

床経験について

心理技術職に対象を広げた場合、①-2：臨床心理士が臨床能力を培う機会について、と②-1：日本の精神科専門医研修、を参考にすると、医療機関に心理技術職として常勤し、少なくとも4年経過することが必要であると言えるだろう。しかし、臨床心理士認定協会が心理臨床の中核的行為として心理面接を挙げているように、業務の中心が心理面接であるとする、卒後数年間、公の研修制度がないまま面接を続けていけば、それぞれ何らかのやり方が習慣化してしまう可能性は高い。臨床経験と臨床習慣の両面から研修のタイミングを慎重に決定することが重要となるだろう。

③ 医療機関に勤務する心理技術職員の CBT に対する意識調査

③-1 はがきアンケートの内容

アンケートの内容は次のとおりである。日本精神病院協会会員に依頼した調査では、項目2と項目3はアンケートから除外している。

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. 所属している診療科、もしくは主に対象としている診療科を教えてください

- ①精神科 ②心療内科 ③小児科 ④産婦人科 ⑤その他の診療科

4. 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

5. うつ病の CBT に関する次の質問にお答えください

- 5-1. これまでに個人 CBT を実施したことがありますか
5-2. これまでに集団 CBT を実施したことがありますか
5-3. 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
5-4. 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
5-5. 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
5-6. 機会があれば CBT を実施してみたいと思いますか

6. 「5-1. 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）

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

③-2：日本精神病院協会会員の医療機関へ勤務する心理技術職からの回答について

全会員へのはがき送付 1208 通に対し、返信されたはがきは 386 通、回答率は 32.0%であった。都道府県間で回答率に差は見られなかった。回答者の年代は図 1 に示した通りで、30 歳代が半数を占めた。次にうつ病の CBT に関する質問 5-1～5-6 については、図 2 に示すとおりであり、ほとんどの回答者が一度は専門書を手にとったことがあると答えており、トレーニングや講習会の受講希望、臨床での実施希望共に 90%を超えた。

次に、5-1 で実施したことがないと答えた約 40%、154 名について、6-1～6-9 の回答状況を図 3 に示した。「6-1. 自信が無い」が圧倒的に多く、次に「6-6. 指導者がいない」「6-7. 保険点数が医師に限られている」が次に続いた。さらに、「自信が無い」と答えた 91 名を、年代別に整理し（図 4）、同等性の検定を試みたところ、年代と「自信が無い」と答えることとは何らかの関連があるという結果が得られた ($p=0.017$)。目視上、30 歳代以下と 40 歳代以上で「自信が無い」と答えた割合には差があるようだが、残差分析の結果においても、30 歳代で「自信が無い」の割合が予想より多く、40 歳代では予想より少ない、という結果になった。

「6-9. その他」には 26 名から回答があり、興味がない、必要性を感じない、他のオリエンテーションを持っているためという意見の

他、誘導的すぎるので好きになれない、効果があると思えないという意見も書かれていた。

③-3：全国保健・医療・福祉心理職能協会の会員である心理技術職員からの回答について

送付した100通のうち返信されたはがきは62通、回収率は62.0%であった。回答者は関東が圧倒的に多く(25名、40.3%)、次に近畿(13名、21.0%)であった。単科精神病院に勤務する者は36名(58.0%)、総合病院や大学病院所属が23名(37.1%)、クリニック所属は3名(5.0%)であった。年代は、40歳代、50歳代がそれぞれ20名ずつ(それぞれ32.3%)で多数を占めた。

5-1~5-6については、日本精神病院協会でのアンケート結果と酷似した結果が得られた。5-1で、実施したことがあると答えた者となりと答えた者は同数であった。

実施したことがないと答えた31名について、その理由を6-1~6-9で尋ねたところ、こちらも、回答者の割合日本精神病院協会でのアンケート結果と非常に似ており、回答者数の多さの順位はすべて一致していた。

③-4：考察

CBTに関するこの度の意識調査において、日本精神病院協会でのアンケート結果で地域差が見いだされなかったことから、普及、啓蒙が明らかに遅れている具体的な地域は特にないということが言える。また、日本精神病院協会でのアンケートでは、うつ病のCBT個人セッションの実施経験を問うたところ、40歳代では70%近くが実施経験ありと答え、その割合が一番少なかった50歳代ですら50%近くが実施経験を持っていた。他の分析結果を考えあわせると、ほとんどの人がCBT個人セッションに関心があり、半数以上が実施経験があると述べている、ということになる。しかし、厚生労働省が行っているCBT個人セッションの研修事業では、実際に個人セッションのスーパーヴァイズを行うとその多くがCBT個人セッションと呼ぶには厳しい場合が多いことが分かりつつある。従って、「すでに実施している」と回答している者をも対象とした研修体制を整え、セッションの質の担保に努めることが急務であると言える。

一方で、うつ病のCBT個人セッションを実

施したことがないと答えた154名については、自信が無いことを挙げた者が多かった。しかも、30歳代以下の若年層に多く見られた。ここからも、研修体制を待ちわびている若い世代が浮き彫りとなった。さらに、実施したことがないその他の理由として、セッションが誘導的すぎる、効果があるとは考えにくい、という意見を挙げた者がいた。これは、CBT個人セッションの進め方に対する誤解が残っていることを示している。これらを解消するためにも、良質な研修を供給できる全国的な体制が必要であると言えるであろう。

