

201419032A

厚生労働科学研究費補助金  
障害者対策総合研究事業

認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた  
標準治療の開発と普及に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大野 裕

平成27(2015)年3月

# 総括研究報告 目次

## I. 総括研究報告

1. 認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究  
…………… 大野 裕 003

## II. 研究分担報告

1. 認知療法・認知行動療法のニーズおよび施行状況に関する調査 …………… 堀越 勝 011
2. 認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究  
…………… 中川 敦夫 027
3. 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：医師および医師以外の職種による認知行動療法のコスト比較  
…………… 佐渡 充洋 033
4. 医療心理技術者等の個人認知療法・認知行動療法研修の方法論の開発  
—心理職への個人認知行動療法教育の時期について— …………… 中野 有美 039
5. 看護師の認知行動療法の実施および研修受講状況に関する調査 …………… 岡田 佳詠 043
6. 作業療法士および精神保健福祉士が  
認知療法・認知行動療法を行う際の問題点の整理と対策調査 …………… 田島 美幸 054
7. 個人認知療法・認知行動療法の教育システム構築の方法論の開発と  
教育効果の検証のシステムの構築：厚労省研修事業の成果の分析から … 藤澤 大介 067
8. うつ病に対する認知行動療法の副作用について—頻度と治療者背景の影響  
…………… 菊地 俊暁 070
9. 認知行動療法の科学的エビデンスの検討における対照群の重要性 …………… 古川 壽亮 082
10. 脳画像を用いた認知療法・認知行動療法の効果に関する研究 …………… 岡本 泰昌 086
11. 生物学的マーカーによる認知行動療法の効果に関する研究 …………… 工藤 喬 090
12. 不安症（社交不安症・パニック症）に対する個人認知行動療法の効果研究  
…………… 清水 栄司 092
13. 強迫性障害の認知行動療法の教育方法の確立とスーパービジョンの方法論の開発に関する研究  
…………… 中川 彰子 099
14. 不眠の認知行動療法による治療反応予測変数の検討 …………… 井上 雄一 103
15. 幼少期のトラウマによる複雑性 PTSD のための認知行動療法  
STAIR（感情調整と対人関係調整スキルトレーニング）と  
NST（ナラティブ・ストーリィ・テリング）治療プロトコルの検討  
…………… 金 吉晴 107
16. 認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究  
心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の実施可能性に関する研究  
…………… 伊藤 正哉 122
17. 統合失調症の認知行動療法の普及に向けて …………… 菊池 安希子 128

# I. 総括研究報告



# 認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた 標準治療の開発と普及に関する研究

研究代表者 大野裕

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

## 研究要旨

個人を対象にした認知療法・認知行動療法の治療効果が認められ、大きな有害事象が認められないことから国民の期待が高く、認知療法・認知行動療法に代表される心理・社会的治療の普及が多剤大量処方を防ぐ可能性が考えられることから、その均てん化が急務となっている。本研究では、こうした現状を明らかにし、今後の方向性として以下の提言を行った：①医師以外の職種が医師の指導を受けながら個人認知療法・認知行動療法を実施できる体制を整える、②うつ病以外の精神疾患に対する個人認知療法・認知行動療法を診療報酬の対象とする、③治療者を増やすために、研修事業で育った治療者をリーダーとする研究会を中心に全国規模のコンソーシアムを構築し研修生の費用負担を組み入れながら研修を実施していく、④研修指導者の育成と治療者の質の担保のための評価システムの構築と資格化を国の主導で行う、⑤認知療法・認知行動療法初心者を支援するコンピュータ支援型認知療法・認知行動療法プログラムを導入する。

### 1. うつ病の認知療法・認知行動療法の現状

2010年に熟練した医師によるうつ病の認知療法・認知行動療法が診療招集に収載されたが、まだ希望者に提供できていないという声を聴くことが多い。実際、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。

そこで、堀越らは、わが国における認知療法・認知行動療法のニーズや施行の現況を調査するために、全国の行政機関617ヶ所、医療機関3,339ヶ所に対して郵送調査を実施し、行政機関67.9%、医療機関40.7%の回答率を得た。

その結果であるが、行政機関では「うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者さんを貴施設が紹介できる医療機関は充足していますか」という設問に対して、「不足している」と回答したのは302

ヶ所(72.2%)、「どちらでもない」が102ヶ所(24.4%)、「充足している」が7ヶ所(1.7%)であった。

一方、医療機関では、「貴施設では、うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者さんのニーズに答えられていますか」という設問に対して、「充分でない」と回答したのは1,035ヶ所(76.1%)、「どちらでもない」が226ヶ所(16.6%)、「充分に答えている」が82ヶ所(6.0%)であった。

行政機関の約半数が「認知療法・認知行動療法を実施できる医療機関のリストの整備」を望み、医療機関の約半数が「認知療法・認知行動療法を実施するための時間が取れない」ことを理由として挙げていた。その他、認知療法・認知行動療法を希望する患者のニーズに応えるためには、「スタッフのスキルアップの向上」や「診療報酬の算定基準の改訂」などが必要と

