

|                      |    |       |      |       |       |       |      |       |       |      |       |        |
|----------------------|----|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|--------|
|                      | なし | 度数    | 46   | 68    | 139   | 76    | 29   | 66    | 56    | 25   | 117   | 622    |
|                      |    | 比率(%) | 7.4% | 10.9% | 22.3% | 12.2% | 4.7% | 10.6% | 9.0%  | 4.0% | 18.8% | 100.0% |
| CBT のトレーニングや講習経験     | あり | 度数    | 22   | 12    | 51    | 21    | 13   | 41    | 21    | 13   | 42    | 236    |
|                      |    | 比率(%) | 9.3% | 5.1%  | 21.6% | 8.9%  | 5.5% | 17.4% | 8.9%  | 5.5% | 17.8% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 38   | 60    | 118   | 72    | 22   | 48    | 45    | 18   | 104   | 525    |
|                      |    | 比率(%) | 7.2% | 11.4% | 22.5% | 13.7% | 4.2% | 9.1%  | 8.6%  | 3.4% | 19.8% | 100.0% |
| CBT に関する書籍(専門書)の読書経験 | あり | 度数    | 43   | 38    | 119   | 52    | 24   | 61    | 36    | 22   | 98    | 493    |
|                      |    | 比率(%) | 8.7% | 7.7%  | 24.1% | 10.5% | 4.9% | 12.4% | 7.3%  | 4.5% | 19.9% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 17   | 34    | 50    | 40    | 11   | 29    | 30    | 9    | 49    | 269    |
|                      |    | 比率(%) | 6.3% | 12.6% | 18.6% | 14.9% | 4.1% | 10.8% | 11.2% | 3.3% | 18.2% | 100.0% |
| CBT トレーニングや講習ニーズ     | あり | 度数    | 55   | 66    | 158   | 78    | 32   | 80    | 56    | 30   | 136   | 691    |
|                      |    | 比率(%) | 8.0% | 9.6%  | 22.9% | 11.3% | 4.6% | 11.6% | 8.1%  | 4.3% | 19.7% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 4    | 6     | 9     | 14    | 3    | 9     | 10    | 1    | 9     | 65     |
|                      |    | 比率(%) | 6.2% | 9.2%  | 13.8% | 21.5% | 4.6% | 13.8% | 15.4% | 1.5% | 13.8% | 100.0% |
| CBT 実施ニーズ            | あり | 度数    | 52   | 64    | 146   | 73    | 30   | 75    | 58    | 28   | 125   | 651    |
|                      |    | 比率(%) | 8.0% | 9.8%  | 22.4% | 11.2% | 4.6% | 11.5% | 8.9%  | 4.3% | 19.2% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 38   | 60    | 118   | 72    | 22   | 48    | 45    | 18   | 104   | 525    |
|                      |    | 比率(%) | 7.2% | 11.4% | 22.5% | 13.7% | 4.2% | 9.1%  | 8.6%  | 3.4% | 19.8% | 100.0% |

表 6 認知行動療法の実施経験・トレーニング経験と施設種別のクロス集計

|              |    |    | 大学病院 | 総合病院<br>精神科 | 単科精神<br>科病院 | 精神科<br>診療所 | その他 | 総計  |
|--------------|----|----|------|-------------|-------------|------------|-----|-----|
| 個人 CBT の実施経験 | あり | 度数 | 4    | 21          | 67          | 8          | 5   | 105 |

|                      |    |       |      |       |       |      |      |        |
|----------------------|----|-------|------|-------|-------|------|------|--------|
|                      |    | 比率(%) | 3.8% | 20.0% | 63.8% | 7.6% | 4.8% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 8    | 72    | 506   | 44   | 24   | 654    |
|                      |    | 比率(%) | 1.2% | 11.0% | 77.4% | 6.7% | 3.7% | 100.0% |
| 集团 CBT の実施経験         | あり | 度数    | 9    | 16    | 91    | 13   | 7    | 136    |
|                      |    | 比率(%) | 6.6% | 11.8% | 66.9% | 9.6% | 5.1% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 3    | 77    | 481   | 39   | 22   | 622    |
|                      |    | 比率(%) | 0.5% | 12.4% | 77.3% | 6.3% | 3.5% | 100.0% |
| CBT のトレーニングや講習経験     | あり | 度数    | 8    | 32    | 169   | 21   | 7    | 237    |
|                      |    | 比率(%) | 3.4% | 13.5% | 71.3% | 8.9% | 3.0% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 4    | 61    | 406   | 31   | 22   | 524    |
|                      |    | 比率(%) | 0.8% | 11.6% | 77.5% | 5.9% | 4.2% | 100.0% |
| CBT に関する書籍(専門書)の読書経験 | あり | 度数    | 12   | 68    | 353   | 42   | 20   | 495    |
|                      |    | 比率(%) | 2.4% | 13.7% | 71.3% | 8.5% | 4.0% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 0    | 25    | 223   | 10   | 9    | 267    |
|                      |    | 比率(%) | 0.0% | 9.4%  | 83.5% | 3.7% | 3.4% | 100.0% |
| CBT トレーニングや講習ニーズ     | あり | 度数    | 11   | 84    | 521   | 50   | 26   | 692    |
|                      |    | 比率(%) | 1.6% | 12.1% | 75.3% | 7.2% | 3.8% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 1    | 8     | 50    | 2    | 3    | 64     |
|                      |    | 比率(%) | 1.6% | 12.5% | 78.1% | 3.1% | 4.7% | 100.0% |
| CBT 実施ニーズ            | あり | 度数    | 11   | 81    | 490   | 47   | 25   | 654    |
|                      |    | 比率(%) | 1.7% | 12.4% | 74.9% | 7.2% | 3.8% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 1    | 10    | 70    | 5    | 4    | 90     |
|                      |    | 比率(%) | 1.1% | 11.1% | 77.8% | 5.6% | 4.4% | 100.0% |

