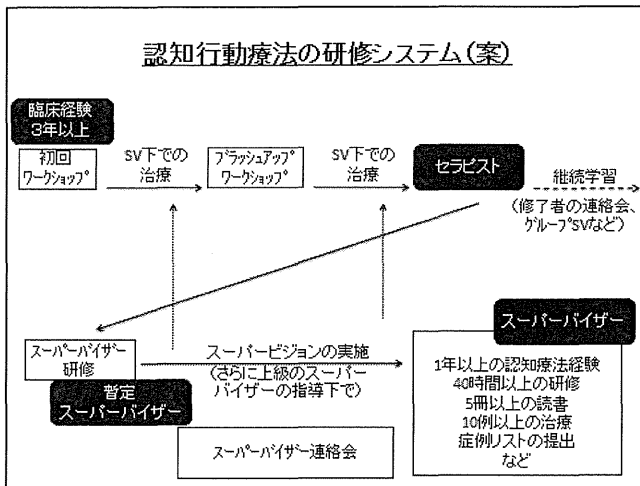
今後の課題として、

- ・複数症例、多様な疾患のスーパービジョン
- ・一人のスーパーバイザー以外にも相談できる体制の整備 (グループスーパービジョン、ピア・コンサルテーション、相談センター)
- ・フィードバックや評価の在り方の改善

- ・精神療法一般について学ぶ必要性
 - ・継続的な研修の場の必要性
 - ・スーパーバイザー育成制度の整備
- が挙げられた。

本研究の限界として、今回の研究ではスーパービジョンにおけるデータ回収率の低さが問題であり、解釈に限界があることに留意すべきであり、また、今後は回収率向上の工夫が必要である。またCTSなどの治療者評価の信頼性は担保されておらず、今後の検証が必要である。さらに、治療者能力と治療アウトカムとのリンクが重要である。

また、今後、認知行動療法の治療者を持続的に育成していくためには、研修を受けたものが、順次経験を高めて、指導者に成長していくシステムが必須であり、図3に示すように、一定の経験と能力を備えた治療者が、順次スーパーバイザーとして機能していけるようなシステム作りが今後の課題である。



F.健康危険情報

なし

G.研究発表

論文発表

1. Kato TA, Tateno M, Nakano Y, Balhara YPS, Teo AR, Fujisawa D, Sasaki R, Ishida T,

Kanba S: Impact of biopsychosocial factors on psychiatric training in Japan and overseas: Are psychiatrists oriented to mind, brain, or sociocultural issues? *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64: 520-530, 2010

2. Kato TA, Suzuki T, Sato R, Fujisawa D, Uehara K, Hashimoto N, Sawayama Y, Hayashi J, Kanba S, Otsuka K. Development of two-hour suicide intervention program among medical residents: First pilot trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64:531-540, 2010

3. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affective Disorders* 127(1-3):352-358, 2010

4. Kojima R, Fujisawa D, Tajima M, Shibaoka M, Kakinuma M, Shjima S, Tanaka K, Ono Y. Efficacy of cognitive behavioral therapy training using brief e-mail sessions in the workplace: a controlled clinical trial. *Industrial Health* 48(4):495-502, 2010

5. Fujisawa D, Nakagawa A, Tajima M, Sado M, Kikuchi T, Hanaoka M, Ono Y. Cognitive behavioral therapy for depression among adults in Japanese clinical settings: a single-group study. *BMC Res Notes* 3(1):160, 2010

6. 藤澤大介. 認知行動療法の評価尺度—QIDS-SR、DAS24、治療者評価尺度. *臨床精神医学* 39 増刊号, 839-850, 2010

7. 藤澤大介、宗未来. 今日精神科治療ガイドライン—単極性うつ病の精神療法(心理社会療法). *精神科治療学* 25 増刊号: 126-129, 2010

8. 藤澤大介, 中川敦夫, 田島美幸, 佐渡充洋, 菊地俊暁, 射場麻帆, 渡辺義信, 山口洋介, 舩松克代, 衛藤理沙, 花岡素美, 吉村公雄, 大野裕. 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度(日本語版QIDS-SR)の開発. *ストレス科学* 25(1):43-52. 2010

9. 藤澤大介, 菊地俊暁, 佐渡充洋, 中川敦夫, 大野裕. 認知療法の研修システム案. *認知療法研究* 3:1-7, 2010

10. 藤澤大介. 外来で実践できる認知行動療法.