いう回答が多かった。さらに、強迫性障害、及びパニック障害、社交不安障害などの不安障害を診療報酬対象に加えることを希望する声が多かった。これはおそらく、強迫性障害及び不安障害に対する薬物療法の効果が思わしくないことから、認知行動療法などの精神療法が必要と判断されたものと考えられる。安易な抗不安薬処方を防ぐためにも、認知療法・認知行動療法などの精神療法を活用する必要性が示唆される結果であった。

その一方で、外傷後ストレス障害および不眠症に対する希望は少なかった。外傷後ストレス障害に関しては、トラウマ関連疾患で医療機関を受診する人が少ないためと考えられる。また、不眠症に関しては、睡眠薬等による薬物療法で対応すれば良いと考えていて、それが睡眠薬の多剤大量処方につながっている可能性が考えられる。従って、診療報酬の対象疾患をこの結果だけで判断するのではなく、犯罪被害者への支援や睡眠薬の多剤大量処方への対応など、広い視点から考えていく必要があると考えられる。

また、この調査の結果から、希望する人が認知療法・認知行動療法を受けられる可能性を高める方策としては、現在医師に限られている算定要件を医師以外に広げること、及び認知療法・認知行動療法を実施している施設を公表することが考えられる。

## 2. 医師以外の職種が認知行動療法を行う可能性

中川（敦）らは、うつ病をもつ人に対する認知療法・認知行動療法の効果及び有害事象について検討した。研究1では、通常治療を2カ月以上受けても、中等度以上のうつ症状を認めているうつ病患者に対して、通常治療よりも認知行動療法

を併用した治療の方が、有効性、経済性で上回るかを検証する目的で無作為化比較対象試験を行った。16週間の試験終了時点においてHAMD-17の得点が併用群で減少し、その効果は試験終了後12ヶ月後の観察期においても持続していることが明らかとなった。

さらに、中川（敦）らは、医師以外の職種による認知療法・認知行動療法の効果と有害事象について検証した。その結果、十分な経験を積み、一定の質が担保された研修体制を整えることができれば、医師以外の職種と医師とで終了時点（16週）のHAMD-17の得点に有意差がないことが示された。また、両軍とも、大きな有害事象は認められなかった。

医師以外の職種が認知療法・認知行動療法を実施する場合、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、佐渡らは、最終的に医師と医師以外の職種がCBTを実施した場合の費用対効果の検証につなげるべく、今年度はECAM studyの結果を用いて、薬剤費の比較を行った。その結果、支払いベース、DDD等価換算ベースのいずれにおいても薬剤費に両群で差を認めなかった。またDDD等価換算ベースで計測した薬剤総使用量についても両群で差を認めなかった。今後は、ECAM studyのデータを用いて費用対効果の検証をすることが求められる。

実際に、わが国で医師以外の職種が認知療法・認知行動療法を実施できる体制にあるのかどうか、現状を探るために中野らは、医師を対象とした厚生労働省の認知行動療法のスーパービジョンを用いた研修の対象を医療に携わる心理技術者に広げる場合、必要な経験年数について検討した。日本の臨床心理士の教育、臨床経験を、米国のclinical psychologistが受けるや日本の医師が精神科医になるた

めに受ける教育、臨床経験と比較しながら検討すると、医療機関に勤務して常勤換算で4年以上経過した者が適切であること、またその場合にも弊害を防ぐための手立てが必要であることが示された。

岡田らは、看護師を対象に認知療法・認知行動療法の実施および研修受講状況について調査した。全国の精神科関連施設（1902ヶ所）に勤務する看護師に対して郵送法にて調査を実施した。277名（回答率14.5%）の調査結果から、個人対象の認知療法・認知行動療法の実践経験がある看護師は47名（17%）であったが、スーパービジョン等で質が担保されているかどうかは不明であった。また認知療法・認知行動療法のトレーニング・講習を受けた経験のある看護師は120名（43.3%）、認知療法・認知行動療法関連書籍を読んだ経験は179名（64.6%）であった。これらの結果から、看護師が個人認知療法・認知行動療法を実施する場合には、適切な教育体制の構築と職場全体での支援体制の整備が重要であることが示唆された。

田島らは、作業療法士および精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法（以下、CBT）の施行や学習状況、今後のニーズの現況を調査した。精神科病院（1449カ所）に勤務する作業療法士、および、精神科医療施設（1,208カ所）に勤務する精神保健福祉士に対して郵送調査を実施した（回答率53.1%）調査結果から、認知療法・認知行動療法に関するトレーニング（研修等）を希望する人は90.2%、「機会があればCBTを実施してみたい」と考える人は85.1%である一方、「認知療法・認知行動療法実施経験あり」と回答した人は13.6%と少なく、「CBTのトレーニングを受けたことがない」人は68.7%であった。また、認知療法・認知行動療法を実施したことがない理由として、「自分が実施でき

るだけの十分な力量を持っているという自信がない」が半数を占めていた。こうした結果から、今後、認知療法・認知行動療法の研修の機会を増やすことが、日頃の臨床業務における認知療法・認知行動療法の実施に繋がる可能性があるかと推測された。

