

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 25 年度総括・分担研究報告書

研究代表者 大野 裕

平成 26(2014) 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. 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 009
2. うつ病に対する認知行動療法の特異的効果
..... 古川 壽亮 011
3. うつ病に対する認知行動療法の効果検証と認知行動療法のスーパービジョン法の開発
..... 中川 敦夫 016
4. 認知行動療法の副作用を評価するツールの開発
..... 菊地 俊暁 020
5. 心理職への個人認知行動療法教育の留意点－臨床心理士養成課程に着目して－
..... 中野 有美 030
6. 看護師・精神保健福祉士等の職種の個人認知療法・認知行動療法の方法論の開発：海外の研修をわが国に应用するための方法論の検証と看護職への教育の留意点と方法論の開発
..... 堀越 勝 034
7. 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
..... 佐渡 充洋 053
8. 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 061
9. 生物学的マーカーによる認知行動療法の効果検討－拡散テンソル画像による予備的検討
..... 工藤 喬 064

厚生労働科学研究費補助金（障害者対総合研究事業）
研究報告書

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

要旨：本研究は、平成16年以来行ってきた厚生労働科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」で開発・使用したマニュアルに準拠して、うつ病、不安障害（パニック障害、強迫性障害）に対する認知療法・認知行動療法を適切に行うための教育用マニュアルの作成及び教育システムの構築とともに、認知療法・認知行動療法の副作用予防のために必要な事項や、医師以外の職種が認知行動療法を行う上での留意点について多角的に検討するものであり、研究は順調に推移している。

はじめに：本研究の目的と特徴

本研究では、平成16年以来行ってきた厚生労働科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」で開発・使用したマニュアルに準拠して、うつ病、不安障害（パニック障害、強迫性障害）に対する認知療法・認知行動療法を適切に行うための教育用マニュアルの作成及び教育システムの構築とともに、認知療法・認知行動療法の副作用予防のために必要な事項や、医師以外の職種が認知行動療法を行う上での留意点について多角的に検討する。

本研究を行うことになったのは、有病率が高い精神疾患であるうつ病および不安障害に対する治療では、治療効果が実証された認知療法・認知行動療法を薬物療法との併用で、もしくは症例によっては単独で使用することが望ましいとされており、こうした精神療法を提供できる治療環境を整備することが喫緊の課題だからである。そのために平成22年度から、認知療法・認知行

動療法がうつ病に対する認知療法・認知行動療法が診療報酬の対象となった。しかし、1年間に保険診療で認知療法・認知行動療法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%にも満たないことが明らかになっている。その大きな理由のひとつが、認知療法・認知行動療法の実施が医師に限定されているにもかかわらず認知療法・認知行動療法を実施できる熟練した医師が少ないことである。

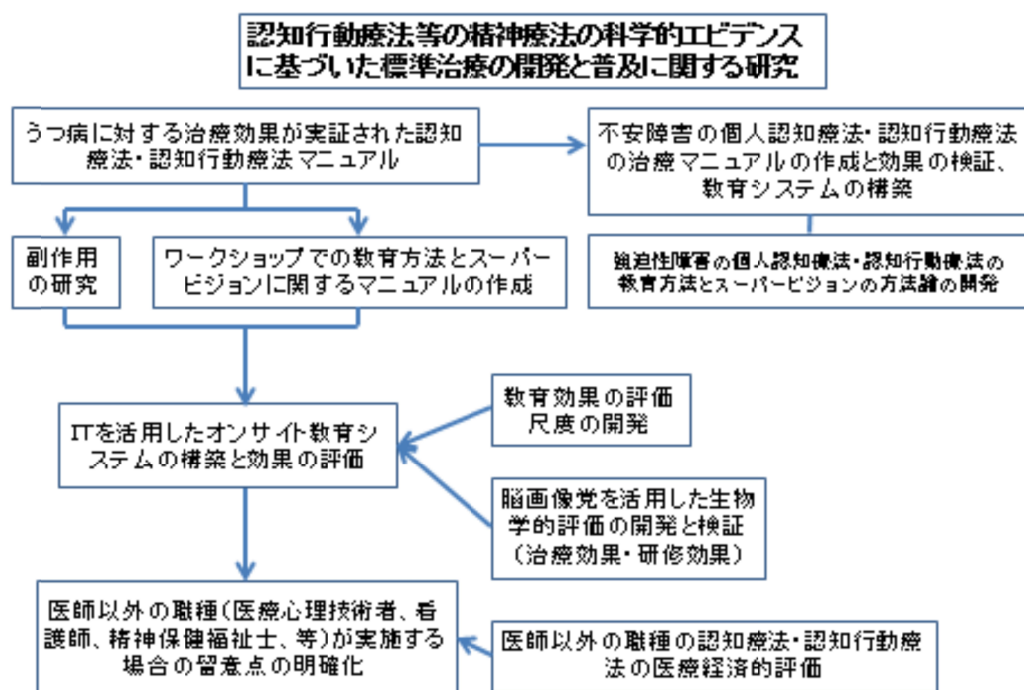
そうした現状で効果のある認知療法・認知行動療法を広く提供するためには、現在の実施主体である医師はもちろんのこと、医療心理技術者や看護師、精神保健福祉士等、医師以外の職種が医師とチームを組んで認知療法・認知行動療法を実施できるようにした場合の効用、その際の効果的な教育の方法論、教育システム、副作用や留意点を明らかにすることができれば、効果的な認知療法・認知行動療法を国民に広く提

供できる可能性が高まると考えられる。

とくに、医師以外の職種が認知療法・認知行動療法を実施できる可能性、その場合の副作用や留意点を明らかにする試みは、わが国で初めてのものであり、認知療法・認知行動療法を効果的に、しかも広く提供していくための方法論や環境の整備に大きく寄与するものと考えられる。

また、うつ病とともに有病率が高く国民の精神的不調の大きな原因となっている不

安障害に対する認知療法・認知行動療法を診療報酬の対象にしてほしいという声が強いことから、不安障害の認知療法・認知行動療法の効果とその方法論、教育システムを明らかにしていくことは、国民の心身の健康を高める施策をより効率的に提供できるようにすることに大きく資するものである。本研究の概略は以下の図で示したとおりである。



平成 25 年度の研究成果

藤澤大介は、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し、臨床アウトカムとの関連を検証するシステムを整備するために、評価項目の選定と、評価体制について討議し、候補となる評価尺度、評価スケジュール原

案を作成した。

古川壽亮らは、うつ病に対して認知行動療法と、心理学的プラセボと、無治療を比較した無作為割付比較試験(18本、1153人)を同定し、ネットワークメタアナリシスを適応して、認知療法・認知行動療法に心理学的プラセボを上回る効果があるかを検討

した。その結果、認知療法・認知行動療法は無治療に比して有意に反応率が高かった(OR=2.24, 1.32 to 3.88)が、心理学的プラセボに比して有意差はない(OR=1.30, 0.53 to 2.94)ことが明らかになった。しかし、セッション数でメタレグレーションをすると治療効果はセッション数と相関し、認知療法・認知行動療法の特異的効果はセッション数が増えると大きくなった。このことから、10セッション以上ならば、無治療群と比較した認知療法・認知行動療法の効果の50.4(19.7 to 85.0)%は認知療法・認知行動療法に特異的なものであり、心理学的プラセボに勝ることが示唆される。

中川敦夫らは、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療法・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い、目標症例数の80の登録が終了した。80例のベースライン時の平均年齢は40.6歳で、COMB群の平均HAMD 21.0、平均BDI 26.1に対して、TAU群では、平均HAMD 20.8、平均BDI 26.0であった。また、臨床家が自分の臨床現場を離れることなく個人認知療法・認知行動療法のスーパービジョンを受けられるようにするためのインターネットを用いたスーパービジョン・システムの構築を図るための一環として、認知療法・認知行動療法のスキル評価のために標準化トレーニングビデオを開発した。

菊地俊暁は、認知療法・認知行動療法の有害事象に関する検討を行っている。これまで認知療法・認知行動療法の有効性

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。その背景には、有害事象を適切に評価できる基準や方法に乏しいことが挙げられる。認知療法・認知行動療法の副作用には、他の精神療法と共通する事象と特異的な事象が考えられることから、過去の文献レビューにより精神療法の副作用を検証し、また認知療法・認知行動療法のセッション記録から有害事象を抽出し、それを基にエキスパートの意見を集約して、認知療法・認知行動療法の副作用を評価するツールを作成した。

中野有美は、心理医療技術者への研修の課題を検討している。心理的支援の方法として認知療法・認知行動療法の価値が認められ普及が進んでいるが、心理医療技術者の分野においては認知療法・認知行動療法がそれほど急速な広まりを見せていない。その理由の一つとして、わが国の臨床心理士の養成カリキュラムを決定し資格を認定している側が、臨床心理士の専門性を発揮する場所として、医療現場をその職域の一部にすぎない、という捉え方をしているという点が挙げられる。臨床心理士をはじめとする医療心理技術者の間に認知療法・認知行動療法が普及し、真に実践的な力が発揮されるようになるには、その養成課程で医療心理技術者が医療現場に積極的に参入していくことの重要性を共有することがまず重要であると結論づけている。

堀越勝らは、看護師が認知療法・認知行動療法を医療現場で実施する際に必要な環境的、技術的な必要について検証する目的で、本年度は予備調査として、全国の精神科看護師とその他の診療科の看護師、合わせて1840名にアンケート調査を実施し、看護師がCBTを実

施する際の障害についての情報を収集した。その結果、看護師が認知療法・認知行動療法を実施ある際に障害となるのは以下の6点であることが判明した。それらは、訓練の充実、周囲の理解、人員と場所の確保、介入側と被介入側の時間の確保、費用(患者側、及び介入側の費用)、資格と責任である。

佐渡充洋は、医師以外の職種が認知療法・認知行動療法を実施した場合の費用対効果についてわが国では十分な知見がないことから、医師以外の職種が認知療法・認知行動療法を実施した場合の費用対効果についての系統的レビューを実施した。2010年より、認知療法・認知行動療法が保険診療で実施できる体制が整備された。その結果、6件の研究が包含され、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。

岡本泰昌は、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の端緒として、社会的排斥による“こころの痛み”に対する支持的な言葉の影響が個人的特性によって脳機能レベルで影響を受けるかについてサイバーボール課題を用いて検討を行った。その結果、社会的排斥及び支持的サポートに対する感受性には個人差があり、自己評価やうつ傾向の程度によって影響を受けること、こういった個人特性は、前頭前野の感情制御機能や前帯状回における情動反応に影響を与えることが考えられた。

工藤喬は、MRIによる拡散テンソル画像(DTI)を用いて認知療法・認知行動療法の効

果について検討を行うことを目的とした研究を開始し、本年度は予備的検討として、Major depressive disorder (MDD)と診断させる患者の白質の微細構造変化について検討した。MDDでは、脳梁前脚部の fractional anisotropy (FA)の有意な低下が認められ、白質における微細構造の変化が示唆された。清水栄司らは、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)治療によって十分な改善を示さない社交不安障害患者に対して、通常診療と認知療法・認知行動療法の併用が、通常診療単独よりも有効であるかどうかについて、ランダム化比較試験による検証を行っている。

中川彰子は、強迫性障害に対する認知療法・認知行動療法治療者の教育方法に関して、スーパービジョン等を認知行動療法の先進国に学びながら、国内の治療の実態の把握と現場の治療者のニーズを調査し、それに基づいて提供すべき教育方法を確立し、さらにそれを普及させる方法を検討する研究を開始した。

金吉晴は、心的外傷後ストレス障害(PTSD)に対して薬物を含む治療法のなかでもっとも効果が実証されている持続エクスポージャー療法(PE)を適切に普及するために、指導育成他姓を整備するための基礎的研究を行い、安定的にPEを実施できる環境整備の上に、保険診療科などの制度的検討を行った。

井上雄一らは、不眠の認知療法・認知行動療法(CBT-I)の効果を検証するための治療プロトコルを作成し、原発性不眠症患者を対象とした治療効果研究を実施した。その結果、CBT-I実施群は、通常治療群よりも不眠症状および抑うつ症状が改善し、睡眠薬の減薬率も高く、本研究で作成した

CBT-I の治療プロトコルが原発性不眠症患者に対して有効であることを明らかにした。

以上のように、本年度の研究は当初の予定通り順調に進んでいる。

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 Massachusetts General Hospital 客員研究員

研究要旨 認知行動療法の質の測定方法の確立と、臨床アウトカムの関連の検証を行う。平成 25 年度は、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し、臨床アウトカムとの関連を検証するシステムを整備する。研究初年度の本年は評価項目の選定と、評価体制について討議し、候補となる評価尺度、評価スケジュール原案を作成した。

A. 研究背景と目的

認知行動療法の質の測定方法の確立と、臨床アウトカムの関連の検証を行う。平成 25 年度は、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し、臨床アウトカムとの関連を検証するシステムを整備する。

B. 研究方法

研究初年度の本年は評価項目の選定と、評価体制について討議を重ねた。

C. 結果

下記の評価尺度を検討中である。

【基本的な治療態度】

- Work Alliance Inventory : WAI

WAI は治療同盟の質の 12 項目の評価尺度。

- Barrett-Lennard Relationship Inventory : BLRI

共感の質を評価する 10 項目の評価尺度。

【認知行動療法の実践能力とメタ能力】

- Cognitive Formulation Rating Scale : CFRS

CFRS は病歴聴取、症例の概念化、治療計画を評価する 12 項目の尺度である。国際認知療法協会 Academy of Cognitive Therapy(ACT)では 20/24 点が合格点である。

- Cognitive Therapy Scale : CTS

認知療法の構造や進め方に関する 11 項目の評価尺度。ACT では 40/66 点が合格点である。

【患者評価】

- Beck Depression Inventory : BDI

• Quick Inventory of Depressive Symptomatology self-report : QIDS-SR

ともに抑うつの評価尺度。

- Unwanted events / adverse therapy reaction 副作用の内容と起因について評価尺度。

D. 考察

上述の評価尺度を下記のスケジュール原案をも

とに、本研究班の分担研究者と討議しながら研究倫理申請書を作成、倫理申請を行う予定である。

rater	scales	session number															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Patient	BDI/QIDS-SR	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	WAI/ES				○					○						○	
	Therapy satisfaction				○					○						○	
Svee	patients' background	○															
Sver	CTRS				○					○						○	
	CFRS				○												
Center	WAI/ES									○						○	
	CTRS				○					○						○	
	CFRS				○												
	WAI/ES									○						○	
	UE-ATR checklist				○					○						○	

治療者が回収/提出

CTRS: Cognitive Therapy Rating Scale 認知療法尺度
 CFRS: Cognitive Formulation Rating Scale 認知療法概念化尺度
 WAI: Working Alliance Inventory 治療同盟尺度
 ES: Empathy Scale 共感尺度
 BDI: Beck Depression Inventory
 QIDS-SR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology
 UE-ATR checklist: Unwanted events / Adverse Therapy Reaction

E. 研究発表

E1. 論文発表

1. 藤澤大介. うつ病の認知行動療法 - 成り立ちと魅力. 保健の科学 56(2), 76-80, 2014
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 Dec 18;13(1):338.
3. Suzuki Y, Kato TA, Sato R, Fujisawa D, Aoyama-Uehara K, Hashimoto N, Yonemoto N, Fukasawa M, Otsuka K. Effectiveness of brief suicide management training program for medical residents in Japan: A cluster randomized controlled trial. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2013 Jul 18;1-10.
4. Fujisawa D, Suzuki Y, Kato T, Hashimoto N, Sato R, Aoyama-Uehara K, Fukasawa M, Tomita M, Watanabe K, Kashima H, Otsuka K. Suicide intervention skills among Japanese medical residents. Academic Psychiatry 2013; 37:1-6.

5. 藤澤大介、鈴木伸一、巢黒慎太郎、新明一星、中島恵子、上田(能野)淳子. 一般身体医療における認知行動療法とチーム医療. 認知療法研究 2013
 6. 能野淳子、藤澤大介. がん領域における認知行動療法. 最新精神医学 18 巻 2 号 Page147-151, 2013
 7. 大野裕、堀越勝、新明一星、藤澤大介. 認知行動療法が現代医療で果たす役割. 臨床心理学 13 巻 2 号 Page175-179, 2013
 8. 大野裕、藤澤大介、中川敦夫、菊地俊暁、佐渡光洋. うつ病の認知療法・認知行動療法. 精神神経学雑誌 115(5), 539-546, 2013
 9. 大野裕、藤澤大介. 外国とわが国の専門医制度の比較 ~ 精神療法を中心に ~. 精神神経学雑誌 2013
- E2. 学会発表
1. Fujisawa D. Development of National Training System in CBT - an experience of Japan -. 5th Asian Cognitive Behavioral Therapy Conference, 2013.8.23-25. Tokyo
 2. 藤澤大介. メンタルケアの基盤づくりとケースマネジメントにいかす認知行動療法. 第 13 回日本認知療法学会(シンポジウム「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」). 2013.8.23-25(東京)
 3. 藤澤大介. がん患者さんへの認知行動療法. 日本緩和医療学会教育セミナー. 2013.6.20(横浜)
 4. 満田大、中川敦夫、中川ゆう子、佐渡充洋、藤澤大介、菊地俊暁、岩下覚、三村将、大野裕. 治療抵抗性うつ病における不安障害とパーソナリティ障害の comorbidity: 横断研究. 第 10 回日本うつ病学会 2013.7.20-21(北九州市・北九州国際会議場)
 5. Okada Y, Fujisawa D, et al. Verifying the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Patients carried out by Nurse in Japan. 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. 2013.7.22-25 (Lima, Peru)

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

うつ病に対する認知行動療法の特異的効果

研究分担者 古川壽亮 京都大学大学院医学研究科 教授

研究要旨 すべての精神療法は同等に有効であるという論文が多く出ている。この立場は『不思議の国のアリス』の挿話から「ドーデー鳥裁定 Dodo bird verdict」と呼ばれている。

今回我々はうつ病に対して認知行動療法と、心理学的プラセボと、無治療を比較した無作為割付比較試験（18本、1153人）を同定し、ネットワークメタアナリシスを適応して、認知行動療法に心理学的プラセボを上回る効果があるかを検討した。結果、認知行動療法は無治療に比して有意に反応率が高かった(OR=2.24, 1.32 to 3.88)が、心理学的プラセボに比して有意差はなかった(OR=1.30, 0.53 to 2.94)。セッション数でメタレグレーションをすると治療効果はセッション数と相関し、認知行動療法の特異的効果はセッション数が増えると大きくなった。10セッション以上ならば、無治療群と比較した認知行動療法の効果の50.4(19.7 to 85.0)%は認知行動療法特異的なもので、認知行動療法は心理学的プラセボに勝ることが示唆された。

古川壽亮 1)、本屋敷美奈 1)、篠原清美 1)、陳霽
瑤 1)、Rachel Churchill 2)、Vivien Hunot 2)、Debbi
Caldwell 2)

- 1) 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康増進・行動学分野
- 2) University of Bristol, UK

A. 研究背景と目的

精神療法の効果を、非特異的な共通効果と、特定の精神療法に特異的な効果とに分けたのは、Rosenzweig (1936) [1]に始まる。Rosenthal & Frank (1956) [2]は、薬物の効果を証明するプラセボ対照比較試験と同様、ある精神療法の特異的な効果を証明するためには、非特異的な精神療法と比較しなくてはならないと説いた。

ところが、その後の研究では、さまざまな精神療法学派を比較した研究でも、特定の精神療法と非特異的な精神療法の間でも、異なる精神療法の間にも、効果の差が認められないことが示されてきた。この現象は、『不思議の国のアリス』に出てくる、湖の周りを走る競争のあとドーデー鳥が“Everybody has won, and all must have prizes”と宣言したという挿話にちなんで、ドーデー鳥裁定と呼ぶ。