- 精神科 16(6), :507-512, 2010
11. 藤澤大介, 大野裕. 精神科後期研修で何を学ぶか?—精神療法. 精神科 16(4):339-343, 2010
 12. 藤澤大介. 内科医にできる不安障害・うつ病の評価と治療—認知行動療法. 内科 105(2): 263-268, 2010
 13. 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* 65(2):121-9, 2011
 14. Deno M, Miyashita M, Fujisawa D, Nakajima S, Ito M. The relationships between complicated grief, depression, and alexithymia according to the seriousness of complicated grief in the Japanese general population. *J Affect Disorders* 135(1-3): 122-127, 2011
 15. Fujisawa D, Nakagawa A, Kikuchi T, Sado M, Tajima M, Hanaoka M, Wright JH, Yutaka Ono. Reliability and validity of the Japanese version of the Cognitive Therapy Awareness Scale - a scale to measure competencies in cognitive therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 65(1): 64-69, 2011
 16. Kato TA, Shinfuku N, Fujisawa D, Tateno M, Ishida T, Akiyama T, Sartorius N, Teo AR, Choi TY, Wand AP, Balhara YP, Chang JP, Chang RY, Shadloo B, Ahmed HU, Lerthattasilp T, Umene-Nakano W, Horikawa H, Matsumoto R, Kuga H, Tanaka M, Kanba S. Introducing the concept of modern depression in Japan; an international case vignette survey. *J Affect Disord* 135(1-3):66-76, 2011
 17. 藤澤大介, 内富庸介. 精神科・わたしの診察手順—がん患者の抑うつ・不安. *臨床精神医学* 40(増刊号):199-201, 2011
 18. 藤澤大介. うつ状態にあるがん患者のこころのケアのすすめかた. *Medical Practice* 28(10): 1779-1782, 2011
 19. 藤澤大介. 卵巣がん患者への心のケアに関する現状と展望. *がん看護* 16(6):627-30, 2011
 20. 藤澤大介. 不眠の患者さんへの指導のポイント. *レジデントノート* 13(7): 1202-8, 2011
 21. Inoue T, Honda M, Kawamura K, Tsuchiya K, Suzuki T, Ito K, Matsubara R, Shinohara K, Ishikane T, Sasaki K, Boku S, Fujisawa D, Ono Y, Koyama T. Sertraline treatment of patients with major depressive disorder who failed initial treatment with paroxetine or fluvoxamine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 38(2):223-7, 2012
 22. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear M K, Ghesquiere A, Wall M M. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One* 7(2):e31209, 2012
 23. Kagami M, Maruyama T, Koizumi T, Miyazaki K, Nishikawa-Uchida S, Oda H, Uchida H, Fujisawa D, Ozawa N, Schmidt L, Yoshimura Y. Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod* 27(3):787-94, 2012
 24. Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N, Akiyama T, Ishida T, Choi TY, Balhara YP, Matsumoto R, Umene-Nakano W, Fujimura Y, Wand A, Chang JP, Chang RY, Shadloo B, Ahmed HU, Lerthattasilp T, Kanba S. Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47(1): 1061-75, 2012
 25. 藤澤大介, 能野淳子. がん患者さんへの認知行動療法—レジリエンス向上にいかす症例の概念化と治療計画. *総合病院精神医学* 24(1):10-17, 2012
 26. 能野淳子, 藤澤大介. がん領域における認知行動療法. *認知療法研究* 5(2):157-165, 2012
 27. 藤澤大介. 精神科専門療法の教育研修に関する取組み—認知行動療法. *精神神経学雑誌* 114(第107回学術総会特別号):14-20, 2012
 28. 藤澤大介. がん患者に対する認知行動療法.