### 3. うつ病に対する認知療法・認知行動療法の治療者育成

藤澤らは、平成25年度の厚生労働省認知療法・認知行動療法研修事業において、研修参加者の技能を評価するシステムを構築し、被評価者のスーパービジョンにかかわらない2人の評価者が独立して評価した。良好な実施可能性と評価の信頼性が示された。第2例までのスーパービジョンで、治療の質を評価するCTRS総合点が海外の合格基準（40/66点）に達する参加者はごく少数であったが、第1例第4セッション→第2例第10セッションと後期のセッションの方が高い傾向があり、スーパービジョンの進行とともに技術が向上する可能性が示唆された。研修開始前の治療者の特性は、精神医療従事経験が長い治療者の方が、初期のセッションで認知療法・認知行動療法のスキルが高い傾向にあったが、後期のセッションではその有意差は消失した。厚労省研修事業以前のスーパービジョンを伴わない自己流の認知療法・認知行動療法の実践経験は、実際の認知療法・認知行動療法能力につながっていないことが示唆された。医師とそれ以外の職種（医療心理技術者）とで成績に有意な差は認めなかった。

菊地らは、同じ厚労省研修事業において、CBTの副作用を評価するツールを作成した。本年度は、そのツールを活用して実際にどの程度の副作用が生じているかを評価し、また発現した場合の治療者側要

因について検討した。現段階では十分な治療者数が集まっておらず、副作用の内容検討や関連因子の影響を考察するまでには至っていない。しかし、発現した副作用については、いずれも重症度 5 段階のうち 2 番目に低い中等度の評価であり、重度以上の問題がある副作用ではなかった。これまでのところ安全に CBT が施行されていることが確認されたと言える。

#### 4. 認知療法・認知行動療法の効果研究の今後の可能性

古川らは、認知療法・認知行動療法含む精神療法の効果の検討においては、さまざまな対照群が用いられており、どのような対照群を用いるかによって得られる効果サイズが異なってくる可能性があることから、認知療法・認知行動療法を検討したすべての無作為割り付け比較試験 (RCT) のうち、心理学的プラセボ、待機群、無治療の 3 種類の対照群に着目して、効果サイズが異なってくるか否かをネットワークメタアナリシスの手法を用いて検討した。49 本の RCT (参加者総数 2730 人) が同定され、認知療法・認知行動療法の効果サイズは、用いられた対照群によって大きく異なり、うつ病の改善を得るオッズ比は、対心理学的プラセボでは 1.65 (95%信頼区間: 0.76 から 3.13)、対無治療では 2.36 (1.31 から 4.26)、対待機群では 6.26 (3.90 から 10.1) であった。また現在のエビデンスベースの質は決して高くなく、特に待機群を用いた RCT には出版バイアスの可能性が認められ、出版バイアスを補正したところ、すべてのオッズ比は有意でなくなった。

効果の検証には生物学的な指標の導入が有用になる可能性がある。そこで、岡本らは、本年度は、脳画像を用いた行動活性化療法の効果に関する研究として、閾値

下うつとコントロールで行動活性化療法前後による脳機能変化について金銭報酬遅延課題を用いて検討を行った。その結果、閾値下うつではコントロールと比較して報酬処理時の前頭-側頭領域に脳機能異常がみられ、行動活性化により前頭前野における負の感情制御機能、前頭-側頭ネットワークの注意・情報統合機能が改善することが示唆された。

さらに、工藤らは、認知療法・認知行動療法治療前後での MRI を用いた拡散テンソル画像の撮像と採血を施行し、比較検討を行った。まず、予備的検討で行なった気分障害患者に対する拡散テンソル画像では、健常者に対して異方性比率 (FA 値) が低下するところが認められ、更には双極性障害と単極性うつ病の FA 値の差が認められる部位も見出された。これは、患者群で白質の線維走行に乱れがあることが示唆されるが、認知行動療法終了後では、FA 値の改善する傾向が認められた。同時に、白質の線維走行を制御すると想定される小胞体ストレスマーカー蛋白の血中での変化も認められた。従って、認知行動療法の効果が生物学的なマーカーで裏付けられる可能性が示唆された。

#### 5. うつ病以外の精神疾患に対する認知療法・認知行動療法の治療効果と有害事象

清水らは、認知療法・認知行動療法と抗うつ薬治療が、国内外を問わず、不安渉外に対する治療の第一選択肢に位置づけられていることから、社交不安障害とパニック障害に対する個人認知行動療法の効果研究を進めた。社交不安障害に関しては、抗うつ薬で改善しない症例を対象に、かかりつけ医による通常診療に認知療法・認知行動療法を併用することの効果

を、42 症例を 2 群に分けたランダム化比較試験を行った。その結果、通常診療のみを受けた群では寛解基準に至った患者がいなかった (0%) のに対して、認知療法・認知行動療法併用群では 47.6% が寛解に至った。

パニック障害の認知療法・認知行動療法については、ランダム化比較試験の前段階の臨床試験として、single arm による対照群を設定しない効果研究を開始し、これまでに 16 症例がエントリーした。途中経過として、完遂した 9 症例のデータ解析にて過去の薬物療法の研究と同程度の改善を示すことができた。

中川 (彰) らは、認知療法・認知行動療法がセロトニン再取り込阻害薬と並んで強迫性障害 (OCD) に対する有効な治療法としてその効果が実証されているものの、国内外を問わず、有効な治療を提供できる治療者が不足していることから、治療者育成のためのトレーニングプログラムの開発と効果の検証を実施している。行った。が求められている。そこで、本研究では、昨年度の本研究により開発した強迫性障害への認知行動療法の治療者の訓練の方法とその治療効果を検討した。その結果であるが、いまだ途中経過ではあるものの、認知療法・認知行動療法の治療経験が浅い治療者であっても、スーパービジョンを受けながら我々の訓練プログラムにもとづく治療を行えば、強迫性障害に対して、国外の報告と同等の治療効果を得られる可能性が示唆された。

