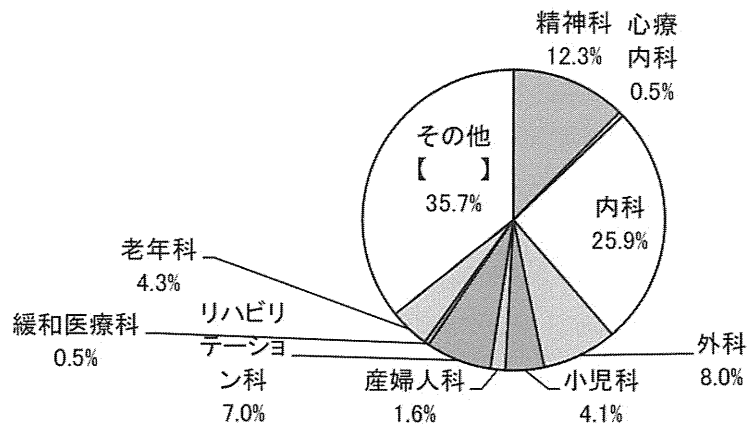
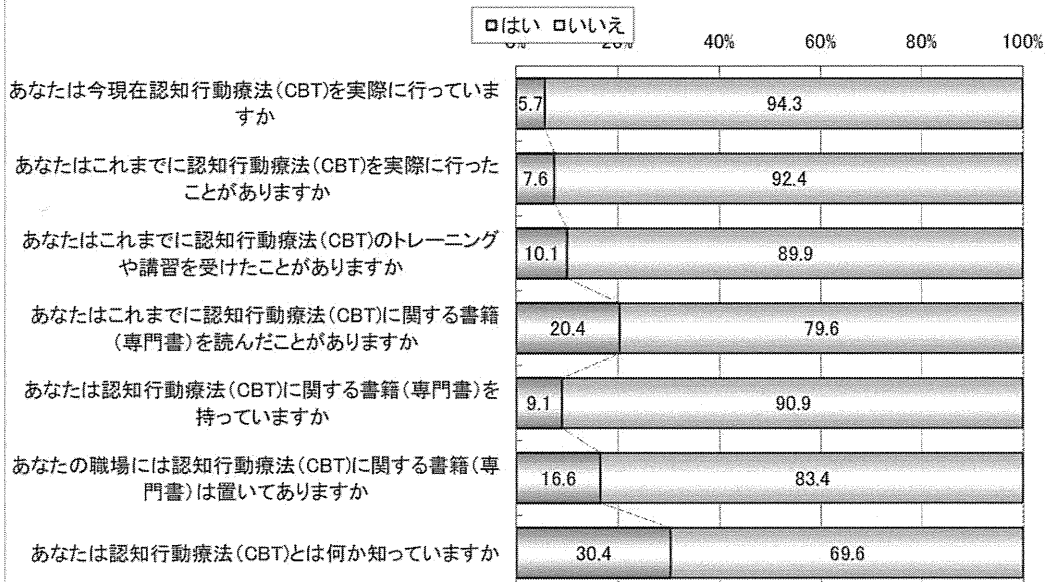


[Q1]あなたの所属する診療科をお選びください。

(n=1840)



[Q4]以下の質問について、はいかいいえでお答え下さい。



<質問紙>

以下の質問に はい いいえでお答えください。

1. あなたは今現在認知行動療法(CBT)を実際に行っていますか
2. あなたはこれまでに認知行動療法(CBT)を実際に行ったことがありますか
3. あなたはこれまでに認知行動療法(CBT)のトレーニングや講習を受けたことがありますか
4. あなたはこれまでに認知行動療法(CBT)に関する書籍(専門書)を読んだことがありますか
5. あなたは認知行動療法(CBT)に関する書籍(専門書)を持っていますか
6. あなたの職場には認知行動療法(CBT)に関する書籍(専門書)は置いてありますか
7. あなたは認知行動療法(CBT)とは何か知っていますか

あなたが現在の職場で認知行動療法(CBT)を行う場合を想定して、以下の質問にお答え下さい。

それぞれの項目について、あなたの状況に最も当てはまるものをそれぞれお答えください。

(49項目6件法)

1. 認知行動療法(CBT)の十分な訓練を受ける機会がない
2. 認知行動療法(CBT)の十分な訓練を受ける時間がない
3. 認知行動療法(CBT)の十分な訓練を受けるための資金がない
4. 認知行動療法(CBT)の訓練に関する情報が手に入りにくい
5. 認知行動療法(CBT)の訓練の開催数が少ない
6. 認知行動療法(CBT)の訓練の質の良し悪しが分からない
7. 認知行動療法(CBT)のSV(指導)を受ける機会がない
8. 認知行動療法(CBT)のSV(指導)を受けるための資金がない

9. 近隣では認知行動療法 (CBT) の訓練が受けられない
10. 病院 (経営陣) は認知行動療法 (CBT) の必要性を理解していない
11. 医者は認知行動療法 (CBT) の必要性を理解していない
12. 上司である看護師は認知行動療法 (CBT) の必要性を理解していない
13. 患者は認知行動療法 (CBT) の必要性を理解していない
14. 周囲に認知行動療法 (CBT) の必要性を説明するのは難しい
15. 周囲に認知行動療法 (CBT) への興味を持っている人がいない
16. 認知行動療法 (CBT) の活用の仕方が周囲では理解されていない
17. 新たに認知行動療法 (CBT) 業務を追加するには看護師の人数が足りていないと思う
18. 現在の業務に加えて認知行動療法 (CBT) 業務を行うには現在の業務量は多すぎる
19. 認知行動療法 (CBT) を行うだけのスタッフが足りていないと思う
20. 個室など、認知行動療法 (CBT) を行うのに必要な静かで落ち着いた場所を確保するのは難しい
21. 認知行動療法 (CBT) を実施する看護師と実施しない看護師の差別化が難しい
22. 現在のところ私には認知行動療法 (CBT) を定期的にも実施するための時間的余裕がない
23. 現在のところ患者には認知行動療法 (CBT) を受けるための十分な時間的余裕がない
24. 現在の業務に加えて認知行動療法 (CBT) を行うには時間が足りない
25. 毎週決まった時間に患者に会うことは難しい

26. 毎回 30 分以上の時間をかけて認知行動療法 (CBT)を行うのは負担が大きい
27. 認知行動療法 (CBT)の SV(指導)を受ける時間がない
28. 認知行動療法 (CBT)を行う際の費用を誰が負担するのか(保険あるいは自費)は重要な問題だ
29. 認知行動療法 (CBT)の SV(指導)の費用を誰が負担するのかは重要な問題だ
30. 通常治療の費用に加えて認知行動療法 (CBT)の費用を患者に負担させるのは難しい
31. 自分の職場で認知行動療法 (CBT)を実施するまでにかかる費用は認知行動療法 (CBT)の効果と釣り合わない
32. 認知行動療法 (CBT)を身に付けるまでにかかる費用(研修代など)を誰が負担するのかは重要な問題だ
33. 研修代などを自分が負担してまで認知行動療法 (CBT)を実施したいとは思えない
34. 認知行動療法 (CBT)で問題が起こった場合、誰が責任をとるのか分からない
35. 資格の認定などもなしに認知行動療法 (CBT)を実施するのは難しい
36. どのくらい研修を受ければ認知行動療法 (CBT)を実施してよいのか分からない
37. 責任の所在が明確でないと認知行動療法 (CBT)を実施するのは難しい
38. 認知行動療法 (CBT)のスーパーバイザー(指導者)と自分との責任の所在は重要な問題だ
39. 認知行動療法 (CBT)の記録をどのように残すかは重要な問題だ
40. 認知行動療法 (CBT)に適した患者を選ぶ仕組みがないと認知行動療法 (CBT)を実施するのは難しい

