

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

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

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 昨年度の本研究班で構築した、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において、症例を蓄積して解析を行った。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認知療法尺度 Cognitive Therapy Rating Scale(CTRS)の総得点は第 4、第 10 セッションでそれぞれ平均点が 27.5、29.5 点であり、第 1 例に目指す点数として CTRS=30 点が提案された。過去の認知行動療法の経験は初期（第 4）セッションとは弱い相関を認めたものの、後半（第 10）のセッションでは相関は消失していたことから、この研修は治療者背景に依らず一定の効果をもたらすことが示唆された。医師とそれ以外の職種とで成績に有意な差は認めなかった。

A. 研究背景と目的

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

(1) 評価システムの構築

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 2013 年度に構築し、2014 年度より登録を開始した（表 1）。

rater	scales	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

(2) 対象

対象者は、厚生労働省認知療法・認知行動療法研修事業に参加し、2014 年 4 月から 2016.1 月末日までにスーパービジョンを受講・終了した治療者であった。

また、本研修を過去に受講した治療者の一部がスーパーバイザーとしての研修の一環として、同じ形式で第 2 回目のスーパービジョンを受けたので、参考値として解析対象とした。

(3) 評価

各治療者は表 1 に既述した評価を受けた。本研究での主評価項目は第 4、第 10 セッションにおける認知療法尺度 Cognitive Therapy Scale(CTRS)の総得点であった。

CTRS はセッションの録音・録画・陪席のいずれかに基づいて認知行動療法の質を評価する 11 項目の評価尺度である。各項目を 0-6 点で評価し 66 点満点である。国際認知療法協会 Academy of Cognitive Therapy (ACT) では、任意のセッションで 40/66 点以上を得点することが認定基準の一つとしている。精神療法の基礎能力を評価する Part I (第 1~6 項) と、認知行動療法に特異的なスキルを評価する Part II (第 7~11 項) の 2 つの下位尺度からなる（図 1）。

認知療法尺度(CTRS)の項目

I. 基本的な治療スキル	II. 概念化、方略、技術
1. アジェンダの設定	7. 誘導による発見
2. フィードバック	8. 重要な認知または行動への焦点づけ
3. 理解力	9. 変化に向けた方略
4. 対人能力	10. 認知行動的技法の実施
5. 共同作業	11. ホームワーク
6. ベース調整および時間の有効使用	

0	1	2	3	4	5	6
劣悪	不十分	並み	妥当	よい	非常によい	素晴らしい

図 1. 認知療法尺度

本研究において CTRS は、4 人の国際認知療法協会認定評価者が、2 人ずつ独立に評価し、照合の後に最終判定とした。

### C. 結果

#### (1) 参加者背景

2014年4月から2016.1月末日までにスーパービジョンを終了した認知行動療法治療者(研修生)は70人であった。参加者の背景は、平均年齢40.1歳(SD=9.1)、男性46人(65.7%)、女性24人(34.3%)、医師64人(91.4%)(うち精神科医62人)、心理士2人、看護師3人、作業療法士1人であった。

精神科実経験年数平均9.7年(SD=7.5)、本研修受講以前の認知行動療法実践年数は平均0.6年(SD=1.4)、認知行動療法実施症例数は平均1.1症例(SD=2.6)であった。参加者の約70%が認知行動療法を未経験であった。

#### (2) 治療完遂率

70人中5人は第9セッション以前に治療が早期終了(脱落)となった。残りの65人(完遂群)が第4・第10セッションの評価を受けた。

脱落群は医師64人中4人(精神科医)、その他の職種で6人中1人であった。完遂群と比較して脱落群は臨床経験年数が有意に高かった(10.3年 vs 19.4年; ノンパラメトリック検定:  $p < 0.05$ )。他の背景因子や臨床因子(認知療法の知識に関するCognitive Therapy Awareness Scale (CTAS)の得点や、第4セッションCTRS得点(総得点、Part I, II得点、各項目得点))に有意差を認めなかった。CTRS総得点は完遂群27.5点(SD=6.7)、脱落群30.0点(SD=3.4)。

#### (3) CTRS 総得点

第4、第10両セッションの評価を受けた65人のCTRS総合点の分布を図2、3に示す。各平均点は下記のとおりで、第10セッション。有意な向上を認めた(paired t-test:  $p < 0.05$ )。