井上らは、不眠の認知療法・認知行動療法の改善効果の媒介要因を明らかにするため、不眠に対する認知療法・認知行動療法を行った 67 名の不眠症患者を対象にした介入研究を行った。その結果、性別とストレスによる過覚醒反応を測定する尺度 (FIRST) が不眠の重症度を軽減に影響を

及ぼすが、従来から指摘されていた認知変数 (DBAS) は関連しなかった。以上のことから、不眠に対する認知療法・認知行動療法は FIRST の改善を媒介して不眠症状を軽減させている可能性が考えられた。

金らは、複雑性 PTSD の患者のための治療法として Marylene Cloitre が開発した治療法である STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation: 感情と対人関係の調整スキル・トレーニング) と、NST (Narrative Story Telling: ナラティブ・ストーリー・テリング) のプロトコルの概要をまとめた。

伊藤らは、国際的なガイドラインにおいて、心的外傷後ストレス障害に対してはトラウマに焦点を当てた認知療法・認知行動療法が最も治療効果が期待できることとして推奨されていることから、その中でも効果が期待できる治療法として注目を集めている認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: CPT) のわが国での実施可能性を検討するため、個人版 CPT と集団版 CPT についての予備試験を実施し、良好な結果が得られている。

菊池らは、統合失調症に対する認知療法・認知行動療法が中等度の頑健なエビデンスを示し、国際的な統合失調症ガイドラインにおいて推奨されつつあることから、わが国では専門家が少ない本邦において、精神病に対する認知療法・認知行動療法導入に役立つ簡便なプログラムとマニュアルを開発し、入院病棟における実施可能性を検証し、今後は、対照群を設定した検討を行う必要性を示した。

## 6. わが国における個人認知療法・認知行動療法の現状と均てん化に向けての提言

2010 年度から、熟練した医師によるうつ病の認知療法・認知行動療法が診療報酬の対象として収載され、国民の期待が



高まったが、本研究から、普及にはまだ遠い状況にあることが明らかになった。また、本研究からは、うつ病に対してはもちろんのこと、他の精神疾患に対する個人認知行動療法に一定の治療効果があり、大きい有害事象が認められないことが示された。このように、個人認知療法・認知行動療法に対する国民の期待が高く、治療効果が認められることに加えて、認知療法・認知行動療法に代表される心理・社会的治療の普及が多剤大量処方を防ぐ可能性が考えられることから、個人認知療法・認知行動療法の均てん化が急務となっている。

質の担保された認知療法・認知行動療法の治療者の育成のためには、個人スーパービジョンが不可欠であるが、わが国ではそうした仕組みがほとんど整備されていない。そのために、厚生労働省では、全国規模の研修事業を行ってきていて一定の成果を上げているが、事業費の面での制限もあり、まだまだ不十分な状態である。その一方で、研修事業で育った治療者をリーダーとする研究会が全国にできつつあることは朗報である。

こうしたことから、今後は以下の方策を用いて必要な国民に認知療法・認知行動療法を提供できるようにすることが望まれる。

- ① 医師以外の職種が医師の指導を受けながら個人認知療法・認知行動療法を実施できる体制を整える
- ② うつ病以外の精神疾患に対する個人認知療法・認知行動療法を診療報酬の対象とする
- ③ 治療者を増やすために各地の研究会を中心に全国のコンソーシアムを構築し研修生の費用負担を組み入れながら研修を実施していく
- ④ 研修指導者の育成と治療者の質の

担保のための評価システムの構築と資格化を国の主導で行う

- ⑤ 認知療法・認知行動療法初心者を支援するコンピュータ支援型認知療法・認知行動療法プログラムを導入する

今後は、こうした提言を裏づける研究を進めていきたい。

## II. 分担研究報告

## 認知療法・認知行動療法のニーズおよび施行状況に関する調査

分担研究者：堀越 勝

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究趣旨：本研究の目的は、本邦における認知療法・認知行動療法（以下、CBT）のニーズや施行の現況を調査することである。全国の行政機関 617 ヶ所、医療機関 3,339 ヶ所に対して郵送調査を実施し、行政機関 67.9%、医療機関 40.7%の回答率を得た。その結果、「CBTを希望する患者に紹介できる医療施設が不足している」と回答した行政機関は 70%を超え、行政機関の約半数が「CBTを実施できる医療機関のリストの整備」を望んでいた。また、医療機関別では、総合病院精神科の約 80%、単科精神病院の約 75%が「対応が十分でない」と感じており、医療機関の約半数が「CBTを実施するための時間が取れない」ことをその理由に挙げていた。その他、CBTを希望する患者のニーズに応えるためには、「スタッフのスキルアップの向上」や「診療報酬の算定基準の改訂」などが必要という回答が多かった。さらに、強迫性障害、パニック障害および社交不安障害などの不安障害の疾患を診療報酬対象に加えることを希望する声が多かった。