しかし、ドーデー鳥裁定を証明するとされる研究には以下のような欠陥が認められる [3-5]。

1. 対象となった研究は、患者についても介入についても非常に多様な対象を含んでおり、それら全体の統合した結果に臨床的な意味があるとは考えられない。あたかも、すべての

悪性度のすべての癌腫に他する外科治療と抗がん剤治療と放射線治療の効果を合算するようなものである。

2. 全体を統合した結果はしばしば効果サイズにして0.2程度で、通常はこれらは臨床的に意味のない大きさと宣言される。しかし、医学的にはこれはNNTにして15程度に相当し、しかも内科の薬物療法の多くは実は較差サイズで0.2程度しかない。
3. 一方、上記の点推定の上限はしばしば0.5を上回り、強い効果を否定することも出来ない。

一方、ドーデー鳥裁定を否定し、精神療法の特異的効果の占める%を算出した研究も散見される。もっとも有名なものが、Lambert [6]のもので、これによると精神療法の効果のうち15%が特異的効果で、30%が共通効果で、15%が期待、40%が治療外の因子によると結論している。しかし、これらの数字の根拠は薄弱である。

われわれは成人の急性期うつ病に対する種々の精神療法のネットワークメタアナリシスを遂行している。種々の精神療法のうち、もっともよく研究されている認知行動療法について、心理学的プラセボおよび無治療と比較したRCTのネットワークを分析することによって、はたして認知行動療法は心理学的プラセボを上回る特異的効果を有するかを検討することとした。

B. 研究方法

対象となる研究の種類：RCT、cross-over trial の場合はその前半のみ、cluster RCT を対象とする。
対象となる参加者：18歳以上75歳未満。

対象となる診断: 操作的診断(DSM-IV, DSM-III-R, DSM-III, ICD-10, RDC, Feighner)による大うつ病急性期。確立された評価尺度の閾値によってエントリーされた場合も包含する。一方、治療抵抗性の大うつ病や、大うつ病の再発の予防を目的とした試験は除外する。

実験群介入: 認知行動療法

対照群介入: 無治療群、心理プラセボ

除外される介入として、再発予防のための介入、治療者付きのセルフヘルプ、薬物との併用療法、夫婦療法、家族療法。

アウトカム尺度: 主要アウトカムは、抑うつを測定する連続尺度に基づき判定された回復/改善とした。

研究の検索: Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Group の CCDANCTR、引用文献リスト、個人的連絡を用いる

二人の独立した評価者が各研究が選択基準を満たしているかを検討し、二人の意見が不一致の場合は第三の著者と検討する。

データ抽出: 二人の独立した評価者によってあらかじめ定められたデータを抽出する。二人の意見が不一致の場合は第三の著者と検討する。

治療効果の表現: 二値尺度については OR を用いる

欠損値の扱い: 二値尺度については、脱落した者は不良なアウトカムであったと想定して ITT を行う。また連続尺度が与えられている場合は、Furukawa[7]により反応率を推定した。

報告バイアスの評価: 出来る限りもれなく研究を同定すること、各研究において重要なアウトカムが欠落していないかを検討し場合によっては原著者に問い合わせる。十分な数の研究があれば漏斗図分析を行う。

データの統合: ランダム効果モデルを使う

メタレグレッション: 得られた結果の異質性の原因を検討するため

- 1) セッション数
- 2) 個人 vs 集団治療の別
- 3) ベースライン抑うつ重症度
- 4) 抗うつ剤の使用

についてメタレグレッションを行う。

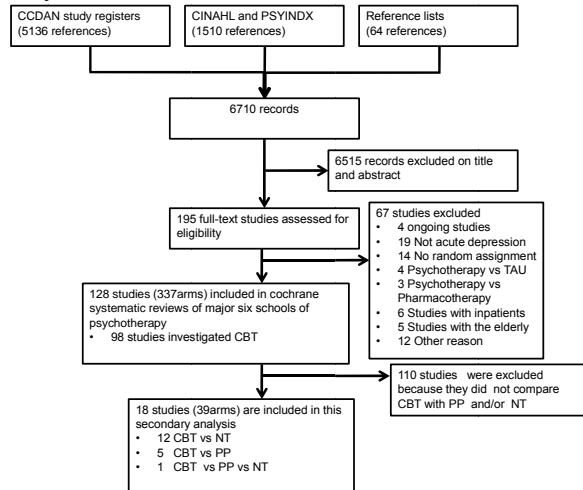
(倫理面への配慮)

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。

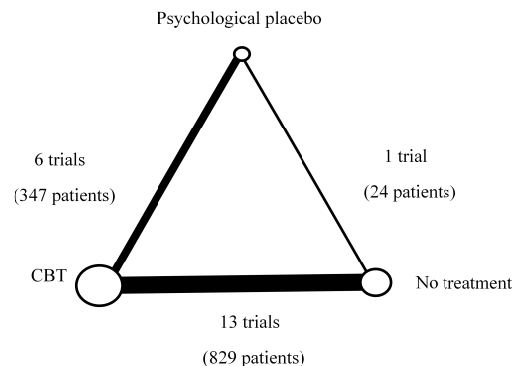
C. 結果

同定された研究

われわれはこのプロトコルに則り、CCDANCTR などから 2011 年 6 月までの検索により該当 RCT の同定およびそれからのデータ抽出を進めた。その結果、128 研究 (3737 アーム) を同定した。このうち、認知行動療法、心理学的プラセボ、無治療を比較した RCT はすべてで 18 研究 (1153 人) であった。



そのエビデンスネットワークは



の通りであった。各研究の詳細、および心理学的プラセボの詳細を付表 1、付表 2 に示す。包含された RCT の質は残念ながら全般に低かった。

ネットワークメタアナリシス

各比較の異質性は中等度でかつ出版バイアスも疑われなかったため、ネットワークメタアナリシスを行った。ネットワークのモデルフィットも十分に判定された。

	全体
CBT vs NT	2.24 (1.32 to 3.88)
CBT vs PP	1.30 (0.53 to 2.94)
PP vs NT	1.73 (0.67 to 4.84)

CBT specific component	35.0% (-99.5 % to 180.3%)
------------------------	------------------------------

と、CBT vs 無治療は有意な結果であったが、CBTと心理学的プラセボあるいはCBTと無治療の間には有意な差が認められなかった。CBTの特異的な効果は35%と推定されたが、その95%信用区間はマイナスから100%超と非常に広く、CBTの特異的な効果があるとは言いきれない結果であった。

メタレグレーション

そこで、アプリアリに設定された少数の変数についてメタ回帰を行ったところ、セッション数が有意な影響を示し、

	< 10sessions	≥ 10sessions
CBT vs NT	1.53 (1.02 to 2.28)	7.37 (3.74 to 15.15)
CBT vs PP	0.55 (0.27 to 1.20)	2.71 (1.42 to 5.33)
PP vs NT	2.72 (1.28 to 5.76)	2.72 (1.28 to 5.76)
CBT specific component	-159.6% (-958.4% to 90.6%)	50.4% (19.7% to 85.0%)

10セッション以上のCBTは、心理学的プラセボとの間に有意な差を認めた。その場合、CBTの特異的な効果は、50.4% (19.7% to 85.0%)と推定された。

D. 考察

包括的な文献検索で、CBTと心理学的プラセボと無治療を比較した全18件のRCTが同定された。このエビデンスネットワークをメタアナリシスしたところ、CBTのセッションが10回以上の場合に、CBTは心理学的プラセボに対してオッズ比2.7 (95%信用区間：1.4から5.3)、無治療に対してオッズ比7.4 (3.7から15.2)倍反応を増やすことが分かった。CBTの特異的な効果は、その効果の50% (20%から85%)を占めると考えられた。対象の疾患、介入の手技、そして最新の分析方法を用いることにより、あまりに全般的で曖昧なドロー鳥裁定に対する反例を示すことが出来た。今後は、疾患ごとに、特定の精神療法ごとに特異性の検討が必要である。

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. Shiraishi N, Watanabe N, Kinoshita Y, Kaneko A, Yoshida S, Furukawa TA & Akechi T (in press) Brief Psychoeducation for Schizophrenia Primarily Intended to Change the Cognition of Auditory Hallucinations: An Exploratory Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
5. 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.
6. Shinohara K, Honyashiki M, Imai H, Hunot V, Caldwell DM, Davies P, Moore TH, Furukawa TA & Churchill R (2013) Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD008696.
7. Hunot V, Moore TH, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H, Honyashiki M, Chen P, Lews G & Churchill R (2013) 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD008704.
8. Churchill R, Moore TH, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, Shinohara K, Imai H, Lewis G & Hunot V (2013) 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD008705.
9. Watanabe N, Furukawa TA, Shimodera S, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, Suga Y, Kakeda K & Perlis ML (2013) Can assessors in a trial of psychotherapy be successfully blinded? Analysis of a randomized controlled trial on psychotherapy for refractory insomnia in residual depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 401-403.

E2. 学会発表

1. Furukawa TA, Noma H, Hunot V, Churchill R (2013) Waiting list may be a placebo condition in psychotherapy trials: a network meta-analysis. 7th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Lima, Peru 2013.7.23.
2. Furukawa TA, Noma H, Honyashiki M,

Shinohara K, Imai H, Churchill R, Hunot V, Caldwell D (2013) Waiting list may be a ' placebo ' condition in psychotherapy trials. 21st Cochrane Colloquium, Quebec City, Canada 2013.9.19-23.

参考文献

1. Rosenzweig S: **Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy.** *Am J Orthopsychiatry* 1936, **6**:412-415.
2. Rosenthal R, Frank JD: **Psychotherapy and the placebo effect.** *Psychol Bull* 1956, **53**(4):294-302.
3. Luborsky L, Singer B: **Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyon has one and all must have prizes"?** *Arch Gen Psychiatry* 1975, **32**(8):995-1008.
4. Smith ML, Glass GV: **Meta-analysis of psychotherapy outcome studies.** *The American psychologist* 1977, **32**(9):752-760.
5. Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H: **A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes."** *Psychol Bull* 1997, **122**:203-215.
6. Lambert MJ, Barley DE: **Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome.** *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2001, **38**(4):357-361.
7. Furukawa TA, Cipriani A, Barbui C, Brambilla P, Watanabe N: **Imputing response rates from means and standard deviations in meta-analyses.** *Int Clin Psychopharmacol* 2005, **20**(1):49-52.

付表 1. 包含された研究の特徴

Study	N of arms in:			N	Included disorders	Baseline BDI	Format	N of sessions	Concomitant pharmacotherapy	Outcome scale	Risk of Bias			Response imputed
	CBT	PP	NT								Allocation concealment	Blinding of assessors	Treatment fidelity	
Besyner1979	1	1		20	Other	24.9	Grp	4	Unclear	BDI	Unclear	High	Unclear	Imputed
^a Dowrick_Finland Rural1996	1		1	50	MD D+	21.1	Ind	6	Allowed	BDI	Low	High	Unclear	Imputed
^a Dowrick_Finland Urban1996	1		1	47	MD D+	21.3	Ind	6	Allowed	BDI	Low	High	Unclear	Imputed
^a Dowrick_Ireland UrbanRural1996	1		1	38	MD D+	23	Grp	8	Allowed	BDI	Low	High	Unclear	Imputed
^a Dowrick_Norway Rural1996	1		1	61	MD D+	19.2	Grp	8	Allowed	BDI	Low	High	Unclear	Imputed
^a Dowrick_Norway Urban1996	1		1	67	MD D+	21	Grp	8	Allowed	BDI	Low	High	Unclear	Imputed
^a Dowrick_Spain Urban1996	1		1	30	MD D+	22	Ind	6	Allowed	BDI	Low	High	Unclear	Imputed
^a Dowrick_UK Rural1996	1		1	49	MD D+	26	Ind	6	Allowed	BDI	Low	High	Unclear	Imputed
^a Dowrick_UK Urban1996	2		1	84	MD D+	24.8	Ind/Grp	6/8	Allowed	BDI	Low	High	Unclear	Imputed
Faramarzi2008	1		1	82	Other	19.9	Grp	10	No	BDI	Unclear	High	Unclear	Imputed
Fuchs1977	1	1		^b 18	Other	NA	Grp	6	Unclear	BDI	Unclear	High	Unclear	Imputed
Hamamci2006	1		1	24	Other	28.4	Grp	11	No	BDI	Unclear	High	Unclear	Imputed
Hamdan-Mansour2009	1		1	84	Other	24.1	Grp	10	Unclear	BDI	Low	High	Low	Imputed
Hegerl2010	1	1		120	MD D+	NA	Grp	10	No	HAMD	Unclear	Unclear	Low	No
Kelly1982	1	1		16	MD D+	25.4	Grp	6	Allowed	BDI	Unclear	High	Unclear	Imputed
Miranda2003	1		1	179	MD D+	NA	Ind/Grp	8	No	HAMD	Low	Low	Unclear	No

Propst1980	2	1	1	47	Other	15.4	Grp	8	No	BDI	Unclear	High	Unclear	Imputed
Serfaty2009	1	1		137	MD D+	26.8	Ind	12	Allowed	BDI	Low	High	Low	Imputed

Abbreviations CBT: cognitive behaviour therapies; PP: psychological placebo; NT: no treatment; BDI: Beck Depression Inventory; MDD+: Major depressive disorder diagnosed by operationalised diagnostic criteria

^aDowrick1996 reports nine independently conducted, albeit according to concerted protocols, RCTs. Two of these RCTs conducted in Ireland were reported in an amalgamated form in the definitive report and is therefore treated as one trial in this meta-analysis.

^bFor Fuchs1977, randomized N was not available. Instead we used number of participants assessed at the end of intervention.

付表 2. 心理学的プラセボの詳細

Besyner1979	Nonspecific group: “Therapist behavior was limited to reflection and clarification of verbal material and questioning to facilitate discussion. It may be argued that such procedures are akin to, if not identical with, those employed by Rogerian therapists. While the validity of this argument cannot be denied, it is the belief of this researcher that such procedures are considered to be minimally therapeutic.” (page 70, line 10)
Fuchs1977	Nonspecific therapy: “Session 1 began in the same way as the self-control procedure with introductions, collection of deposits, a review of confidentiality issues, and a 10-minute group interaction assessment procedure. As in the other groups, participants were given an information sheet and a general introduction to group therapy concepts, generally from a nondirective framework. From that point on and throughout the ensuing sessions, therapists in this condition attempted to elicit discussion of past and current problems, to encourage group interaction, and to reflect and clarify feelings in an empathic manner. Although therapists at times suggested simple exercises within the group to facilitate open discussion, they were specifically instructed neither to recommend out-of-therapy activity nor explicitly to teach behavioral principles. These sessions lasted approximately 2 hours weekly, as did self-control therapy sessions.” (page 209, left column, line 24)
Hegerl2010	Guided self help group (GSG): “In the GSG, a supportive atmosphere was created, allowing the participants to communicate about their situation and daily life, but no psychotherapeutic intervention was allowed by the group leader.” (page 33, right column, line 1)
Kelly1982	Nondirective group: “The nondirective group served as a control group and met for the same amount of time as the other groups, but did not undergo their treatment procedures. Outside of behavior change strategies and cognitive strategies, the group was free to discuss any topics (e.g., support, jobs, etc.). All sessions, with the exception of the first, consisted of a review of the previous meeting’s topic and a discussion of issues the group members felt were important. The therapist behavior during all sessions was as consistent as possible. An attempt was made to provide all group members with maximum empathy and warmth.” (page 41, line 10)
Propst1980	Therapist Contact plus Self-Monitoring: “Participants in this condition simply met for a discussion group and kept track of their daily mood. For homework they were to record items for group discussion on their mood cards. The content of the discussion was up to the participants, as the therapists participated as little as possible.” (page 172, line 5)
Serfaty2009	Talking Control: “Clearly defined criteria for the TC group were used to prevent CBT from being delivered. Talking control therapy was developed during our feasibility work, and details are available from the authors. The therapists practiced delivering the TC in role plays with the supervisor so that difficult questions could be addressed. Dysfunctional beliefs were not challenged; however, the therapists were asked to show interest and warmth, encouraging participants to discuss neutral topics such as hobbies, sports, and current affairs. No advice or problem solving was given, and there was little focus on emotional issues. No suggestions for behavioral tasks were offered. So for example, if the patient said, “My daughter does not like me as she never comes to visit me,” the therapist would ask, “How many children do you have?” (page 1334, right column, line 8)

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））

「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」 分担報告書

「うつ病に対する認知行動療法の効果検証と認知行動療法のスーパービジョン法の開発」

研究分担者：中川敦夫（慶應義塾大学医学部クリニカルリサーチセンター）

研究協力者：満田大^{1,2)}、中川ゆう子¹⁾、武智小百合¹⁾、佐渡充洋¹⁾、藤澤大介³⁾、菊地俊暁⁴⁾、岩下覚²⁾、三村将¹⁾、大野裕⁵⁾

¹⁾慶應義塾大学医学部精神神経科学教室、²⁾桜ヶ丘記念病院、³⁾Massachusetts General Hospital、⁴⁾杏林大学医学部精神神経科学教室、⁵⁾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

（研究 1）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い、目標症例数の 80 の登録が終了した。80 例のベースライン時の平均年齢は 40.6 歳で、COMB 群の平均 HAMD 21.0、平均 BDI 26.1 に対して、TAU 群では、平均 HAMD 20.8、平均 BDI 26.0 であった。

（研究 2）臨床家が自分の臨床現場を離れることなく個人認知療法・認知行動療法のスーパービジョンを受けられるようにするためのインターネットを用いたスーパービジョン・システムの構築を図るための一環として、認知行動療法のスキル評価のために標準化トレーニングビデオを開発した。

A.研究目的

（研究 1）

Pampallona ら(2004)のうつ病を対象とした 16 の臨床試験(薬物単独療法 n=932 vs. 精神療法+薬物療法の併用療法 n=910)のメタ解析でも示されるように、薬物療法単独よりも精神療法を併用した方が、有効性が高まる。うつ病の中でも、重症のうつ病の患者に対する対人関係療法や認知行動療法を対象とした臨床試験のメタ解析では Thase ら(1997)は、対人関係療法や認知行動療法を併用した方が薬物療法単独よりも治療反応が高いと報告している。さらに、重症のうつ病入院患者に、認知行動療法を併用した場合でも、標準的薬物療法単独よりも治療反応が高まると報告している(Bowers et al.,1990)。しかし、一般診療で

よく遭遇する通常のうつ病診療を十分期間行っても、十分な治療反応が示さなかった患者に、認知行動療法を併用した場合の有効性ならびに再発予防に関するエビデンスは限定的である。

本研究では、通常治療を 2 カ月以上受けても、中等度以上のうつを認めているうつ病患者に対して、薬物療法中心の通常治療に認知行動療法を併用実施した(combination therapy: COMB 群)方が、認知行動療法を併用実施しない(treatment as usual: TAU 群)よりも有効性および費用対効果が上回るという仮説を検証すべく、無作為化・単盲検(評価者のみ)・並行群間比較対照試験(16 週間)および、その追跡を 12 ヶ月間行うものである。

(研究 2)

臨床家が自分の臨床現場を離れることなく個人認知療法・認知行動療法のスーパービジョンを受けられるようにするためのインターネットを用いたスーパービジョン・システムの構築を図るための一環として、認知行動療法のスキル評価のために標準化トレーニングビデオを開発する。

B.研究方法

(研究 1)

本研究の対象は研究実施期間内に研究実施機関を受診する 20 歳以上 65 歳以下の HAMD-17 得点 ≥ 16 を満たし SCID で DSM-IV 大うつ病性障害 Major Depressive Disorder の診断を受け、8 週間以上の通常のうつ病治療が実施され、試験への参加同意を得られた者である。ただし、躁病エピソード、精神病エピソード、アルコール・物質使用障害の併存や既往を認める者、著しい希死念慮を認める者、過去に CBT を受けたことのある者、臨床診断で生命に関わるような重篤なあるいは不安定な状態の身体・脳器質疾患を認める者は除外する。