- 総合病院精神医学 23(3): 370-377, 2012
29. Umene-nakano W, A. Kato, T., Kikuchi, S., Tateno, M., Fujisawa, D., Hoshuyama, T., Nakamura, J. Nationwide Survey of Work Environment, Work-Life Balance and Burnout among Psychiatrists in Japan. PLoS One 8(2):e55189, 2013
 30. Miyajima K, Fujisawa D, Hashiguchi S, Shirahase J, Mimura M, Kashima H, Takeda J. Symptoms overlooked in hospitalized cancer patients: Impacts of concurrent symptoms on overlooking by nurses. Palliative & Supportive Care [in press]
 31. Fujisawa D, Suzuki Y, Kato T, Hashimoto N, Sato R, Aoyama-Uehara K, Fukasawa M, Tomita M, Watanabe K, Kashima H, Otsuka K. Suicide intervention skills among Japanese medical residents. Academic Psychiatry [in press]
 32. 中前貴、藤澤大介. プレゼンテーションの基本. 精神科治療学 28(1):121-3, 2013
 33. 田島美幸、武田龍太郎、藤澤大介、大野裕. うつ病休職者のための復職支援～webCBTを用いた介入～. 認知療法研究[in press]
 34. 能野淳子、藤澤大介. がん領域における認知行動療法. 最新精神医学[in press]
 35. 大野裕、堀越勝、新明一星、藤澤大介. 認知行動療法が現代医療で果たす役割. 臨床心理学[in press]
 36. 大野裕、藤澤大介、中川敦夫、菊地俊暁、佐渡光洋. うつ病の認知療法・認知行動療法. 精神神経学雑誌[in press]
 37. 大野裕、藤澤大介. 外国とわが国の専門医制度の比較 ～精神療法を中心に～. 精神神経学雑誌[in press]
 38. 田島美幸、武田龍太郎、藤澤大介、大野裕. うつ病休職者のための復職支援～webCBTを用いた介入～. 認知療法研究[in press]
- 学会発表
1. 大野裕, 藤澤大介, 中川敦夫, 菊地俊暁, 宗未来, 佐渡充洋. 精神科外来診療における認知行動療法講座. 日本精神神経学会 (広島) 2010.5
 2. 藤澤大介. 精神・心理的支援の理論的背景を学ぶー認知行動療法・問題解決療法. 第15回日本緩和医療学会シンポジウム(東京) 2010.6
 3. 藤澤大介ほか. 日本語版認知療法認識尺度の信頼性と妥当性の検証. 第10回日本認知療法学会 (名古屋) 2010.9
 4. 藤澤大介、鈴木友理子、加藤隆弘、橋本直樹、佐藤玲子、上原久美、深澤舞子、富田真幸、渡邊衡一郎、鹿島晴雄、大塚耕太郎. 初期臨床研修医における、患者の自殺行動への対処スキル. 第1回メンタルヘルスリーダーシッププログラム (千葉) 2011.1
 5. 伊藤正哉、中島聡美、藤澤大介、宮下光令、金吉晴. 日本版複雑性悲嘆スクリーニング尺度の信頼性と妥当性: 一般成人を対象とした検討. 日本トラウマティック・ストレス学会第10回大会 (大宮) 2011.4
 6. 藤澤大介、能野淳子. がん診療に認知行動療法をいかす. 第24回日本サイコオンコロジー学会シンポジウム (座長: 明智龍男、古城門靖子、演者: 早川昌子、大庭章、藤澤大介、保坂隆) (大宮) 2011.9
 7. 藤澤大介、鈴木友理子、加藤隆弘、橋本直樹、佐藤玲子、上原久美、深澤舞子、富田真幸、渡邊衡一郎、鹿島晴雄、大塚耕太郎. 初期臨床研修医における、患者の自殺行動への対処スキル. 第107回日本精神神経学会総会 (東京) 2011.10
 8. 藤澤大介. 精神科専門療法の教育研修に関する取組みー認知行動療法を例に. 第107回日本精神神経学会シンポジウム (精神科専門医の養成を考える: 指導現場の取組と課題ー若い指導医の視点からー) (東京) 2011.10.
 9. 藤澤大介. レジリエンスに精神療法はなにができるか. 日本総合病院精神医学会シンポジウム (福岡) 2011.12
 10. 藤澤大介. コンサルテーション・リエゾン領域における認知行動療法. 第4回日本不安障害学会シンポジウム (座長: 中嶋義文、樋山光敦、シンポジスト: 中嶋義文、赤穂理絵、藤澤大介、小川朝生) (東京) 2012.2
 11. 藤澤大介. 緩和医療に認知行動療法をいかす. 第13回日本サイコセラピー学会シンポジウム (座長: 内富庸介、米田博、シンポジスト: 安藤満代、藤澤大介、明智龍男、二宮ひとみ) (大阪) 2012.3
 12. 藤澤大介、佐渡充洋、中川敦夫、館野周、川島義高、菊地俊暁、満田大、野崎昭子、新福正機、岩下覚、大野裕. 日本語版自己記入式うつ症状尺度 (Inventory of