表 7 認知行動療法の実施状況・トレーニング状況と年代のクロス表

|                      |    |       | 20代   | 30代   | 40代   | 50代   | 60代  | 総計     |
|----------------------|----|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| 個人 CBT の実施経験         | あり | 度数    | 10    | 55    | 27    | 12    | 0    | 104    |
|                      |    | 比率(%) | 9.6%  | 52.9% | 26.0% | 11.5% | 0.0% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 61    | 290   | 228   | 64    | 7    | 650    |
|                      |    | 比率(%) | 9.4%  | 44.6% | 35.1% | 9.8%  | 1.1% | 100.0% |
| 集団 CBT の実施経験         | あり | 度数    | 12    | 67    | 46    | 10    | 1    | 136    |
|                      |    | 比率(%) | 8.8%  | 49.3% | 33.8% | 7.4%  | 0.7% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 59    | 276   | 210   | 66    | 6    | 617    |
|                      |    | 比率(%) | 9.6%  | 44.7% | 34.0% | 10.7% | 1.0% | 100.0% |
| CBT のトレーニングや講習経験     | あり | 度数    | 15    | 124   | 78    | 19    | 0    | 236    |
|                      |    | 比率(%) | 6.4%  | 52.5% | 33.1% | 8.1%  | 0.0% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 56    | 221   | 179   | 57    | 7    | 520    |
|                      |    | 比率(%) | 10.8% | 42.5% | 34.4% | 11.0% | 1.3% | 100.0% |
| CBT に関する書籍(専門書)の読書経験 | あり | 度数    | 46    | 222   | 164   | 53    | 5    | 490    |
|                      |    | 比率(%) | 9.4%  | 45.3% | 33.5% | 10.8% | 1.0% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 25    | 122   | 94    | 24    | 2    | 267    |
|                      |    | 比率(%) | 9.4%  | 45.7% | 35.2% | 9.0%  | .7%  | 100.0% |
| CBT トレーニングや講習ニーズ     | あり | 度数    | 64    | 318   | 231   | 68    | 6    | 687    |
|                      |    | 比率(%) | 9.3%  | 46.3% | 33.6% | 9.9%  | 0.9% | 100.0% |
|                      | なし | 度数    | 7     | 23    | 24    | 9     | 1    | 64     |
|                      |    | 比率(%) | 10.9% | 35.9% | 37.5% | 14.1% | 1.6% | 100.0% |
| CBT 実施ニーズ            | あり | 度数    | 65    | 301   | 216   | 59    | 6    | 647    |

|    |       |       |       |       |       |      |        |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
|    | 比率(%) | 10.0% | 46.5% | 33.4% | 9.1%  | 0.9% | 100.0% |
| なし | 度数    | 6     | 35    | 34    | 16    | 1    | 92     |
|    | 比率(%) | 6.5%  | 38.0% | 37.0% | 17.4% | 1.1% | 100.0% |

表 8 認知行動療法を実施したことがない理由

|                                |       | 該当あり  | 該当なし  | 回答なし | 合計     |
|--------------------------------|-------|-------|-------|------|--------|
| 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    | 度数    | 392   | 371   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 50.9% | 48.2% | 0.9% | 100.0% |
| 実施するための時間がとれない                 | 度数    | 235   | 528   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 30.5% | 68.6% | 0.9% | 100.0% |
| 患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない      | 度数    | 279   | 484   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 36.2% | 62.9% | 0.9% | 100.0% |
| CBT に関する研修の機会が充分にない            | 度数    | 260   | 503   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 33.8% | 65.3% | 0.9% | 100.0% |
| CBT に関する研修情報が手に入らない            | 度数    | 170   | 593   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 22.1% | 77.0% | 0.9% | 100.0% |
| CBT 実施時にスーパービジョン(指導)してくれる人がいない | 度数    | 254   | 509   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 33.0% | 66.1% | 0.9% | 100.0% |
| 個人 CBT の実施が(医療保険上)医師のみに限定されている | 度数    | 105   | 658   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 13.6% | 85.5% | 0.9% | 100.0% |
| 病院(経営陣)や職場の上司が CBT の必要性を感じていない | 度数    | 112   | 651   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 14.5% | 84.5% | 0.9% | 100.0% |
| その他                            | 度数    | 61    | 702   | 7    | 770    |
|                                | 比率(%) | 7.9%  | 91.2% | 0.9% | 100.0% |

資料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」  
**認知行動療法実施状況に関する調査【作業療法士用】**

下記の設問で該当するものに○を付けてご回答ください。

1. 貴施設の所在地をお教えてください  
 ①北海道 ②東北 ③関東 ④中部 ⑤北陸 ⑥近畿 ⑦中国 ⑧四国 ⑨九州
2. 貴施設の種類を教えてください  
 ①大学病院 ②総合病院精神科 ③単科精神科病院 ④精神科診療所  
 ⑤その他 ( )
3. 回答者の年代を教えてください  
 ①20代 ②30代 ③40代 ④50代 ⑤60代 ⑥それ以外 ( )