研究協力者

田島美幸 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

大野裕 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

健所一覧に基づき、精神保健福祉センター 68 ヶ所、保健所 549 ヶ所を調査対象とした。

医療機関については、全国社会資源名簿および日本精神神経科診療所協会ホームページ掲載の診療所に基づき、病院 1868 カ所、診療所 1471 カ所を調査対象とした。

### A. 研究目的

本研究の目的は、本邦における認知療法・認知行動療法のニーズや施行の現況を調査することである。

### B. 研究方法

#### 1. 調査対象

行政機関（精神保健福祉センター、保健所）および、精神科医療機関（病院、クリニック）を調査対象とした。

行政機関については、厚生労働省ホームページ掲載の精神保健福祉センター一覧および全国保健所長会ホームページ掲載の保

### 2. 調査項目

行政機関の主な調査項目は、①認知療法・認知行動療法に関する問い合わせ状況、②うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者に対して紹介できる医療機関の充足度、③うつ病以外に診療報酬の対象になった方が良く考える疾患 等で構成した（詳細は資料 1 参照）。

また、医療機関の主な調査項目は、①うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者のニーズへの対応状況、②認知療法・認知行動療法の実施が充分でない場合の理由、③うつ病以外に診療報酬の対象になっ

た方が良い考える疾患 等で構成した（詳細は資料 2 参照）。

### 3. 調査方法

2014 年 10 月下旬に、行政機関 617 ヶ所（精神保健福祉センター 68 ヶ所、保健所 549 ヶ所）および、精神科医療機関 3339 ヶ所（病院 1868 ヶ所、クリニック 1471 ヶ所）に対して、本研究の趣旨を説明した送付状および調査項目（資料 1, 2）を背面印刷した返信用葉書を送付し、返送された結果を解析した。

### 4. 解析方法

統計解析ソフトウェア SPSS Statistics ver.22 にて解析を行った。

（倫理面への配慮）

疫学研究に関する倫理指針（文部科学省 厚生労働省）を参照した。本研究は、各行政、医療施設の実態に関する調査であり、患者への介入ならびに個人情報を取り扱う研究ではないことから、特に倫理的問題は生じないと考えられた。

## C. 研究結果

### 1. 行政機関の調査結果

#### (1) 調査対象施設の概要

行政機関 617 ヶ所に送付した結果、418 ヶ所から回答を得た（回答率は 67.9%）。施設の内訳は、精神保健福祉センター 58 ヶ所（13.9%）、保健所 358 ヶ所（85.6%）、回答なし 2 ヶ所（0.5%）であった（表 1）。調査対象施設の所在地は、表 2・図 1 の通りである。関東地域が 92 ヶ所（22.0%）と最も多く、続いて、九州地域が 58 ヶ所（13.9%）、中部地域が 54 ヶ所（12.9%）の順であった。

#### (2) 認知療法・認知行動療法に関する問い合わせ状況

「3 年前と比較して認知行動療法に関する問い合わせが増えていますか」という設問に対して、「変わらない」と回答したのは 306 ヶ所（73.2%）、「増えている」が 92 ヶ所（22.0%）、「減っている」が 10 ヶ所（2.4%）であった。調査対象施設所在地によって、問い合わせ状況にばらつきが認められた（ $\chi^2=62.79$ ,  $df=27$ ,  $p=0.000$ ）（表 4・図 2）。

#### (3) うつ病の認知療法・認知行動療法を紹介できる医療施設の充足度

「うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者さんを貴施設が紹介できる医療機関は充足していますか」という設問に対して、「不足している」と回答したのは 302 ヶ所（72.2%）、「どちらでもない」が 102 ヶ所（24.4%）、「充足している」が 7 ヶ所（1.7%）であった（表 5）。調査対象施設所在地によって、医療機関の充足度にばらつきが認められた（ $\chi^2=49.81$ ,  $df=27$ ,  $p=0.006$ ）（表 6・図 3）。

#### (4) 充足していない理由

充足していない理由（複数回答）としては、「実施可能な医療機関のリストの整備が不十分」が 222（53.1%）、「実施に見合う力量を持ったスタッフがいらない」が 140（33.5%）、「診療報酬上の実施が医師に限定」が 109（26.1%）等であった（表 7）。

#### (5) 診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患

今後、診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患（複数回答）については、強迫性障害が 242（57.9%）、パニック障害が 206（49.3%）、社交不安障害が 198（47.4%）等であった（表 8）。

## 2. 医療機関の調査結果

### (1) 調査対象施設の概要

医療機関 3,339 ケ所に送付した結果、1,360 ケ所から回答を得た。施設の内訳は、大学病院が 57 ケ所 (4.2%)、総合病院精神科が 148 ケ所 (10.9%)、単科精神病院が 466 ケ所 (34.3%)、精神科診療所が 631 ケ所 (46.4%)、その他が 52 ケ所 (3.8%)、無回答が 6 ケ所 (0.4%) であった。(表 9)。なお、回答率は 40.7% であった。

調査対象施設の所在地は、表 10・図 4 の通りである。関東地域が 359 ケ所 (26.4%) と最も多く、続いて、近畿地域が 263 ケ所 (19.3%)、九州地域が 181 ケ所 (13.3%) の順であった(表 10・図 4)。