本研究の研究期間は合計 16 か月で、組み入れ後の 16 週間(4 か月)の介入期とその後 12 ヶ月間の介入後観察期より構成される。

介入群では、通常治療と並行して厚生労働省こころの健康科学「精神療法の実施と有効性に関する研究」研究班作成の治療者マニュアルにもとづく認知行動療法を(1 回 50 分のセッション) 研究の介入期間内に 8-16 回実施する。介入治療期間に実施される通常治療と認知行動療法以外のあらゆる精神療法、行動療法、アロマセラピー、電気けいれん療法などの精神科的治療は認められない。対照群(通常治療)では、大うつ病性障害の治療上の薬物療法については、アメリカ精神医学会・英国 NICE 治療ガイドラインに基づき、治療医の臨床判断で実施され、

薬剤の内容、用量を制限しない。また、精神疾患、一般身体疾患を問わず、大うつ病性障害に合併する疾患の治療については、それらの疾患が、本研究の選択基準、除外基準に抵触しない限り、それらの治療を認め、大うつ病性障害に対する治療と同じく、それらの治療に用いられる薬剤の内容、用量は制限されない。なお、通常診療の範囲で行われる、簡便な疾患教育や支持的な介入を行うことは妨げないものとする。

主要評価項目は、試験開始 16 週後の介入終了時での介入群と対照群の HAMD-17 の合計得点の平均値、得点減少率に関して 2 群間比較する。HAMD-17 はブラインド化された評価者によって、試験開始時(0 週)、試験中間点(8 週)、試験終了時(16 週)の介入期終了時点の 3 回評価する。

副次評価項目は試験開始 0, -8, -16 週および 7, -10, -16 か月における 1. 寛解率 remission rate (HAMD-17 ≤ 7 ; QIDS score ≤ 5 を満たす者/合計割り付け者)、2. 治療反応率 response rate (HAMD-17; QIDS 合計スコアの baseline-50% reduction を満たす者/合計割り付け者) 3. 自覚的うつ症状の重症度 (BDI total score and QIDS total score; QIDS は介入期における週ごとの変化も検討する)、4. QOL の程度(EQ-5D total score and SF-36)の 2 群間比較および baseline change score を評価する。また 0-8 週, 0-16 週, 8-16 週の間における上記の各項目の差も検討する。寛解患者ひとりあたりの TAU 群から 1 質調整生存年 (QALY: Quality Adjusted Life Year) 延長するために必要となる追加費用である増分費用対効果 (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) を求め COMB 群の費用対効果を検討する。また、1 QALY あたりの ICER も算出する。なお、研究の安全性モニターのため QIDS を毎診察ごとに実施する。

本研究の目標症例数は、認知療法群 40 例、通常治療群 40 例の計 80 例である。

(研究2)

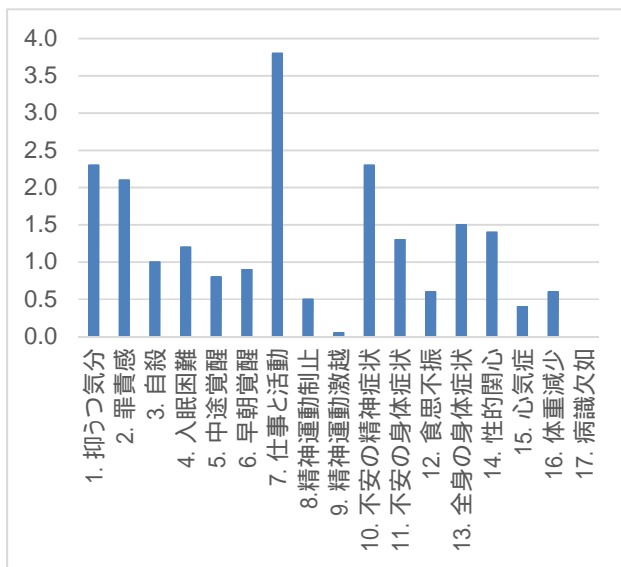
認知行動療法のスキル評価のために標準化トレーニングビデオを作成する。具体的には、mock interview を行い、それを収録し、その面接内容研究班内で検討した上でその解説ポイントをまとめる。

C.結果

(研究1)

ベースラインデータの特徴

平成 25 年 8 月までに、82 例がスクリーニング面接を受け、適格基準を満たさなかった 2 例を除き、80 例が試験に登録された。このうち、COMB 群に 40 例、TAU 群に 40 例が割付けられた。全登録例のベースライン時における、平均年齢は 40.6 (SD 9.9) 歳、男性 63.8% (n=51)、発症から精神科受診まで平均期間 350.1 (SD 606.0) ヶ月、生涯うつ病エピソード回数 1.7 (SD 1.2) 回、精神科家族歴有り 30.0% (n=24) であった。全登録例のベースライン時のうつ病の重症度は、HAM-D 20.9 (SD 3.6) 点、BDI 27.1 (SD 9.9) 点、QIDS 13.9 (SD 4.2) で、現在の平均うつ病エピソード期間 34.0 (SD 40.8) ヶ月、治療抵抗性の割合 (Maudsley Staging Method) 7.8 (SD 1.7) であった。HAM-D の下位項目の分布を示す (図)。



(研究2)

Mock interview の内容は、症例は現状での問題に対して困っており、これに対する解決法の検討が必要と考えられるものであるものの、治療者はその症例の問題を十分に検討せず、マニュアルに準拠して活動スケジュールリングを実施してしまうというものである。概念化と認知行動療法の方略が問題となる教育資料となった。

D.考察

(研究1)

本研究は、日本で最初のうつ病に対する認知行動療法の single-blind, randomized controlled study である。本研究から得られたデータにより、臨床面では認知行動療法が薬物療法で奏功しなかったうつ病患者にわが国の臨床場面でどの程度の効果があるのかを示す判断材料となりうる。研究面では、本研究で実施されている RCT はわが国ではまだ実施件数は少なく、本研究での経験は将来の精神医学領域の clinical trial 発展に貢献しうると期待される。

(研究2)

認知行動療法のセラピストとしては、精神医学的の診断とそれに関連する認知モデルの理解、症例の概念化、治療関係の構築と維持、そして基本的な精神療法のスキルと治療の構造化が必要な知識と技能といわれている。一方、スーパービジョンでは、1) CBT の理論と技法の指導、2) CBT に対する誤解の修正、3) 治療者の治療が成り行きになる可能性をへらすことにある。認知行動療法の技能の修得にあたり、文献などの活字媒体では限界のあるが、本研究で開発したビデオ資料は、大いに活用できうると期待される。

E.結論

通常治療を 2 カ月以上受けても、中等度以上のうつを認めているうつ病患者に対して、通常治療 (treatment as usual: TAU) と TAU + CBT の併用療法 (combination therapy COMB) の無作為

化比較対象試験を開始し、目標症例数の登録が終了した。また、質の高い認知行動療法の提供を目指すには十分な経験を積むためのスーパービジョン体制を整えることが重要であるが、認知行動療法のトレーニングビデオは実用的である。

F.健康危険情報

重篤な有害事象なし

G.研究発表

1.論文発表

1. Mizuno Y, Suzuki T, Nakagawa A, Yoshida K, Mimura M, Fleischhacker WW, Uchida H. Pharmacological Strategies to Counteract Antipsychotic-Induced Weight Gain and Metabolic Adverse Effects in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophr Bull (in press)
2. Targum SD, Nakagawa A, Sato Y: A cross-cultural comparison study of depression assessments conducted in Japan. Ann Gen Psychiatry. 2013 Apr 3;12(1):9
3. 中島俊, 伊藤正哉, 加藤典子, 堀田亮, 藤里紘子, 大江悠樹, 宮前光宏, 蟹江絢子, 中川敦夫, 堀越勝, 大野裕: 不安障害/うつ病性障害に対する新しい認知行動療法の潮流; 診断横断的認知行動療法, 精神医学, 55(12): 1145-1154, 2013

2.学会発表

1. 満田大, 中川敦夫, 中川ゆう子, 佐渡充洋, 藤澤大介, 菊地俊暁, 岩下覚, 三村將, 大野裕: 治療抵抗性うつ病における不安障害とパーソナリティ障害の comorbidity: 横断研究, 第 10 回日本うつ病学会総会, 東京, 2013 年 7 月 20 日
2. Noriko Tamura, Noriko Kato, Yuko Nakagawa, Yoshiyo Oguchi, Dai Mitsuda, Yutaka Ono,

Atsuo Nakagawa: Development of Japanese Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy Program for Depression Cognitive behavior therapy (CBT), Computers & new technology, Internet, Mood disorder. 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Lima-Peru, 22-25 Jul 2013.

3. Nakagawa A, Rahman S, Cheng C, Lee B, Raveepatarakul, J. Present Status and Future Challenge in Asia for Delivering Cognitive Behavior Therapy for the Patients. The 4th Asian Cognitive Behavior Therapy (CBT) Conference. Tokyo, 24 Aug 2013.
4. 中川敦夫, 杉山雅彦, 武藤崇, 奈良元一壽: 認知行動療法を必要なところでどう届けるか, 第 13 回日本認知療法学会・日本行動療法学会第 39 回大会, 東京, 2013 年 8 月 24 日
5. 小口芳世, 加藤典子, 中川ゆう子, 田村法子, 樋山光教, 満田大, 佐渡充洋, 大野裕, 三村將, 中川敦夫: うつ病に対するインターネット支援型認知行動療法の実践; 2 症例報告, 第 13 回日本認知療法学会, 東京, 2013 年 8 月 24 日

3. 著書

1. アレン・フランセス (著), 大野裕, 中川敦夫, 柳沢圭子 (訳): 精神疾患診断のエッセンス—DSM-5 の上手な使い方, 金剛出版, 東京, 2014
2. David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur (著), 内田裕之, 鈴木健文, 三村將 (監訳), 中川敦夫他 (訳): モーズレイ処方ガイドライン第 11 版 中巻, ワイリー・パブリッシング・ジャパン, 東京, 2013

H.知的財産の出願・登録状況

該当事項なし

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

認知行動療法の副作用を評価するツールの開発

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。その背景には、有害事象を適切に評価できる基準や方法に乏しいことが挙げられる。CBTの副作用には、他の精神療法と共通する事象と特異的な事象が考えられる。そのため、過去の文献レビューにより精神療法の副作用を検証し、またCBTのセッションから有害事象を抽出し、それを基にエキスパートの意見を集約して、CBTの副作用を評価するツールの作成を試みた。

A. 研究背景と目的

本邦では近年、精神科的治療における認知行動療法の有用性が認識され、徐々に施行される件数が増加している。しかし、有効性については過去の報告[1-3]から一定以上の効果を有すると言えるが、一方で有害事象や副作用については十分に検討されているとは言い難い。

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る。認知行動療法の副作用を検討する際、精神療法全般に共通して認められる有害事象と、認知行動療法に特異的な事象とが考えられる。そのため、これまでに報告されている精神療法の有害事象をまとめ、さらに実際に行われている認知行動療法の現場から情報を収集する必要がある。副作用の集積のためには、評価のツールが必要であり、本報告ではそのツールの開発を目的として有害事象について検討する。

B. 研究方法

上記の目的を達成するため、今回は3つの方法を用いて副作用の評価について検討した。

- 1) 過去の文献のレビュー
- 2) セッションの録音を用いた副作用情報の抽出
- 3) エキスパートによる検討

1) 過去の文献のレビュー

PubMedを用いて、Cognitive Behavior(al) Therapy や Psychotherapy と、adverse event や side effect, adverse effect の組み合わせをキーワードとして文献を検索した。また対象となるそれぞれの文献の引用リストも参考にした。

2) セッションの録音を用いた副作用情報の抽出

2011年4月より2014年1月までに報告者が担

当した認知行動療法のスーパービジョンにおいて、スーパーバイザー15名が行った治療セッション（計227セッション）の録音から、セッション内で何らかの意図しない事象を生じた技法の問題点とその結果についてまとめた。

3) エキスパートによる検討

認知行動療法に熟達した治療者（医師4名、看護師1名、精神保健福祉士2名、臨床心理士1名）より、認知行動療法の技法において問題となり得る事象とその評価方法について意見を聴取し概括した。

C. 結果

我々が行った文献検索からは、精神療法ないしは認知行動療法における有害事象を系統的に報告した研究は存在しなかった。ナラティブな報告は散見し[4-11]、また精神療法の副作用を報告するシステムを構築しようとする試みが紹介された文献は認められた[12]。これらを総括すると精神療法における有害事象は、

1. 不可避な事象
2. 治療効果を導くために必要な事象
3. 治療者の技術不足による事象

に分類できると考えられる。1では、問題を回避してきた患者がその問題に向き合わなければならない時に生じる直面化によるものなどが該当する。精神療法を導入する際の方法によって程度に差は生じるが、患者側に負の事象は少なからず出現することになる。2は、曝露療法における不安の惹起などが挙げられる。3には、診断の見落としや見立ての間違い、導入時の強引な説明、治療技法の選択の誤り、ずれた焦点付け、急性のトラウマに対する過度の感作、治療者への過度の依存、などによって生じる事象が該当する。

認知行動療法に特化した事象を検証するために行った過去のセッションからの副作用抽出から、各技法の使用によって出現し得る有害事象をまとめ、またエキスパートによる意見交換を行った。それに基づき、以下のような事象が挙げられた。

- 1 .治療導入時の心理教育を行う際、患者の体験に沿った説明を行わないために、患者が治療に対する拒否感を抱いた
- 2 .症例を概念化した際、誤った理解を患者に伝えることで、理解してもらえていないという不信感を抱き治療関係が悪化した
- 3 .行動活性化をする際に、行動を強いることで治療関係の悪化や、疲労の蓄積、集中力低下などの認知機能低下が出現した
- 4 .行動活性化を厳密な計画を立てずに行ったために、失敗体験となり抑うつや不安が悪化した
- 5 .認知再構成を行った際に、変化をさせられると理解し抵抗感を抱くことで治療関係が悪化した
- 6 .認知再構成を行う時に、過去の辛かった状況を想起させることで不安や抑うつが見られた
- 7 .誘導的質問法を用いて会話を進めていく際、治療者の望む答えを引き出そうとして質問を繰り返すことで、患者は焦燥し、治療関係も悪化した
- 8 .スキーマを共有する際に、ネガティブな人間の特徴として患者がとらえることで悲嘆した
- 9 .問題解決技法を用いる際、問題に直面することで抑うつが悪化し、また問題を解決することを回避、さらに遁走した
- 10 .曝露技法を用いる際に、不安が惹起され回避行動がみられた
- 11 .アサーションを行い、実際の場面で技法を用いた時に、患者自らの意見を言い過ぎてしまって対人関係が悪化した。
- 12 .アジェンダを設定する際、治療者が一方的に設定することで患者が話したい内容とならず、不満を抱くことで治療関係が悪化した
- 13 .患者の話した内容をまとめてフィードバックする際、本人の意図することと異なった一方的な解釈をすることで治療関係が悪化し、治療が中断する結果となった

以上のように、多くは治療者の技術不足によって生じた有害事象と考えられ、不可避な事象や治療上必要な事象には乏しかった。

上記内容をエキスパートの意見交換に基いて確認を行い、その際に各技法の問題点を挙げるのではなく、その結果として生じる事象に注目すべきであるとし、その事象を分類することが望ましいと議論がなされた。

上記の議論を踏まえて、添付資料のような評価

ツールの試作を作成した。特徴として、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できるようにした。

D. 考察

文献レビュー、過去のセッションからの情報抽出、エキスパートの意見集約により、認知行動療法の副作用を評価するツールを開発することができた。今後は本ツールを実際の臨床場面で用い、その有用性や実施可能性を検証する必要がある。

E. 研究発表

E1. 論文発表

1. Kubota K, Okazaki M, Dobashi A, Yamamoto M, Hashiguchi M, Horie A, Inagaki A, Kikuchi T, Mochizuki M. Temporal relationship between multiple drugs and multiple events in patient reports on adverse drug reactions: findings in a pilot study in Japan. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013 Oct;22(10):1134-7.
2. Kikuchi T, Suzuki T, Uchida H, Watanabe K, Mimura M. Association between antidepressant side effects and functional impairment in patients with major depressive disorders. *Psychiatry Res.* 2013 Nov 30;210(1):127-33.
3. うつ病の認知療法・認知行動療法：大野 裕，藤澤 大介，中川 敦夫，菊地 俊暁，佐渡 光洋：精神神経学雑誌(0033-2658)115 巻 5号 Page539-546(2013.05)

E2. 学会発表

1. Making the Most of CBT in Challenging Patients: Using Exposure and Behavioral Activation to Enhance Treatment Progress : Asian Cognitive Behavior Therapy Conference 2013、2013年8月、東京(司会・コーディネーター)
2. シンポジウム:抗うつ薬の反応予測はどこまで可能か:第23回日本臨床精神神経薬理学会、2013年10月、沖縄
3. シンポジウム:精神療法のクオリティコントロールについて:第13回認知行動療法学会、2013年8月、東京(シンポジスト・座長・オーガナイザー)
4. シンポジウム:閾値下うつ病および軽症うつ病への認知療法・認知行動療法の活用の可能性:第10回日本うつ病学会、2013年7月、北九州(シンポジスト・司会)
5. 教育講演:改めて注目すべき向精神薬の副作用 update - 抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬に焦点を当てて -、第109回日本精神神経学会総会、2013年5月、福岡

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. Barlow DH: **Negative effects from psychological treatments: a perspective**. *Am Psychol* 2010, **65**(1):13-20.
5. Berk M, Parker G: **The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy**. *Aust N Z J Psychiatry* 2009, **43**(9):787-794.
6. Bonchek A: **What's broken with cognitive behavior therapy treatment of obsessive-compulsive disorder and how to fix it**. *Am J Psychother* 2009, **63**(1):69-86.
7. Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE: **Training implications of harmful effects of psychological treatments**. *Am Psychol* 2010, **65**(1):34-49.
8. Dimidjian S, Hollon SD: **How would we know if psychotherapy were harmful?** *Am Psychol* 2010, **65**(1):21-33.
9. Nutt DJ, Sharpe M: **Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy**. *J Psychopharmacol* 2008, **22**(1):3-6.
10. Pence SL, Jr., Sulkowski ML, Jordan C, Storch EA: **When exposures go wrong: troubleshooting guidelines for managing difficult scenarios that arise in exposure-based treatment for obsessive-compulsive disorder**. *Am J Psychother* 2010, **64**(1):39-53.
11. Roback HB: **Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention, and research directions**. *J Psychother Pract Res* 2000, **9**(3):113-122.
12. 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.