Depressive Symptomatology - self rated :
IDS-SR) の開発. 第 108 回日本精神神経学
会 (札幌) 2012.5

13. 藤澤大介. 否認の理解と対応—概論. 第 17
回日本緩和医療学会学術大会シンポジウム
「否認する患者への対応」(神戸) 2012.6
14. 藤澤大介. チーム医療にいかせる認知行動
療法. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会シ
ンポジウム「チーム医療にいかせるカウ
セリングスキル」(神戸) 2012.6
15. 藤澤大介. 生活習慣病としてのがんと認知
行動療法. 第 7 回生活習慣病認知行動療法
研究会シンポジウム「生活習慣病のトー
タルマネジメントに活かす認知行動療法」(東
京) 2012.7
16. Fujisawa D, Miyashita M, Ito M, Nakajima
S. Prevalence and Determinants of
Complicated Grief in General Population
in Japan. 3rd East Asia Psycho-oncology
Network (Beijing, China) 2012.9
17. 藤澤大介. スーパービジョンに必要なもの.
第 12 回日本認知療法学会シンポジウム「認
知行動療法におけるスーパービジョン (2)
スーパーバイザーの機能分析」(田中恒彦、
伊藤絵美、原井宏明、藤澤大介)(東京)
2012.11
18. 能野淳子、藤澤大介. がん・緩和ケア領域
における認知行動療法とチーム医療. 第 12
回日本認知療法学会シンポジウム「一般身
体疾患における認知療法とチーム医療」(企
画: 藤澤大介、座長: 藤澤大介・鈴木伸一、
演者: 巢黒慎太郎、新明一星/山田麻紀/堀
越勝、中島恵子、能野淳子・藤澤大介)(東
京) 2012.11
19. 中尾重嗣、井上和臣、佐渡充洋、中川敦夫、
藤澤大介、大野裕. 厚生労働省認知行動療
法研修事業におけるスーパービジョンを経
験して-初学者の立場から-. 第 12 回日本認
知療法学会 (東京) 2012.11
20. 藤澤大介. がん臨床に認知行動療法をいか
す. 第 25 回日本総合病院精神医学会シン
ポジウム「身体疾患の心理療法」(東京) 2012.
12

H.知的財産の出願・登録状況

該当事項なし

表9. スーパービジョンに伴う研修を受けて良かった点

①自身の治療を内省・客観視できるようになった

- ・「自分が行っている精神療法」が客観的に見れたことで、自分をよく知り、以降の面接の改善につながった。
- ・自分の面接を改めて、耳で(テープを)聞くことで、改善点がよくわかった。
- ・自分の面接のクセ(あいづち、話の進め方)を指南してもらえた。

②構造化された精神療法の経験

- ・患者さんと構造化された時間をもてた
- ・時間を守るという意識が強まった。

③認知行動療法の理解の深まり(技法・構造)

- ・構造化の重要性を再認識し、患者さんとの協同作業ができた。
- ・実践のスキルと基本の理念のつながりを意識しながら治療に当たることができました。
- ・書物を読んだだけでは腑に落ちない点を確認できた。
- ・技法頼りになっていた治療から概念化とソクラテス式問答中心の自然な流れの治療に変えられた。
- ・思考、感情、行動。身体各側面を明確に分けて理解していくことの重要性を改めて理解することができた。
- ・どの場合(患者の状態)に、どの程度の負荷をかけて良いのかが1回1回具体的に教えてもらえた。
- ・患者の言い方に合わせて、具体的な言葉のかけ方を教えてもらえた。