### (2) うつ病の認知療法・認知行動療法のニーズへの対応

「貴施設では、うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者さんのニーズに对应されていますか」という設問に対して、「充分でない」と回答したのは 1,035 ケ所 (76.1%)、「どちらでもない」が 226 ケ所 (16.6%)、「充分に对应している」が 82 ケ所 (6.0%) であった(表 5)。調査対象施設所在地によって、ニーズへの対応状況にばらつきが認められた ( $\chi^2=45.32$ ,  $df=27$ ,  $p=0.015$ ) (表 12・図 5)。調査対象施設区分とニーズへの対応の関連では、「充分でない」と回答した割合が高いのは、総合病院精神科が 120 ケ所 (81.1%)、単科精神病院が 354 ケ所 (76.0%) 等であった ( $\chi^2=34.00$ ,  $df=15$ ,  $p=0.003$ ) (表 13・図 6)。

### (3) 充足していない理由

充足していない理由(複数回答)としては、「実施する時間が取れない」が 752 (55.3%)、「実施に見合う力量を持ったス

タッフがいない」が 663 (48.8%)、「診療報酬場の実施が医師に限定」が 538 (39.6%) であった(表 14)。

### (4) 診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患

今後、診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患(複数回答)については、強迫性障害が 807 (57.3%)、社交不安障害が 762 (56.0%)、パニック障害が 725 (53.3%) 等であった(表 15)。

## D. 考察

アンケートの回答率は、行政機関で 67.9%、医療機関で 40.7% と高かったことから、本結果は本邦の認知療法・認知行動療法のニーズや施行の現況を適正に反映していると考えられた。

行政機関に対する調査結果では、認知療法・認知行動療法の問い合わせ状況は、7割の機関が「3年前と比較して変わらない」と回答したが、「うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者へ紹介出来る医療施設が不足している」と感じている機関は 70% を超えていた。また、行政機関の約半数が、患者から認知療法・認知行動療法の問い合わせがあった際に活用できる「医療機関のリストの整備」を希望していた。

一方、医療機関に対する調査結果では、「認知療法・認知行動療法を希望する患者のニーズに充分に対応できていない」と感じている機関は 75% を超えていた。内訳では、大学病院や診療所は「ニーズに对应されている」と回答する機関が多かったものの、総合病院精神科の約 80%、単科精神病院の約 75% が不足を感じていた。充分にニーズに对应されない理由として、医療機関



の約半数が、「認知療法・認知行動療法を実施するための時間が取れない」ことを理由として挙げ、続いて、「実施に見合う力量を持ったスタッフがいない」「診療報酬の実施が医師に限定されている」等が理由に挙がっていた。この結果から、認知療法・認知行動療法を実施できるスタッフを増やすために関連の研修を充実させたり、診療報酬の算定基準を医師以外のスタッフに広げる等の改訂が必要であると思われた。

なお、うつ病以外の疾患では、強迫性障害、パニック障害および社交不安障害などの不安障害に関して、診療報酬化を希望する声が多かった。

本研究の限界点としては、認知療法、認知行動療法に関心のある施設が多く回答した可能性が否定できないこと、1施設につき1名の回答者を任意で選出してもらったため、回答者の主観が反映された可能性が否定できないことなどが挙げられる。

## E. 結論

認知療法・認知行動療法のニーズや施行の現況に関する調査では、「うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者に紹介できる医療施設が不足している」と感じている行政機関は70%を超え、「うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者のニーズに充分に対応できていない」と感じる医療機関は75%を超えていたことから、認知療法・認知行動療法を希望する患者のニーズに、充分に対応できていない現状が浮き彫りになった。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 1. 行政機関を対象としたアンケート調査結果

表 1 調査対象施設の概要

	度数	比率 (%)
精神保健福祉センター	58	13.9%
保健所	358	85.6%
回答なし	2	0.5%
合計	418	100.0%

表 2 調査対象施設の所在地

	度数	比率 (%)
北海道	27	6.5%
東北	44	10.5%
関東	92	22.0%
中部	54	12.9%
北陸	27	6.5%
近畿	54	12.9%
中国	36	8.6%
四国	24	5.7%
九州	58	13.9%
回答なし	2	0.5%
合計	418	100.0%