41. 認知行動療法(CBT)を実施するために、患者に個人的に連絡を取るの難しい
42. 認知行動療法(CBT)を実施する上で情報を共有したり、方向性を相談できるスタッフがいない
43. 現在のところ私には認知行動療法(CBT)を実施するだけのところのゆとりがない
44. 認知行動療法(CBT)に興味がある
45. 認知行動療法(CBT)を実施する意欲がある
46. 認知行動療法(CBT)のトレーニングを受けてみたいと思う
47. 基本的なコミュニケーションの技術に自信がある
48. 基本的な看護技術に自信がある
49. 基本的なコミュニケーションのトレーニングを受けてみたいと思う

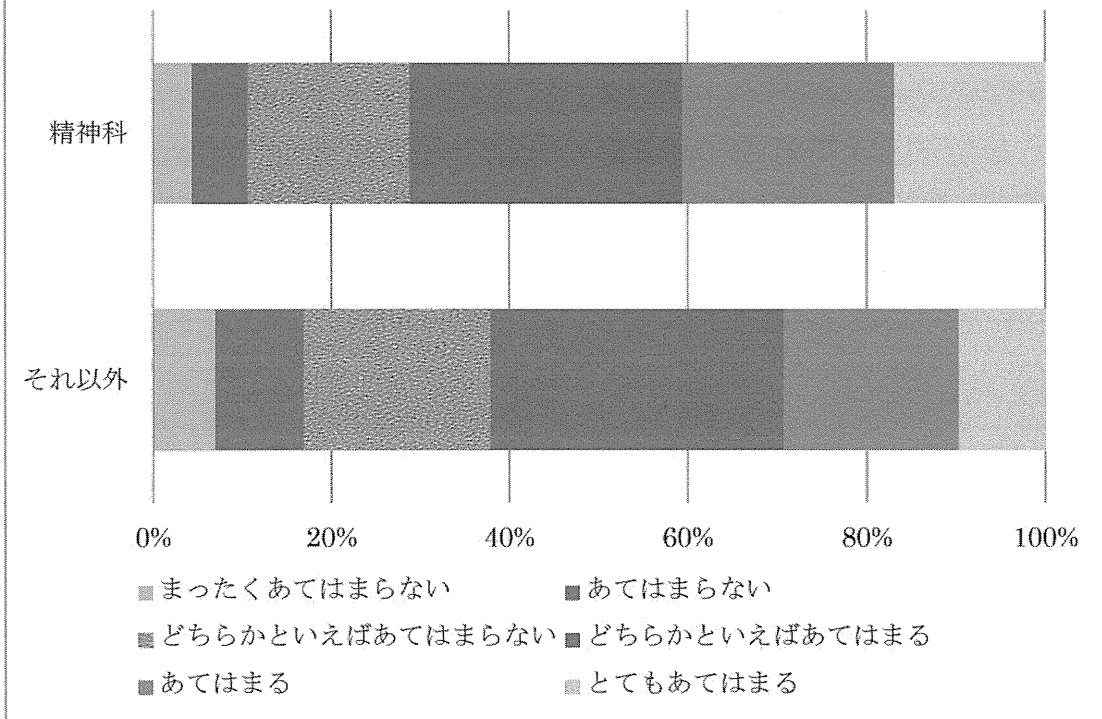
CBTの知識あり群

	看護CBT障害質問紙・訓練の充実	看護CBT障害質問紙・周囲の理解	看護CBT障害質問紙・人員と場所の確保	看護CBT障害質問紙・介入側と被介入側の時間の確保	看護CBT障害質問紙・費用	看護CBT障害質問紙・資格と責任	看護CBT障害質問紙・その他	看護CBT障害質問紙・合計
度数	405	405	405	405	405	405	405	405
平均値	39.23	28.89	22.30	26.38	26.26	21.81	21.61	185.68
中央値	39.00	29.00	23.00	26.00	26.00	22.00	21.00	185.00
標準偏差	7.326	6.066	4.440	5.573	5.122	4.437	4.058	32.904
最小値	9	7	5	6	6	5	5	43
最大値	54	42	30	36	36	30	30	258