④患者の概念化と治療計画

- ・概念化の大切さが改めて理解できた
- ・自分では気づけない見立てをうかがうことができたこと
- ・治療の中で今後予想される展開についてあらかじめ作戦をたてることができ治療がいきづまりそうになったとき支えてくれた。

⑤治療の質の改善

- ・ケースと並行してのスーパービジョンだったため、次に何をすればよいか具体化しやすく、安心して治療に取り組めました。
- ・スーパービジョンのDr.がつくことで、2人3脚の精神療法が行え、被験者に良質な治療を提供できました。

⑥他の診療への波及効果

- ・日々の臨床を行うモチベーションにつながった
- ・SVを受けている患者様だけではなく、他の患者様にも応用が出来た。

⑦ロールモデル・心理支援者としてのスーパーバイザーの機能

- ・客観性、中立性、論理性
- ・スーパービジョンの介入法を真似ることで、CBTの型を学べた。
- ・書物ではわからなかった。セッションの具体的な進め方が理解できた。
- ・スーパービジョンはロールプレイ主体であり、技法の習得に役立った。
- ・スーパービジョンがガイドブックディスカバリーになっていたと思う
- ・支えられている気がした

⑧スーパービジョンの体制に関する評価

- ・遠方でも実施できた
- ・参考書籍は大変ありがたかった。
- ・評価尺度などを用いてCBTの効果を体験できた

表 10. スーパービジョンを伴う研修の課題・改善点

| |
|---|
| <p>①研修に伴う時間、労力、環境整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修としての治療を施行するための時間を確保するための、日常の診療業務体制の整備 ・録音、面接などの準備時間が必要 ・アンケート記載の労力 <p>②認知行動療法学習以前の、精神療法の一般的能力を習得する必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般的な精神療法の指導状況を確認してからCBTのSVを開始した方がよい。 <p>③認知行動療法で難しい具体的内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療構造の担保と柔軟性のバランス <p>④指導体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・セッションの回数に目標達成の目安があり、それが遅れ出ると焦りがでてしまうので、概ねそのメドとして考えて良いのか、初心者としてはきつい感じがありました。 ・口頭でのやり取りなので、どの部分についてはなしていたのかが分かりにくいところがあった。 ・スーパーバイザーと意見が対立したときどうしたらいいか ・指導用のテキストなどがあると助かる。 ・スーパービジョン中に、ワークショップあるいは、それに準ずるDVDがあると初めてSVを経験する人間も不安が減るのではないのでしょうか。 ・途中で上級者のセッションに陪席できる機会があればより学びやすい ・フィードバック、スーパーバイザーの感想などを文章でしめしていただければ形としてのこりやすい気がします。 ・スーパーバイザー自身、スーパービジョンのやり方を試行錯誤している印象を受けた ・アジェンダの設定の仕方がスーパーバイザーによって違うという意見がでた” <p>⑤対象症例の選定の難しさ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・16回のセッションを行う上で、うつの軽い～中程度の患者を探してくるのは難しい ・マニュアルにのらない展開 ・併存症のない症例が少なくなかったため、できれば不安障害合併例も対象に加えてもらいたい。 <p>⑥スーパービジョン1例で修了する不安</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一例では心もとなく、できれば2例受けたいです。(同様の発言が多数あり) <p>⑦研修のシステム上の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ビデオの使用を用いると表情や反応がより明快になるのではないのでしょうか。 ・録音や録画事例のネット上のセキュリティについて ・直接対面式のスーパービジョンや、skype等での対面がよかったと思う ・参考書籍を予告してほしい。 ・(スーパービジョンの)進め方の具体的な事前アナウンスがあると、最初の数回がもう少しスムーズに受けれる ・配布資料は電子化したほうが、管理が行いやすい” ・本部から送られた書類が莫大で内容を理解するのに時間がかかった。 ・患者さんが決まってから、スーパーバイザーが決まるまでの時間が長かった。 <p>⑧スーパーバイザーの負担への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長時間丁寧に指導して頂いた。一対複数、勤務しながらのSVは負担が大きいのではないかと。 |
|---|