副作用の効果

1. 副作用の有無



現在認知行動療法を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。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)

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？

- 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？

- 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)

3. 有害事象 身体症状について



*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？

- 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？

- 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)

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？

- 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？

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)

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

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？

- 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？

- 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)

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？

- 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)

28. それは次のうちどれに当てはまりますか？

- 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)

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

心理職への個人認知行動療法教育の留意点
- 臨床心理士養成課程に着目して -

研究分担者 中野有美 梟山女学園大学人間関係学部心理学科 准教授

研究要旨

心理的支援の方法として認知行動療法の価値が認められ普及が進む中で、心理職の最上級とされる臨床心理士の分野において認知行動療法はそれほど急速な広まりを見せていない。その理由の一つとして、我が国の臨床心理士の養成カリキュラムを決定し資格を認定している側が、臨床心理士の専門性を発揮する場所として、医療現場をその職域の一部にすぎない、という捉え方をしているという点に着目した。臨床心理士をはじめとする心理職に認知行動療法が普及し、真に実践的な力が発揮されるようになるには、その養成課程で医療現場に心理職が積極的に参入していくことの重要性を心理職側が認識することが、まず重要である。

A. 研究目的

医療現場での心理的支援として認知行動療法 (cognitive behavioral therapy; CBT) を用いることが日常茶飯事になる時代が近づきつつある。しかし、心理的支援を生業とする臨床心理士の間には、それほどその価値や技術が広まっていないのが現状である。考えられる原因と解決方法について探求することを目的とした。

B. 研究方法

本稿では、臨床心理士の養成課程に着目し、まず、日本の状況を客観的に把握するために、比較対象として、米国で臨床心理士になるために受ける教育システムと其中での CBT 教育の状況について調査した。次に、我が国で臨床心理士の養成カリキュラムを決定し資格を認定している日本臨床心理士資格認定協会の理念や方針を中心に日本の状況について調査し、その結果をもとに心理職への CBT 普及の道を考察した。

C. 研究結果

1. 米国における臨床心理士養成課程

米国で clinical psychologist になるには、日本と同様、大学院まで進学することが必須となる。学部では心理学を専攻する者が多いが必須ではない。大学院生を積極的に受け入れている大学の場合、臨床心理学を目指す熱心な学部生は、心理的支援法の研究をしている研究室のリサーチ・アシスタントとして、その部屋に出入りし、治療の見学をするなどして実際の臨床現場を体感する機会も、まれならずある。また、米国は日本に比べて学生のボランティア活動が盛んであり、熱心な学生は、

月単位の期間で精神疾患に関するボランティア活動に参加するなどして見聞を広めることも容易に叶うようである。そして、重要な点は、これらの経験が、大学院入試の合否判定に大きくかわるといえる点である。

clinical psychologist になるための大学院は、研究が中心の PhD (Doctor of Philosophy) コースと、臨床が中心の PsyD (Doctor of Psychology) コースがあり、PhD コースは更に Clinical science model と Scientist-Practitioner mode に分かれる。いずれも博士課程で、卒業するのに最低 5-6 年必要である。臨床プログラムに関しては、各大学によって様々だが、トップクラスの大学院 (UCLA 等) の多くはキャンパス内に精神疾患の様々な患者を診るクリニックを併設している。大学院生の臨床教育は、大学教授らが supervisor となり 1 対 1 で行ういわゆる supervised training がメインである。この時期は、supervisor の専門性により、基本的に様々な心理的支援法を学ぶことが目的となる。そして最後の 1 年は internship と呼ばれ、1 人で臨床を行うことのできる臨床心理士になることを目標としてプログラムが組まれている。この 1 年間で supervisor と大学院生との個人プログラムの他に、様々なセミナー、ケース会議、ワークショップなどに参加することが必要で、大学院生は平均 1500 時間/年を費やして様々な心理的支援法を肌で感じ実践する。大学院卒業後の次の 1 年は、postdoctoral fellowship と呼ばれ、個人志向性と環境的な可能性のバランスの中で、個人が志す臨床心理士像に合うような supervision と参加するセミナー等を選び、やはり平均 1500 時間/年を臨床経験で費やす。これらを終えて、

初めて、clinical psychologist の資格試験を受ける資格が得られる。資格は公的なもので、試験の方法や合格基準は州単位で定められている。米国の精神科医養成のレジデンシープログラムのように、研修期間中に身につけなければならない必須の心理的支援法が定められているわけではなく、また、大学によって差はあるものの、今日では、CBT は、学部や大学院での心理的支援法に関する講義としても、internship や postdoctoral fellowship の 2 年間で学ぶ心理的支援法としても主要なものひとつとなっている。

2 . 現在の日本における臨床心理士養成課程
現在、わが国の心理職において最上級とされる資格は臨床心理士と呼ばれる。日本における臨床心理士に対する教育養成システムがどのようであるかを簡単にまとめてみたい。
臨床心理士になるには、日本臨床心理士資格認定協会が実施する資格試験に合格する必要がある、免許第 1 号の公布は 1988 年であった。1996 年には資格審査規定が改正され、協会の指定を受けた臨床心理士養成に関する大学院修士課程の修了が必須となった。2012 年度の合格者を含めると、累計 26,329 名に免許交付がなされている。なお、臨床心理士養成のための指定大学院は、2013 年 8 月現在で全国で 162 校に及ぶ。
日本で臨床心理士になるには、米国と同じように心理学部を必ずしも卒業する必要はなく、修士課程の 2 年間で修士論文を仕上げながら、心理学、査定、面接などの講義や演習を受け、大学付属の心理相談室や大学院から委嘱された関連施設で実習する。実習先で、通所者、相談者を単に見学しているだけの時間も含まれば、2 年間のあいだに、生の対象に接する機会は 500 時間にはなるであろうか。しかし、実習先は医療機関であるとは限らず、様々な施設や一般的な小中学校やなども含まれており、また、たとえ医療機関へ実習に出たとしても、そこで病院を受診する患者を本格的に担当し、本格的な指導を受ける、という学習体験は、まず得られないといってよいだろう。
ここで、日本の臨床心理士の養成システムを、米国のそれと比べて、まず圧倒的にいえることは、資格認定を受けるまでの日本の臨床心理士に課された臨床経験、受ける臨床指導が圧倒的に少ないということである。

3 . 医療機関が遠い存在であること
日本臨床心理士資格認定協会の専務理事を務める大塚義孝氏は、臨床心理士の専門業務として、次の 4 つ、すなわち、1 . 心理査定、2 . 心理面接、3 . 心理的地域援助、4 . 調査・研究・発表、を挙げている。1 については、査定を医療モードで行う“診断”と区別する観点を大切にし、例えば、学校に行きたくない子どもに医療機関で“う

つ病”という“診断”がついた場合、なぜその子供が学校へ行きたくないか、その子供の立場から現象を理解することが“査定”である、と説明している。2 については、心理臨床の中核的行為であるとしており、臨床心理士が相談者に関わり影響を与え、改善効果をもたらす行為である、と説明し、それは、医学モードでの“治療”に相当するものであるとしている。3 については、その代表的活動として 1995 年から文部省の委託事業として始まった“スクールカウンセラー”の派遣を、4 については、相談者への関わりをまとめた詳細な事例研究を挙げている。

資格認定協会は、このように専門業務の根幹を、臨床心理士がかかわることで相談者に“改善”をもたらすことであるとしながらも、該当する職域として、教育、福祉、医療、司法、産業と幅広く挙げており、具体的な支援活動として、スクールカウンセラー、子育て支援、高齢者支援、犯罪被害者等支援、個人開業を通じた支援などがあるとしている。この説明からも分かるように、何らかのこころの“改善”を目指しながら、疾患の治療、体調不良の改善を本来の目的としている医療や病院臨床は、いくつかある職域の一つに過ぎないといったとらえ方をしており、医療機関で、医療臨床レベルの相談者への関与を積極的に進めるといった発想が希薄であることがうかがわれる。

実際、日本の臨床心理士は、様々な歴史や経験から、心情的に医師の指示のもとで臨床をすることを快く思っていない者も少なくないようだ。しかし、医療臨床レベルの相談者を前にした時、それに責任を持てるだけの経験や技術が伴わなければ、実際には精神科医など責任者のいる医療機関で医師の指示と責任のもとで治療を実施せざるを得ない、ということになる。そして、多くの臨床心理士に、医療臨床レベルの相談者に責任をもつだけの経験や技術が伴わない理由として、臨床心理士の教育・養成プロセスで、割り当てられた臨床教育の質と量が圧倒的に不十分なことと、そのような環境の中で教育を受け大学の教授職に就いた臨床心理士が、新たに養成課程に入った大学院生の臨床指導に当たる以外のシステムが整備されていない、という 2 点が挙げられる。これらの点が、心理学部の教育カリキュラムは米国と大差はないにも関わらず、養成課程で臨床心理士の治療者としてのレベルに大幅な遅れと個人差が生じさせてしまう原因になっている。

以上より、臨床心理士が、現在の日本の医療機関を訪れるレベルの問題を抱えた相談者を扱うことができるようになるには、医師や看護師その他の医療関係者と同様、医療機関の仕事に携わることを積極的に勧めることが問題解決の近道であることは、第 3 者から見れば明らかであることであり、

逆に、そのレベルの相談者を扱うことができるようになることを目指せば、自ずと、医療臨床研修に費やす時間が増えることになるであろう。そして、医療機関との連携、参入を積極的に進めることに気乗りがしないのであれば、臨床レベルの相談者については、彼らを相談業務の対象とすることをあきらめて、臨床レベルの手前の相談者を対象とし、相談者が臨床レベルと判断された場合に速やかに適切な医療機関を紹介することができる、といった判断力を養う教育と、紹介業務に精通することで医療機関との連携を考えることが一つの道であると考えられる。

4. 医療機関で親和性の高いCBT

一方で、日本では、この数年、医療現場を中心に、CBTによる心理的支援の波が急速に広がりつつある。CBTという心理的支援法は、もちろん、認知と行動の観点から相談者の問題を浮き彫りにするのだが、疾患毎、症状毎、問題毎に、どこに強調点を置くとより改善が進むか、というように支援のあり方を模索しながら発展を遂げてきた。すなわち、精神科医療関係者が常日頃おこなっている患者の見立て(診断)や治療方針の組み立てと根本的に類似しており精神科医療と親和性が強いといえる。

さらに、CBTの性質についてももう一步踏み込んで考えると、資格認定協会が、医学モードでの「診断」や「治療」と差異をつけようとしている「査定」や「面接」は、それぞれにほとんど差がなくなってくる事に気が付く。すなわち、CBTは、医学モードから判断した診断や症状について、それらがその疾患や症状を抱えた患者にとってどのような意味があるのかという質的な共通項について調査研究して得られた知見を利用しながら、そこに、目の前の相談者の個性を加え、彼/彼女が、毎日の生活の中で主観的に陥っている悪循環を浮き彫りにし、その悪循環を解除することをターゲットにして、相談者のペースに合わせて、症状緩和、疾患の改善に向けて進んでいくものだからである。

D. 結論

心理的支援を本格的に学ぶことを志し、それを職業的専門としている者であれば、是非、CBTを用いて医療臨床レベルの相談者の悩み、症状を緩和、改善できるほどの経験と技術を持つことを目指し、心理的に問題を抱えている相談者への支援の量と質を、近隣領域を専門としている医療従事者、すなわち、医師、看護師、社会福祉士、作業療法士、言語聴覚士などと力を合わせてベースアップ、レベルアップしていくことに貢献すべきである。

一方で、これらの努力、貢献をしたとしても、臨

床心理士の職域が医療に限定されてしまうわけではもちろんない。難しい問題や症状を抱えた相談者への心理的支援の技術をもてば、その他の職域、- それぞれに特徴的な問題の在り方はあるだろうけれども、どちらかといえば相談者の抱えている問題が比較的解決しやすいものである職域 - への転向は、その逆向きの転向に比べれば、十分可能であることは言うまでもない。そして、CBTは、医療臨床レベルまでには至っていない悩める相談者に対しても、非常に有用であることが経験上からも調査研究レベルからも明らかにされつつあり、支援の技術としてCBTを選んだ場合、医療以外の職域でもおおいに活用できるのである。

ここで、日本の臨床心理士の中にCBTが普及する、すなわち、臨床心理士自身が提供する心理支援として進んでCBTを用いるようになるための、一つの方略が浮かび上がってくる。それは、臨床心理士が、現在の日本の医療システムに積極的に参入することによって、

医療臨床レベルの相談者に多く接し臨床経験を深める

医療現場でさかんに行われている、CBTを学び医療現場で実践して経験を積む
ということである。

養成大学院のカリキュラムには、現在のところ、必須の心理的支援法は指定されていない。しかし、CBTがこの10年間で急速に価値が認められ使われるようになったことに伴い、養成大学院そのものが先見の明を持つ場合、もしくは、時代の流れを把握している熱心な大学院生らに後押しされて、大学院生がそれらを修士課程で学べるように、配慮し始めている大学院は確実に増えている。この動きが、実際に現場で出会う相談者への質の良い支援につながっていくことを願ってやまない。

E. 謝辞

本調査に当たり、関東圏、中部圏の臨床心理士養成大学院で教鞭をとる先生方、並びに米国のclinical psychologistを目指す大学院生の皆さんに貴重な意見を頂きました。ここに深く感謝の意を表し、ますますの発展とご活躍をお祈り申し上げます。

F. 研究発表

F1. 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
- F2 . 学会発表
1. 中野有美、認知行動療法教育研究会、大野裕 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

参考文献

1. 新・臨床心理士になるために 平成 2 5 年度版 公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会 監修 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>

厚生労働科学研究費補助金（障害者対総合研究事業）

分担研究報告書

看護師・精神保健福祉士等の職種の個人認知療法・認知行動療法の方法論の開発： 海外の研修をわが国に応用するための方法論の検証と看護職への教育の留意点と方法論の開発

研究分担者 堀越 勝

国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研修指導部長

研究協力者 大江悠樹

国立精神・神経医療研究センター 流動研究員

研究要旨

本分担研究は、看護師が CBT を医療現場で実施する際に必要な環境的、技術的な必要について検証するとともに、看護師が CBT を習得するために必要なシステムの構築や訓練資材の作成などを目的としている。本年度は予備調査として、全国の精神科看護師とその他の診療科の看護師、合わせて 1840 名にアンケート調査を実施し、看護師が CBT を実施する際の障害についての情報を収集した。その結果、看護師が CBT を実施する際に障害となるのは以下の 6 点であることが判明した。それらは、訓練の充実、周囲の理解、人員と場所の確保、介入側と被介入側の時間の確保、費用(患者側、及び介入側の費用)、資格と責任である。

< A. 研究目的 > 近年、我が国では、うつ病患

者数が 100 万

人を突破するなど、精神的な問題が社会的な関心事となってきている。そして、うつ病と関連した問題、たとえばうつ病による自殺や休職などへの国家的な介入が急務となっている。そうした中で、2011 年には厚生労働省は地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた従来の四大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に、急増するうつ病を含む精神疾患を加えて「五大疾病」とする方針を定めた。その前年には、認知行動療法（CBT）の保険点数化が実現し、うつ病への介入法として薬物療法以外に CBT が用いられるための土台が構築されてきている。しかし、薬物療法とは異なり、精神療法には有効な分量の定まった「ピル」が

ある訳ではないため、CBT を満足に実施するためには、まず CBT の研修を受けることと指導を受けながら十分な臨床訓練を受けるしか方法はない。厚労省は、2010 年以降、医師を対象にした CBT の研修を、委託事業として展開してきた。その研修事業では、スーパービジョンを含んだ丁寧な CBT の訓練を実施しており、これまでにない画期的な試みであると評価される反面、時間がかかること、また受講者への負担などに問題点も挙げられている。提供される CBT の質を担保するためにはこうした研修が必要不可欠だと思われる反面、現在国が抱えているニーズに沿った数の CBT セラピストを産出することは困難であると言わざるをえない。研修事業では、現時点で 29 名の CBT スーパーバイザー（主に医師）を任命

し、年間 60 名以上の医師に対して面談毎のスーパービジョンを含めた CBT 研修を実施してきている。また、その他の医療従事者に対する CBT 教育や一般に対する啓蒙的な CBT 研修も実施してきており、徐々にではあるが、医療現場に間違いなく CBT が浸透してきている。しかし、前述のように、どうしても医師のみによる CBT では扱える患者の数に限りがあるのも事実である。結果的に医師以外専門職による CBT を、より多くのうつ患者に対して提供する方法を考案する必要が出て来たと言える。その解決策の一つとして考えられるのが、コ・メディカルによる CBT の提供を医療現場で実現することである。

しかしながら、コ・メディカルが CBT を行うには、様々な面から調整する必要がある。まず、(1) 医療行為を実施した時の責任問題が挙げられる。我が国の医療システムでは、医師が最終的な責任者となることから、医師以外が実施した CBT に伴う有害事象などに対する責任の取り扱い方について検討する必要がある。(2) 医師以外の専門職が、CBT を実施する際の技能的な質をどのように担保するか。(3) 既存の専門職のどれかが CBT を提供することが出来ように定めるか、そうでない場合には CBT 実施可能者に対して CBT 実施可能者であることを認定する仕組みを作ることとその認定の管理方法などについて制度化する必要があるのではないかなどである。

本分担研究班では、CBT を実施する可能性の高いコ・メディカルの中でも特に看護師に焦点を当てて、看護師が CBT を医療現場で実施する際に必要な環境的、技術的な必要について検証するとともに、看護師が CBT を習得するために必要なシステムの構築や訓練資料の作成などを目指している。

< B. 研究方法 >

25 年度は、まず看護師の CBT に対する意識調査を実施することとした。2 段階の予備調査を実施し、看護師が CBT を実施する際に満たされるべき環境的な必要などを浮き彫りにすること目的とした。

予備調査

研究計画：CBT に精通した専門看護師、臨床心理士、医師から構成された専門家グループによりたたき台としての質問項目と自由記述の質問項目を合わせた質問紙を作成し、その質問紙を用いて精神科看護師およびその他の診療科に属する看護師を対象に CBT を実施する際に必要となる事柄についてのアンケート調査を実施する。回収した質問紙の結果を検証するとともに、KJ 法を用いて看護師の CBT 実施に関わる障害に関して暫定的に幾つかの因子を特定する。

予備調査 研究計画：予備調査の結果から判明した

幾つかの障害に対する質問項目を設け、新たな質問紙を作成し、その質問紙を用いて全国の看護師に対してアンケート調査を実施する。調査会社を通して、全国の看護師に予備調査を実施し、CBT に対する看護師の立ち位置、また看護師が CBT を実施する際に直面する問題点などを明らかにする。

倫理的な配慮：本研究の対象者は患者ではなく看護師であり、本年度は予備調査として協力を依頼して同意を得ること、また、無記名で本人を特定できないという点で配慮した。

< C. 研究結果 > 予備調査の結果：予備調査では、精神

科看護師のサンプルとして、国立精神・神経医療研究センターの看護師24名、その他の診療科の看護師のサンプルとしては刈谷豊田総合病院の看護師60名が参加しアンケート記入を行った。回収した質問紙から、看護師の CBT 実施を妨げる要因として、以下の6つの事柄が関与していることが明らかになった。

訓練の充実、 周囲の理解、 人員と場所の確保、 介入側と被介入側の時間の確保、 費用(患者側、及び介入側の費用)、 資格と責任である。

予備調査の結果：調査会社に依頼し全国の看護師(N=1840)

から回答を得た。看護師の属する診療科は精神科、心療内科、内科、外科、小児科、産婦人科、リハビリテーション科、緩和医療科、老年科、その他の10の診療科であった。現在、解析作業が進行中であるため、本報告書では記述統計を幾つか示すにとどめる。

今回の調査で使用された看護 CBT 障害尺度(仮)全43項目についてクロンバックの係数を算出したところ、 $=.98$ であった。また、予備調査で KJ 法などにより作成された各下位尺度案についてもクロンバックの係数を算出したところ、次の通りであった。「訓練の充実」では $=.93$ 、「周囲の理解」では $=.90$ 、「人員と場所の確保」では $=.86$ 、「介入側と被介入側の時間の確保」では $=.91$ 、「費用」では $=.90$ 、「資格と責任」では $=.88$ であった。これらの結果から、今回使用された看護 CBT 障害尺度は高い信頼性があることが示された。

施した経験のある看護師は非常に少ない。こ

<精神科看護師と他科の看護師の比較> 今回の対象のうち、精神科看護師は 160 名、それ以外の科の看護師は 1490 名であった。精神科看護師とそれ以外の科の看護師について、CBT がどれほど身近にあるかを記述統計の結果について概観すると、次のようなことが分かった

1. 精神科看護師の約 65%が CBT とは何かを知っていた一方、それ以外の科の看護師で CBT とは何か知っていた者は 20%以下であった。
2. これまでに CBT を実際に行ったことがある者は、精神科では 20 数%程度、それ以外の科では 5%以下であった。
3. 現在も CBT を行っている者は、精神科で 20%弱、それ以外の科では 5%以下であった。
4. これまでに CBT のトレーニングを受けたことがある者は精神科で 30%弱、それ以外の科では 6%程度であった。
5. CBT に関する専門書を読んだことがあるのは、精神科で 47%程度、それ以外の科では 12%程度であった。
6. CBT に関する専門書を持っている者は、精神科でも 18%程度、それ以外の科では 5%程度であった。
7. 職場に CBT に関する専門書が置いてあったのは、精神科でも 50%強、それ以外の科では 10%程度であった。