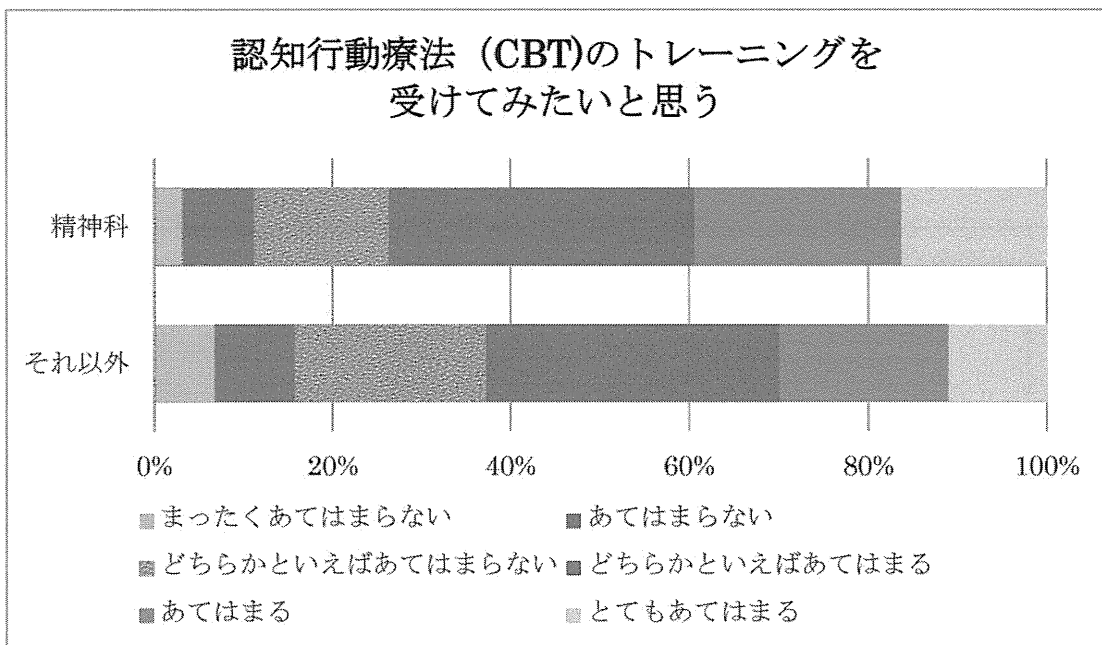
CBTの知識なし群

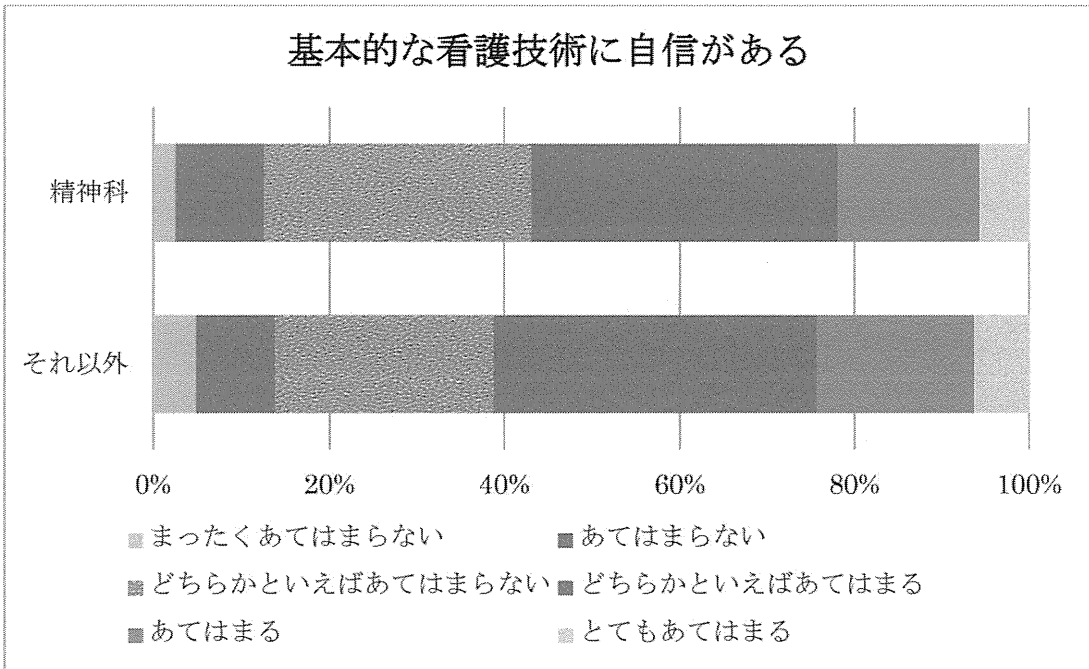
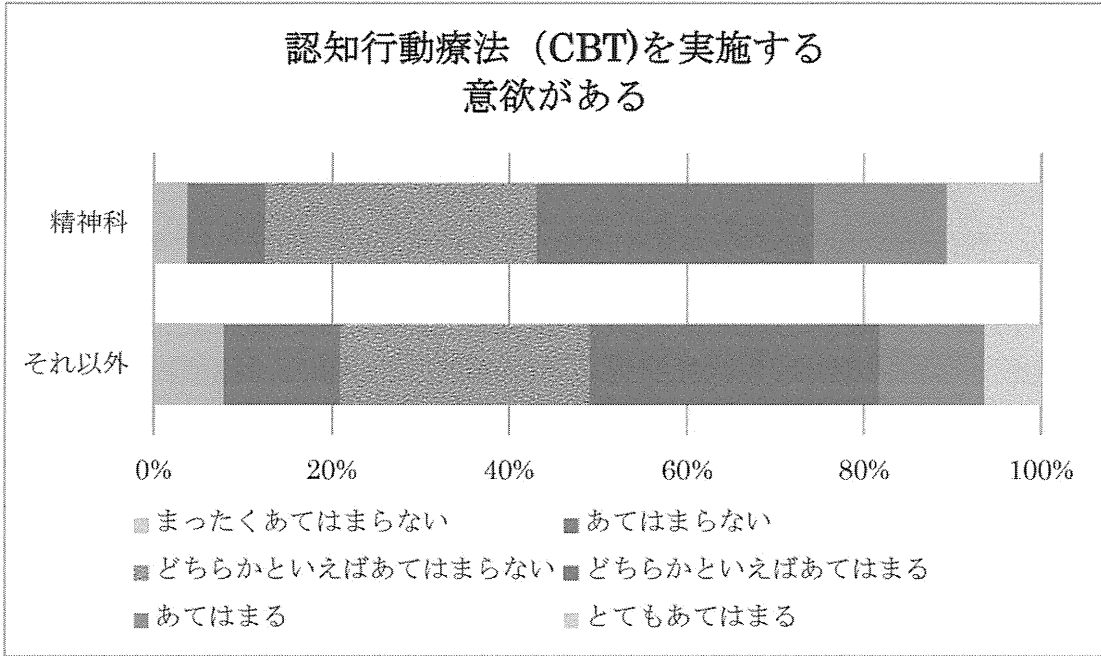
	看護CBT障害質問紙・訓練の充実	看護CBT障害質問紙・周囲の理解	看護CBT障害質問紙・人員と場所の確保	看護CBT障害質問紙・介入側と被介入側の時間の確保	看護CBT障害質問紙・費用	看護CBT障害質問紙・資格と責任	看護CBT障害質問紙・その他	看護CBT障害質問紙・合計
度数	1245	1245	1245	1245	1245	1245	1245	1245
平均値	40.62	30.31	22.25	26.93	26.64	22.13	22.17	190.64
中央値	42.00	30.00	23.00	27.00	27.00	22.00	23.00	194.00
標準偏差	9.001	6.790	5.141	6.262	5.985	5.032	4.972	40.629
最小値	9	7	5	6	6	5	5	43
最大値	54	42	30	36	36	30	30	258