表 11. 研修への要望・提案など

①複数症例、多様な疾患のスーパービジョンを経験する必要性

- ・複数症例のスーパービジョンが必要
(症例特異性、スーパーバイザー特異性を避けるため) (うつ病の重症度やサブタイプ、併存疾患など)
- ・中核症状の異なる2例に対してスーパービジョンを受ける事が出来ると、実力が確実なものになると感じています。
- ・別ジャンル(子ども、うつ病圏だけではなく不安障害圏等)のスーパービジョンも希望したい。

②1対1スーパービジョン以外の研修の必要性

- ・治療に息詰った時へのアドバイスセンター
研修生共通の良くある質問、スーパーバイザーとの見解の対立、スーパーバイザーの指導と実際のケースの進行度にギャップがあった場合など、第三者に相談できる機能があるとよい
- ・2~3人のグループスーパービジョン: 他の治療者の考えや、様々な患者への対応をわかるように思われます。

③学習方法・内容に関する提案

- ・プレセッション(認知行動療法開始前)からスーパーバイザーと話し合う機会があるとよい。
- ・ノンバーバルな部分の評価は音声のみでは十分に行えない。ビデオ撮影もよいのでは。
- ・1つ1つのスキルを学ぶような場面があってもよい。
例) 行動活性化→どこから導入するのか、どのような症例に実施するとよいのか、ソクラテス的問答、概念化などレクチャーだけでなく演習(バッティング練習のように)を受けられる場があるとよい。
- ・スキルトレーニング、概念化に基づいたスキルの活用方法の両者を行う必要がある。1例目はスキルより概念化に重き
- ・(逐語録の作成により)スーパーバイザーの指導を逐語に立ち返ることができるのはよい、自分の面接のクセが見えた。
- ・マニュアル通りだと、認知再構成がメインであり、他の認知行動療法的技法を用いることが困難。
- ・患者資料内の問題解決のコツ、対人関係のコツを積極的に用いるタイミングがない。

④フィードバックや評価の在り方

- ・共通のフィードバック・フォーマット、それに準ずる書面による評価(毎回+全体)
- ・CTRSの点数の推移を知りたい

⑤精神療法一般について学ぶ必要性

- ・CBT以前に精神療法について学ぶ機会があるとありがたい

⑥ワークショップについての意見

・非常に具体的な内容で、参加者同士のワークやロールプレイもあり、良い経験になっています。しかし、ほとんど未経験者同士でやっていて、自分たちがやっていることが正しいのかよくわからないことがありました。もっとスタッフの方を増やして、グループワークをやる時にファシリテーターとして、介入してもらえるとありがたいです。

⑦継続的な研修の場の必要性

- ・ブラッシュアップWSを終えた先生同士がグループ検討できたり、共有しあえる場があるとよい。
- ・地域ごとにWS参加+その地区のリーダーServerといったメンバーで実際に会ってケースの話し合いができるとよい
- ・継続してCBTが学べる場をアナウンスして頂けると有難い。
- ・今後問題を抱えた時に、ディスカッションできる環境があると非常にありがたいです。
- ・学会の時でもいいので教育講演などをしていただけると嬉しい。

⑧その他

- ・医師だけでなく、臨床心理士などコメディカルにも指導する機会があると良いと思います
- ・SVを養成するシステムが必要

認知行動療法スーパービジョンのガイド
(スーパーバイザー向け)

目次

| | |
|--------------------------|---|
| ・スーパービジョンの目的 | 2 |
| ・スーパービジョンの定義 | 2 |
| ・録音/録画の重要性 | 2 |
| ・スーパービジョンの構造・進め方 | 3 |
| ・スーパーバイザーの役割 | 3 |
| ・スーパービジョンで扱うべき内容 | 3 |
| ・スーパーバイザーが観察すべきポイント | 5 |
| ・指導者として留意すべき点 | 6 |
| ・学習促進的な雰囲気作り | 6 |
| ・スーパーバイザーとスーパーバイジーの感情的問題 | 7 |
| ・スーパーバイジーの能力と特性への考慮 | 8 |

本ガイドは、認知行動療法のスーパービジョンのスーパーバイザー向けガイドです。
スーパーバイザーは、スーパービジョンを始める前に、本冊子を通読してください。

スーパービジョンの目的

スーパービジョンには次のような目的があります。

- ①患者の安全を守る
- ②介入の信用性を担保する(ゲートキーパー的役割)
- ③治療者のスキルアップ

第一の目的は、患者の安全を守ることです。学習途上の治療者が診療にあたることによって、患者を危険にさらしてはいけません。ですので、スーパーバイザーは認知行動療法の技法以外の要素にも気を配る必要があります。具体的には、自殺、虐待、不適切な薬物療法、治療者の反治療的態度、などによって患者が被害や危険にさらされないよう配慮が必要です。