4. うつ病の認知行動療法（CBT）に関する以下の質問にお答えください

|   |                                    |    |     |
|---|------------------------------------|----|-----|
| 1 | これまでに個人 CBT を実施したことがありますか          | はい | いいえ |
| 2 | これまでに集団 CBT を実施したことがありますか          | はい | いいえ |
| 3 | これまでに CBT のトレーニングや講習を受けたことがありますか   | はい | いいえ |
| 4 | これまでに CBT に関する書籍（専門書）を読んだことがありますか  | はい | いいえ |
| 5 | 機会があれば CBT のトレーニングや講習を受けてみたいと思いますか | はい | いいえ |
| 6 | 機会があれば CBT を実施してみたいと思いますか          | はい | いいえ |

5. 上記4「1. これまでに個人 CBT を実施したことがありますか」で「いいえ」と回答した方にお尋ねします。その理由は何でしょうか（複数回答可）。

- ① 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
- ② 実施するための時間がとれない
- ③ 患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない
- ④ CBT に関する研修の機会が充分にない
- ⑤ CBT に関する研修がどこで実施されているのかわからない（情報がない）
- ⑥ CBT 実施時にスーパービジョン（指導）してくれる人がいない
- ⑦ 個人 CBT の実施が（医療保険上）医師のみに限定されている
- ⑧ 病院（経営陣）や職場の上司が CBT の必要性を感じていない
- ⑨ その他 ( )

～ご協力どうもありがとうございました～

資料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」

認知行動療法実施状況に関する調査 【精神保健福祉士用】

下記の設問で該当するものに○を付けてご回答ください。

5. 貴施設の所在地をお教えてください

- ①北海道 ②東北 ③関東 ④中部 ⑤北陸 ⑥近畿 ⑦中国 ⑧四国 ⑨九州

6. 貴施設の種類を教えてください

- ①大学病院 ②総合病院精神科 ③単科精神科病院 ④精神科診療所  
⑤その他 ( )

7. 回答者の年代を教えてください

- ①20代 ②30代 ③40代 ④50代 ⑤60代 ⑥それ以外 ( )

8. うつ病の認知行動療法 (CBT) に関する以下の質問にお答えください

|   |                                     |    |     |
|---|-------------------------------------|----|-----|
| 1 | これまでに個人 CBT を実施したことがありますか           | はい | いいえ |
| 2 | これまでに集団 CBT を実施したことがありますか           | はい | いいえ |
| 3 | これまでに CBT のトレーニングや講習を受けたことがありますか    | はい | いいえ |
| 4 | これまでに CBT に関する書籍 (専門書) を読んだことがありますか | はい | いいえ |
| 5 | 機会があれば CBT のトレーニングや講習を受けてみたいと思いますか  | はい | いいえ |
| 6 | 機会があれば CBT を実施してみたいと思いますか           | はい | いいえ |

5. 上記4「1. これまでに個人 CBT を実施したことがありますか」で「いいえ」と回答した方にお尋ねします。その理由は何でしょうか (複数回答可)。

- ⑩ 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  
⑪ 実施するための時間がとれない  
⑫ 患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない  
⑬ CBT に関する研修の機会が充分にない  
⑭ CBT に関する研修がどこで実施されているのかわからない (情報が無い)  
⑮ CBT 実施時にスーパービジョン (指導) してくれる人がいない  
⑯ 個人 CBT の実施が (医療保険上) 医師のみに限定されている  
⑰ 病院 (経営陣) や職場の上司が CBT の必要性を感じていない  
⑱ その他 ( )

～ご協力どうもありがとうございました～

# 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：厚生省研修事業の成果の分析から

研究分担者 藤澤大介 慶應義塾大学医学部精神・神経科

**研究要旨** 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。厚生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行動療法の実践経験は、実際の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(心理職)とで成績に有意な差は認めなかった。

## 研究協力者

大野裕、田島美幸、菊地俊暁、中川敦夫、佐渡充洋

## A. 研究背景と目的

臨床効果のある認知行動療法の実施には、治療者の習熟が重要である。2011年から開始されている厚生労働省認知療法・認知行動療法研修事業のサンプルを用いて、同研修の教育効果を検証することが本研究の目的である。

## B. 研究方法

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登録を開始した(表1)。

| rater   | scale                | Session number |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|---------|----------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
|         |                      | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Patient | BDI/QIDS-SR          | ○              | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |
|         | Therapy satisfaction |                |   |   | ○ |   |   |   |   | ○ |    |    |    |    |    |    |    |
|         | UE-ATR checklist     |                |   |   | ○ |   |   |   |   | ○ |    |    |    |    |    |    |    |
| SVee    | patients' background | ○              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Center  | CTRS                 |                |   |   | ○ |   |   |   |   | ○ |    |    |    |    |    |    |    |
|         | UE-ATR checklist     |                |   |   | ○ |   |   |   |   | ○ |    |    |    |    |    |    |    |