認知行動療法 (CBT)に興味がある

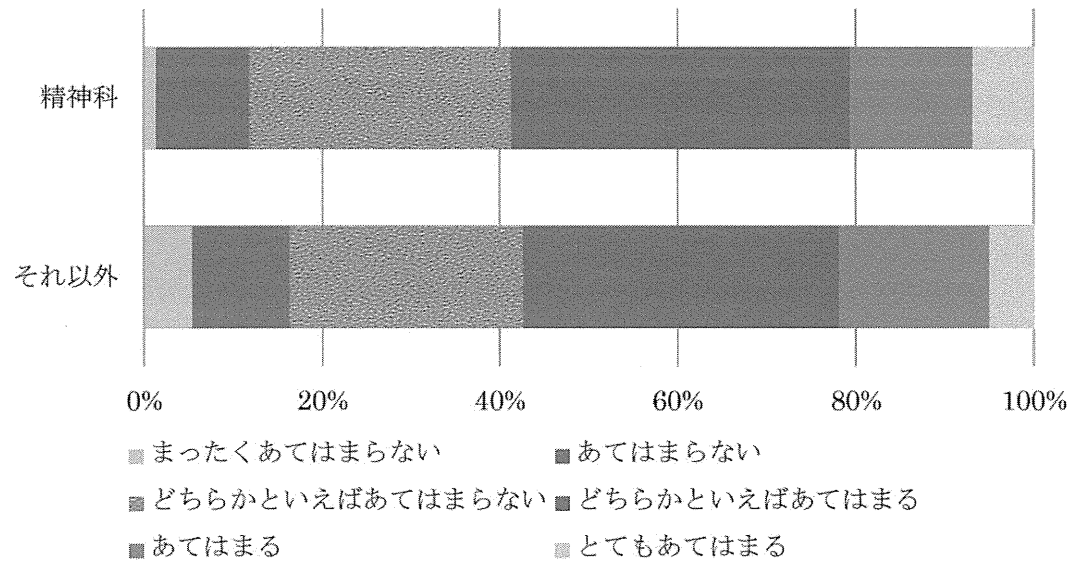


認知行動療法 (CBT)のトレーニングを受けてみたいと思う

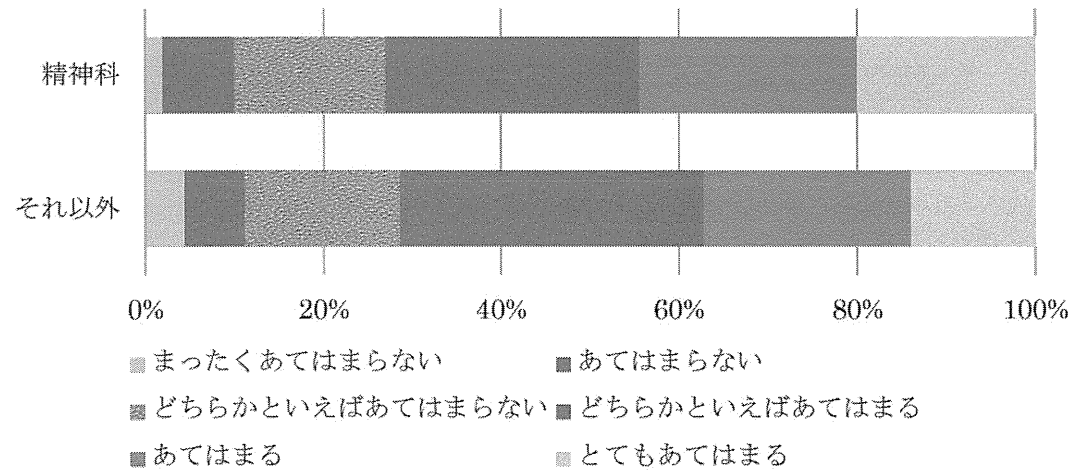




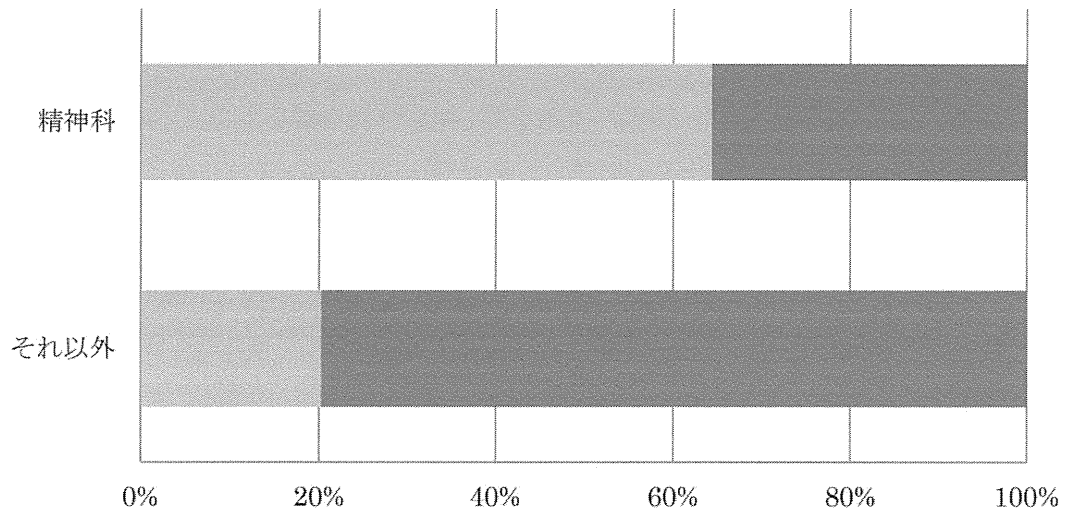
基本的なコミュニケーションの技術に自信がある



基本的なコミュニケーションのトレーニングを受けてみたいと思う

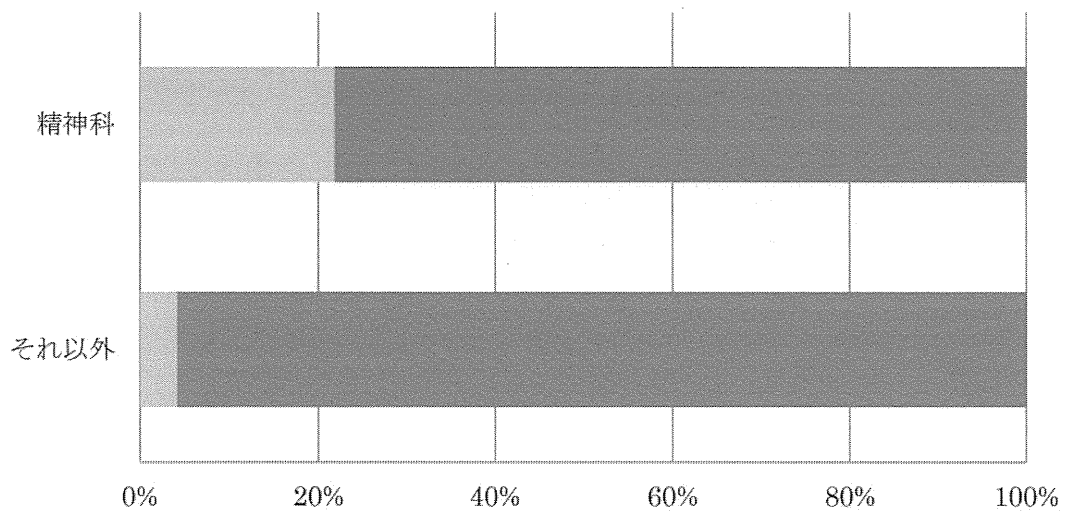


あなたは認知行動療法（CBT）とは何か
知っていますか



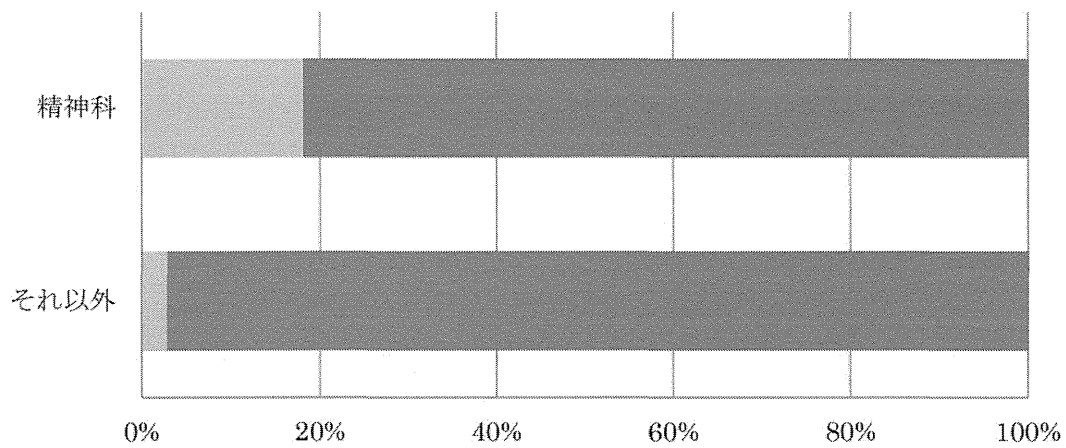
	それ以外	精神科
■ はい	302	103
■ いいえ	1188	57

あなたはこれまでに認知行動療法（CBT）を
実際に行ったことがありますか



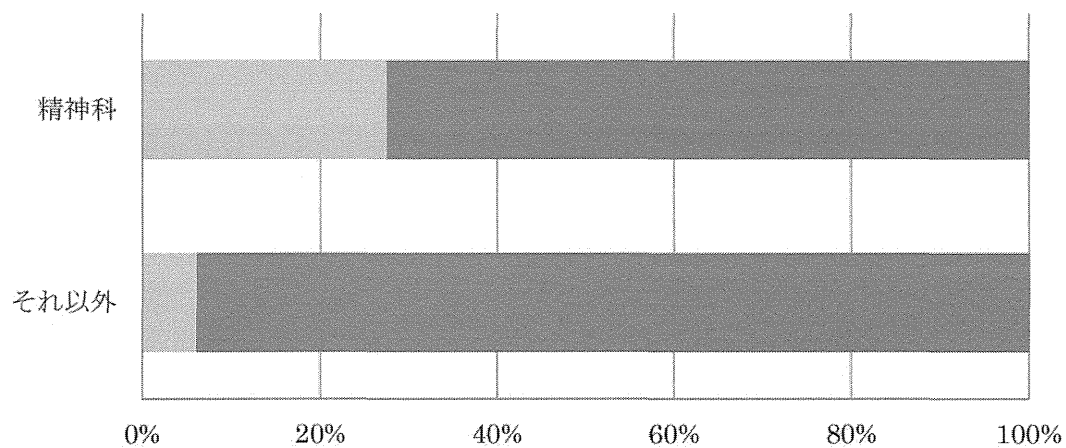
	それ以外	精神科
■ はい	63	35
■ いいえ	1427	125

あなたは今現在認知行動療法 (CBT)を実際に行っていますか



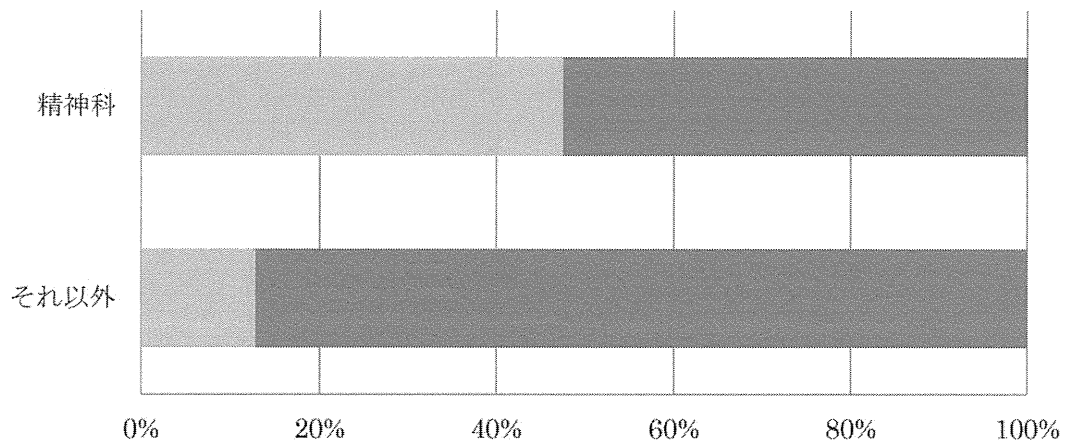
	それ以外	精神科
■ はい	42	29
■ いいえ	1448	131

あなたはこれまでに認知行動療法 (CBT)のトレーニングや講習を受けたことがありますか



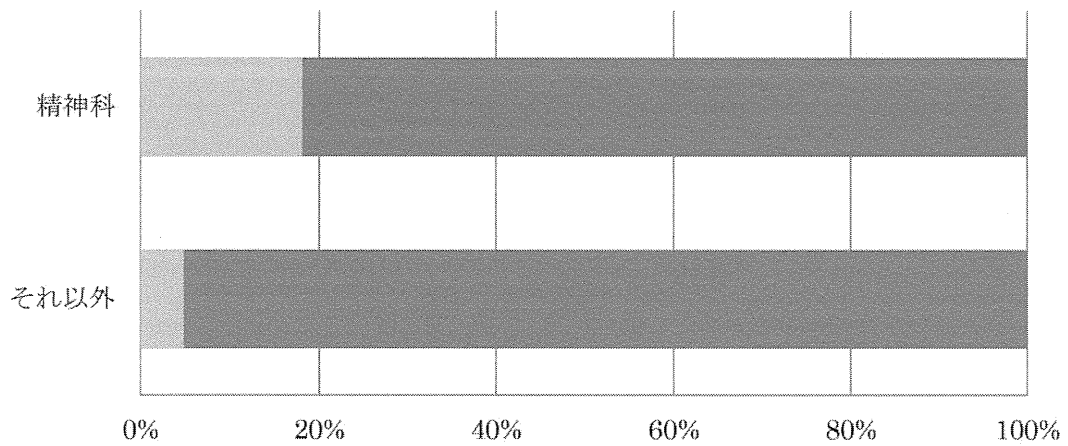
	それ以外	精神科
■ はい	91	44
■ いいえ	1399	116

あなたはこれまでに認知行動療法（CBT）に関する
書籍（専門書）を読んだことがありますか