図1. 回答者の年代

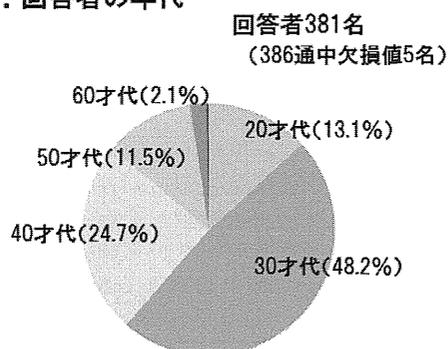


図2 うつ病のCBTに対する以下の質問にお答えください

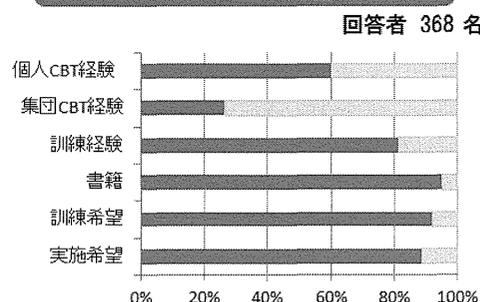


図3. 個人CBTを実施したことがない方へ
その理由は何でしょうか (複数回答可)

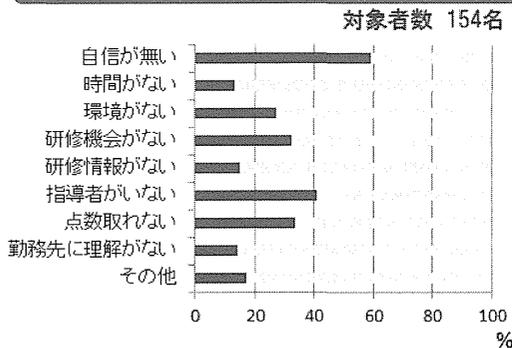
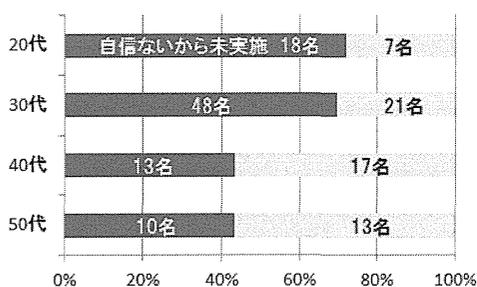


図4. 個人CBTを実施したことがない方へ
その理由は、自信が無いから、という方91名



D. 結論

CBTは医療と相性が良い心理社会的支援であり、しかも、医療での臨床レベルに達しない者への支援や予防にも有用である。医療心理技術者に医療臨床に役立つような形でCBTが実質的に広まるためには、医療で働く心理職が増え、彼らがCBTの有用性と必要性を認識するとともに、現行の厚労省CBT研修のような研修システムを構築し希望者はそれらを受講できるようにしていくことが肝要である。

そのために、まずは、心理技術職の養成課程が医療機関と近い関係を結べるように努力をすること、心理技術職の養成課程は卒後に及ぶ臨床研修システムを構築し臨床力を高める努力をすることである。平成27年9月に成立した心理職の国家資格制度(公認心理師法)の運用に期待がかかる。

E. 研究発表

E1. 論文発表

1. Furukawa TA, Nakano Y, Funayama T, Ogawa S, Ietsugu T, Noda Y, Chen J, Watanabe N & Akechi T (2013) Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings

from an ABA design study in routine clinical practices. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 139-147.

2. Kawaguchi A, Watanabe N, Nakano Y, Ogawa S, Suzuki M, Kondo M, Furukawa TA & Akechi T (2013) Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 267-275.
3. Funayama T, Furukawa TA, Nakano Y, Noda Y, Ogawa S, Watanabe N, Chen J & Noguchi Y (2013) In-situation safety behaviors among patients with panic disorder: descriptive and correlational study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 332-339.
4. Nakano Y, Akechi T, Furukawa TA & Sugiura-Ogasawara M (2013) Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 37-43.
5. 精神療法の理論と技法の発展と時代精神の変化 認知療法 精神療法 Vol 39, No2, 219-225, 2013
6. こころのスキルアップ授業が行われている学校環境における中学生のこころの成長
—抑うつレベルが高い生徒の変化と、抑うつレベルに問題のない生徒の変化—
中野有美、森崎智子、吉川愛里、中川敦夫、大野裕、精神療法(査読あり)、金剛出版 2016 (in press)
7. 学校(中学校・高校)における認知行動療法を用いた教育への取り組み
中野有美、精神科治療学 特集: 認知療法・認知行動療法の広がり 31(2)227-232、2016 星和書店
8. Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, Ito Y, Katsuki F, Nakano Y, Nishiyama T, Katayama Y, Akechi T. *Psychooncology*. 2015 Oct 9

E2. 学会発表

1. 中野有美、認知行動療法教育研究会、大野裕こころのスキルアップ教育～心理学科に所属する大学生への試み～、日本認知療法学会 2013.8.23-25
2. 吉川 愛里、中野有美、認知行動療法教

- 育研究会 中学生のレジリエンス、情緒の安定に対する「こころのスキルアップ教育」の有用性、日本認知療法学会 2013.8.23-25
3. 吉川愛里、中野有美、認知行動療法教育研究会、大野裕 中学生への「こころのスキルアップ教育」の有用性、日本認知療法学会 2014.9.12-14
 4. 佐藤潮、中野有美、松本由紀奈、谷雅子、藤田潔 他
CBT 教育入院クリニカルパスにおける集団心理教育の評価 —重症度・慢性度の違いに着目した検討— 第3回日本精神病院学会学術大会 2014.10.
 5. 中野有美、杉浦真弓、古川壽亮、明智龍男
反復流産患者の精神的苦痛と認知行動療法による精神的健康度の回復 日本女性学会 2014.11.1-2
 6. 中野有美、吉川愛里、森崎智子、認知行動療法教育研究会、大野裕、こころのスキルアップトレーニングの授業実施回数についての一考察（ポスター） 第15回日本認知療法学会 2015.7.17-18（東京）
 7. 森崎智子、中野有美、認知行動療法教育研究会、大野裕、こころのスキルアップトレーニングの中での抑うつと怒りの関係（ポスター） 第15回日本認知療法学会 2015.7.17-18（東京）
 8. 中野有美 医師が望む CBT 多職種連携のあり方（シンポジウム：精神科医療におけるコメディカルスタッフの認知行動療法実施の現状および今後の教育体制） 第15回日本認知療法学会 2015.7.17-18（東京）
 9. 佐藤 潮、中野 有美、大野 裕、松本由紀奈、谷 雅子、磯谷 さよ、丹羽まどか、都 真代、葛嶋枝里子、相馬 徳子、林 彩、代田 渉、西村 明人、松平 有加、山本みゆき、藤田 潔、認知療法・認知行動療法アプローチによる職場のメンタルヘルス支援 —Web サイトを利用したメンタルヘルスケアプログラム— 第4回 日本精神科医学会学術大会、2015.10.8-9（沖縄）
 10. 中野有美 こころのスキルアップ教育—認知行動療法を用いた予防的支援—（シンポジウム：学校での予防的支援、心理教育プログラム） 第19回 日本精神保健予防学会、2015.12.12-13（仙台）