BDI: Beck Depression Inventory ベックうつ病尺度、CTRS: Cognitive Therapy Rating Scale 認知療法尺度、QIDS-SR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology 簡易抑うつ症状尺度、UE-ATR checklist: Unwanted events/Adverse Therapy Reaction 副作用チェックリスト、Therapy satisfaction 治療満足度  
表1. 評価項目

主評価項目は、認知行動療法の第4、第10セッションにおける認知療法尺度 Cognitive Therapy Scale (CTRS) の総得点である。CTRSは、認知療法の構造や進め方に関する11項目の評価尺度で、国際認知療法協会 Academy of

Cognitive Therapy (ACT) の基準では40/66点が合格点とされている。

本研究でのCTRSは、4人のACTの認定評価者のうち、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。

## C. 結果

### (1) 参加者背景

2015.1.21までの時点で48人の認知行動療法治療者(研修生)が登録された。

参加者の背景は平均年齢41.8歳(SD=8.6)、精神科実経験年数平均9.6年(SD=6.7)、医師が44人、それ以外が4人(心理職)であった。約80%が認知行動療法を未経験であった。

2015.1.21までに第4、第10セッション両方の評価を受けた参加者は48人中33人(残り15人はスーパービジョン進行中)で、第1例目のスーパービジョン受講者が24人、第2例目のスーパービジョン受講者が9人であった。

### (2) CTRS 総合点

CTRS総合点の平均点は

第1例スーパービジョン受講者

- ・第4セッション: 25.3点(SD=6.9)
- ・第10セッション: 27.6点(SD=6.0)

第2例スーパービジョン受講者

- ・第4セッション: 33.2点(SD=7.0)
- ・第10セッション: 35.8点(SD=3.6)

であった(図1)。

第4-第10セッション間に有意な差は認めなかった。

CTRS総合点が40点以上であった参加者

は、第1例スーパービジョンで24名中1人（第4セッション）、第2例スーパービジョンで9人中2人（第10セッション）であった。

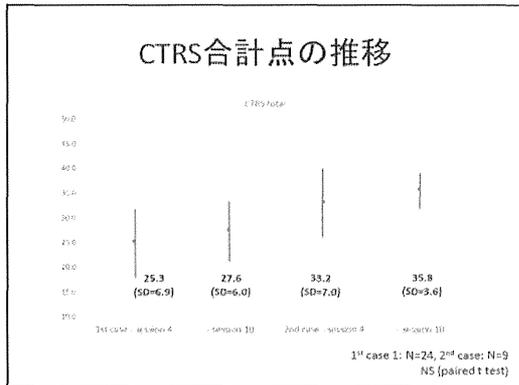


図1. CTRSの点数分布

(3) CTRSの各項目

CTRSの各項目は項目によって1.6~3.6（第1例第4セッション）、2.8~4.0（第2例第4セッション）とばらつきがあったが、セッションの進行につれて上昇する傾向にあった（表2）。

|                    | 1st case - session 4 | 1st case - session 10 | 2nd case - session 4 | 2nd case - session 10 |
|--------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| 1 agenda           | 1.8                  | 2.3                   | 2.4                  | 2.9                   |
| 2 feedback         | 2.7                  | 2.8                   | 3.3                  | 3.7                   |
| 3 understanding    | 2.6                  | 2.7                   | 3.5                  | 3.6                   |
| 4 interpersonal    | 3.6                  | 3.6                   | 4.1                  | 4.0                   |
| 5 collaboration    | 2.4                  | 2.8                   | 3.2                  | 3.6                   |
| 6 pacing           | 2.5                  | 2.6                   | 2.8                  | 3.3                   |
| 7 guided discovery | 1.9                  | 2.2                   | 2.8                  | 3.2                   |
| 8 focusing         | 1.6                  | 2.2                   | 2.9                  | 3.1                   |
| 9 strategies       | 1.8                  | 2.3                   | 2.9                  | 2.8                   |
| 10 CBT skills      | 2.2                  | 2.0                   | 2.7                  | 2.7                   |
| 11 homework        | 2.1                  | 2.2                   | 2.5                  | 2.9                   |
| CTRS total         | 25.3                 | 27.6                  | 33.2                 | 35.8                  |

表2. CTRS各項目の推移

(4) 治療者特性と能力の関係

治療者背景が明らかになっている29例において、治療者特性とCTRSの総合点との相関を検証したところ、精神科臨床歴と第4セッションのCTRSとの間に弱い正の相関を認めた（Spearman's rho = 0.37, p<0.05 : 図2）。