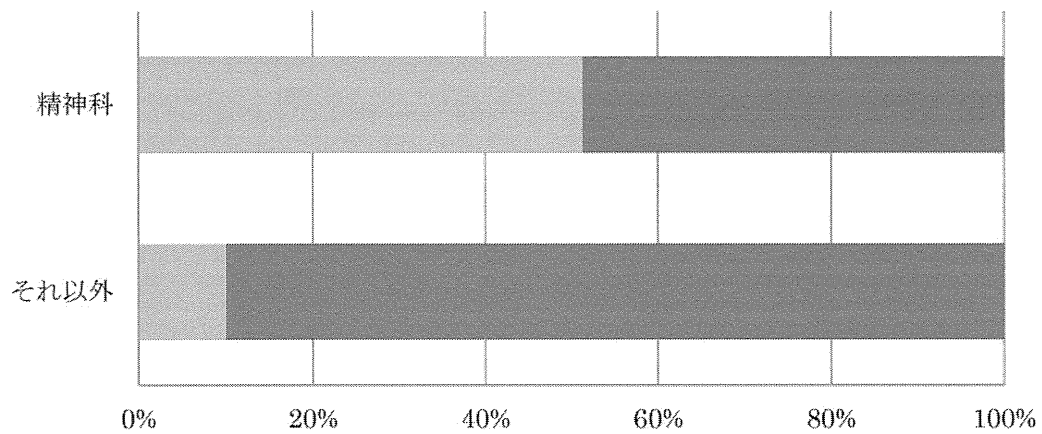
	それ以外	精神科
■ はい	190	76
■ いいえ	1300	84

あなたは認知行動療法（CBT）に関する書籍
（専門書）を持っていますか



	それ以外	精神科
■ はい	73	29
■ いいえ	1417	131

あなたの職場には認知行動療法（CBT）に関する
書籍（専門書）は置いてありますか



	それ以外	精神科
■ はい	150	82
■ いいえ	1340	78

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

医師以外の職種が個人認知療法・認知行動療法を行う際の経済効果の検証：
チーム医療の視点から
併用療法（通常治療＋認知行動療法）と通常治療の
費用対効果研究の系統的レビュー

研究分担者 佐渡充洋 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 助教

研究要旨 2010年より、認知療法・認知行動療法（CBT）が保険診療で実施できる体制が整備された。しかし、1年間に保険診療でCBTが提供されている患者数は、医療機関を受診するうつ病患者の0.1%にも満たない。その理由のひとつとして、CBTの実施が医師に限定されていることがあげられる。この打開策として、医師以外の職種がCBTを実施することが考えられるが、わが国ではその場合の費用対効果について十分な知見がない。そこで、医師以外の職種がCBTを実施した場合の費用対効果について系統的レビューを実施した。結果として6件の研究が包含された。いずれの研究でも、その増分費用対効果比（ICER）は、NICEが推奨する閾値を下回っており、費用対効果的である可能性が示唆された。しかし、ICERはモデリングより、RCTでの研究のほうが高い傾向にあった。

佐渡充洋 1)、2)