第二の目的は、介入の信用性の担保(治療の品質管理)です。一定以上の質で認知行動療法が提供されていることを担保する必要があります。また、スーパーバイザーの役割にはゲートキーパー的役割(能力が不十分な治療者が診療にあたることのないようにすること)も含まれます。

第三の目的が、専門家の機能の強化(治療者のスキルアップ)です。

スーパービジョンの定義

スーパービジョンにはさまざまな定義がありますが、Bernard と Goodyear による次の定義が、比較的広く引用されています。

スーパービジョンは同じ専門職の上位に当たるメンバーから下位、あるいは同等のメンバーによって提供される介入行為(intervention)である。この関係は評価を伴い、ある一定の期間にわたり、下位のメンバー(たち)の専門職としての機能を高めること、彼・彼女、または彼らによって患者(クライアント)に対して提供される専門的なサービスの質をモニターすること、そして、その専門職に参入しようとしている者たちにとってのゲートキーパーとしての役割を果たすことを同時に行うことを目的としている。(Bernard & Goodyear, 1998)

特筆すべき点は、第一に、上位に当たるメンバーの存在(super- とよばれるゆえん)です。メンバーは、職位的には同等でもかまいませんが、少なくとも一定の領域においては経験や能力的が、スーパービジョンを受けるメンバーより秀でている必要があります。経験や能力が同等(以下)の場合は、スーパービジョンではなく、コンサルテーションと呼ばれます。

特筆すべき第二の点は、評価を伴い、サービスの質をモニターし、ゲートキーパーとしての役割を果たすことです。スーパービジョンは単なる助言や心理的支援であってはいけません。

録音/録画の重要性

スーパービジョンではセッションの録音/録画を用いることが極めて重要です。逐語録などのスーパーバイザーのみに基づくと、スーパーバイザーの主観に引っ張られて、客観的にセッションを評価できません。

スーパーバイザーとスーパーバイジーは、両者とも、スーパービジョン前に必ず録音を聴きなおします。スーパーバイジーにとっては、自分の録音を聞いて自己評価する(できれば認知療法尺度CTRSなどの評価尺度をつける)ことで多くのことが学習できます。スーパーバイザーにとっては、スーパービジョンで何を優先的に話すかを判断したり、スーパーバイジーの優れている点、改善が必要な点を理解できます。

スーパーバイジーがなかなか録音/録画しない場合は、録音/録画に対する自動思考について話し合います¹。

認知行動療法のスーパービジョンの構造・進め方

スーパービジョンの標準的な形は、60 分前後×原則毎週の個人スーパービジョンと、可能であれば、グループ・スーパービジョンを併用することが推奨されます。グループ・スーパービジョンは標準的には 90 分×少なくとも隔週行います。スーパービジョンは、原則として認知行動療法と同様の構造で行います(下記)²。

| 治療セッションの構造 | スーパービジョンの構造 |
|---------------|-----------------------------|
| 1. 気分チェック | 1. チェックイン |
| 2. アジェンダ設定 | 2. アジェンダ設定 |
| 3. 橋渡し | 3. 橋渡し |
| 4. アジェンダの優先づけ | 4. アジェンダの優先づけ |
| 5. 問題につき話し合い | 5. 症例・問題などにつき話し合い |
| 6. ホームワーク | 6. ホームワーク 次セッションで予測されること |
| 7. まとめ | 7. まとめ |
| 8. フィードバック | 8. フィードバック |

スーパーバイザーの役割

スーパーバイザーが果たすべき役割には、

①コンサルタントとしての役割(スーパーバイザーが自分の考えを信じて進めるよう励ます。相互の信頼関係が出来ている場合に多い。評価の部分は少ない)、②教師としての役割、③セラピストとしての役割(心理的サポートも含め、スーパーバイザーの内面や関係性に焦点を当てる。目的はセラピストの個人的な成長)、があります。