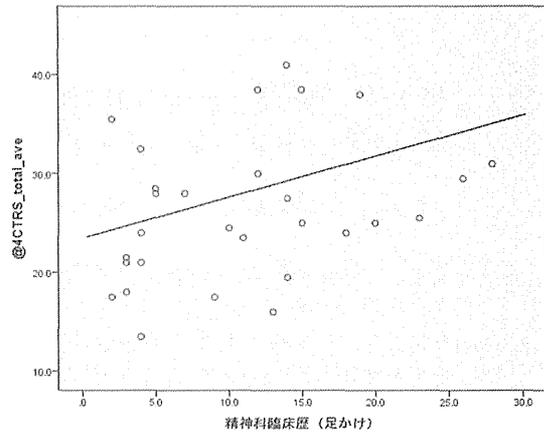


図2.精神科臨床歴と第4セッションCTRS

しかし、その他の治療者特性（年齢、性別、医師かそれ以外の職種か、過去の認知行動療法の治療経験（自己申告）との相関は認めなかった（図3）。

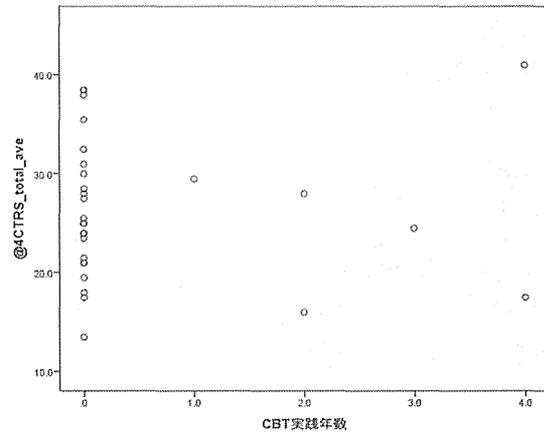


図3.(自称)認知行動療法実践年数とCTRS

第10セッションのCTRSとは有意な相関を認めた因子はなかった。

医師44人とそれ以外の職種（心理職）4人のCTRS合計点は、それぞれ27.9点（SD=7.0）、27.1点（8.8）であり、有意な差を認めなかった（対応のないt検定；p=0.87）。

(5) CTRSの評価者間一致度

4人の評価者のうち2人ずつが独立して評価CTRSの評価者の評価者間一致度（Intra class correlation）は、CTRS総合点で0.86（95%信頼区間0.76-0.93）、CTRS各項目で0.42~0.84と良好であった。

D. 考察

独立した2人の評価者による認知行動療法の治療の質を評価するシステムを始動し、良好な実施可能性と、評価の信頼性が示された。

治療の質を評価する CTRS 総合点が ACT の合格基準である 40 点に達する参加者は少数で、十分な技術の獲得には至っていない。しかし、CTRS は第 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。

ただし、第 1 例と第 2 例のスーパービジョンの両方の評価を受けた参加者がまだおらず、個人内の技術向上の実証はないこと、対照群をおいていないことから CTRS の変化が研修の効果であるかどうか実証がないことは、本研究の限界である。

治療者特性と認知行動療法の実施能力は精神科臨床経験年数と第 4 セッションの CTRS で相関を認めたが、これは、精神科経験が豊富な治療者の方が、認知行動療法そのものに長じているというよりも、認知行動療法の技術に含まれる患者との一般的な関係性の構築に相対的に長けていることによると考えられた。この相関は、第 10 セッションでは失われ、全般的にみると、今回測定可能であった治療者特性の中で、認知行動療法の技術に大きく関連する要素は見いだせなかった。

今後は、症例を蓄積して、

①第 1 例と第 2 例のスーパービジョンの両方の評価を受ける参加者のデータを解析することで 2 例のスーパービジョンによる個人内の技術向上度を評価する

②治療者の研修開始前背景と技術習得の関連度を評価する

③認知行動療法の質と患者アウトカムの関連度を評価する

ことが課題にあげられる。

## E. 結論

録音と IT を用い、独立した二人のスーパーバイザーによる認知行動療法の評価の実施可能性が示された。

登録例が少ないために確定的なことは言えないものの、スーパービジョンを伴う研修によって認知行動療法の能力が向上する可能性が示唆された。他方、スーパービジョン下での 1 例程度の研修では、国際的に必要とされている能力に達しないことが示唆された。また、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行動療法の実践経験は、実際の認知行動療法能力向上につながっていないことが示唆された。

この研修体制における医師と医師以外の職種による能力は統計的に明らかな差を認めなかった。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1. 藤澤大介. 認知行動療法の進歩と将来. 精神科治療学 30(1),75-80, 2015
2. Nakagawa A, Sado M, Mitsuda D, Fujisawa D, Kikuchi T, Abe T, Sato Y, Iwashita S, Masaru M, Ono Y. Effectiveness of Cognitive behavioral therapy Augmentation in Major depression treatment (ECAM study): study protocol for a randomized clinical trial. BMJ Open 2014 Oct 21;4(10):e006359. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006359.
3. 藤澤大介. 喪失の問題を抱えた患者への対応. がん看護 19(4), 366-370
4. 藤澤大介、大野裕、Narasappa Kumaraswamy, Tulio Scrimali, Robert J Meyers, Donna M Sudak. 認知行動療法の教育と研修: 質の良い治療者育成のために. 認知療法研究 7(2), 105-114, 2014
5. 鈴木伸一、藤澤大介、尾形明子、小林清香、五十嵐友里. 身体疾患のメンタルケアに活かす認知行動療法の発想とテクニック. 認知療法研究 7(2), 124-133, 2014
6. 藤澤大介. 緩和ケア領域における不安へのアプローチ. 不安障害研究 5(2), 1-9, 2014
7. 大野裕、古川壽亮、藤澤大介、中川敦夫、菊地俊暁、佐渡光洋、堀越 勝、田島美幸. 厚生労働省の研修事業. 認知療法研究 7(1), 9-17, 2014
8. 宮島加耶、藤澤大介. DSM-5 において新しく提示された疾患概念や評価法をどう理解するかー死別反応の除外、悲嘆. 精神科 24(1), 43-48, 2014
9. 藤澤大介. うつ病の認知行動療法一成り立ちと魅力. 保健の科学 56(2), 76-80, 2014 査読無
10. 加藤隆弘, 大塚耕太郎, 鈴木友理子, 藤澤大介, 佐藤玲子, 青山久美, 橋本直樹, 鈴木志麻子, 神庭重信. こころの応急対応(メンタルヘルス・ファーストエイド) 日常臨床場面における、うつ病の早期介入と自殺予防. 臨牀と研究 91(2), 289-294, 2014