- 1) 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
- 2) 慶應義塾大学ストレス研究センター

A. 研究背景と目的

うつ病をはじめとした精神疾患によってもたらされる社会的コストは、莫大である[1-3]。筆者らがこれまで行った研究によると、うつ病による社会的コストは年間2-3兆円に上ると推計される[1, 4]。これらの社会的損失を削減していくためには、効果的かつ効率的な治療体制の確立が望まれる。効果の面では、薬物治療に認知行動療法（CBT）を併用することが有効であることが示されている[5]。効率性に関しても、CBTの導入が費用対効果的である可能性が示されてきている[5]。

このように効果的かつ効率的な介入であるCBTを広く普及させることで、うつ病や不安障害による社会的コストを削減してい

ける可能性が高い。

日本でも、2010年より、CBTが保険診療に組み込まれ、気分障害の患者にCBTが実施できる体制が整備された。しかし、平成24年社会医療診療行為別調査[6]から、1年間に保険診療でCBTを実施された患者数を推計すると、約600人にしか過ぎないことが明らかになる。これは、医療機関を受診するうつ病患者の0.1%にも満たない数であり、CBTがそれを必要とする患者に十分にいきわたっていない現実が浮かび上がる。

その要因として、現行の保険診療では、CBTに習熟した医師しかCBTを実施できないという制約があげられる。通常の診療等で時間の制約の多い医師にとって、CBTに習熟するための時間を確保することは、容易なことではない。また、仮に習熟したとしても、現行の1回につき420点(30分以上の診療)という診療報酬は、CBTで得られる診療報酬より、実施することで失われる機会費用（具体的には、CBTを実施する時間で実施できる通常診療によって得られる診療報酬）

のほうが大きいという問題も存在する。このように CBT を患者の多くに提供していくにあたり、医師だけでそれを達成するのは、人的資源および経済的観点からもかなり困難であると思われる。

このような状況の打開策として、医師以外の職種が CBT を実施するという方策が考えられる。

しかし、我が国においては、医師以外が CBT を実施し、通常治療と比較した場合の費用対効果に関する知見は未だ乏しい。

一方、諸外国では、CBT は医師よりも心理士や看護師が実施するのが一般的であり、その費用対効果についての知見も集積されつつある。

よって、今回は、系統的レビューを実施し、諸外国において医師以外が実施する CBT + 通常治療 (併用療法) が通常治療単独に比べて、費用対効果的かどうかについて検証することとした。

B. 研究方法

リサーチクエスション

うつ病患者に対する併用療法 (通常治療 + 医師以外の職種による CBT) は通常治療単独に比べて費用対効果的か

デザイン

系統的レビュー

文献検索の方法

MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Library (Cochrane reviews, Cochrane Technology Assessments, Cochrane Central Register of Controlled Trials) に収載されている論文を対象に、参考資料に示す文献検索式を用いて検索を行った。最新の検索は 2014 年 2 月 10 日に行った。

次に、以下の手順で論文の選定を行った。組み入れ基準は以下すべてを満たすものとした。

1. 成人うつ病患者に対して、併用療法 (CBT + 通常治療) と通常治療単独の費用対効果を検証している研究。
2. CBT は、医師以外の職種が実施している個人 CBT である。
3. 臨床アウトカムが QALY で計測されている。
4. 観察期間が、治療開始後 1.5 年以内である。
5. 医療保険システムもしくは保険者

の立場から解析がなされている。

6. 2013 年時点での一人あたり GDP が 30,000US ドルを超える国を対象として実施された研究である。
7. 増分費用効果比 (Incremental Cost Effectiveness Ratio: ICER) が提示されていて、効果が QALY もしくは DALY で計測されている。
8. 抄録と本文の両方が英語で記載されていて、2000 年 1 月 1 日以降に出版された論文である。

まずタイトルまたはタイトルおよび抄録から組み入れ基準に適合する可能性のある論文を仕分けた。次にそれらの論文の全文を入手し、基準に適合するかを判断した。全文を入手した文献の引用文献および個人的連絡から組み入れ基準に適合する可能性のある文献についても入手し、適合性を評価した。論文の検索および選定は、1 名の研究者 (筆者) のみが行った。

選定された研究については、以下の通りの方法で、定性的な評価を行った。

倫理面への配慮

出版されたデータの二次利用であるので、倫理委員会の承認は要さない。

C. 結果

文献検索結果

前項で述べた方法で文献検索を実施した結果、合計 237 件の文献が検索された。このうち重複の 87 件を除外し、合計 150 件の文献について、タイトルおよびアブストラクトから、本研究の組み入れ基準に適合するか否か評価を行い、131 件が除外された。残った 19 件について、入手できなかった 1 件の文献[7]を除いた 18 件について全文を入手した。また全文を入手した 18 件の引用文献の中から 1 件、個人的連絡から 1 件についても全文を入手し、計 20 件の研究について組み入れ基準に適合するか評価を行った。その結果、6 件 (イギリス 4 件、日本 1 件、オーストラリア 1 件) [8-13] の研究が評価対象となった。なお、費用については各国で通貨が異なるため、分析年の購買力平価を用いて、分析年のイギリスポンドに変換をした。購買力平価のデータは OECD StatExtracts[14] より引用した。包含された研究の特徴については、

表にまとめた。

結果の評価

組み入れられた6件の研究について、以下の基準で、分類を行った。

1. 費用対効果研究の形態による分類

該当する研究を ①モデリングによる費用対効果研究 (CEA) と②臨床研究による CEA とに分類した。その結果、モデリングによる CEA 3 件、臨床研究による CEA が 3 件であった。

2. 増分費用対効果費 (ICER) の点推定値

対象となった研究6件を、ICER の点推定値によって、以下の通り分類した。①増分効果+ 増分費用+、②増分効果+ 増分費用- (介入群 dominant)、③増分効果- 増分費用+ (対照群 dominant)、④増分効果- 増分費用-。その結果、①4 件、②2 件、③0 件、④0 件であった。

それぞれの研究の ICER の点推定値が cost-effectiveness plane のどこに位置するかを scatter plot として図に示した(○内の数字は、文献番号を示す)。図から分かるように、いずれの研究でも ICER の点推定値は、NICE の設定した £30,000/QALY gained の閾値を下回っており、比較的費用対効果的である可能性が示唆された。

3. 確率感度分析の結果

前述の通り、併用療法 (CBT+通常治療) の通常治療に対する ICER の点推定値については、NICE の設定する閾値 (£30,000/QALY gained) より低かったが、併用療法が通常治療に対して優位である (効果が有意に高く、費用が有意に低い) という結果を示した研究は認められなかった。よって、点推定値のみで併用療法の通常治療に対する費用対効果を論じるのは妥当ではない。

そこで、併用療法の通常治療に対する費用対効果について確率感度分析を実施している研究5件について、英国 NICE が設定している £20,000/QALY gained および £30,000/QALY gained に閾値をおいた場合の併用療法が費用対効果的である確率を見てみた。その結果、閾値が £20,000/QALY gained の場合、その確率は 45% から 90%、£30,000/QALY gained の場合、50% から 90% に概ね分布することがわかった。

D. 考察

通常治療と医師以外が実施する CBT との併用療法の通常治療に対する費用対効果について評価するため系統的文献レビューを実施した。その結果、6件の研究が包含された。

6件の研究のうち、3件はモデリングによるもの、3件は臨床研究に付随するものであった。

6件の研究とも併用療法の ICER の点推定値は、NICE が定める £30,000/QALY gained の閾値を下回っていたが、併用療法が通常治療より優位であることを示す研究は認められなかった。