参考文献

1. 新・臨床心理士になるために 平成25年度版 公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会監 誠信書房 2013.
2. Graduate Program in Psychology Handbook 2013-2014, UCLA, <http://www.psych.ucla.edu/graduate/current-students/academics/handbook/handbook-2013-2014/Handbook2013-14WEB.pdf/view>
3. 臨床心理士とは 日本臨床心理士資格認定協会 <http://fjcbcp.or.jp/about/>
4. Society of Clinical Psychology, American Psychological Association (APA) <http://www.apa.org/about/division/div12.aspx>
5. Internship manual for Clinical Psychology, University of Southern California, 2004
6. 医師臨床研修制度 厚生労働省 2015 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/
7. 精神科専門医制度 公益社団法人日本精神神経学会 2015 <https://www.jspn.or.jp/residents/specialist/index.html>

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

分担研究者：田島 美幸

国立研究開発法人国立精神・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、本邦における作業療法士、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することである。精神科医療施設（1,449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、回答率は作業療法士で53.1%、精神保健福祉士で40.6%であった。調査結果では、認知療法・認知行動療法のトレーニングを希望する人は作業療法士、精神保健福祉士ともに8割を超える一方で、実際には研修を受けたことがない人も約7割存在した。また、臨床現場で認知療法・認知行動療法の実施を試みたいと希望する人は両職種で7割を超えていたが、実際に実施経験を有する者は1割を切っており、ニーズと現状にギャップが生じている現状があると推察された。作業療法士や精神保健福祉士が臨床現場で認知療法・認知行動療法を広く実施できる環境を整えるためには、まずは認知療法・認知行動療法の知識やスキルを提供する研修やスーパービジョンなどのトレーニングを提供する必要があると考えられた。

研究協力者

大野裕 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター・一般社団法人認知行動療法研修開発センター

A. 研究目的

本研究の目的は、本邦における作業療法士および精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法の施行状況や学習状況、今後のニーズの現況の現況を調査することである。

B. 研究方法

1. 調査対象

作業療法士を対象とした調査では、一般社団法人日本作業療法士協会の協力を得て実施した。同協会が定める手続に則り、「会員個人情報保護に関する誓約書」を会長宛

てに提出し、総括個人情報管理者である事務局長の決裁を経て会員名簿を入手した。作業療法士の勤務先は多岐にわたるが、本調査では精神科関連の医療施設に勤務する者に限定した。なお、1施設につき複数の作業療法士が勤務している場合があるため、送付宛先を「病院作業療法部責任者」とした。

精神保健福祉士を対象とした調査では、公益社団法人日本精神科病院協会の協力を得て実施し、同協会の役員会の決裁を経て、会員医療施設の名簿を入手した。会員医療施設の院長宛に調査協力依頼書を送付し、調査に協力してもらえる場合には、同封した調査票を院内の精神保健福祉士の代表者1名に渡して回答してもらうこととした。

2. 調査項目

主な調査項目は、①認知療法・認知行動療法（個人および集団）の実施の有無、②認知療法・認知行動療法に関する学習状況（講習や専門書等による）、③認知療法・認知行動療法のトレーニングや研修に対するニーズ、④認知療法・認知行動療法の実施希望、⑤うつ病の認知療法・認知行動療法を実施したことがない場合の理由等で構成した。

3. 調査方法

2015年1月上旬、精神科医療施設1,449カ所に所属する作業療法士に対して、2015年1月上旬に郵送調査を実施した。また、2015年2月上旬、精神科医療施設1,208カ所に所属する精神保健福祉士に対して、郵送調査を実施した。本研究の趣旨を説明した送付状、調査項目を背面印刷した返信用葉書を郵送し、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、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. 作業療法士の調査結果

(1) 調査対象者の概要

精神科医療施設1,449カ所に送付した結果、770カ所から回答を得た（回答率53.1%）。調査対象者が所属する施設の内訳、調査対象者が所属する施設の所在地および

調査対象者の年代は、表1～3、図1～3の通りである。

(2) うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験（個人）

精神科医療機関に勤務する作業療法士の認知療法・認知行動療法の実施経験を調査した。個人療法としての認知療法・認知行動療法の実施経験に関しては、「実施したことがある」と回答した人は105名（13.6%）、「実施したことがない」と回答した人は659名（85.6%）であった。

(3) うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験（集団）

集団療法としての実施経験は、「実施あり」が136名（17.7%）、「実施なし」が627名（81.4%）であった（表4）。

(4) うつ病の認知療法・認知行動療法に関する学習状況

「認知療法・認知行動療法に関するトレーニングや講習を受けたことがある」と回答した人は237名（39.8%）、「受けたことがない」と回答した人は529名（68.7%）であった。また、「認知療法・認知行動療法に関する書籍（専門書）を読んだことがある」と回答した人は496名（64.4%）、「読んだことがない」と回答した人は271名（35.2%）であった（表4）。