スーパーバイザーは、スーパーバイザーの特性やスーパービジョンの進行状況に応じて、これら三者の役割の配分を考える必要があります。

スーパーバイザーが行う具体的な内容は、第一に、技法よりも治療関係が重要であることを強調した上で、

- ①認知・行動的技法についての解説
- ②スーパービジョン中のロールプレイ
- ③参考文献の教示
- ④スーパーバイザー自身も自分の問題に認知行動技法を使うよう勧めること
(例: 気持ちが動揺した時に思考記録表を記入する)

などの、さまざまな形で指導します。

逆に、スーパーバイザーは、スーパービジョン内でのロールプレイや、自己学習(スーパーバイザーに指示された教材の学習)、実体験(認知行動療法技法をスーパーバイザー自身も使ってみる)を行う責務もあるということです。

スーパービジョンで扱うべき内容

認知行動療法の治療者は、以下の内容について十分な知識と技能を身につける必要があります³。

- ①精神医学的診断 と 関連する認知モデル
- ②認知的概念化
- ③基本的なカウンセリングスキル
- ④治療の構造化
- ⑤認知・行動技法

①精神医学的診断と関連する認知モデル

第一に、治療者は、DSM-IV にもとづいたきちんとした診断(様々な気分障害や不安障害の鑑別を含む)ができる必要があります。なぜなら、治療のエビデンスは基本的に DSM-IV の診断を軸に蓄積されているからです。

第二に、各診断に対応する認知モデルを理解する必要があります。なぜなら、認知行動療法は、診断によって介入の力点や手順が異なるからです。

第三に、DSM-IV の個々のⅡ軸診断やそれに準ずる、患者のパーソナリティー傾向を理解する必要があります。なぜなら、パーソナリティー障害(やそれに準じた傾向)は、治療関係、治療計画、経過に影響を与えるからです。

②認知的概念化

スーパーバイザーは、スーパーバイジーに、治療早期から認知的概念化をするよう指導します。認知的概念化は、治療が進んで新たな情報が増えるにつれて改訂されます。

概念化を治療者と患者との間で共有することも大切です。概念化の共有の仕方は、スーパーバイザーとスーパーバイジーの間でロールプレイを用いて練習しておくことも役立つでしょう。

スーパーバイザー自身も、スーパーバイジーから提供された情報から、患者の概念化をします。その概念化にもとづき、治療計画を立てたり、不足している情報を明確にしてスーパーバイジーに情報収集を指導します。スーパーバイザーとスーパーバイジーの概念化が一致しているかどうかは、考慮すべき重要なポイントです。

第3セッションで評価する、認知的概念化評価尺度 Cognitive Formulation Rating Scale(CFRS)や、認知療法尺度(Cognitive Therapy Rating Scale:CTRS)の8.重要な認知・行動への注目、9.変化に向けた方略、などの項目も参考にしてください。

③基本的なカウンセリングスキル

基本的なカウンセリングスキルは、本来は認知行動療法の研修以前に習得しておくべき内容ですので詳細は触れませんが、①治療同盟(患者と治療者の信頼関係)、②共感、③治療目標の共有と目標達成に向けた協力が重要で、それぞれ、治療効果と相関があることがわかっています^{4,5}。

厚生労働省認知行動療法研修事業では、それら进行评估するために、

- ・Working Alliance Inventory-Short Form
- ・Barrett-Lennard Relationship Inventory-Empathy Scale

を、第3-4セッションで評価することとしています。

第3-4セッションで評価する理由は、第3セッションまでに治療目標を患者と治療者で共有できるかどうか、治療全体の成功に関連することがわかっているという報告があるからです。

また、認知療法尺度(Cognitive Therapy Rating Scale:CTRS)の、2.フィードバック、3.理解力、4.対人能力、5.共同作業、6.ペース配分、の項目なども参考になります。

④治療の構造化

治療の構造化では、1 セッション内での構造化と、治療全体を通じた構造化の両方が重要です。スーパービジョンのセッションを構造化することは、スーパーバイジーが治療を構造化する上でのロールモデルとなるでしょう。また、認知療法尺度 CTRS の 1.アジェンダ設定、6.ペース配分、11.ホームワークなどの項目も参考にしてください。