確率感度分析の結果を見ると、NICE の定める閾値において併用療法が費用対効果的である確率は、50-90% と、研究によって一定の開きが認められた。

この6件を見る限り、比較的古い年代に実施された3件のモデリングの結果での ICER および確率感度分析の結果は、最近実施された RCT に付随する研究の ICER およびその確率感度分析のそれに比べて良好であった。

その理由として、モデリングが実施された時期が比較的古いことが考えられる。モデリングでは、先行研究の結果をパラメータとして取込み、シミュレーションを行って、費用対効果を検証する。しかし、これらのモデリングが実施されたのは比較的古い時代のため、そこに組み込まれたパラメータも 1990 年代のデータが中心となっている。そのため、これらの研究では efficacy が評価されていると考えるのが妥当であろう。

一方、イギリスで実施された3件の RCT およびそれに類する臨床研究に付随して実施された研究は、いずれも 2007 年以降の研究である。セッティングはいずれもプライマリケアであり、pragmatic なデザインでの実施だといえる。ここでは efficacy より effectiveness が評価されていると考えられる。この違いが ICER の違いにつながった可能性がある。

本研究では、系統的レビューを行ったが、メタアナリシスは、実施しなかった。

その理由として、費用対効果研究のメタアナリシスの実施については、その方法論、および結果の解釈について様々な議論がなされているが[15]、特に費用やサービス利用の

データ統合の妥当性については批判も多く、実施の是非およびその方法論について、現在のところ合意形成がなされていないことがあげられる。今後、これらの合意形成がなされた際には、メタアナリシスの実施も検討したい。

E. 研究発表
E1. 論文発表
なし
E2. 学会発表
なし

参考文献

1. Sado M, Yamauchi K, Kawakami N, Ono Y, Furukawa TA, Tsuchiya M, Tajima M, Kashima H, Nakane Y, Nakamura Y *et al*: **Cost of depression among adults in Japan in 2005.** *Psychiatry Clin Neurosci* 2011, **65**(5):442-450.
2. Sado M, Takechi S, Inagaki A, Fujisawa D, Koreki A, Mimura M, Yoshimura K: **Cost of anxiety disorders in Japan in 2008: a prevalence-based approach.** *BMC Psychiatry* 2013, **13**:338.
3. Sado M, Inagaki A, Koreki A, Knapp M, Kissane LA, Mimura M, Yoshimura K: **The cost of schizophrenia in Japan.** *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013, **9**:787-798.
4. 佐渡充洋、稲垣中、吉村公雄、他: **精神疾患の社会的コストの推計 平成 22 年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金事業実績報告書.** Edited by 厚生労働省. 東京; 2011.
5. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by NICE: **Depression: the treatment and management of depression in adults** National Collaborating Centre for Mental Health; 2009.
6. 厚生労働省: **社会医療診療行為別調査.** 2011.
7. Bosmans JE, van Schaik DJ, de Bruijne MC, van Hout HP, van Marwijk HW, van Tulder MW, Stalman WA: **Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective?** *J Ment Health Policy Econ* 2008, **11**(1):3-15.
8. Hollinghurst S, Peters TJ, Kaur S, Wiles N, Lewis G, Kessler D: **Cost-effectiveness of therapist-delivered online cognitive-behavioural therapy for depression: randomised controlled trial.** *Br J Psychiatry* 2010, **197**(4):297-304.
9. Hollinghurst S, Carroll F, Abel A, Campbell J, Garland A, Jerrom B, Kessler D, Kuyken W, Morrison J, Ridgway N *et al*: **Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: economic evaluation of the CoBaIT Trial.** *Br J Psychiatry* 2014, **204**(1):69-76.
10. Mukuria C, Brazier J, Barkham M, Connell J, Hardy G, Hutten R, Saxon D, Dent-Brown K, Parry G: **Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service.** *Br J Psychiatry* 2013, **202**(3):220-227.
11. Sado M, Knapp M, Yamauchi K, Fujisawa D, So M, Nakagawa A, Kikuchi T, Ono Y: **Cost-effectiveness of combination therapy versus antidepressant therapy for management of depression in Japan.** *Aust N Z J Psychiatry* 2009, **43**(6):539-547.
12. Sanderson K, Andrews G, Corry J, Lapsley H: **Reducing the burden of affective disorders: is evidence-based health care affordable?** *J Affect Disord* 2003, **77**(2):109-125.
13. Simon J, Pilling S, Burbeck R, Goldberg D: **Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline.** *Br J Psychiatry* 2006, **189**:494-501.
14. **OECD.StatsExtracts** [http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SNA_TABLE4#]
15. Higgins JPT, Green S (Eds.): *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*: The Cochrane Collaboration; 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.

表 包含された研究の特徴

文献番号	著者	分析年	国	デザイン	立場	介入	対照	観察期間	重症度	QALYの差 ^{§1}	費用の差 ^{§2}	ICER(点推定値)	CBTが費用対効果的である確率(£20,000)	CBTが費用対効果的である確率(£30,000)
8	Hollingshurst, et al	2007	イギリス	RCT	医療システム	online CBT+TAU	TAU	8ヶ月	BDI-II>14	0.027	469*	17,370	約 55%	約 70%
9	Hollingshurst, et al	2010	イギリス	RCT	医療システム	CBT+TAU	TAU	12ヶ月	BDI-II>14	0.057*	650	14,912	約 75%	約 90%
10	Mukuria, et al	2008/2009	イギリス	Clinical trial	医療システム	IAPT ^{§3}	Current treatment	8ヶ月	新規もしくは再発のうつ病エピソード	0.014	236	16,857	約 45%	約 50%
11	Sado, et al	2005	日本	modelling	医療システム	CBT+TAU	TAU	12ヶ月	重症	0.080	135	1,683	約 90%	約 90%
12	Sanderson, et al	2000	オーストラリア	modelling	医療システム	Optimal treatment ^{§4}	Current treatment	12ヶ月	中等症	0.030	135	4,487	約 65%	約 70%
13	Simon, et al	2002/2003	イギリス	modelling	医療システム	CBT+TAU	TAU	15ヶ月	うつ病性障害	0.026**	-177	-6,886	-	-
									重症	0.110	637	5,777	約 90%	約 90%
									中等症	0.040	637	14,540	約 70%	約 80%

*5%水準有意差あり

§1 Sanderson et alはQALYではなくDALY averted

§2 費用は、分析年の購買力平価でイギリス£に統一

§3 IAPTはCBTを含むstepped care

§4 Optimal treatment はCBTを含む治療

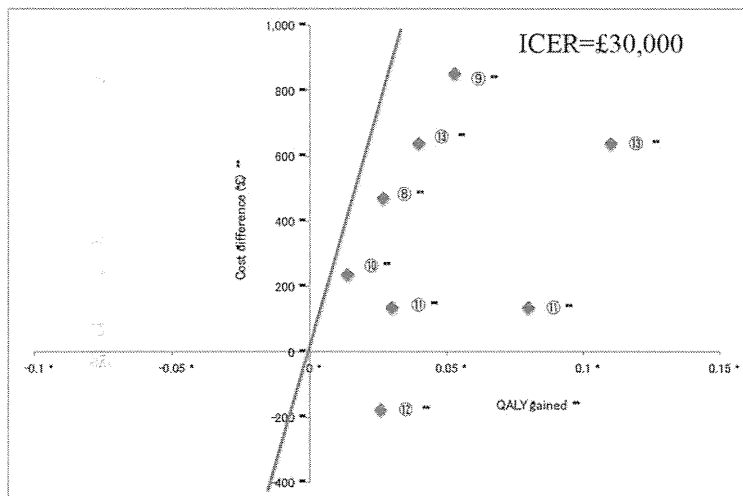


図 ICER の点推定値の scatter plot

参考資料

検索式 (MEDLINE, EMBASE)