(5) うつ病の認知療法・認知行動療法トレーニングに対するニーズ

「機会があれば認知療法・認知行動療法のトレーニングや講習会を受けてみたいですか」という設問に対して、「はい」と回答した人は695名（90.3%）、「いいえ」と回答した人は66名（8.6%）であった。

(6) うつ病の認知療法・認知行動療法実施に対するニーズ

「機会があれば認知療法・認知行動療法を実施してみたいと思いますか」という設問に対して、「はい」と回答した人は 655 名 (85.1%)、「いいえ」と回答した人は 94 名 (12.2%) であった。

(7) うつ病の認知療法・認知行動療法を実施していない理由

「これまでにうつ病の認知療法・認知行動療法を実施したことがない」と回答した人に対して、実施したことがない理由(複数回答)を尋ねた。その結果、「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」と回答した人は 392 名 (50.9%) と最も多く、続いて「患者に対して自分が認知療法・認知行動療法を実施できる立場にない」が 279 名 (36.2%)、「認知療法・認知行動療法の研修の機会が十分でない」が 260 名 (33.8%)、「認知療法・認知行動療法の実施時にスーパービジョン(指導)してくれる人がいない」が 254 名 (33.0%) 等であった(表 5)。

1. 精神保健福祉士の調査結果

(1) 調査対象者の概要

精神科医療施設 1,208 カ所に送付した結果、490 カ所から回答を得た(回答率 40.6%)。調査対象者が所属する施設の内訳、施設の所在地、調査対象者の年代は、表 1~3、図 1~3 のとおりである。

(2) うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験(個人)

精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法の実施経験を調査した。個人療法としての認知療法・認知行動療法の実施経験に関しては、「実施したことがある」と回答した人は 32 名 (6.5%)、

「実施したことがない」と回答した人は 458 名 (93.5%) であった。

(3) うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験(集団)

集団療法としての実施経験は、「実施あり」が 49 名 (10.0%)、「実施なし」が 440 名 (89.8%) であった(表 4)。

(4) うつ病の認知療法・認知行動療法に関する学習状況

「認知療法・認知行動療法に関するトレーニングや講習を受けたことがある」と回答した人は 105 名 (21.4%)、「受けたことがない」と回答した人は 385 名 (78.6%) であった。また、「認知療法・認知行動療法に関する書籍(専門書)を読んだことがある」と回答した人は 211 名 (43.1%)、「読んだことがない」と回答した人は 278 名 (56.7%) であった(表 4)。

(5) うつ病の認知療法・認知行動療法トレーニングに対するニーズ

「機会があれば認知療法・認知行動療法のトレーニングや講習会を受けてみたいですか」という設問に対して、「はい」と回答した人は 414 名 (84.5%)、「いいえ」と回答した人は 73 名 (14.9%) であった。

(6) うつ病の認知療法・認知行動療法実施に対するニーズ

「機会があれば認知療法・認知行動療法を実施してみたいと思いますか」という設問に対して、「はい」と回答した人は 361 名 (73.7%)、「いいえ」と回答した人は 121 名 (24.7%) であった。

(7) うつ病の認知療法・認知行動療法を実施していない理由

「これまでにうつ病の認知療法・認知行動療法を実施したことがない」と回答した人

に対して、実施したことがない理由（複数回答）を尋ねた。その結果、「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」と回答した人は 276 名（56.3%）と最も多く、続いて「患者に対して自分が認知療法・認知行動療法を実施できる立場にない」が 194 名（39.6%）、「認知療法・認知行動療法の研修の機会が十分でない」が 193 名（39.4%）、「認知療法・認知行動療法の実施時にスーパービジョン（指導）してくれる人がいない」が 173 名（35.3%）等であった（表 5）。

D. 考察

本研究では、本邦における作業療法士および精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法への関わりの現況を調査するために実施した。作業療法士および精神保健福祉士に対するアンケートでは回収率も高かったことから、本結果は作業療法士や精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法の実施状況や学習状況、今後のニーズをある程度、適正に反映していると考えられた。

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、作業療法の調査では 90.3%、精神保健福祉士の調査では 84.5%、「機会があれば、認知療法・認知行動療法を実施してみたい」と希望する人は、作業療法士で 85.1%、精神保健福祉士で 73.7%と多いことが分かった。一方で、「認知療法・認知行動療法に関するトレーニング（研修）を受けたことがない」と回答した人は、作業療法士で 68.7%、精神保健福祉士で 78.6% であり、多くの回答者は実際に研修を受けた経験を有していなかった。また、「これまでに認知療法・認知行動療法

を実施したことがある」と回答した人も、作業療法士では 13.6%、精神保健福祉士では 6.5%と少数であった。

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」と回答した人が両職種ともに最も多く、続いて、「患者に対して自分が認知療法・認知行動療法を実施できる立場にない」、「認知療法・認知行動療法の研修の機会が十分でない」と続いた。

これらの結果から、両職種は認知療法・認知行動療法に対する関心は高い一方で、実際には精神科医療現場で認知療法・認知行動療法を実施する機会はまだ少ない実態があることが明らかとなった。精神科医療機関に勤務する作業療法士は、診療報酬「精神科作業療法」の規定（作業療法士 1 名につき、概ね 25 人の患者を 2 時間取り扱い（1 単位）、1 日 2 単位 50 名以内を標準とする）に基づく支援が主な業務内容となることが多く、現場では精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的とした集団的関わりを求められることが多い。また、精神保健福祉士は、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的な知識や技術を持って、精神科病院やその他の医療施設で医療を受けたり、精神障害者の社会復帰促進施設を利用する者に対して、地域相談支援や社会復帰に関する相談に応じたり、助言、指導、日常生活への適応訓練や援助を行うことが主な業務となる。そのため、各個人は認知療法・認知行動療法に関心をもっているが、各職種に求められる業務内容と異なるために現場の実施に繋がらない可能性があると考えられた。