- ・第4セッション：27.5点(SD=6.8)
- ・第10セッション：29.5点(SD=6.9)

CTRS総合点が40点、33点以上((各項目平均3点以上)、30点以上であった参加者は表2の通りであった。

	30点	33点	40点
第4セッション	24 (36.9%)	14 (21.5%)	2 (3.1%)
第10セッション	30 (46.2%)	24 (36.9%)	5 (7.7%)

表2.各カットオフ値以上の得点者(n=65)

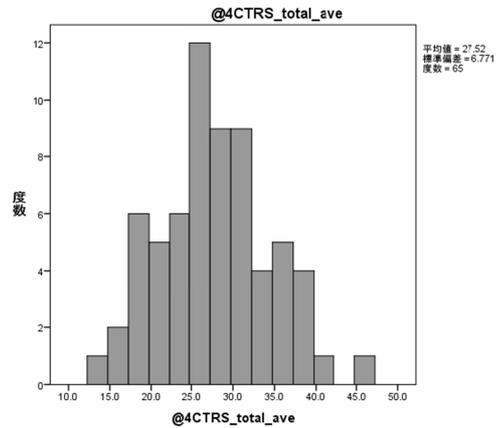


図1.第4セッションのCTRS総得点の分布

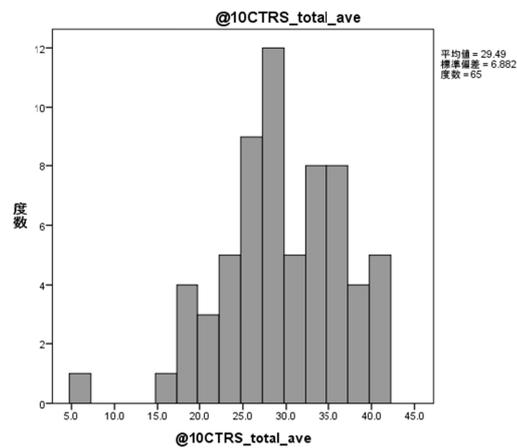


図2.第10セッションのCTRS総得点の分布

#### (4) CTRS の各項目

CTRSの各項目の平均点を表3に示す。得点は、1.アジェンダの項目を除いて、精神療法の基礎能力(第1~6項)で相対的に高く、認知行動療法に特異的なスキルである第7~11項は相対的に低かった。

1.アジェンダ、5.協働関係、7.誘導による発見、8.中心となる認知・行動への焦点づけの項目が、第4セッションから第10セッションにかけて有意に向上した。

	第4セッション	第10セッション	p
1.アジェンダ*	2.1	2.4	<0.01
2.フィードバック	2.9	3.0	0.09
3.理解力	2.9	2.9	0.68
4.対人能力	3.6	3.6	0.98
5.協働関係*	2.7	3.0	<0.05
6.ペース配分	2.7	2.8	0.26
7.誘導による発見*	2.3	2.5	<0.05
8.認知行動の焦点づけ*	2.1	2.3	0.02
9.治療方略	2.1	2.4	0.26
10.認知行動スキル	2.1	2.2	0.18
11.ホームワーク	2.3	2.4	0.12
Part I (1~6) 合計*	16.7	17.7	<0.05
Part II (7~11) 合計*	13.4	14.6	<0.01
CTRS総得点*	27.7	29.5	<0.05

表 3. 各項目の平均点 (n=65)

(\* p<0.05; Wilcoxon's log rank test)

#### (5) 第 2 回のスーパービジョン受講者

第 2 回目のスーパービジョンの受講者 (n=9) の CTRS 得点を参考値として表 5 に示す。

	第4セッション	第10セッション
1.アジェンダ*	2.1	2.5
2.フィードバック	2.9	3.1
3.理解力	2.8	2.8
4.対人能力	3.5	3.5
5.協働関係*	2.9	3.0
6.ペース配分	2.8	3.3
7.誘導による発見*	2.1	2.5
8.認知行動の焦点づけ*	2.0	2.3
9.治療方略	2.4	2.3
10.認知行動スキル	2.4	2.1
11.ホームワーク	2.4	2.8
Part I (1~6) 合計*	17.1	18.3
Part II (7~11) 合計*	14.1	15.2
CTRS総得点*	28.3	30.1