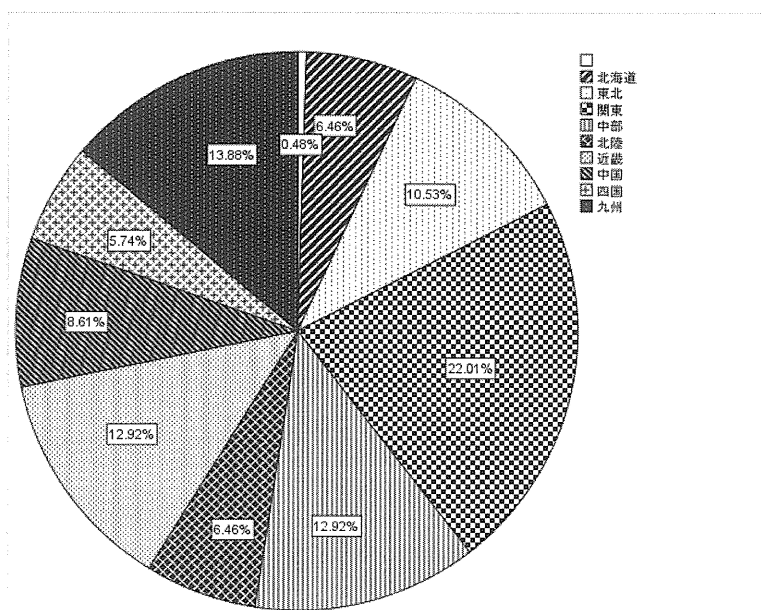


図 1 調査対象施設の所在地

表3 認知行動療法に関する問い合わせ状況

	度数	比率 (%)
増えている	92	22.0%
変わらない	306	73.2%
減っている	10	2.4%
回答なし	1	0.2%
合計	418	100.0%

表4 調査対象施設所在地と認知行動療法の問い合わせ状況の関連

		回答なし	増えている	変わらない	減っている	合計
北海道	度数	0	2	25	0	27
	比率 (%)	0.0%	7.4%	92.6%	0.0%	100.0%
東北	度数	1	3	40	0	44
	比率 (%)	2.3%	6.8%	90.9%	0.0%	100.0%
関東	度数	2	31	58	1	92
	比率 (%)	2.2%	33.7%	63.0%	1.1%	100.0%
中部	度数	1	12	36	5	54
	比率 (%)	1.9%	22.2%	66.7%	9.3%	100.0%
北陸	度数	0	6	20	1	27
	比率 (%)	0.0%	22.2%	74.1%	3.7%	100.0%
近畿	度数	2	16	35	1	54
	比率 (%)	3.7%	29.6%	64.8%	1.9%	100.0%
中国	度数	0	7	27	2	36
	比率 (%)	0.0%	19.4%	75.0%	5.6%	100.0%
四国	度数	0	6	18	0	24
	比率 (%)	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
九州	度数	3	9	46	0	58
	比率 (%)	5.2%	15.5%	79.3%	0.0%	100.0%
合計	度数	10	92	306	10	418
	比率 (%)	2.4%	22.0%	73.2%	2.4%	100%

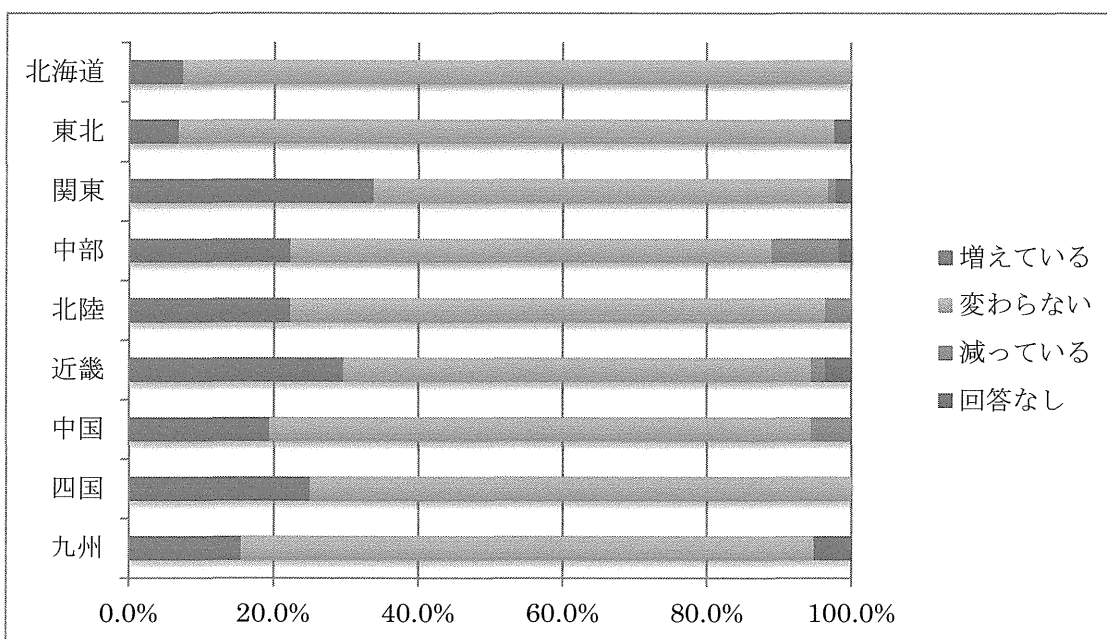


図2 調査対象施設所在地と認知行動療法の問い合わせ状況の関連

表5 認知行動療法を希望する患者へ紹介できる医療施設の充足度

	度数	比率 (%)
充足している	7	1.7%
どちらでもない	102	24.4%
不足している	302	72.2%
合計	418	100.0%

表6 調査対象施設所在地と認知行動療法を紹介できる医療施設の充足度の関連

		充足している	どちらでもない	不足している	回答なし	合計
北海道	度数	1	6	19	1	27
	比率 (%)	3.7%	22.2%	70.4%	3.7%	100.0%
東北	度数	0	13	31	0	44
	比率 (%)	0.0%	29.5%	70.5%	0.0%	100.0%
関東	度数	1	23	68	0	92
	比率 (%)	1.1%	25.0%	73.9%	0.0%	100.0%
中部	度数	1	13	39	1	54
	比率 (%)	1.9%	24.1%	72.2%	1.9%	100.0%
北陸	度数	0	4	23	0	27