また、今後、医師以外の多職種に高強度の認知療法・認知行動療法の実施を拡げる場合には、質の担保を維持する十分な研修やスーパービジョンの制度を整える必要があると思われた。認知療法・認知行動療法を実施したことがない一番の理由が、「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」であったことも本考察を支持すると思われる。

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作業療法士、精神保健福祉士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、回答者の立場や年代が回答に影響を与え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・認知行動療法のトレーニングを希望する人は作業療法士、精神保健福祉士ともに8割を超える一方で、実際には研修を受けたことがない人も約7割存在した。また、臨床現場で認知療法・認知行動療法の実施をしてみたいと希望する人も、両職種で7割を超えていたが、実際に実施経験を有する者は1割を切っており、ニーズと現状にギャップが生じている現状があると推察された。

作業療法士や精神保健福祉士が臨床場面で認知療法・認知行動療法を広く実施できる環境を整えるためには、まずは認知療法・認知行動療法の知識やスキルを提供する研修やスーパービジョンなどのトレーニングを提供する必要があると考えられた。

(謝辞)

本調査の実施にご協力いただいた一般社団法人日本作業療法士協会副会長 荻原喜

茂先生をはじめ各先生方、および、公益社団法人日本精神科病院協会の役員の方々に深く感謝いたします。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 田島美幸：精神科医療におけるコメディカルスタッフの認知行動療法実施の現状および今後の教育体制；日本のコメディカルスタッフのCBT教育と実施の現状、第12回日本うつ病学会総会・第15回日本認知療法学会、東京、2015.07.18, シンポジウム

2) 田島美幸、大野裕：作業療法士および精神保健福祉士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、第12回日本うつ病学会総会・第15回日本認知療法学会、東京、2015.07.17-18, ポスター発表

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

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・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。

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～

アンケート調査結果

表 1 調査対象者が所属する医療機関の種類

	作業療法士		精神保健福祉士	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
大学病院	12	1.6%	1	0.2%
総合病院精神科	93	12.1%	21	4.3%
単科精神科病院	578	75.1%	453	92.4%
その他	52	6.8%	12	2.4%
回答なし	29	3.8%	3	0.6%
合計	6	0.8%	490	100.0%

表 2 調査対象者が所属する医療機関の所在地

	作業療法士		精神保健福祉士	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
北海道	60	7.8%	29	5.9%
東北	72	9.4%	56	11.4%
関東	169	21.9%	98	20.0%
中部	93	12.1%	45	9.2%
北陸	35	4.5%	26	5.3%
近畿	91	11.8%	48	9.8%
中国	66	8.6%	36	7.3%
四国	31	4.0%	27	5.5%
九州	147	19.1%	125	25.5%
合計	6	0.8%	490	100.0%

表 3 調査対象者の年代

	作業療法士		精神保健福祉士	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
20代	71	9.2%	55	11.2%
30代	345	44.8%	235	48.0%
40代	258	33.5%	132	26.9%
50代	78	10.1%	50	10.2%
60代	7	0.9%	9	1.8%
回答なし	11	1.4%	9	1.8%
合計	770	100.0%	490	100.0%

表 4 認知療法・認知行動療法の実施経験、トレーニング経験

		作業療法士				精神保健福祉士			
		該当あり	該当なし	回答なし	合計	該当あり	該当なし	回答なし	合計
これまでに個人 CBT を実施したことがありますか	度数	105	659	6	770	32	458	0	490
	比率 (%)	13.6%	85.6%	0.8%	100.0%	6.5%	93.5%	0.0%	100.0%
これまでに集団 CBT を実施したことがありますか	度数	136	627	7	770	49	440	1	490
	比率 (%)	17.7%	81.4%	0.9%	100.0%	10.0%	89.8%	0.2%	100.0%
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	度数	237	529	4	770	105	385	0	490
	比率 (%)	39.8%	68.7%	0.5%	100.0%	21.4%	78.6%	0.0%	100.0%
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	度数	496	271	3	770	211	278	1	490
	比率 (%)	64.4%	35.2%	0.4%	100.0%	43.1%	56.7%	0.2%	100.0%
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	度数	695	66	9	770	414	73	3	490
	比率 (%)	90.3%	8.6%	1.2%	100.0%	84.5%	14.9%	0.6%	100.0%
機会があれば CBT を実施してみたいと思いますか	度数	655	94	21	770	361	121	8	490
	比率 (%)	85.1%	12.2%	2.7%	100.0%	73.7%	24.7%	1.6%	100.0%

* 認知療法・認知行動療法の実施経験・トレーニング経験と所在地とのクロス集計、施設種別とのクロス集計、年代とのクロス集計は、平成 26 年度、27 年度の総括報告書に記載してあります。

表 5 認知行動療法を実施したことがない理由【精神保健福祉士】

	作業療法士				精神保健福祉士			
	該当あり	該当なし	回答なし	合計	該当あり	該当なし	回答なし	合計
度数	392	371	7	770	276	212	2	490

精神科治療における患者-医師間の治療関係が多剤併用に与える影響

研究分担者 藤山 直樹（上智大学教授）

串田 未央（上智大学）

研究要旨

近年、精神科での薬物療法において、多剤併用の問題は深刻である。様々なガイドラインが多剤併用のリスクを示しているにもかかわらず、多剤併用が未だに根強い背景には、日本の精神科医療を取り巻く環境の要因や服薬側である患者側の要因、処方側である医師側の要因など、さまざまな点が考えられる。治療関係が悪い場合は、医師は投薬によって患者との関係性を維持することもあろう。そうした背景から、本研究では治療関係と多剤併用の関連について検討することを目的に調査を実施した。調査の結果、全体で見ると、治療関係と投薬の剤種数には正の相関がみられた。しかしこの結果の背景には、その他の要因も大いに影響しているものと考えられた。また、臨床的に最も問題と考えられる、剤種数が最も多い一群においては、当初の予測通り、治療関係の悪さが多剤併用に影響を与えている結果がみられた。今後は、医師側の要因についての調査などで理解を深めることが期待される。