以上の事から、精神科に限ってみれば看護師における CBT の認知度は比較的高いという結果が示された。しかし、それでもまだ十分な値ではないかもしれない。また、CBT を実

施した経験のある看護師は非常に少ない。こ

れには CBT のトレーニングや講習を受けた経験の少なさが影響している可能性があるが、こうしたトレーニングや講習の受講率が低くなる原因も含め、看護師が CBT を実施する上で障害となる要因の特定と対策が必要であると考えられる。また、精神科でさえも認知行動療法に関する専門書が用意されている施設は半数程度であるという結果から、看護師が CBT に触れる機会はまだまだ少ないと推察される。

< CBT に対する興味や自信 >

・精神科看護師とそれ以外の科の看護師について、CBT や基本的なコミュニケーションスキルに対する興味や自信について記述統計の結果を概観したところ、次のようなことが分かった。

1. CBT への興味や CBT のトレーニングを受けたいという意欲については、精神科で 70%程度、それ以外の科でも 60%強の者が「どちらかといえばあてはまる」以上であると回答した。
2. 一方で、CBT を実施する意欲について聞かれると「どちらかといえばあてはまる」以上の回答の割合は 10%程度減少した。
3. 基本的な看護技術への自信は、精神科以外の看護師の方がやや高く、60%強が「どちらかといえばあてはまる」以上と回答した。一方、精神科では同様の回答の割合は 55%程度であった。
4. 基本的なコミュニケーションスキルの自信については、精神科看護師の方がわずかに高かった。両者とも 60%弱が「どちらかといえばあてはまる」以上と回答した。
5. 基本的なコミュニケーションスキルのト

レーニングを受けたいという意欲については、精神科看護師の方がわずかに高かった。両者とも 70%程度の人が「どちらかといえばあてはまる」以上と回答した。また、精神科看護師では「あてはまる」「とてもあてはまる」と回答した者の割合が、合わせて 45%程度あり、これはその他の科の看護師より 10%程度高かった。

これらの結果から、看護師は CBT に興味を持ち、トレーニングを受けてみたいと考えているものの、実際に CBT を実施する事に関してはややためらいがちである傾向があることが明らかとなった。また、精神科看護師の方が基本的なコミュニケーションのトレーニングに対するニーズをより強く感じていることが示された。

< CBT を実施する際に障害となるもの >

・CBT について知っているとした看護師は 405 名であり、全体 (N=1650) の 24.55%と約 4 分の 1 に過ぎなかった。CBT の知識あり群と知識なし群について、看護 CBT 障害尺度(仮)の基礎統計量を算出した。知識なし群の方が、わずかに各項目をより障害が大きいと評価する傾向にあった。

看護 CBT 障害尺度(仮)の各質問項目の中央値はいずれも 4 ないし 5 であり、今回たずねた項目はいずれも看護師が CBT を実施しようとするうえでの障害になっていることが明らかになった(得点範囲は 1-6、点数が高いほど障害であると認識していることを示す)。

「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」「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」という二つの質問に対す

る回答の平均値が 4.73 と最も高かった。このことから、CBT について知っているという看護師が CBT を実施する上で最も問題であると考えているのは、スタッフの人数不足であることが示された。

・ CBT について知っている群（知識あり群、N=405）と CBT について知らない群（知識なし群、N=1245）について認知行動療法や基本的なコミュニケーションスキルに対する興味・意欲に差があるかを検討した。対応のない t 検定の結果、知識あり群の方が有意に CBT に興味があり ($t(1648)=12.01, p<.001$)、CBT を実施する意欲が高く ($t(1648)=7.07, p<.001$)、CBT のトレーニングを受ける意欲も高く ($t(1648)=9.84, p<.001$)、基本的な看護技術に自信を持っており ($t(1648)=3.74, p<.001$)、基本的なコミュニケーションスキルに自信を持っているが ($t(1648)=3.75, p<.001$)、一方で基本的なコミュニケーションスキルの訓練を受けたいという意欲も知識あり群の方が有意に高かった ($t(1648)=6.71, p<.001$)。

<C.考察> 本分担研究班で実施した予備調査 2 つの結果

果から、以下の幾つかの点が明らかになった。精神科看護師はその他の看護師に比べ CBT に感心を持ち、CBT を習得するための意欲も高い。しかし、看護師全体を眺めてみると、CBT に対する関心度はそれほど高くないと言わざるを得ない。訓練の充実、周囲の理解、人員と場所の確保、介入側と被介入側の時間の確保、費用(患者側、及び介入側の費用)、資格と責任の 6 分野について、看護師が CBT を実施するためには準備が必要となる。また、看護師全体に対して CBT を普及するよ

りも、特定の看護師にターゲットを絞り、CBT の訓練を施す方が現実的だと言えるのではないだろうか。看護全体を見据えた CBT のための環境整備にはかなりの時間と労力が必要となることは明らかである。しかし、現在、看護師の中には、保健師や助産師の様に既に特別な訓練を受け、特殊な技能と権利を持つ看護師が存在する。例えば、助産師は医師と組んで、または単独で助産師外来を実施したり、開業することが出来、30分から60分の個人面接を実施したり、エコーを使ったりすることなども許されている。たとえば、この助産師をモデルに、特別に CBT 訓練を受け、実施可能と認められた看護師に CBT 業務を託す、または、医療の中に助産師のような独立した職を設け、看護師を含めたコ・メディカルの中で十分な CBT 訓練を受けた専門職をその職に任命するなどの方法が出来るとは考えられないかと思われる。

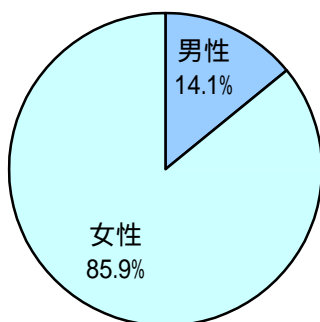
今後の課題： 来年度以降については、25年度に実施し

た予備調査の結果を踏まえて、看護師が CBT を実施するための枠組みを検討するなどと共に、看護の CBT 研修の雛形や研修資料の開発をし、効果の検証を実施したいと思う。

付録

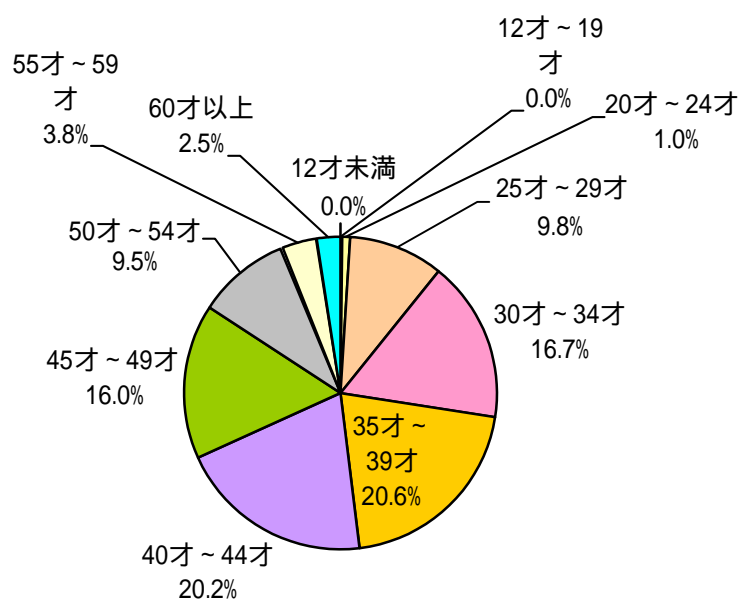
性別

(n=1840)



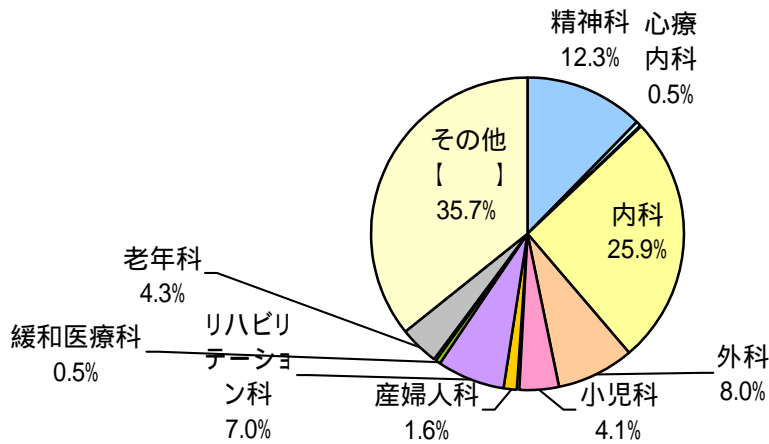
年齢

(n=1840)

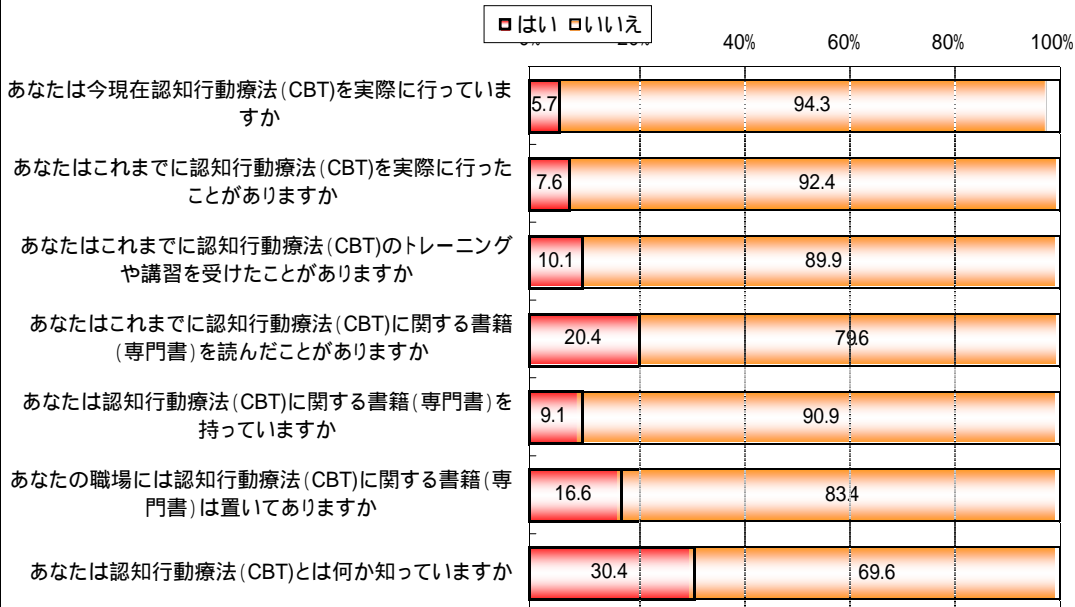


[Q1]あなたの所属する診療科をお選びください。

(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 to 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)を実施するだけのこ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