### F2. 学会発表

1. Fujisawa D, K. Miyajima, K. Yoshimura, M. Ito, S. Nakajima, J. Shirahase, M. Mimura, M. Miyashita Association between Quality of End-of-Life Care and Complicated Grief among Bereaved Family. 4<sup>th</sup> Asia-Pacific Psycho-Oncology Network. 2014.11.20 (Taipei, Taiwan)
2. Fujisawa D, Umezawa S, Fujimori M, Miyashita M. Who are at risk for cancer-related stigma? 16<sup>th</sup> World Congress of Psycho-oncology, Lisbon, Portugal, 2014.10.20-24

# 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

研究分担者 菊地俊暁 杏林大学医学部精神神経科学教室講師

## 研究要旨

認知行動療法 (CBT) における有効性の検証は行われているが、有害事象については十分に検討されていない。平成 25 年度の本事業において、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。

## A. 研究背景と目的

本邦において、うつ病のみならず、不安障害や統合失調症など、さまざまな疾患に対する認知行動療法 (以下 CBT) の有用性が認識されてきている [1-6]。さらにはダイエットや産業医学分野など、精神科領域にとどまらずに活用されている [7, 8]。そして個々の報告により、その有効性については一定以上の効果が確保されていると考えられる。

しかし、一方で有害事象ないし副作用については十分な報告がなされているとは言い難いのが現状である。その背景には、精神療法の副作用を適切に評価するための基準や評価尺度が乏しいということが挙げられ、そのため平成 25 年度の本事業において CBT 副作用評価ツールを作成した。本年度はその評価ツールを用い、副作用を評価し、また治療者の背景がどの程度影響を及ぼすかについて検証した。

## B. 研究方法

### 1) 副作用データの収集

一般社団法人認知行動療法研修開発センター (東京都新宿区) (以下 CBTT) の協力を得て、同センターが行っている研修事業の評価に昨年開発した CBT 副作用評価ツールを使用してもらい、治療者の背景情報と治療効果についても提供を受けた。

### 2) 対象者

2014 年 10 月より 2015 年 2 月までの期間、CBTT が実施している研修事業に参加し、かつうつ病性障害と診断された患者に対して厚生労働省のマニュアル (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>) に基いた、1 回 40-50 分、計 16 回の CBT を行っている、医師、心理士、看護師計 18 名の治療者を対象とした。

### 3) 評価方法と評価時期

治療者の背景情報については、CBT 実施前のアンケート調査から抽出した。また、治療効果と

副作用については、担当患者をそれぞれの治療者が評価し、その報告から抽出した。さらに、治療が適切に行われているかを客観的に評価するため、第三者の評価者が面接を評定した。

背景情報としては、年齢や性別、精神科臨床経験、認知行動療法の経験および実施例数について確認した。副作用の評価には CBT 副作用評価ツールを用い、治療効果についてはベックうつ病評価尺度 (BDI) [9] と自己記入式簡易版うつ病評価尺度 (QIDS-SR) ([http://www.ids-qids.org/translations/japanese/japanese\\_QIDS\\_SR.pdf](http://www.ids-qids.org/translations/japanese/japanese_QIDS_SR.pdf)) を使用した。また、客観的指標として、認知療法評価尺度 (CTRS) ([http://www.beckinstitute.org/SiteData/docs/CTRS122011/338812377f0513fe/CTRS%2012-2011\\_portrait.pdf](http://www.beckinstitute.org/SiteData/docs/CTRS122011/338812377f0513fe/CTRS%2012-2011_portrait.pdf)) を用いて CBT の熟達度について評価した。

CBT 副作用評価ツールについては、添付資料のように、有害事象を気分症状、身体症状、認知機能の変化、行動上の変化、環境の変化、の 5 つに分類し、それぞれがどの技法によってもたらされたものかを検討し、その重症度ならびに治療における必要性や不可避性を検証している。

BDI は自記式のうつ病評価尺度であり、21 項目、各 0-3 点の 4 段階で評価する。合計 0-63 点であり、高ければ高いほど重症であると考えられる。QIDS-SR は同様に自記式のうつ病評価尺度であり、16 項目、各 0-3 点の 4 段階で評価する。9 つの領域に分けられ、合計 0-27 点、点数が重症度を表している。

CTRS は、CBT の熟達度を評価するために開発された尺度であり、11 項目、各 0-6 点、計 0-66 点で評価される。40 点以上が習熟した治療者とみなされる。本評価は、Academy of Cognitive Therapy (米国、フィラデルフィア) の認定を受けた評価者が、セッションの録音と治療サマリーを基に評価を行っている。

評価の時期については、表 1 のとおり、第 4 週と 10 週で全評価を行っている。

### 4) 副作用および有害事象の定義

本研究では、有害事象 (adverse event) を、CBT

との関係を問わず治療期間に生じた全ての事象とし、そのうち CBT との関係が否定できないものについて副作用 (side effect もしくは adverse treatment reaction) と語彙を統一して使用することとした。本定義はこれまでの報告から最も妥当と考えられるものを参照した[10]。