A. 研究目的

精神疾患の治療において、数ある治療法の中でも薬物療法は、急性期の症状の緩和や睡眠状態の改善など多くの利点がある。しかしながら薬物療法には、そうした利点もある一方でさまざまな危険も存在するため、そうした危険を最小限にできるように、基本的なガイドラインが提案されている。治療対象となる疾患や使用する向精神薬の種類によって推奨されている処方方法は多少異なるが、例えば統合失調症についての治療ガイドラインでは、基本的には抗精神病薬の単剤での処方を推奨している^{6),8)}。そのような中、臨床現場で問題となっているのは、1人の患者の同一の状態・疾患に対して2つ以上の薬物が処方されることを指す多剤併用の問題である¹¹⁾。さらに、世界での単剤化率が70%~90%であるにもかかわらず、日本においては30%前後に留まっており、日本における抗精神病薬の多剤併用大量投与は世界にも類を見ないほど多いとされているという現状がある¹³⁾。

多剤併用の問題としては様々挙げられるが、例えば複数の薬剤を少量ずつ使用することで各薬剤が治療有効レベルの量に達しないこと、薬物相互作用による予想外の副作用の出現、患者側が自ら責任を持って服薬しようとする意識の表れである服薬アドヒアランスの低下や服薬ミス、処方ミスの誘発といったことが考えられる^{12),14)}。また、多剤併用の影響は身体的な側面に影響する可能性も示唆されており、多剤併用がその後の生存率低下の一因となる可能性も示唆されている⁷⁾。

これらの事実からみて、多剤併用のリスクは無視できないほど大きなものであると考えられる。

では、多くのガイドラインの推奨に反して、多剤併用が増えるのはなぜか。それについては、いくつかの要因が影響していると考えられる。まず考えられる点としては、薬の効用の問題から、増薬が検討される場合である。しかし、単に薬理作用上の問題によるものだけではなく、増薬につながる要因はさまざまあると考えられる。例えば、日本の精神科医療を取り巻く環境の要因や服薬側である患者側の要因、処方側である治療者の要因がある。さらにそれらの相互作用によって形成される治療関係の要因が大きく影響しているものと考えられる。環境の要因としては、近年の日本における精神疾患患者数の増加が挙げられる。医師の数と患者の数の比率により、患者一人あたりにかけられる時間が非常に少ないのが現状である。そのような中で治療関係を構築するのは難しいが、治療関係の良し悪しは治療効果にも影響することが指摘されており、患者-治療者関係を重視する姿勢が求められる¹⁰⁾。

Bordin(1979)は、治療者と患者との間の結びつきとして、作業同盟(Working Alliance)の概念を提唱し、さらにその中に、課題(Task)の一致、目標(Goal)の一致、治療者との結びつき(Bond)の3要素があると分類した。さらに治療を進めていく上では、患者が自ら方針に関われたかを示すShared Decision Making(SDM)が提唱されている⁷⁾。さらには、適切なShared Decision Makingがなされて決定された投薬治療においては、患者

の服薬アドヒアランスも良好に保たれると考えられる。この服薬アドヒアランスは、治療効果にも影響すると考えられており、こうしたことから、服薬側の心理状態も治療効果には大きく影響することが推察される。また、治療者側としても、患者の期待に答えなくてはならないという不安を抱える可能性は十分に考えられる。患者との治療関係が十分に良好ではなく、信頼関係を処方によってのみ得ようとすることは、安易に増薬したり、長期的な処方をしたりすることにつながりやすいことが危惧されている¹⁵⁾。以上より、治療関係と多剤併用には関連性があることが考えられる。適切な治療関係においては、処方に頼って信頼関係を構築する必要もなくなり、必要以上に投薬するといった事態は避けられると考えられる。そのため、本研究ではその関連を検討することを目的とする。治療関係が良いと不必要な投薬が抑えられるため、治療関係と剤種数に負の相関があると予測する。

B. 研究方法

上智大学「人を対象とする研究」に関する倫理委員会に申請し、承認を得た上で、2015年9月中旬~2015年10月中旬の間に実施した。データ収集は郵送による質問紙調査によって行われ、精神疾患治療中の男性451名、女性531名、性別無回答17名の計999名が回答した。治療者との関係性を測る項目としてWorking Alliance Inventory(WAI)⁹⁾、SDMを測る項目として9-item Shared Decision Making Questionnaire(SDM-Q-9)²⁾を用い、服薬アドヒアランスを測る項目として服薬コンプライアンス尺度⁹⁾、服薬アドヒアランス尺度¹⁶⁾を参考に作成した項目を採用した。それ以外の項目として、対象者の属性を問う項目(年齢、性別、診断名)、服薬中の剤種数(向精神薬)、治療環境を問う項目(これまでの主治医の人数、治療期間、カウンセリング等の薬物療法以外の治療の有無/継続年数)をたずねた。

C. 研究結果

尺度構成の結果、「主治医との結びつき」、「主治医への不信感」、「治療目標の明確さ」、「SDM」、「服薬への抵抗」、「副作用や症状の報告」、「服

薬の不安定さ」、「服薬への肯定的評価」の8つの因子が抽出された(Table.1)。

Table.1 下位尺度間相関,平均値,SD

	主治医との結びつき	主治医への不信感	目標の明確さ	SDM	服薬への抵抗	副作用の報告	服薬の不安定さ	服薬への肯定的評価	M	SD
主治医との結びつき	-									
主治医への不信感	-.74*	-								
目標の明確さ	.83*	.76*	-							
SDM	.65*	.39*	.30*	-						
服薬への抵抗	.81*	.30*	.38*	.28*	-					
副作用の報告	-.41*	-.09*	-.09*	-.09*	-.09*	-				
服薬の不安定さ	.17*	.33*	.17*	.33*	.17*	.33*	-			
服薬への肯定的評価	-.32*	.45*	.42*	.42*	.33*	.42*	.33*	-		
									19.9	4.5
									34.4	12.7
									27.4	7.6
									38.8	11.4
									16.9	5.0
									10.6	2.8
									7.2	3.8
									19.9	4.5