集合	件数	検索式
L1	376483	DEPRESSION+NT/CT
L2	707810	DEPRESSION?
L3	46613	COGNITIVE THERAPY+NT/CT
L4	59688	COGNITIV?(3A)(THERAP? OR PSYCHOTHERAP?) OR CBT
L5	57933	COST-BENEFIT ANALYSIS+NT/CT
L6	356876	COST(1A)(EFFECT? OR BENEFIT? OR ANAL?)
L7	813	(L1 OR L2) AND (L3 OR L4) AND (L5 OR L6)
L8	279438	DOCTOR?
L9	938770	NURSE? OR PSYCHOTHERAPIST? OR PSYCHOLOGIST? OR MEDICAL(W) WORKER OR THERAPIST? OR COUNSELOR? OR STAFF##
L10	30	L7 AND L8
L11	9	L9 AND L10
L12	9	DUP REM L11 (0 DUPLICATES REMOVED) ANSWERS '1-9' FROM FILE EMBASE
L13	4207	(DEPRESSION? OR DEPRESSIVE? OR MELANCHOL? OR MENTAL? OR PSYCH?)(S) L6
L14	110	L7 AND L13/TI
L15	395	L4(S) L6
L16	57	L7 AND L15/TI
L17	1040854	RANDOM?/DT OR RANDOMI?(3W)(TRIAL# OR STUDY OR STUDIES) OR RCT
L18	120	L14 OR (L16 AND L17)
L19	111	L18 NOT (EDITORIAL?/DT OR COMMENT?/DT OR LETTER?/DT OR CONFERENCE?/DT OR NEWS?/DT OR CASE?/DT)
L20	72	DUP REM L19 (39 DUPLICATES REMOVED) ANSWERS '1-51' FROM FILE MEDLINE ANSWERS '52-72' FROM FILE EMBASE
L21	12584	(DEPRESSION? OR DEPRESSIVE? OR MELANCHOL? OR MENTAL? OR PSYCH?)(S) L4
L22	4437	(DEPRESSION? OR DEPRESSIVE? OR MELANCHOL? OR MENTAL? OR PSYCH? OR L4)(S) L6
L23	215	L21 AND L22 AND (COMPAR? OR "VS." OR VERSUS OR VS OR "V.S." OR DIFFEREN? OR SWITCH? OR CHANG? OR SHIFT?)
L24	1173073	L8 OR L9
L25	68	L23 AND L24
L26	59	L25 NOT (EDITORIAL?/DT OR COMMENT?/DT OR LETTER?/DT OR CONFERENCE?/DT OR NEWS?/DT OR CASE?/DT)
L27	59	(L1/MAJ OR L2/TI OR L3/MAJ OR L4/TI OR L5/MAJ OR L6/TI) AND L26
L28	120	L20 OR L27
L29	94	DUP REM L28 (26 DUPLICATES REMOVED) ANSWERS '1-70' FROM FILE MEDLINE ANSWERS '71-94' FROM FILE EMBASE T L29 ALL 1-94

検索式 (PsycINFO)

Set#	Searched for	Databases	Results
S1	Depression*	PsycINFO	217776*
S2	SU.EXACT("Cognitive Behavior Therapy") OR SU.EXACT("Cognitive Therapy") or cognitiv* near/3 (therap* or Psychotherap*) or CBT	PsycINFO	41755*
S3	SU.EXACT("Costs and Cost Analysis") or cost* near/1 (effect* or Benefit* or anal*)	PsycINFO	24231*
S4	S1 and S2 and S3	PsycINFO	226°
S5	nurse* or psychotherapist* or psychologist* or "medical worker" or therapist* or Counselor* or staff*	PsycINFO	317511*
S6	doctor*	PsycINFO	39124*
S7	S4 and S5 and S6	PsycINFO	1°
S8	ti(Depression* or Depressive* or Melanchol* or mental* or psych*)	PsycINFO	480989*
S9	ti(cost* near/1 (effect* or Benefit* or anal*))	PsycINFO	2755°
S10	ti(cognitiv* near/3 (therap* or Psychotherap*) or CBT)	PsycINFO	8538*
S11	random* p/3 (TRIAL* OR STUDY OR STIDIES) or RCT	PsycINFO	32232*
S12	S4 and ((S8 and S10) or (S9 and S10 and S11))	PsycINFO	41°
S13	(DEPRESSION* OR DEPRESSIVE* OR MELANCHOL* OR MENTAL* OR PSYCH*) p/30 (cognitiv* near/3 (therap* or Psychotherap*) or CBT)	PsycINFO	22532*
S14	(DEPRESSION* OR DEPRESSIVE* OR MELANCHOL* OR MENTAL* OR PSYCH*) p/30 (cost* near/1 (effect* or Benefit* or anal*))	PsycINFO	6504*
S15	S13 and S14 and (COMPAR* OR "VS." OR VERSUS OR VS OR "V.S." OR DIFFEREN* OR SWITCH* OR CHANG* OR SHIFT*)	PsycINFO	165°
S16	(S5 or S6) and S15	PsycINFO	48°
S17	(S8 or S9 or S10) and S16	PsycINFO	41°
S18	MJSUB.EXACT("Cognitive Behavior Therapy") OR MJSUB.EXACT("Cognitive Therapy") OR MJSUB.EXACT("Costs and Cost Analysis") or OR MJSUB.EXACT("Depression (Emotion)")	PsycINFO	45309*
S19	S16 and S18	PsycINFO	40°
S20	S17 or S19	PsycINFO	47°

検索式 (Cochrane Library)

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	4922
#2	Depression*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	29200
#3	MeSH descriptor: [Cognitive Therapy] explode all trees	4419
#4	cognitiv* near/3 (therap* or Psychotherap*) or CBT:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	7547
#5	MeSH descriptor: [Cost-Benefit Analysis] explode all trees	15299
#6	cost near/1 (effect* or Benefit* or anal*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	24694
#7	(#1 or #2) and (#3 or #4) and (#5 or #6)	180
#8	NURSE* or PSYCHOTHERAPIST* or PSYCHOLOGIST* or (MEDICAL next WORKER) or THERAPIST* or COUNSELOR* or STAFF*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	16206
#9	doctor*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	3098
#10	#7 and #8 and #9	1
#11	Depression* or Depressive* or Melancho* or mental* or psych*:ti (Word variations have been searched)	28582
#12	cost near/1 (effect* or Benefit* or anal*):ti (Word variations have been searched)	11009
#13	#7 and #11 and #12	54
#14	(Depression* or Depressive* or Melancho* or mental* or psych*) near/30 (cognitiv* near/3 (therap* or Psychotherap*) or CBT)	6784
#15	(Depression* or Depressive* or Melancho* or mental* or psych* or cognitiv* near/3 (therap* or Psychotherap*) or CBT) near/30 (cost near/1 (effect* or Benefit* or anal*))	2850
#16	COMPAR* or "VS." or VERSUS or VS or "V.S." or DIFFEREN* or SWITCH* or CHANG* or SHIFT*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	494983
#17	#14 and #15 and #16	308
#18	#8 or #9	18706
#19	(#11 or #12) and #17 and #18	47
#20	#13 or #19	95
#21	#10 or #13 or #19	96