### C. 結果

CBT の第 4 セッションを終了し、副作用の評価を行った治療者は計 18 名であった。同様に、10 セッションを終了し、評価した治療者は 6 名であった。結果、合計 18 名によるのべ 24 評価が行われた。

有害事象と考えられる事象は、3 名から計 5 領域で事象が報告された (20.8%)。全てが 4 回目で報告され、10 回目では 0 事象であった。

そのうち、2 名から報告された 2 事象は、治療と関係なく生じたと評価された。内容としては、過量服薬および外的要因によって生じたものが 1 事象、CBT 開始直前の抗うつ薬減量により出現したと判断されたものが 1 事象であった。内容としても妥当であり、結果、副作用としては残りの 1 名から報告された 3 領域の事象 (12.5%) と判断された。

事象の内容については、表 2 に示した通りである。全て中等度であり、重大な事態には至らなかった。原因を治療者の技量不足であると同時に、不可避であったとも評価している。また、症例の概念化もしくは問題領域のリスト作成の段階であり、患者に問題を直面化させてしまったことが原因と考えられる。

その他の治療者については、特に有害事象ならびに副作用は生じなかったと考えられる。

背景情報との関連については、治療者 1 名であり、個人が特定される可能性が否定できないため詳細に記述することは避けるが、精神科経験年数、CBT 経験症例数、および CTRS の評価のいずれも平均よりも少ない状態であった。ただし、同治療者においては、第 10 セッションでは有害事象は認められず、適切に改善をすることができたと判断される。

### D. 考察

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。これまでのところ概ね安全に CBT が施行されていることが確認されたとと言える。

### E. 研究発表

#### E1. 論文発表

1. Nakagawa A, Sado M, Mitsuda D, Fujisawa D, Kikuchi T, Abe T, Sato Y, Iwashita S, Mimura M, Ono Y. Effectiveness of cognitive behavioural therapy augmentation in major depression treatment (ECAM study): study protocol for a randomised clinical trial. *BMJ Open*. 2014 Oct 21;4(10)
2. Miller JM, Schneck N, Siegle GJ, Chen Y, Ogden RT, Kikuchi T, Oquendo MA, Mann JJ, Parsey RV. fMRI response to negative words and SSRI treatment outcome in major depressive disorder: a preliminary study. *Psychiatry Res*. 2013 Dec 30;214(3):296-305. Erratum in: *Psychiatry Res*. 2014 Jun 30;222(3):173-5.
3. 菊地 俊暁：治療関係と薬物療法—薬物療法を受ける患者の気持ちとは：精神神経学雑誌 116 巻 9 号 Page752-757(2014.09)
4. 菊地 俊暁, 今中 雄一, 堀越 勝, 宗 未来, 牛島 洋景：精神療法のクオリティコントロールについて：認知療法研究 7 巻 2 号 Page159-167(2014.08)
5. 渡邊 衡一郎, 菊地 俊暁：改めて注目すべき向精神薬の副作用 Update 気分安定薬、抗うつ薬、抗精神病薬に焦点をあてて：精神神経学雑誌 116 巻 4 号 Page323-331(2014.04)
6. 大野 裕, 古川 壽亮, 藤澤 大介, 中川 敦夫, 菊地 俊暁, 佐渡 光洋, 堀越 勝, 田島 美幸：認知行動療法の研修体制—厚生労働省の研修事業：認知療法研究 7 巻 1 号 Page9-17(2014.02)
7. 菊地 俊暁：抗うつ効果の予測と最適な薬物選択-実用的マーカーの探索—fMRI を用いた抗うつ薬の治療反応予測について：臨床精神薬理 17 巻 2 号 Page211-215(2014.02)

#### E2. 学会発表

1. シンポジウム (指定発言)：レギュラトリーサイエンス：第 24 回日本臨床精神神経薬理学会、2014 年 10 月、名古屋
2. シンポジウム：薬物療法を受ける患者の気持ち：第 110 回日本精神神経学会総会、2014 年 6 月、横浜
3. シンポジウム：インターネットを用いた精神療法のスーパービジョン：第 110 回日本精神神経学会総会、2014 年 6 月、横浜
4. シンポジウム：うつ病治療における脳画像：第 110 回日本精神神経学会総会、2014 年 6 月、横浜

## 参考文献

1. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, Niederehe G, Thase ME, Lavori PW, Lebowitz BD *et al*: **Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report.** *Am J Psychiatry* 2006, **163**(11):1905-1917.
2. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Young PR, Haman KL, Freeman BB *et al*: **Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression.** *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(4):417-422.
3. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Gladis MM, Brown LL *et al*: **Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression.** *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(4):409-416.
4. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA: **Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators.** *J Psychiatr Res* 2013, **47**(1):33-41.
5. Otte C: **Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence.** *Dialogues Clin Neurosci* 2011, **13**(4):413-421.
6. Sarin F, Wallin L: **Cognitive model and cognitive behavior therapy for schizophrenia: an overview.** *Nord J Psychiatry* 2014, **68**(3):145-153.
7. Masheb RM, Grilo CM, Rolls BJ: **A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: low-energy-density dietary counseling and cognitive-behavioral therapy.** *Behav Res Ther* 2011, **49**(12):821-829.
8. Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, Kadota M, Sasaki M, Sekiya Y, Hosogoshi H, Kashimura M, Asano K, Terashima H *et al*: **Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial.** *PLoS One* 2012, **7**(4):e35330.
9. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W: **Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients.** *J Pers Assess* 1996, **67**(3):588-597.
10. Linden M: **How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions.** *Clin Psychol Psychother* 2013, **20**(4):286-296.