各因子と剤種数の相関に関しては、「カウンセリング継続年数」($r = .191, p = .003$)、「主治医の交代人数」($r = .098, p = .004$)、「診察時間」($r = .093, p = .004$)、「主治医との結びつき」($r = .090, p = .006$)、「薬への肯定的な評価」($r = .084, p = .011$)、「治療目標の明確さ」($r = .072, p = .029$)と剤種数との間に弱い正の相関がみられた。また、「服薬の不安定さ」($r = -.090, p = .007$)と剤種数の間に弱い負の相関がみられた。合わせて重回帰分析を行った(Table.2)。

Table.2 対象者の重回帰分析結果

説明変数	B	SE B	β
主治医との結びつき	.317	.092	.17**
カウンセリングの有無	.568	.154	.12***
主治医への不信感	.210	.091	.11*
服薬の不安定さ	-.183	.055	-.11**
副作用の報告	-.152	.056	-.10*
診察時間	.022	.010	.07*
R ²	.06***		
従属変数: 剤種数			
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$			

また、剤種数によって4群した上で分析を続けた。その結果、少量群では、「治療年数」($r = -.264, p = .008$)と剤種数の間にやや弱い負の相関がみられた。中量群では、「服薬への肯定的な評価」($r = .111, p = .014$)と剤種数の間にやや弱い正の相関がみられた。多量群では、「不信感」($r = .123, p = .041$)、と剤種数の間にやや弱い正の相関がみられた。超多量群では、「主治医との結びつき」($r = -.314, p = .010$)、「SDM」と剤種数の間にやや弱い~中程度の負の相関がみられた。合わせて重回帰を行った(Table.3)。

Table.3 各群の重回帰分析結果 (剤種数別)

説明変数	少量群		中量群		多量群		超多量群	
	B	SE B	B	SE B	B	SE B	B	SE B
結びつき	-.05*		.01*		.04*		.28***	
性別								
治療目標の明確さ								
不信感								
薬への肯定的な評価								
治療年数	-.006	.002	.23*					
R ²								
従属変数: 剤種数								
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p \leq .001$								

さらに薬物療法以外の治療法との関連についても検討するため、対象者のカウンセリング経験の

有無での剤種数の差について分析した。カウンセリング経験の有群($N=285$)、無し群($N=637$)の剤種数に差があるかを検討するために t 検定を行った。その結果、有群($M=4.4$ 種、 $SD=2.16$)と無し群($M=3.8$ 種、 $SD=2.14$)の間は有意であり($t(920)=-4.13, p<.001$)、カウンセリング経験の有る対象者の方が、無い対象者よりも服薬剤種数が多いことが示された(Figure.1)。

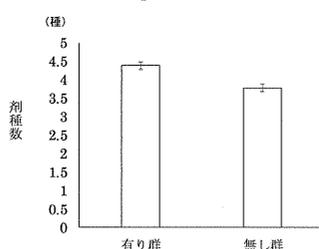


Figure.1 カウンセリングの有無による剤種数の差

D. 考察

本研究にて、はじめに検討した治療関係と剤種数の関連については、予測と反し治療関係が良好であるほど、剤種数が多いことが示唆された。しかし、治療関係や剤種数に対して影響する要因が他にも多数あり、また剤種数による群分けをした時には、群によってその傾向は異なるものだった。

なぜ、対象者全体で検討した際に、予測と異なる結果になったかについて考察したい。まず、剤種数との負の相関があると考えられていた「主治医との結びつき」については多くの他因子との相関が示された。「主治医との結びつき」と「服薬への抵抗」には負の相関がみられ、主治医との結びつきが良いほど服薬への抵抗感が薄れることが示された。そのため、主治医との結びつきが良い人ほど薬への抵抗がなくなることで剤種数が増えている可能性があると考えられる。

次に、患者の薬そのものに対する考えについて述べる。結果からは、剤種数が多いほど、薬に対する肯定的な評価が高まる傾向が目立った。多くの対象者において、剤種数と薬に対する評価に正の相関がみられたことから、薬は飲めば飲むほど良いという誤った信念が患者側に未だに根強い可能性があることが考えられる。加えて、薬の力を過信し理想化するのは患者側だけではない。主治医も薬の持つ力に頼っている部分もあり、患者の次の来院のために処方をする必要があることは指摘されている³⁾。また、剤種数は治療目標の