	比率 (%)	0.0%	14.8%	85.2%	0.0%	100.0%
近畿	度数	2	8	43	1	54
	比率 (%)	3.7%	14.8%	79.6%	1.9%	100.0%
中国	度数	2	10	23	1	36
	比率 (%)	5.6%	27.8%	63.9%	2.8%	100.0%
四国	度数	0	7	17	0	24
	比率 (%)	0.0%	29.2%	70.8%	0.0%	100.0%
九州	度数	0	17	39	2	58
	比率 (%)	0.0%	29.3%	67.2%	3.4%	100.0%
合計	度数	7	102	302	7	418
	比率 (%)	1.7%	24.4%	72.2%	1.7%	100.0%

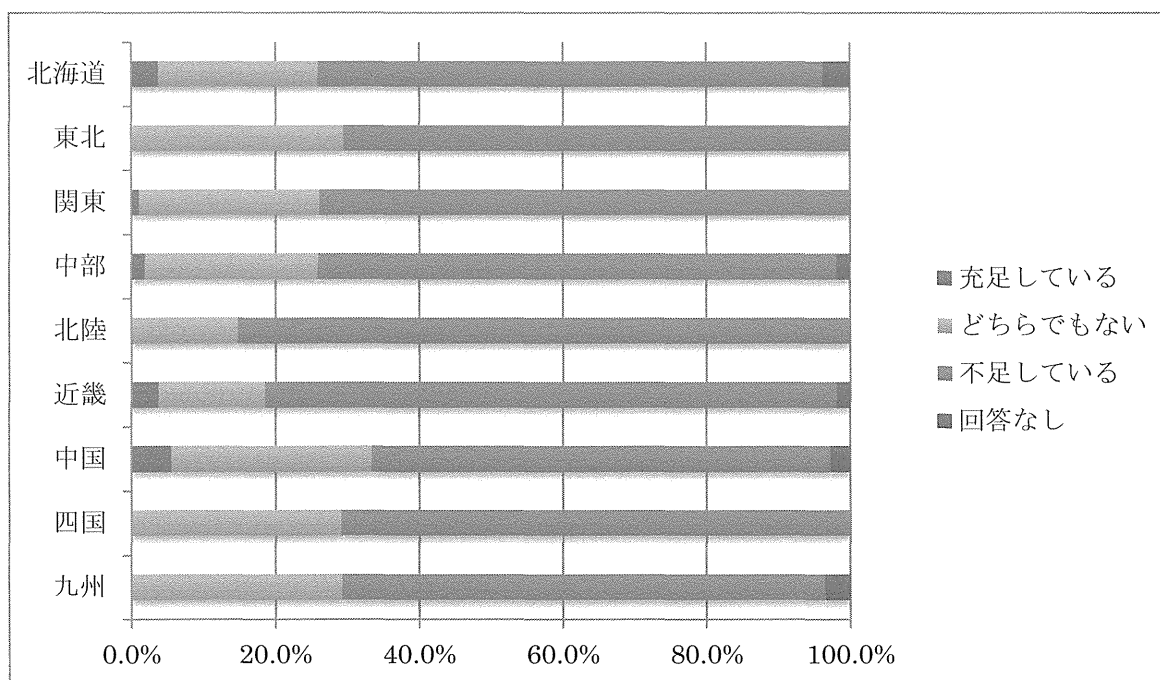


図3 調査対象施設所在地と認知行動療法を紹介できる医療施設の充足度の関連



表7 認知行動療法を紹介できる医療施設が充足していない理由（複数回答）

	該当あり		該当なし	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
診療報酬上の実施が医師に限定	109	26.1%	309	73.9%
実施に見合う力量を持ったスタッフがない	140	33.5%	278	66.5%
実施する時間が取れない	89	21.3%	329	78.7%
実施に見合う診療報酬額でない	70	16.7%	348	83.3%
医療スタッフに対する十分な研修の機会が無い	71	17.0%	347	83.0%
実施可能な医療機関のリストの整備が不十分	222	53.1%	196	46.9%
その他	47	11.2%	371	88.8%

表8 今後、診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患（複数回答）

	該当あり		該当なし	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
不眠症	28	6.7%	390	93.3%
強迫性障害	242	57.9%	175	42.1%
パニック障害	206	49.3%	212	50.7%
社交不安障害	198	47.4%	220	52.6%
トラウマ関連障害	95	22.7%	323	77.3%
物質使用障害	116	27.8%	302	72.2%
摂食障害	124	29.7%	294	70.3%
統合失調症	56	13.4%	362	86.6%
その他	19	4.5%	399	95.5%

## 2. 医療機関を対象としたアンケート調査結果

表9 調査対象施設の概要

	度数	比率 (%)
大学病院	57	4.2%
総合病院精神科	148	10.9%
単科精神病院	466	34.3%
精神科診療所	631	46.4%
その他	52	3.8%
無回答	6	0.4%
合計	1360	100.0%

表10 調査対象施設の所在地

	度数	比率 (%)
北海道	75	5.5%
東北	117	8.6%
関東	359	26.4%
中部	141	10.4%
北陸	41	3.0%
近畿	263	19.3%
中国	105	7.7%
四国	74	5.4%
九州	181	13.3%
無回答	4	0.4%
合計	1360	100.0%