|         |       | 0週 | 1-3週 | 4週 | 5-9週 | 10週 | 11-15週 | 16週 |
|---------|-------|----|------|----|------|-----|--------|-----|
| 患者評価    | QIDS  | ○  | ○    | ○  | ○    | ○   | ○      | ○   |
|         | BDI   | ○  |      |    |      |     |        | ○   |
| 治療者評価   | 副作用評価 |    |      | ○  |      | ○   |        |     |
| CTRS評価者 | CTRS  |    |      | ○  |      | ○   |        |     |

表1 評価尺度とその評価時期

| 領域   | 内容                   | 重症度           | 関係した治療技法                  | 治療における必要性・不可避性                |
|------|----------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| 1 気分 | 不安・抑うつ<br>入眠困難       | 中等度で、苦痛をともなった | その他(問題領域リストの作成)           | 避けられない事象だった<br>治療者の技量不足により生じた |
| 2 身体 | 倦怠感<br>動悸<br>めまい     | 中等度で、苦痛をともなった | 症例の概念化<br>その他(問題領域リストの作成) | 避けられない事象だった<br>治療者の技量不足により生じた |
| 3 行動 | 自宅への引きこもり<br>対人接触の回避 | 中等度で、苦痛をともなった | 症例の概念化<br>その他(問題領域リストの作成) | 避けられない事象だった<br>治療者の技量不足により生じた |

表2 副作用評価の内容

## 第4回目評価\_治療者 (SVee)

### 1. 第4回目評価\_治療者 (SVee) : 副作用の有無



第4回目の認知行動療法が終了した後にご記入ください。実施中の患者様に副作用が生じたかどうかを確認していきます。なお、第1回目から4回目までのすべてのセッションを対象とした評価となります。例えば2回目に有害事象が出ていた場合でも記入をしてください。

ご回答につきどうぞよろしくお願いいたします。

\* 1. 評価者のお名前をご記入ください

\* 2. 患者様のお名前もしくはIDをご記入ください

\* 3. 現在治療中の患者様に、何らかの有害事象が生じましたか？

(\*ここでいう有害事象とは、治療との関係の有無は別として、患者様の気分や身体、行動、認知機能、環境などの悪化が見られた場合を指します。)

- はい
- いいえ
- その他(具体的に)

## 第4回目評価\_治療者 (SVee)

### 2. 有害事象 気分症状



患者様に有害事象が見られたと回答された方に質問です。

\* 4. 気分の症状(抑うつや不安、イライラ、焦燥感など、感情面の症状)が悪化しましたか？

- はい
- いいえ
- その他(具体的に)

5. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

6. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

7. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？ (複数回答可)

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他 (具体的に)

8. それは次のうちどれに当てはまりますか？ (複数回答可)

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他 (具体的に)

## 第4回目評価\_治療者 (SVee)

### 3. 有害事象 身体症状について

50%

\* 9. 身体の症状（頭痛などの痛みや倦怠感、胃腸症状、神経症状、睡眠、食欲などのからだの症状）が悪化しましたか？

- はい
- いいえ
- その他（具体的に）

10. （はいと回答された方は）具体的にはどのような症状でしたか？

11. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

12. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？（複数回答可）

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション

曝露技法

その他 (具体的に)

13. それは次のうちどれに当てはまりますか？ (複数回答可)

避けられない事象だった

治療上必要な事象だった

治療者の技量不足により生じた事象だった

その他 (具体的に)

## 第4回目評価\_治療者 (SVee)

### 4. 有害事象 行動



\* 14. 行動面での変化 (回避行動や、暴力や違法薬物の使用、暴飲暴食、脱抑制による行為、遁走などの問題行動) は見られましたか？

はい

いいえ

その他 (具体的に)

15. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

16. それはどの程度の症状でしたか？

軽症で、ほとんど問題はなかった

中等度で、苦痛をともなった

重症で、何かしらの対応が必要だった

とても重症で、何らかの悪い影響が持続した

きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

17. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？（複数回答可）

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
  
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他 (具体的に)

18. それは次のうちどれに当てはまりますか？（複数回答可）

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他 (具体的に)

## 第4回目評価\_治療者 (SVee)

### 5. 有害事象 認知機能



\* 19. 認知機能の変化（集中力の低下や健忘、解離、思考制止などの認知機能の悪化）は見られましたか？

- はい
- いいえ
- その他 (具体的に)

20. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

21. それほどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

22. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？ (複数回答可)

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他 (具体的に)

23. それは次のうちどれに当てはまりますか？ (複数回答可)

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他 (具体的に)

## 第4回目評価\_治療者 (SVee)

### 6. 有害事象 環境



\* 24. 環境面の変化（家族や職場における人間関係の悪化や、職や学業など社会的立場の喪失、治療関係の悪化なども含む）は見られましたか？

- はい
- いいえ
- その他（具体的に）

25. （はいと回答された方は）具体的にはどのような症状でしたか？

26. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

27. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？（複数回答可）

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
  
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法