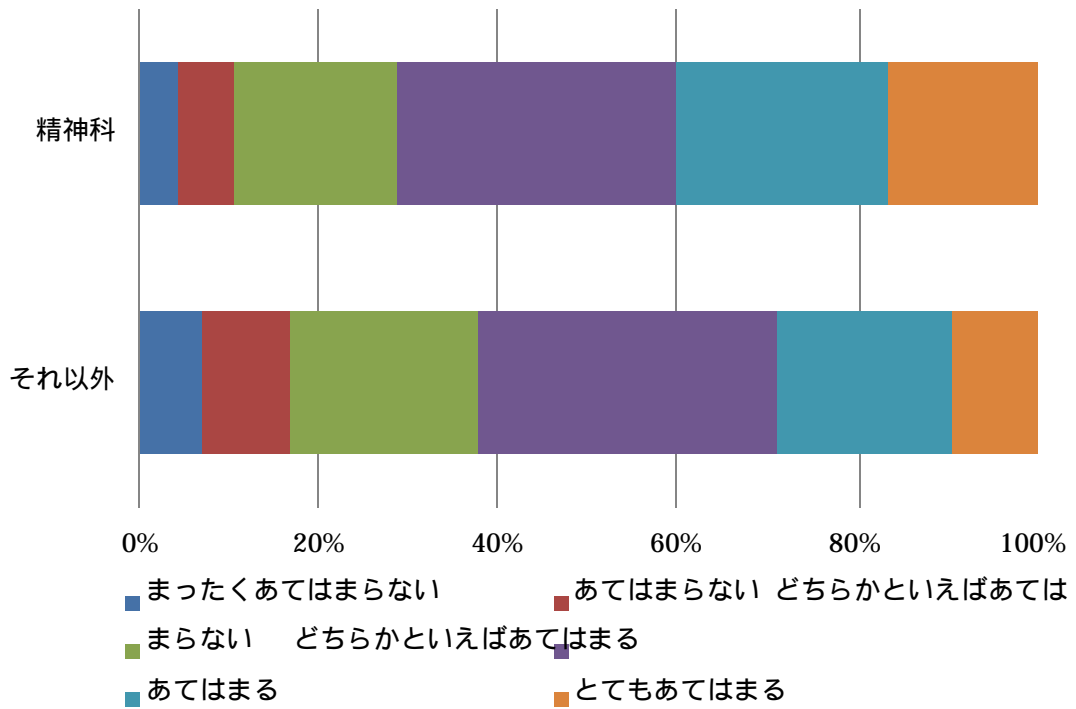
CBTの知識あり群

	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

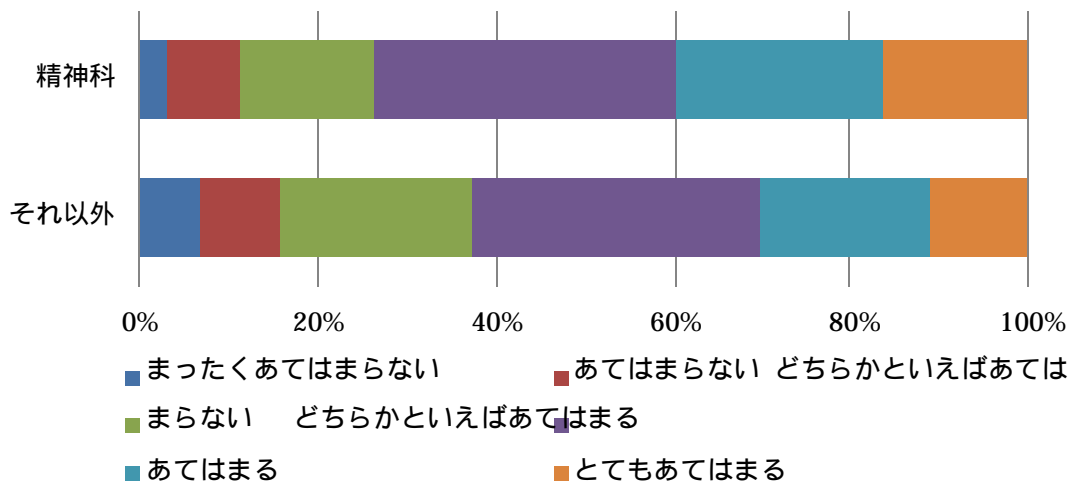
CBTの知識なし群

	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

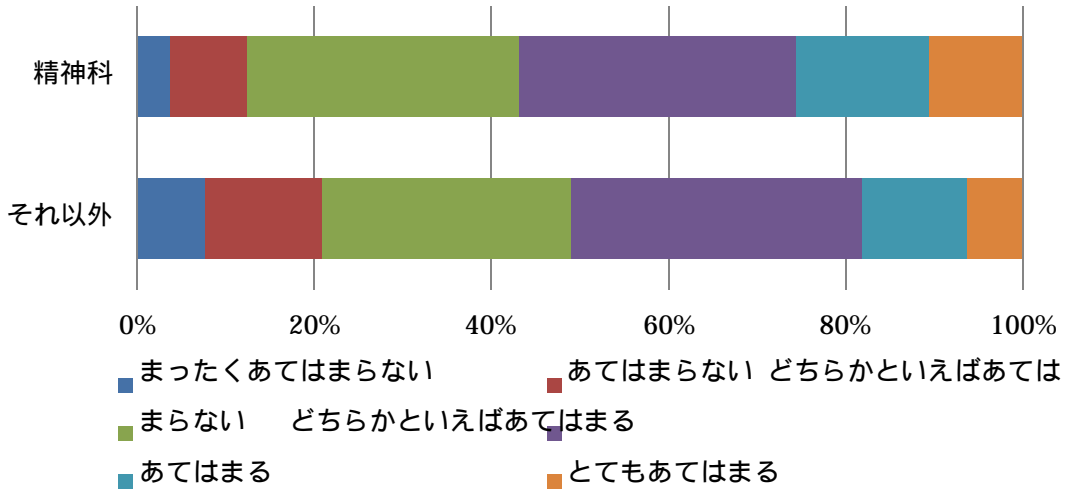
認知行動療法 (CBT)に興味がある



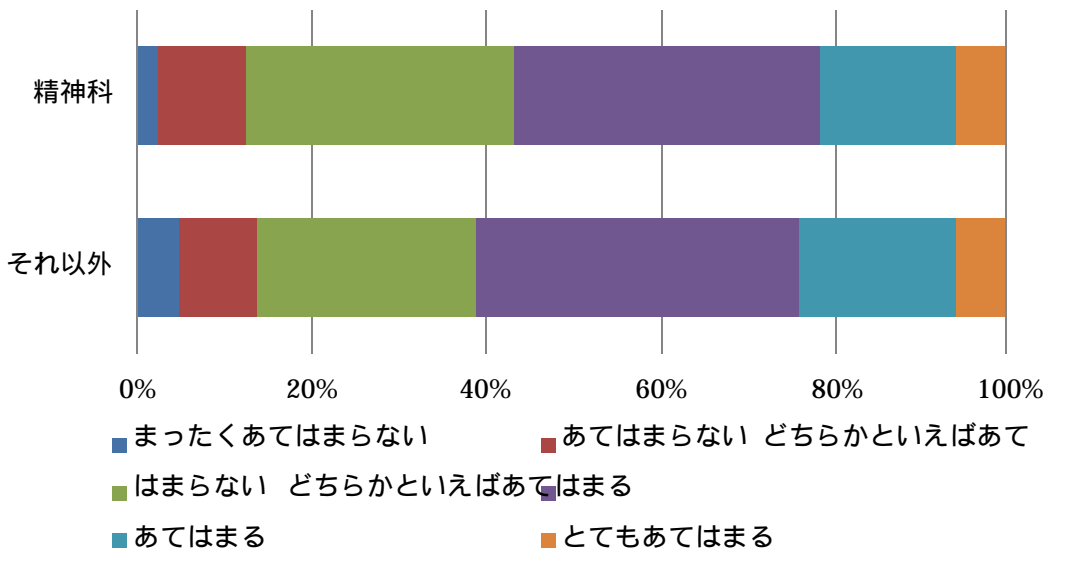
認知行動療法 (CBT)のトレーニングを受けてみたいと思う



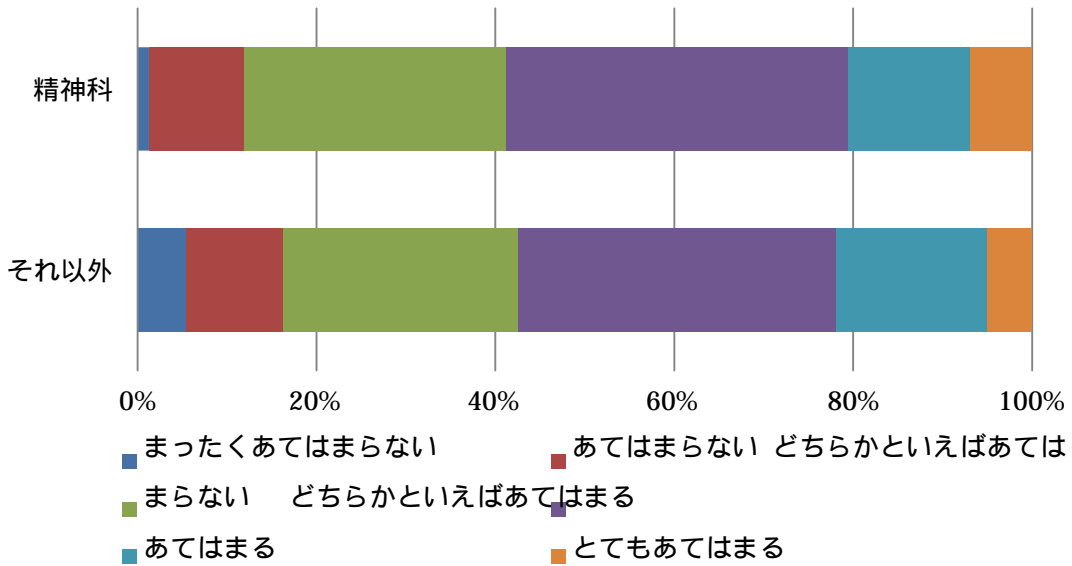
認知行動療法 (CBT)を実施する 意欲がある



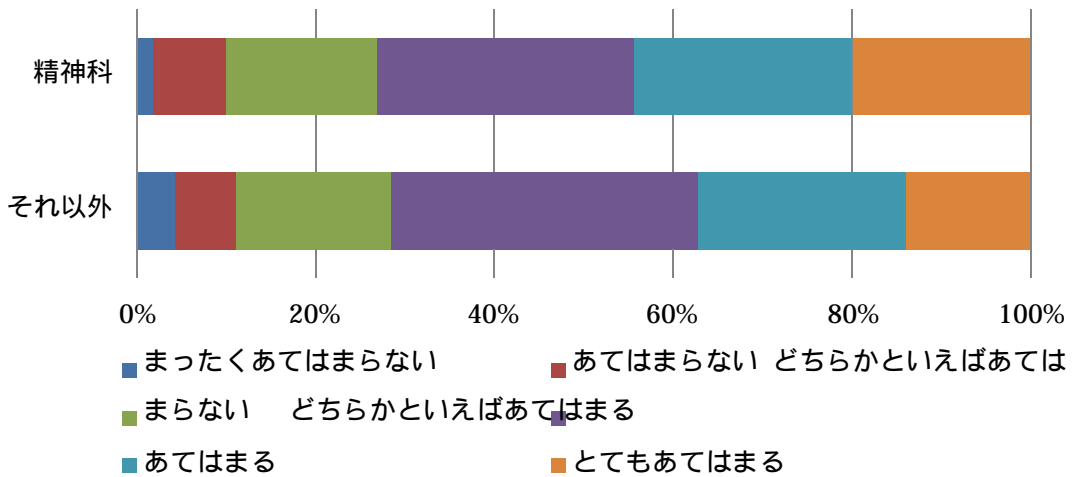
基本的な看護技術に自信がある



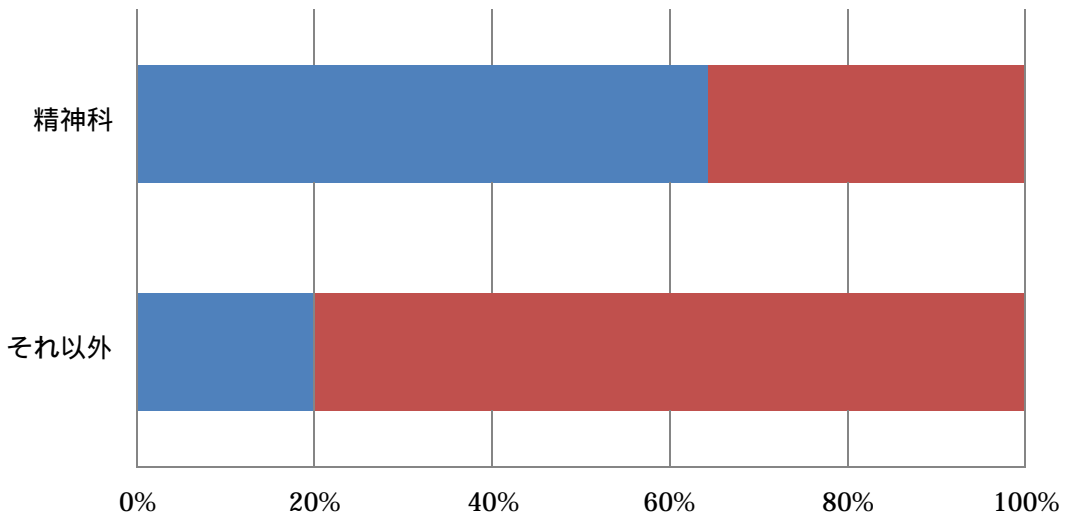
基本的なコミュニケーションの技術に自信がある



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

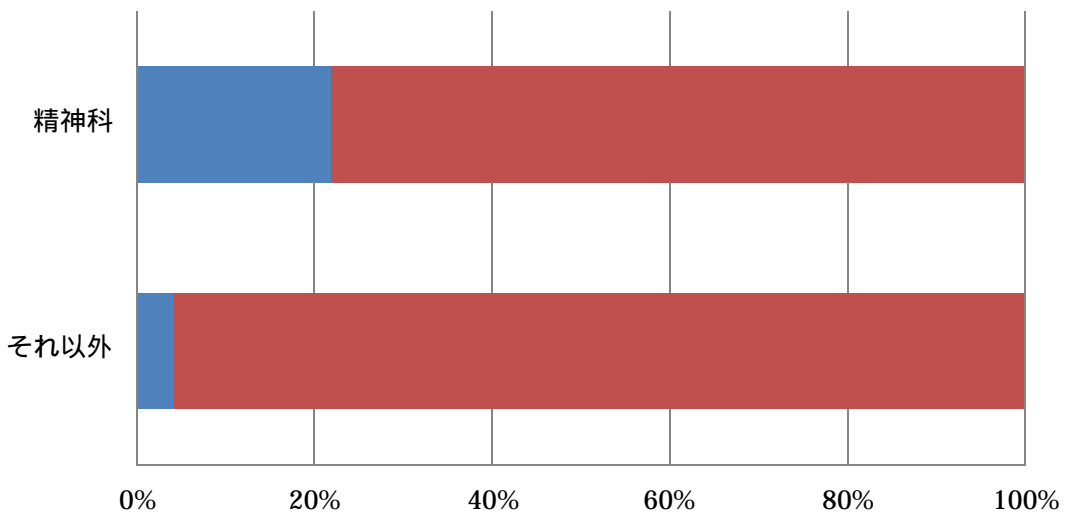


あなたは認知行動療法 (CBT) とは何か
知っていますか



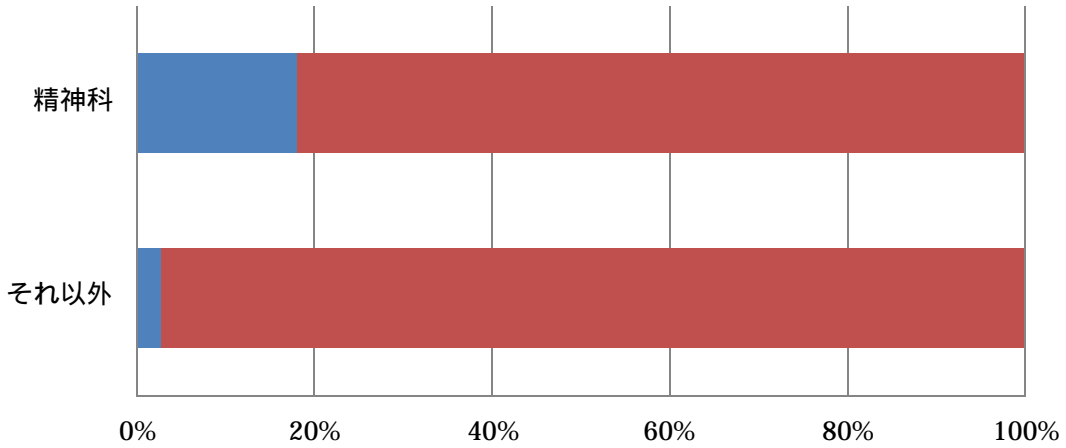
	それ以外	精神科
■ はい	302	103
■ いいえ	1188	57

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



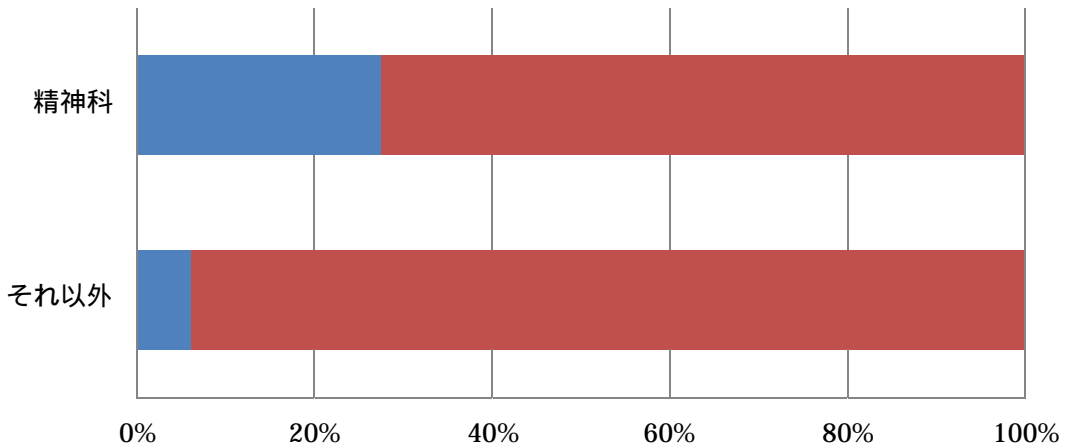
	それ以外	精神科
■ はい	63	35
■ いいえ	1427	125

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



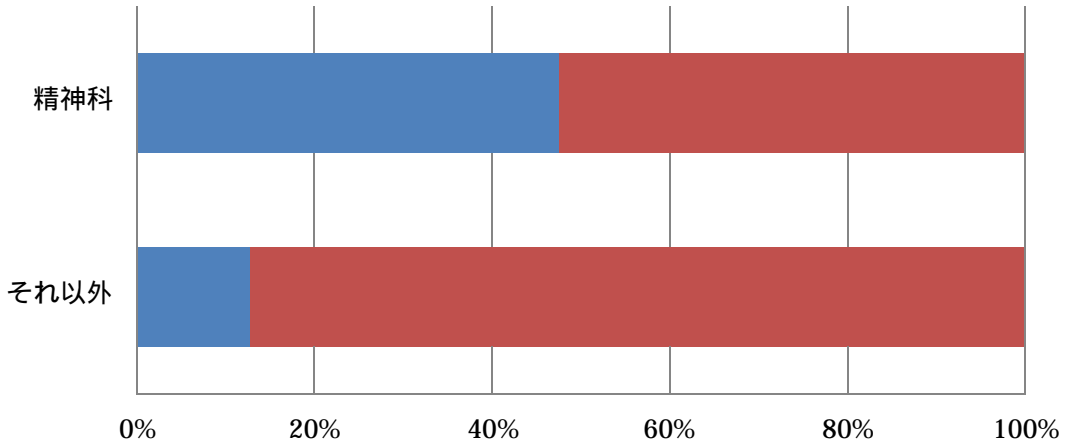
	それ以外	精神科
■ はい	42	29
■ いいえ	1448	131

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



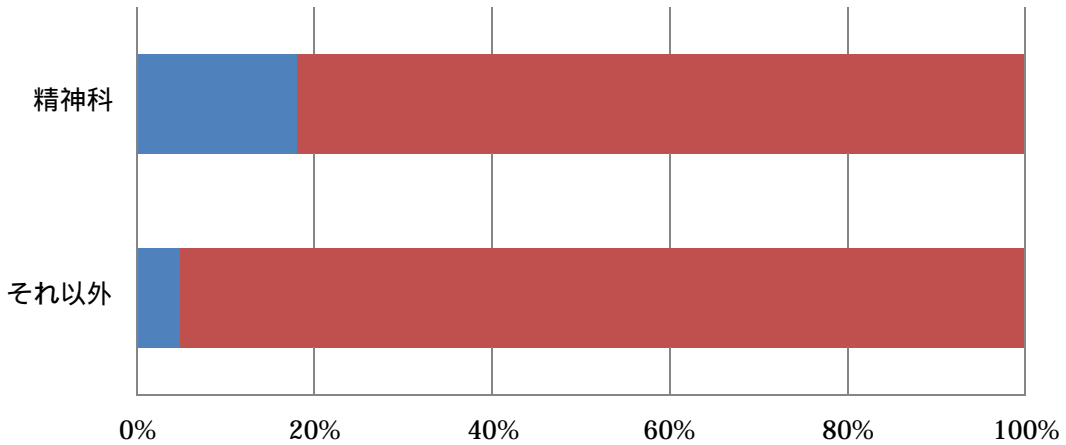
	それ以外	精神科
■ はい	91	44
■ いいえ	1399	116

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



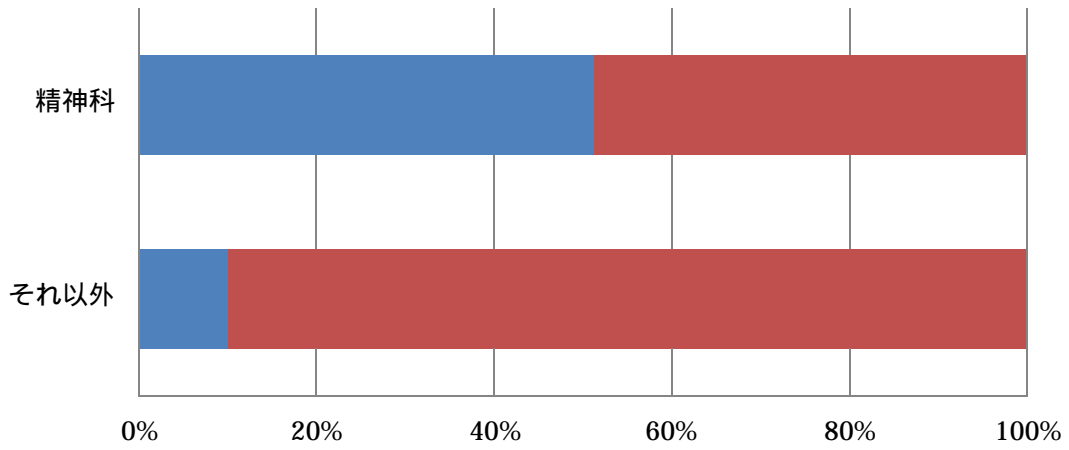
	それ以外	精神科
■ はい	190	76
■ いいえ	1300	84

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、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 モデリングによる費用対効果研究 (CEA) と 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。増分効果+ 増分費用+、増分効果+ 増分費用- (介入群 dominant)、増分効果- 増分費用+ (対照群 dominant)、増分効果- 増分費用-。その結果、4 件、2 件、0 件、0 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ーとして取込み、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いため、そこに組み込まれたパラメーターも 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 含まれた研究の特徴

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	Hollinghurst, 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	Hollinghurst, 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 ⁺	850	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 中等症	0.080 0.030	135 135	1,683 4,487	約 90% 約 65%	約 90% 約 70%
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	うつ病性障害	0.026 ⁺⁺	-177	-6,886	-	-
13	Simon, et al	2002/2003	イギリス	modelling	医療システム	CBT+TAU	TAU	15ヶ月	重症 中等症	0.110 0.040	637 637	5,777 14,540	約 90% 約 70%	約 90% 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

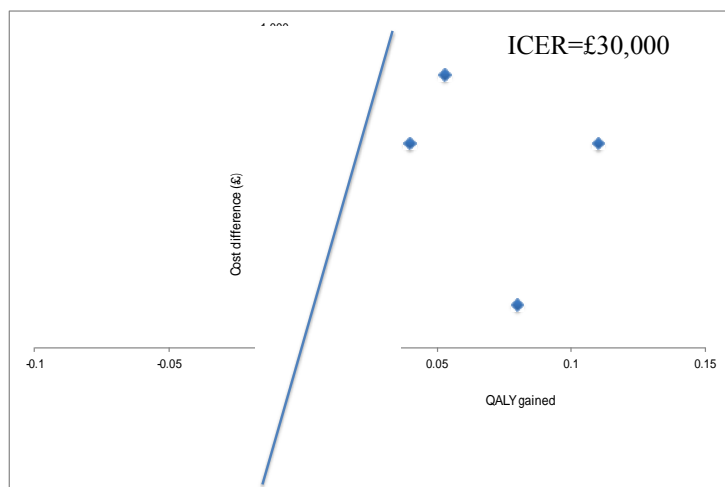


図 ICER の点推定値の scatter plot

參考資料

檢索式 (MEDLINE, EMBASE)

集合	件数	檢索式
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 STIDIES) 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 Melanchol* 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 Melanchol* or mental* or psych*) near/30 (cognitiv* near/3 (therap* or Psychotherap*) or CBT)	6784
#15	(Depression* or Depressive* or Melanchol* 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

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

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

分担研究者 岡本泰昌 広島大学大学院医歯薬学総合研究科（精神神経医科学）准教授

研究要旨

本年度は、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の端緒として、社会的排斥による“こころの痛み”に対する支持的な言葉の影響が個人的特性によって脳機能レベルで影響を受けるかについてサイバーボール課題を用いて検討を行った。その結果、社会的排斥及び支持的サポートに対する感受性には個人差があり、自己評価やうつ傾向の程度によって影響を受けること、こういった個人特性は、前頭前野の感情制御機能や前帯状回における情動反応に影響を与えることが考えられた。

A. 研究目的

この10年間の脳機能計測技術の大きな進展により、脳活動を直接検討することが可能となり、認知、行動、情動を脳機能と結びつけて理解することが可能となってきた。こうした研究は、心理学的な現象やそのメカニズムの理解に役立つだけでなく、認知療法・認知行動療法などの精神療法的介入に実証的裏付けを与えうるものと考えられる。

われわれは、これまでに社会的排斥に対して“こころの痛み”を生じるサイバーボール課題を用いて、支持的な言葉により、前頭前野における情動制御処理が促進され、それが前帯状回の活動を抑制することで“こころの痛み”を緩和する効果をもつことを明らかにしている(Onoda, Okamoto et al., 2009)。

そこで、本年度は、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の端緒として、社会的排斥による“こころの痛み”に対する支持的な言葉の影響が個人的特性によって脳機能レベルで影響を受けるかに

ついてサイバーボール課題を用いて検討を行った。

B. 研究方法

被験者は若年健常者39名であった。参加者はこのサイバーボール課題はランダム意志決定の脳内メカニズムを検討するためと教示を受けた。この課題では受容条件、排斥条件、サポート条件が設定された。受容条件では画面上に提示される二人のPCキャラクターを相手にキャッチボールを行った。排斥条件では参加者にボールは回ってこなかった。受容及び排斥条件では画面上に実験中の注意や教示が表示された。サポート条件では排斥条件と同様に参加者にボールは回ってこなかったが、実験者からの同情的、共感的なコメントが画面に表示された。この課題を遂行中の脳活動をfMRIによって測定した。被験者の個人的特性は、抑うつ(BDI-II)、自己評価(The Rosenberg self-esteem scale)を用いて評価した。

本研究は広島大学倫理委員会にて承認を受けている研究計画に基づいて実施した。すべての被験者に対しては研究内容について十分な説明を行い文章にて同意を得た。

C. 研究結果

課題の評価

各条件における“こころの痛み”およびコメントの情緒性を心理行動学的に評価した結果、“こころの痛み”は受容条件に比べ、排斥条件において増加し、その後支持的サポート条件において低下した。情緒性に関してサポート条件は他の条件と比較してより思いやりのあるコメントと評価された。