明確さとも関連しており、治療目標が明確であるほど剤種数も増えることが示された。以上のことから、本来投薬は治療の手段であるにも関わらず、患者や医師双方が持つ薬への誤った理想化により、そもそもの目標を“投薬をうけること/すること”と合意しているために、剤種数が増加することもあると考えられる。さらに、患者の視点からみると、医師から投薬されることは、医師が自分の問題を引き受けてくれたということの象徴的な出来事としてポジティブなものと受け入れられることもある¹⁵⁾。患者によっては処方されることで治療を受けている実感を得ることができる可能性が考えられ、治療関係の良好さと剤種数だけを見た時には、正の相関がみられた可能性がある。また、薬の多さによっては治療関係と剤種数の間の関係性に違いがみられた。少量から中程度であれば、剤種数は主治医に対する結びつきや不信感とはほとんど関係がないことが示された。これは、主治医患者の双方が投薬という行為に対して過度な期待や理想化をしているような不適当な処方ではなく、症状に見合った適当な処方であるからだと考えられる。一方で、超多量群においては、主治医との結びつきが悪いほど剤種数が多いことが示された。これは仮説と合致する結果である。治療目標が不明確で治療関係も悪い中、主治医も薬を出すことでしか患者と関わることが出来なくなっていることが推察される。これらは忌むべき処方行動として、みせかけの威厳を保つための処方¹⁸⁾や、精神療法的対応を省略した結果の増量と考えることもできるだろう。こうした超多量群においても、治療目的の明確さと剤種数は正の相関にあるが、それが本当に医師と患者で共有されたものであるかは不明瞭である。医師は精神療法をしているつもりでも、患者は薬を受け取りにきているつもりというズレが生じることもあり⁹⁾、お互いに認識が違う形で目標が明確だと感じている可能性がある。こうした場合、患者にとっては主治医と会うことは、病気を根本的に改善するという目的によるものではなく、“投薬をうけること”という形で明確になってしまっている可能性がある。こうした患者においては、処方を受けるという意味の治療目的は明確になっているが、主治医という存在に対する不信感は存在するだろう。こうした場合には主治医も、他に為す術がなく、処方に

よってのみ患者との治療関係を維持しているものと考えられる。

また、症状の複雑さや主治医交代の頻繁さなど、様々な理由で増加していった投薬を受けても、状態がよくなる患者はどうしているのだろうか。その結果の一つとして、投薬以外の治療法としてのカウンセリングなど、診察とは別に治療を受けている対象者もいた。カウンセリングの有無の影響について検討したところ、カウンセリングを受けている人ほど、剤種数が多い可能性が高いことが示唆された。このことから、多くの薬を試しても、症状の改善がない人はカウンセリングを受けている可能性が高いと考えられる。

E. 結論

本研究では、当初予想していた形で治療関係の良さや剤種数との関連が示されることは無かったが、剤種数が極端多い患者においては、興味深いことに当初想定していた結果がみられた。臨床的に最も深刻な問題である超多量群において、治療関係との間に想定された関係性が見られたことは重要であろう。今後は、どのようなプロセスで治療関係の悪化、そして増薬に繋がるのかをより詳細に検討する必要があると考えられる。さらに、今回は処方側である主治医の属性や心理的側面については触れることができず、主治医側がもつ剤種数に影響を与える要因については考慮されていない。剤種数が増えるのには、双方の要因が絡み合っているはずであり、主治医側の側面についても触れることでより理解が深まると期待される。

F. 健康危機情報

現時点でなし

G. 研究発表

現時点でなし

H. 知的財産所有権の出願・登録状況

現時点でなし

引用文献

1. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
2. De las Cuevas, C., Peñate, W., Perestelo-Pérez, L., & Serrano-Aguilar, P. (2013). Shared decision making in psychiatric practice and the primary care setting is unique, as measured using a 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1045.
3. 原井宏明(2013). うつ・不安・不眠の薬の減らし方. 秀和システム.
4. 平塚祥子・熊野宏昭・片山潤・岸川幸生(2000). 服薬コンプライアンス尺度(第1報)－服薬コンプライアンス尺度の作成－. *YAKUGAKU ZASSHI*, 120(2), 224-229.
5. Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223.
6. Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 161(2 Suppl), 1-56
7. 松村 人志 (2011). 統合失調症とその治療とケア —病因の解明と抗精神病薬の作用と副作用の機序の理解に向けて—. *Osaka University of Pharmaceutical Science*, 5, 69-83.
8. McEvoy, J. P., Scheifler, P. L., & Frances, A. (Eds.). (1999). *The expert consensus guideline series: treatment of schizophrenia 1999*. Physicians Postgraduate Press.
9. 成田善弘(2012). 精神療法の深さ. 金剛出版.
10. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98.
11. 斉藤卓弥(2006). 抗精神病薬の polypharmacy. *精神医学*, 48(6), 635-640.
12. 白川治(2012). 抗うつ薬の多剤併用の意義と問題. *精神科治療学*, 27(1), 23-27.

13. 助川鶴平 (2012). 抗精神病薬多剤大量投与の是正に向けて. 精神神経学,114(6),696-701.
14. 谷英明・藤井康男(2012). 統合失調症治療における抗精神病薬併用処方リスクとベネフィット.精神科治療学,27(1),3-14.
15. 上島国利(2005). 現場で役立つ精神科薬物療法入門. 金剛出版
16. 上野治香, 山崎喜比古, & 石川ひろの. (2014). 日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の信頼性及び妥当性の検討. 日本健康教育学会誌, 22(1), 13-29
17. Waddington, J. L., Youssef, H. A., & Kinsella, A.(1998). Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 173(4), 325-329.
18. 山科満(2003). 臨床医はどんな時に多剤を併用しているか？—臨床的経験から—統合失調症の場合. 精神科治療学,18(7),797-799.

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

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 専任講師

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、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を行うこと目的に研究の計画を立てた。まず初年度に、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。次年度には、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いこと、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がないことが明らかとなった。最終年度は、ECAM studyの結果を用いて、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を行った。その結果、医師以外の職種によるCBTの提供は、医師によるCBTの実施に比べてcost savingに寄与する可能性が確認された。本研究の最終的な結果について、ECAMの2次データに基づいた解析であること、サンプル数が限られており、効果の検証について非劣性を証明する必要サンプル数に達していない可能性があること、治療者についてはランダム割り付けが実施されていないため、交絡因子の影響が除去しきれていないことなどの限界がある。結果の解釈にあたっては、これらに対して十分な注意が必要である。

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きける可能性が高い。

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)という診療報酬には、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。

そこで、本研究では、まず初年度に、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、次年度に、ECAM studyの結果を用いて、薬剤費の比較を行い、そして最終年度に、ECAM studyの結果を用いて、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を行うこととした。

B. 研究方法

B-1 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

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。