表 5. 第 2 回スーパービジョン受講者の各項目得点 (n=9, 全て p>0.05; Wilcoxon's log rank test)

#### (6) 治療者特性と能力の関係

治療者特性と CTRS の総得点との相関を検証した。第 4 セッションの CTRS 総得点は、過去の認知行動療法実践年数、実施症例数と低い正の相関を認めた (それぞれ Spearman's  $\rho = 0.29, = 0.26$ ; いずれも  $p < 0.05$ )。相関は認知行動療法に特異的なスキル (CTRS part II) で有意で、すべての精神療法に共通するスキル (CTRS Part I) とは有意な相関を認めなかった。その他の背景因子 - 治療者年齢、精神科経験年数、認知療法の知識 (CTAS 得点)、認知行動療法実施の自信 (自己評価) とは相関を認めなかった。

医師 60 人とそれ以外の職種 5 人を比較したところ、第 4、第 10 セッションの CTRS (総得点、part1, part2) のいずれの項目も有意な差を認めなかった (ノンパラメトリック検定) (表 4)。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。

	第4セッション			第10セッション		
	総合点	part1	part2	総合点	part1	part2
医師	27.3 (6.4)	16.7 (3.4)	13.3 (4.0)	29.8 (6.2)	17.8 (3.4)	14.8 (3.6)
医師以外	29.9 (11.0)	17.6 (5.1)	15.1 (7.1)	25.4 (13.0)	18.3 (4.2)	15.0 (4.9)

表 4. 医師・非医師の得点

(平均値、カッコ内は標準偏差)

#### (7) CTRS の評価者間一致度

CTRS の評価者の評価者間一致度 (Intra class correlation) を第 4 セッションのデータを用いて算出したところ、CTRS 総合点で 0.87 (95%信頼区間 0.79-0.91)、CTRS 各項目で 0.52~0.84 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 総合点は第 4 10 セッションで有意な向上を認めた。国際認知療法協会 ACT の合格基準である 40 点に達する参加者は少数であったが、ACT では 10 例以上の経験を持つ治療者を想定しており、この点数を基準とすることは適切ではない。今回の参加者の第 10 セッションの中央値は約 30 点であり、一つの目標得点の一案にあげられる。

治療者特性と治療者能力の相関は、過去の認知行動療法実践経験と第 4 セッションの CTRS に弱い相関を認めたが、第 10 セッションではこの相関は消失していたことから、この研修は治療者背景に依らず一定の効果をもたらすことが示唆された。

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。

今後は、

- ・ 認知行動療法の質と患者アウトカムの関連
  - ・ 第 2 例目以降の能力向上の評価
- 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。