支持的サポートによるこころの痛みの軽減の脳内メカニズム

脳活動データに関しては、サポート条件-排斥条件で内側前頭前野、外側前頭前野、側頭葉の広い領域にわたって賦活が認められ、これらの領域が支持的サポートの受け取りに関与していると考えられた。さらに、社会的排斥によって生じた“こころの痛み”と前帯状回に高い正の相関を認め、支持的サポートによる痛みの低下と前帯状回の活動には正の相関が認められた。すなわち、“こころの痛み”を強く感じている個人ほど、前帯状回の活動は大きくなっており、“こころの痛み”が支持的サポートによって低下した個人ほど、前帯状回の活動は低下していた。逆に、支持的サポートによる“こころの痛み”の低下と負の相関を示す領域を検討したところ、左の外側前頭前野が検出された。この領域は“こころの痛み”が低下した人ほど、大きな活動を示した。

個人的特性の影響

まず、自己評価との相関を検討した。社

会的排斥時には、前帯状回の活動と自己評価との間に負の相関を認めた。さらに、サポート時では、前帯状回の活動は自己評価と正の相関を示した。

次に、うつ傾向との相関を検討した。社会的排斥時には、うつ傾向が、外側前頭前野と負の相関を示し、前帯状回と正の相関を示した。

D. 考察

個人的特性の影響の検討結果から、低い自己評価を有する被験者は、社会的排斥によって前帯状回の活動が高くなり、こころの痛みを感じやすい一方で、支持的サポートによって情動反応が低減しやすいと考えられた。

うつ傾向に関して、その傾向の高い被験者は外側前頭前野の感情制御機能が弱いいため、前帯状回の活動が抑制できず、こころの痛みを感じやすく、うつ傾向の低い被験者は外側前頭前野の感情制御機能が亢進したため、前帯状回の活動が抑制されるためにこころの痛みを感じにくいことが想定された。

E. 結論

社会的排斥及び支持的サポートに対する感受性には個人差があり、自己評価やうつ傾向の程度によって影響を受けること、こういった個人特性は、前頭前野の感情制御機能や前帯状回における情動反応に影響を与えることが考えられた。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

G-1 . 論文発表

- 1) 高石佳幸、岡本泰昌、脳画像研究からみたうつ病の神経回路、医学のあゆみ 244、432-438、2013
- 2) Yoshimura S, Okamoto Y, Onoda K, Matsunaga M, Okada G, Kunisato Y, Yoshino A, Ueda K, Suzuki SI, Yamawaki S. Cognitive behavioral therapy for depression changes medial prefrontal and ventral anterior cingulate cortex activity associated with self-referential processing. Soc Cogn Affect Neurosci. 2013

生物学的マーカーによる認知行動療法の効果検討
- 拡散テンソル画像による予備的検討

研究分担者 工藤 喬 大阪大学保健センター 教授

研究要旨 MRIによる拡散テンソル画像(DTI)を用いて認知行動療法の効果について検討を行うことを目的とした。本年度は予備的検討として、Major depressive disorder (MDD)と診断させる患者の白質の微細構造変化について検討した。MDDでは、脳梁前脚部の fractional anisotropy (FA)の有意な低下が認められ、白質における微細構造の変化が示唆された。

研究協力者：安野史彦・奈良県立医科大学 精神科・准教授

A. 研究目的

認知行動療法 Major depressive disorder (MDD)に効果があることは多くのエビデンスがあるが、脳機能を基盤とした生物学的マーカーによる効果検討については知見が十分とはいえない。本研究では、MRIを用いた拡散テンソル画像(DTI)を撮像することにより、白質の微細構造を検討し、認知行動療法の脳機能を基盤とした効果について考察する。初年度は、MDD患者のDTIについて健常者との比較を行った。

DTIによる微細構造変化がMDD患者に認められることはいくつかの報告がされている(Li et al., 2007; Tham et al., 2011)。DTIではMRIで水の拡散を評価し、fractional anisotropy (FA)を算出することができる。すなわち、FA値は、水の拡散阻害を直接定量しており、白質の線維走行の順方向性を知ることができる(Basser, 1996)。

マウスに慢性的に水浸ストレスを与えらうつ病様症状を呈するが、これらマウスの脳梁における微細構造変化を我々は近年見つけている。そこで、本研究では実際のMDD患者に於いて脳梁部のFA値を正常健常者と比較検討した。

B. 研究方法

対象

大阪大学医学部附属病院神経科精神科通院中の患者を、2名の精神科医(工藤、安野)が

別個に the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID) (First et al., 2002)を用いて診断した。具体的には、DSM- のMDDの診断基準に合致し、Axis Iの他の診断の合併はなく、the 17-item Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) (Hamilton, 1960)で14点以上の患者を用いた。健常対照群はボランティアを募り、SCIDでDSM-の疾患がないことを確認した。被験者は全て、5分以上意識消失を伴った頭部外傷および神経障害、あるいは重篤な身体疾患患者は除外した。

MRIによる撮像

撮像は3-Tesla whole-body scanner (Sigma Excite HD V12M4; GE Healthcare, Milwaukee, WI, USA)を用い、8-channel phased-array brain coilを使用した。拡散テンソル画像は、軸平面にparallel acquisition at a reduction (ASSET) factor of 2を用い、locally modified single-shot echo-planar imaging (EPI) sequenceで得た。Acquisitionのパラメーターは、TR=17 seconds; TE= 72 msec; b = 0, 1000 seconds/mm²; acquisition matrix, 128×128; field of view (FOV), 256 mm; section thickness, 2.0 mm; no intersection gap; 74 sections. ReconstructionのパラメーターはAcquisitionと同じで、2 mm × 2 mm × 2 mm isotropic voxel dataを得た。Motion probing gradient (MPG)は55方向、4144枚撮像し、Acquisition時間は15分52秒とした。画像の不均一性からくるぼやけや信号消失を

減らすために、an automated high-order shimming method based on spiral acquisitions (Kim et al., 2002) を DTI の前に用いた。像の歪みは、FMRIB software (FMRIB Center, Department of Clinical Neurology, University of Oxford, Oxford, England; <http://www.fmrib.ox.ac.uk/fsl/>) を用いた。B0 field mapping data は、the echo time shift (2.237 msec) method based on two gradient echo sequences で得られた。

被験者の FA map や固有値 ($\lambda_1, \lambda_2, \lambda_3$) は、FMRIB software で決定した。まず、FSL software の Brain Extraction Tool で脳組織を描出し、個々の 55 方向の Brain map を渦補正して、各々の voxel 毎に FSL FMRIB Diffusion Toolbox を用いて FA 値を計算した。

画像処理および統計処理は SPM8 software (Wellcome Department of Imaging Neuroscience, London, England) で行った。The normalization of the image with a b value of 0 sec/mm² と the echo planar image template in SPM8 を用いたパラメーターで個々の echo planar image を the Montreal Neurological Institute echo planar image template に当てはめた。画像は最終的に voxel size of 2 x 2 x 2 mm³ に、isotropic Gaussian filter (8-mm full-width at half-maximum) で画像の処理を行った。

Voxel-based analysis は SPM8 software を用いて行った。患者群と健常者群の FA map を ANCOVA で比較したが、年齢や性別が白質の構造に影響を与えたとの報告 (Inano et al., 2011) を踏まえ、年齢および性別は共変数として計算した。voxel-level threshold の統計学的評価は $p < 0.001$ とし、uncorrected with a minimum cluster size は 50 voxel とした。脳梁前脚 (the anterior genu of the corpus callosum) の FA 値を、x, y, z = -8, 32, 10 and 8, 32, 10 with MNI coordinates に the spherical VOIs (3mm radius) において計測し、個々の FA map で補正した。

グループ間の demographic データは unpaired t test と Pearson χ^2 test で検討した。FA 値の比較検討は年齢や性別を共変数とした ANCOVA で行った。全ての統計解析は、両側検定とし $p < 0.05$ を有意とした。タイプ エラーを防ぐため、Bonferroni 補正を行った。(倫理面への配慮)

本研究は、大阪大学医学系研究科および国立循環器病研究センターの倫理委員会の承認を得た。

C . 研究結果

MDD 群は 12 名の患者で、年齢 27-49 歳、男/女=4/8、平均 HAM-D スコアは 23.6 であった。健常者群は 14 名で、年齢 28-45 歳、男/女=9/5、平均 HAM-D スコアは 1.6 であった。全員右利きであった。両群間で年齢や性別の有意差は認められなかった。

両側脳梁前脚部における FA map を基盤とした VOIs 分析によれば、MDD 群では有意に FA 値が健常者群より低いことが示された。また、axial diffusivity も MDD 群では有意に低下していた (図 1)。

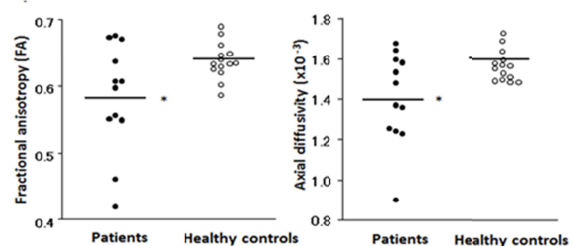


図1: 脳梁前脚における微細構造変化

D . 考察

今回我々は MDD 患者の白質の微細構造変化について DTI を用いて検討した (Basser and Pierpaoli, 1996; Li et al., 2007; Tham et al., 2011)。MDD 患者において、脳梁前脚部において FA 値が有意に減少することが示された。これは以前の報告にも一致する (Xu et al., 2013)。更に MDD では、radial diffusivity には変化がないが axial diffusivity に減少傾向が見られることも明らかとなった。これは、軸索障害を反映しているとされる (Song et al., 2005)。一方で、radial diffusivity はミエリンの障害を反映するとされ、MDD ではミエリンではなく軸索の構造変化が生じている可能性がある。

解剖学的には、脳梁前脚は左右の前頭前野、前部帯状回、および島を交通する。前部帯状回および島は扁桃体などの辺縁系と交通し、感情や認知機能に深く関わる (Dalgleish, 2004)。この白質部分の微細構造変化は、感情や認知機能に帯する半球間の統合の障害を生じることが示唆され、抑うつ気分の引き金になる可能性がある。

E . 結論

MDD では、脳梁前脚部の fractional anisotropy (FA) の有意な低下が認められ、白質における微細

構造の変化が示唆された。

**F . 健康危険情報
特になし。**

**G . 研究発表
本年度は特になし。**

**H . 知的財産権の出願・登録状況
本年度は特になし。**

26-36

Xu, K., Jiang, W., Ren, L., Ouyang, X., Jiang, Y., Wu, F., Kong, L., Womer, F., Liu, Z., Blumberg, H.P., Tang, Y., Wang, F., 2013. Impaired interhemispheric connectivity in medication-naive patients with major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci* 38, 43-48.

参考文献

- Basser, P.J., Pierpaoli, C., 1996. Microstructural and physiological features of tissues elucidated by quantitative-diffusion-tensor MRI. . *J Magn Reson B* 111, 209-219.
- Dalgleish, T., 2004. The emotional brain. *Nat Rev Neurosci* 5, 583-589.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., 2002. Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version, patient edition.(SCID-I/P). . Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York.
- Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23, 56-62.
- Inano, S., Takao, H., Hayashi, N., Abe, O., Ohtomo, K., 2011. Effects of age and gender on white matter integrity. *American Journal of Neuroradiology* 32, 2103-2109.
- Kim, D.H., Adalsteinsson, E., Glover, G.H., Spielman, D.M., 2002. Regularized higher-order in vivo shimming. *Magnetic Resonance in Medicine* 48, 715-722.
- Li, L., Ma, N., Li, Z., Tan, L., Liu, J., Gong, G., Shu, N., He, Z., Jiang, T., Xu, L., 2007. Prefrontal white matter abnormalities in young adult with major depressive disorder: a diffusion tensor imaging study. *Brain Res* 1168, 124-128.
- Song, S.K., Yoshino, J., Le, T.Q., Lin, S.J., Sun, S.W., Cross, A.H., Armstrong, R.C., 2005. Demyelination increases radial diffusivity in corpus callosum of mouse brain. . *Neuroimage* 26, 132-140.
- Tham, M.W., Woon, P.S., Sum, M.Y., Lee, T.S., Sim, K., 2011. White matter abnormalities in major depression: evidence from post-mortem, neuroimaging and genetic studies. *J.Affect. Disord.* 132,

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

（課題名） 社交不安障害の個人認知行動療法の治療有効性に関する研究
（標準治療に抵抗性を示す社交不安障害に対する認知行動療法の有効性検証）

分担研究者（氏名 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学・子どものこころの発達
研究センター 清水栄司）

研究協力者（氏名 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学・子どものこころの発達
研究センター 吉永尚紀、松木悟志、大島郁葉、千葉大学社会精神保健
教育センター 小堀修）

研究要旨：選択的セロトニン再取込阻害薬(SSRI)を用いた薬物療法は、国内外を問わず社交不安障害(SAD)に対する標準治療(第一選択肢)として位置づけられている。しかし、約60%の患者は顕著な改善を示さないとされるが、標準治療に対する次の治療戦略は確立されていない。そこで本研究では、SSRI治療により十分な改善を示さないSAD患者に対し、通常診療にCBTを併用することが、通常診療単独と比較して有効であるか、ランダム化比較試験により検証することを目的とした。2013年10月をもって、目標症例数である42例に達し、リクルートを完了した。現在、介入の途中であるが、2014年3月末までに試験が終了する予定である。

A. 研究目的

社交不安障害(SAD)とは、「社交場面における強度の不安を主症状とする精神疾患」であり、有病率の高さと併存疾患の多さが特徴とされている。本邦においてSADに関する有効な疫学データは存在しないが、12ヶ月有病率を0.5%(海外では7~12%)と少なく見積もった場合でも、SADに罹患した集団が獲得する賃金は一般集団より1兆円以上少ないと推定されている(亀井, 2009)。また、SAD罹患により発生する直接的な医療コストを含めると、本邦の経済状況にかなりの負担を与えている。

選択的セロトニン再取込阻害薬(SSRI)を

用いた治療は、国内外を問わずSADに対する標準治療(第一選択肢)であるが、その60%以上が改善を示さないとされている(Stein, 2008)。本邦では、国からの認可が下りている治療はSSRIを用いた薬物療法のみであるため、「SSRIで改善しなかった場合の治療が、個々の臨床家の判断に委ねられている」という現状は深刻な問題である。

欧米諸国においては、薬物療法と並んで認知行動療法(CBT)が治療の第一選択肢として位置づけられているが、CBTの実施者が不足しているため、本邦と同様にSSRIを用いた薬物療法が治療の中心となっている(Insel, 2009)。これより、SSRI抵抗性(不耐性、不応性)の

SAD に対し、次の治療戦略を確立することが国内外を問わず重要な課題となっている。

SSRI 抵抗性の不安障害に対して、次の治療戦略として CBT への期待が高まっている。しかしながら、2010 年のシステマティックレビュー（Rodrigues, 2010）では、SSRI 抵抗性の SAD を対象とした CBT の効果研究が、少数例の研究を含めても存在しないことが報告されている。加えて、本邦においては SAD に対する CBT の手技に関する標準化がなされていない。

そこで本研究では、SSRI 抵抗性を示す SAD に対する有効性を検証するためのランダム化比較試験を計画し、リクルートを進めた。

B. 研究方法

本邦の SSRI 治療により十分な改善を示さない SAD 患者に対し、通常診療に CBT を併用することが、通常診療単独と比較して有効であるか、Liebowitz 社交不安評価尺度（Liebowitz Social Anxiety Scale: LSAS）を指標としたランダム化比較試験により検証する（図 1）。

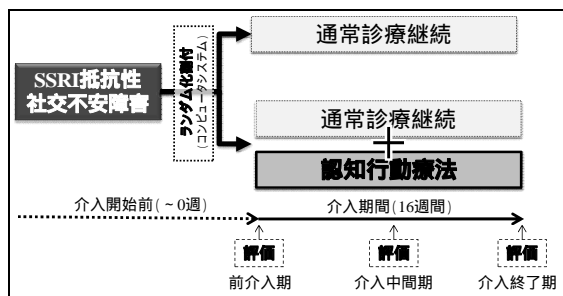


図 1 試験デザイン

被験者は、各医療機関あるいはインターネット広告を通じて紹介され、下記の選択基準、

除外基準をもとに精神科医およびセラピストによる二段階のアセスメントを経て、研究にエントリーした。

【選択基準】

1. DSM- における SAD の診断基準をみたすもの
2. うつ病やその他の不安障害の併存がある場合でも、SAD が主診断であるかぎり、これを認める
3. 中等度以上（LSAS 50）の症状を有するもの
4. 過去に、1 剤以上の SSRI を用いた薬物療法を 12 週以上受けた経験を有するもの（12 週未満の内服経験であっても、その理由が、SSRI 内服による副作用等の忍容性による問題の場合は、この選択基準を満たすものとする）
5. 同意取得時の年齢が 18 歳以上 65 歳以下のもの
6. 本試験の参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解の上、本人の自由意思による文書同意が得られたもの（未成年の場合、保護者の同意も含む）

【除外基準】

1. SAD 以外の 軸の精神疾患が最初に発現したため原疾患であると判断され、6 ヶ月以上持続していることから、その 軸の症状が主症状であると判断される患者
2. 脳の器質的障害（てんかんを含む）、統合失調症及びその他の精神病性障害、双極性障害及び大うつ病性障害の合併を有する

もの

3. 過去 12 ヶ月以内にアルコールや薬物への依存・乱用（DSM- による）の既往を有するもの
4. 切迫した自殺の危険性を有するもの
5. 反社会的な人格障害、境界性人格障害を有するもの
6. 重篤な精神障害により入院適応の可能性を有するもの
7. 継続した研究参加が不可能と思われる臨床的に重大な進行性の身体疾患を有するもの
8. 精神発達遅滞もしくは他の認知障害を有するもの
9. 介入開始後受診予定回数の 80%以上の通院が困難と思われるもの
10. 試験参加時に、医療機関で薬物療法・精神療法などの治療的介入を受けていないもの
11. 試験参加 3 ヶ月以内に受けた精神科的治療により、顕著な改善を示したもの（受診医療機関の主治医の評価による全般的改善度[CGI]が 2 点以下）
12. 本試験の参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解の上、本人の自由意思による文書同意が得られないもの
13. 治療および検査担当者と、適切にコミュニケーションが取れる程度の教育水準と日本語を理解する能力を有さないもの
14. その他、主任研究者・分担研究者が対象として不適当と判断したもの。

【介入】

通常診療は、特に制限を設けず、治療医の臨床判断に基づいて実施することとする。なお CBT 併用群は、一回 50 分の Clark & Wells モデルに基づく CBT を、週 1 回の頻度で計 16 回受ける。

【有効性・安全性評価】

有効性・安全性評価は、介入開始前(0 週)、介入中期(8 週)、介入終了後(16 週)に実施する。主要評価項目は、LSAS で、また、うつや不安・生活機能障害を評価する心理検査についても副次的に評価する。

【倫理的配慮】

本研究は千葉大学医学部附属病院治験審査委員会において、試験の妥当性・倫理的配慮に関する審議を受け、承認されたものである（G23075）。また、本試験計画は UMIN にて登録・公開済みである（UMIN000007552）。

C. 研究結果

2013 年 10 月までに、47 名が紹介され、試験の適格性を満たした 42 例が試験に参加した。42 例の被験者は、通常診療単独群に 21 例、CBT 併用群に 21 例がランダムに割り付けられた。割付状況は表 1 の通りであり、重症度、性別、SSRI 治療の有無について、両群で偏りは認められていない。

現在試験進行中であるが、通常診療単独群で 1 例が治療から脱落している。

厚生科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

治療群		通常診療単独	認知行動療法併用	因子別合計
重症度	70 未満	6	6	12
	70 以上	15	15	30
性別	男	12	13	25
	女	9	8	17
抗うつ薬治療	有	13	13	26
	無	8	8	16
治療群別合計		21	21	42

表 1 割付状況

D. 考察

本試験は、予定より早期に被験者の募集が完了した。試験の中途データについては、試験終了後にダブルエントリーを行うため、現時点で公開できない。

本研究は、日本で初めての SAD に対する認知行動療法のランダム化比較試験であり、また、世界で初めて SSRI 抵抗性の患者を対象としている。本研究が完遂することにより、CBT が我が国の SAD 患者にどの程度の効果があるかを示すベンチマークになると考える。また、国内外を問わず標準治療となっている SSRI 治療で寛解しない患者に対し、次の治療戦略を確立する上で、貴重なデータになると考えられる。

E. 結論

2013 年 10 月をもって、目標症例数である 42 例に達し、リクルートを完了した。現在、介入の途中であるが、2014 年 3 月末までに試験が終了する予定である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

Yoshinaga N, Shimizu E. Social Skills Training Encourages a Patient with Social Anxiety Disorder to Undertake Challenging Behavioral Experiments. *British Journal of Medicine and Medical Research*. 2014; 4(3): 905-913.