対照群をおいてい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。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. Hashimoto N, Suzuki Y, Kato TA, Fujisawa D, Sato R, Aoyama-Uehara K, Fukasawa M, Asakura S, Kusumi I, Otsuka K. The effectiveness of suicide prevention gatekeeper –training for university administrative staff in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2016;70(1):62-70. 査読有
2. Fujisawa D\*, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, Okuyama T, Akechi T, Mimura M, Shimizu K, Uchitomi Y. Impact of depression on health utility value in cancer patients. *Psycho-oncology* 2015 Aug 17. doi: 10.1002/pon.3945. [EPub ahead of Print] 査読有
3. Wada S, Shimizu K, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Akechi T, Uchida M, Ogawa A, Fujisawa D, Inoue S, Uchitomi Y, Matsushima E. The Association between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study. *J Pain Symptom Management* 2015;50(6):768-77. 査読有
4. Inamori Williams A, Nakagawa A, Sado M, Fujisawa D, Mischoulon D, Smith F, Mimura M, Sato Y. Comparison of initial psychological treatment selections by U.S. and Japanese early-career psychiatrists for patients with major depression: A case vignette study. *Academic Psychiatry* 2015 [EPub ahead of Print] 査読有
5. Fujisawa D\*, Hagiwara N\*. Cancer stigma and its health consequences. *Current Breast Cancer Reports* 2015 [EPub ahead of Print] (\*equal contribution) 査読有
6. Fujisawa D\*, Temel JS, Traeger L, Greer JA, Lennes IT, Mimura M, Pirl WF. Psychological factors at early stage of treatment as predictors of receiving of chemotherapy at the end of life. *Psycho-oncology* 2015 Dec;24(12):1731-7. 査読有
7. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akechi T, Ogawa A, Fujisawa D, Sone T, Yoshiuchi K, Goto K, Iwasaki M, Tsugane S, Uchitomi Y. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol.* 2015; 45(5): 456-63. 査読有
8. Pirl WF, Greer JA, Irwin K, Lennes I, Jackson VA, Park ER, Fujisawa D, Wright AA, Temel JS. Processes of discontinuing chemotherapy for metastatic non-small cell lung cancer at the end of life. *Journal of Oncology Practice, J Oncol Pract.* 2015 May;11(3):e405-12. doi: 10.1200/JOP.2014.002428. 査読有
9. Umezawa S, Fujisawa D\*, Fujimori M, Ogawa A, Matsuhima E, Miyashita M. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors – a web-based survey. *Psycho-oncology* 24: 635–642, 2015 査読有
10. 大野裕, 藤澤大介, 中川敦夫, 佐渡充洋, 菊地俊暁, 田島美幸, 堀越勝. スーパービジョンの実際. *日本精神神経学会誌* (in press) 査読無
11. 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* 44 増刊号 609-620 査読無
12. 藤澤大介. がん治療にいかす心理アセスメント. *こころの科学* 184(11), 73-78, 2015 査読無
13. 田中智里, 三浦聡太郎, 藤澤大介. 精神療法の新しい展開 - 短期精神療法. *臨床精神医学* 44(8), 1085-89, 2015 査読無
14. 藤澤大介. 在宅医療における認知行動療法の可能性. *日本在宅医学会雑誌* 17(1), 54, 2015 査読無
15. 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 査読無

### F2. 学会発表

1. William F. Pirl, Daisuke Fujisawa, Jamie Stagl, Justin Eusebio, Lara Traeger, Areej El-Jawahri, Joseph A. Greer, Jennifer S. Temel. Actigraphy as an objective measure of performance status in patients with advanced cancer. *ASCO Palliative Care in Oncology Symposium*, Boston, 2015.10.9-10
2. Daisuke Fujisawa, Jennifer S. Temel, Lara Traeger, Joseph A. Greer, Inga T. Lennes, Masaru Mimura, William F. Pirl. Psychological Factors at Early Stage of Treatment as Predictors of Receiving of Chemotherapy at the End of Life. *World Congress of International Psycho-Oncology Society*, Washington DC, 2015.7
3. Yoshida-Kawahara Y, Hashimoto S, Yamashita K, Watanabe K, Fujisawa D. Initial evaluation on suicide completers in the emergency room of a general hospital in Japan. 28<sup>th</sup> World Congress of International Association for Suicide Prevention, Montreal 2015.6
4. 藤澤大介. がん患者さんに対するマインドフルネス認知療法. 第 28 回日本総合病院精神医学会 (徳島) 2015.11.27-28
5. 藤澤大介, 上田淳子, 武井宣之, 比嘉謙介, 古賀晴美, 三塚智彦, 小川朝生, がん患者の不安症状に対する認知行動療法の開発. 第 28 回日本総合病院精神医学会 (徳島)

- 2015.11.27-28
6. 藤澤大介 . がん患者さんの心理 : 防衛機制とコーピング . 第 20 回日本緩和医療学会 (横浜) 2015.6.18
  7. 二宮朗、佐渡充洋、朴順禮、佐藤寧子、猪飼紗恵子、高橋智子、新井万佑子、別所晶子、三浦有紀、山本和広、石原智香、中川敦夫、藤澤大介、吉村公雄、田淵肇、白波瀬丈一郎、加藤元一郎、三村將 . 不安障害に対するマインドフルネス認知療法の効果検討 : preliminary study 第 2 報 . 第 111 回日本精神神経学会学術総会 2015.6.4-6 (大阪)
  8. 藤澤大介 . 在宅医療における認知行動療法の可能性 . 第 17 回日本在宅医学会大会 2015.4.25-26 (盛岡) .