Yoshinaga N, Kobori O, Iyo M, Shimizu E. Cognitive Behaviour Therapy Using the Clark & Wells Model: A Case Study of a Japanese Social Anxiety Disorder Patient. *the Cognitive Behaviour Therapist*. 2013; 6(e3).

清水栄司（分担執筆）. 不安障害診療のすべて. 医学書院 2013. 44-52.

清水栄司. Anxiety disorder を「不安症」と字義どおりに日本語訳する病名案について. *精神科*, 2013; 22(6) : 627-630.

清水栄司. 職場における対人恐怖（社交不安）の発症と認知行動療法. *産業ストレス研究*, 2013; 20(4) 別刷.

清水栄司. 認知行動療法. *日本医師会雑誌*, 2013; 142(2) 神経・精神疾患診療マニュアル 別刷.

吉永尚紀, 清水栄司. 働く世代を襲う社交不安障害の実態と職場でできる取り組み：早

- 期発見の重要性. メンタルヘルスマネジメント, 2013; 1(6): 45-49. 30.
- 清水栄司. うつ病の認知行動療法と生理メカニズム. 医学のあゆみ, 2013; 244(5): 411-416.
- 清水栄司. 社交不安症（社交不安障害）の認知行動療法, 週刊日本医事新報, 2013; 4645: 72-73.
- ## 2.学会発表
- Yoshinaga N, Matsuki S, Kobori O, Shimizu E. Individual Cognitive Behavior Therapy for Japanese Patients with Social Anxiety Disorder: Preliminary Outcomes and Their Predictors. 43rd Annual Congress of The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Marrakech, Morocco 2013/9/27.
- Yoshinaga N. Recurrent self-image and early traumatic memory in social anxiety disorder. 4th Asian Cognitive Behavior Therapy Conference symposium “Self -Image in Social Anxiety: Its Function and Intervention” Tokyo, Japan 2013/8/23-8/25.
- Yoshinaga N, Hayashi Y, Shimada M, Yamamoto M, Yamazaki Y, Moriuchi K, Doi M, Zhou M, Asano K, Iyo M, Nakagawa A. Nursing Intervention for Inpatient Obsessive Compulsive Disorder Receiving Cognitive Behavioral Treatment: Development of Nursing Guideline at Chiba University Hospital. 4th Asian Cognitive Behavior Therapy Conference symposium Tokyo, Japan 2013/8/23-8/25.
- Yoshinaga N, Ohshima F, Matsuki S, Tanaka M, Kobayashi T, Ibuki H, Asano K, Kobori O, Shiraishi T, Ito E, Nakazato M, Nakagawa A, Iyo M, Shimizu E. A Feasibility Study of Individual Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder in Japanese Clinical Settings 7th World Congress of Cognitive and Behavioural Therapies Lima, Peru 2013/7/24.
- 吉永尚紀, 平野好幸, 清水栄司. 治療抵抗性社交不安障害に対する認知行動療法の効果と脳科学的作用機序の解明：ランダム化比較試験と機能的MRIによる検討. 第6回日本不安障害学会学術集会, 東京. 2014/2/1.
- 清水栄司（オーガナイザー/座長）, 最上多美子（座長）. シンポジウム6 ニューロサイエンスと認知行動療法の統合. 第4回アジア認知行動療法会議学術総会・第13回日本認知療法学会・日本行動療法学会第39回大会, 東京. 2013/8/24.
- 吉永尚紀. うつと不安の認知行動療法. 九州認知行動療法看護研究会, 宮崎. 2013/11/8.
- ## H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得 なし
 2. 実用新案登録 なし
 3. その他 なし
- ## I. 参考文献
- Clark DM, Wells A (1995) A cognitive model of social phobia :Diagnosis, assessment, and treatment, 69-93 New York The Guilford Press
- 亀井和子 (2009) 社会不安障害 (SAD) の社会的コスト. 医薬ジャーナル 45: 105-110
- Rodrigues H, Figueira I, Gonçalves R,

- Mendlowicz M, Macedo T, Ventura P (2011)
CBT for pharmacotherapy non-remitters--a
systematic review of a next-step strategy. *J
Affect Disord Mar* ;129(1-3):219-28.
- Stein MB and Stein DJ (2008) Social anxiety
disorder. *Lancet.* 29;371(9618):1115-25.
Review.
- Yoshinaga N, Ohshima F, Matsuki S, Tanaka M,
Kobayashi T, Ibuki H, Asano K, Kobori O,
Shiraishi T, Ito E, Nakazato M, Nakagawa A,
Iyo M and Shimizu E. A preliminary study of
individual cognitive behavior therapy for social
anxiety disorder in Japanese clinical settings: A
single-arm, open trial. *BMC Res Notes.* 2013;
6(74).
- Yoshinaga N, Niitsu T, Hanaoka H, Sato Y,
Ohshima F, Matsuki S, Kobori O, Nakazato M,
Nakagawa A, Iyo M, and Shimizu E. Strategy
for treating selective serotonin reuptake
inhibitor-resistant social anxiety disorder in the
clinical setting: A randomised controlled trial
protocol of cognitive behavioural therapy in
combination with conventional treatment. *BMJ
Open.* 2013; 3(2).

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

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

研究分担者 中川彰子 千葉大学大学院医学研究院子どものこころの発達研究センター 教授

研究要旨：強迫性障害は生涯有病率が1-3%と精神疾患の中で比較的頻度の高い疾患で、慢性化、難治化しやすく、WHOで身体疾患も含めた全疾患の中で最も生活を障害する10の疾患にあげられる障害である。現在では認知行動療法およびセロトニン再取り込み阻害剤による薬物療法の有効性が実証されている。しかし、我が国においては、強迫性障害に対して有効な認知行動療法を提供できる治療者の数が不足しており、この充実が急務である。そこで、本研究では、強迫性障害に対する認知行動療法治療者の教育方法に関して、スーパービジョン等を認知行動療法の先進国に学びながら、国内の治療の実態の把握と現場の治療者のニーズを調査し、それに基づいて提供すべき教育方法を確立し、さらにそれを普及させる方法を検討する。

研究協力者

浅野憲一： 千葉大学大学院医学院研究院

子どものこころの発達研究センター 助教

中谷江利子：若久病院

磯村香代子：カロリンスカ研究所
postdoctoral researcher、千葉大学非常勤
講師

という3つの柱を立てて研究を開始した。

1. 認知行動療法先進国における強迫性障害 治療者の育成状況についての視察

1) ストックホルムのカロリンスカ研究所
(Child and Adolescent Psychiatry research
center)

2013年11月4~5日に、ストックホルムのカロリンスカ研究所で強迫性障害の認知行動療法が行われている部署を見学することができた。分担研究者である中川と以前より交流のあるロンドンの精神医学研究所から異動したばかりのMataix-Cols教授が率いる児童精神科医、臨床心理士のグループが、強迫性障害とその関連疾患を中心に子ども達の治療研究、生物学的研究を立ち上げている。我々の訪問に合わせてスタッフを集めてミーティングが開かれ、こちらからの質問調査や意見交換をおこなった。それによると、スウェーデンで強迫性障害についての治療者教育を専門に行っている特定機関はなく、各機関で工夫をして指導をしているとのことであった。当グループでは、自閉傾向の強い子ども達の治療にもあたり、親への心理教育に加え、子どもにも

A. 研究目的：我が国において強迫性障害に対して有効な認知行動療法を提供できる治療者の養成方法を確立する。

B. 研究方法：

上記の目的のために、

1. 先進国における実情を視察し教育方法についての情報を得る
2. 我が国の強迫性障害の治療の実態を把握し、認知行動療法の習得についての現場でのニーズを調査する
3. それらをもとに、強迫性障害の治療の訓練、教育方法を確立し、千葉大学で行われている認知行動療法研修コースの強迫性障害の治療チームで、研修生による治療効果を検証する

わかりやすいリーフレットを作成して治療に役立てており、治療者の教育にも役立っている。わが国でも自閉症スペクトラム障害との併存難治例が臨床家の間で問題になっており、このことも本疾患の治療者教育に必須の項目である。この方面の先駆者である Dr. Susanne Bejorot とは個別にもミーティングを持ち、同博士のグループで開発した成人に対する ASD スクリーニング質問紙の日本語版作成を行い、この領域で我々のグループと共同研究をおこなう予定となった。

2) ロンドン精神医学研究所 (The OCD and Relating Disorders Clinic)

昨年まで本施設のリーダーであった Dr. Isobel Hyman からの紹介で、2013年11月8日に児童思春期の強迫性障害専門クリニックでのアセスメント診察を見学することができた。ここではこの分野での治療を学ぶための配慮がなされており、見学者も常時訪れ、実際に隣の部屋で行われている患者とのセッションをモニターで学ぶことができるようになっている。当日は2つのケースが同時に行われており、事前の症例紹介では資料が配布され、二人のスーパーバイザーが指導と診察に当たっていた。同席したのはかなり込み入ったケースであったが、事前の資料に詳しい病歴や経過が記されており、約4時間に及ぶ丁寧なアセスメントとともに、今後の治療者教育の参考になった。

3) モーズレイ病院(認知行動療法研修コース)

上記見学の翌日の11月7日、千葉大学の認知行動療法研修コースのモデルとなっているモーズレイ病院での治療者養成プログラムの責任者の一人である Dr. Sheena Lines の配慮により、小グループのスーパービジョンのセッションと講義に参加できた。このコースは学部卒業生を対象としているため、強迫の治療の初心者を対象としており、まず、一人のスーパーバイザーが3人の治療者のそれぞれの

ケースについてスーパーバイズするセッションに同席した。面接での困難を訴えた治療者のために、その場でスーパーバイザーが治療者の役になり、その治療者が患者役をするロールプレイを即興で行い、その後その治療者が治療者役をして別の治療者を患者役として模擬セッションを行わせて習得度をみたりしていた。スーパービジョンで用いられているフォーマットも参考に提供してもらえたため、現在、それを活かして千葉大学でも使用を始めている。午後の講義には40人ほどの初心者が参加して認知行動療法の基本がワークショップ形式で示されており、大変参考になった。

4) イギリスでは他の認知行動療法の治療者の教育者にもインタビューできたが、認知行動療法の先進国でも、強迫性障害の特化した教育機関はないが、モーズレイ病院のように専門治療施設は存在し、国内外の治療者が出入りして訓練を受けている。今回の視察で収集した情報や教育法をわが国の現況に取り入れることで、強迫性障害の治療者の訓練効果を高める可能性があると考えられる。ただし、今回視察した2カ国において認知行動療法は、基本的な精神療法の一つとされており、心理士や精神科医といった治療者は学部教育の過程で知識と方法を会得しているという、本邦との背景の違いも考慮するべきであろう。

2. 本邦での強迫性障害の認知行動療法治療者トレーニングに対するニーズの調査の開始

認知行動療法の強迫性障害への治療効果は実証されているが、我が国での普及は認知行動療法先進国に比し遅れている。強迫性障害への有効な認知行動療法が実施できる治療者の不足がその原因の一つである。

そこで、医師、看護師、心理士、精神保健福祉士などの治療者が

1. どのように強迫性障害の治療を行っているか

2. 治療者から求められている教育や研修はどのようなものか

を明らかにするためのアンケート調査を行い、その結果を受けて、強迫性障害への認知行動療法治療者への教育プログラムの整備を図ることとした。

Web 上にアンケートを作成し、まず、九州大学精神科同門会など関連機関に依頼して予備的な調査の実施を開始した。現在、データを集積中である。これにより、アンケートの内容に修正が必要であれば修正し、次の段階として、より多くの機関への調査の依頼をおこなう予定である。

3. 千葉大学の認知行動療法養成コースにおける強迫性障害の治療効果研究の開始

千葉大学では、認知行動療法の習得を目指して千葉県内外の医療機関から募集した医療関係者を対象に、2010 年より認知行動療法の技術を持つセラピストの人材養成を行っており、千葉認知行動療法士研修コースと呼んでいる。このコースのモデルとなっているのは、上記のモーズレイ病院の治療者養成コースである。対象は不安障害、強迫性障害、過食症、うつ病の患者とし、週 1 回 50 分で 16 セッション程度の介入を行い症状改善をはかる個人認知行動療法を用いて行っている。社会人の参加も多く、毎週水曜日の午前午後、認知行動療法の講義、ワークショップ、個人およびグループでのスーパービジョンにて、集中的な研修を 2 年間行う。この、平日週 1 日のトレーニング（1 年で、最低 70 時間のスーパービジョンを受けることを含める）と並行して、参加者各自の所属医療機関で 1 年に最低 8 症例を治療する。職種は精神科医、臨床心理士の他、看護師、精神保健福祉士など多様である。研修生は量的、質的に規定の基準に達するケース報告が認められれば、認知行動療法士の認定（千葉大学での）を受けることができる仕組みになっている。このような試

みは我が国でも初めてのものである。

これまでにこのコースでも強迫性障害は取り扱われていたが、臨床研究の体制が十分には整えられておらず、研修、またそれに伴う治療の効果を客観的に評価することができていなかった。そのため、今回の視察の結果なども参考に、分担研究者の率いる強迫性障害チームでは、プライマリーアウトカムを世界的に用いられている Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) の得点として、1 回 50 分、12-16 回（最長 20 回）の認知行動療法のセッションを研修生および研修終了者が治療者となり、スーパービジョン等を工夫することにより、どのような結果が得られるかを検討することとした。

対象は千葉大学附属病院認知行動療法外来を紹介受診し、SCID を用いて強迫性障害と診断された 18-50 歳、YBOCS 総得点が 17 点以上、WAIS-III で IQ が 80 以上の外来患者である。但し、脳器質疾患、精神病圏内、重篤な内科疾患、薬物、アルコール依存のあるものは除外した。他の尺度として、OCI (Obsessive-Compulsive Inventory)、HAM-D、HAM-A、PHQ9、GAD7、SEQ5、AQ を施行する。

本研究は千葉大学大学院医学研究院の倫理委員会により承認されており、本研究への参加については全員から書面による同意を得ている。

現在までのところ、8 例の治療が終了している。YBOCS 総得点において、平均が治療前 23.62 (±7.11) 点から終了時 16.85 (±4.09) 点へと 6.75 点 (95% CI 0.53 to 12.97) の有意な減少がみられていた ($t(14)=2.32$, $p=0.035$, Cohen's $d=1.16$, 95% CI 0.08 to 2.22)。

C,D. 研究結果と考察：認知行動療法先進国での視察では、認知行動療法の初心者の方のコースで全般的な疾患について学ぶ中で、強迫性障害の治療については小グループのスーパーバ

イズを用いて丁寧な指導が行われ、その後に強迫性障害の治療専門施設でさらに複雑なケースを担当しながら専門スタッフの中で研鑽がなされているようであった。千葉大学の研修コースで視察で得られた知見を取り入れて強迫性障害の治療者の教育システムを確立し、それを普及させることは我が国の実情の改善に役立つことが期待できる。普及の方法については、来年度以降に初心者用に有用なワークショップを実施しフィードバックを受けることでより洗練させていく予定である。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 中川彰子. 強迫性障害の認知行動療法. 最新精神医学, 2013, 18(2), 115-124

2) 中里道子, 平野好幸, 松澤大輔, 松本有貴, 高岡昂太, 浅野憲一, 小畠隆行, 中川彰子, 清水栄司. 千葉大学大学院医学研究院子どものこころの発達研究センターについて 子どものこころと脳の発達. 第 4 巻 1 号 2013 26-33.

3) Murayama K, Nakao T, Sanematsu H, Okada K, Yoshiura T, Tomita M, Masuda Y, Isomura K, Nakagawa A, Kanba S. Differential neural network of checking versus washing symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2013, 10;40, 160-6

3) Yoshinaga N, Ohshima F, Matsuki S, Tanaka M, Kobayashi T, Ibuki H, Asano K, Kobori O, Shiraishi T, Ito E, Nakazato M, Nakagawa A, Iyo M and Shimizu E. A preliminary study of individual cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in Japanese clinical settings: A single-arm, open trial *BMC Res Notes* 6(74) 2013

2. 学会発表

1) Nakagawa A, Isomura K, Hiraoka Y, Takei Y, Nakatani E, Yoshioka K, Tomita M, Aoki S. Clinical Feature of Obsessive-Compulsive Disorder with Pervasive Developmental Disorder. WCBCT, Lima, Peru 2013/7/25

2) 中川彰子, 芝田寿美男, 實松寛晋, 飯倉康郎. 行動療法にそった薬物療法. 第 109 回日本精神神経学会ワークショップ, 福岡国際会議場, 2013/5/24,

3) 中川彰子, 芝田寿美男, 實松寛晋, 飯倉康郎. 行動療法にそった薬物療法. 第 109 回日本精神神経学会ワークショップ, 福岡国際会議場, 2013/5/24

4) 中川彰子: 強迫性障害の認知行動療法のエビデンスについて. 第 6 回日本不安障害学会シンポジウム, 東京大学, 2014/2/2/

5) 浅野憲一: 嫌悪感を訴える強迫性障害患者への認知行動療法. 日本行動療法学会第 39 回大会ケーススタディ, 帝京平成大学, 2013/8/25

6) 永岡紗和子・浅野憲一・中川彰子・清水栄治: 加害恐怖により引きこもり状態にあった 20 代男性に対する認知行動療法. 日本行動療法学会第 39 回大会ケーススタディ, 帝京平成大学, 2013/8/24

持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) の普及に向けて

金吉晴

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部

研究要旨

PTSD に対して薬物を含む治療法のなかでもっとも効果を実証されている持続エクスポージャー療法(PE)を適切に普及するために、指導育成他姓を整備する必要がある。そのためには認定 PE 治療者、認定コンサルタント(スーパーバイザー)、認定指導者の各段階の人材を効果的に育成する必要がある。これらの研修機会としてそれぞれ 4, 5, 3 日間のワークショップ開催、その後のスーパーバイザー機会の提供などの学習機会を整備するとともに、PE を効果的に実施するためのプロトコルの正確な理解を促進するための資料作成、スーパーバイザー用のマニュアル整備なども必要となる。PE の実施に当たってはマニュアル的な手順だけではなくその理念的意味を理解するとともに、適格基準、除外基準、実施に当たって考慮すべき臨床的事項、有害事象を適切に把握する必要がある。安定的に PE を実施できる環境整備の上に、保険診療科などの制度的検討を行いたい。

1 はじめに

外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) は生命の危険に匹敵するような危険、被害に直面した後、その体験の情動記憶が本人の意思と関係なくフラッシュ様に想起され、当時と同じ恐怖が再体験されるという現象を中核とし、それに伴って回避麻痺、過覚醒が生じ、これらが1ヶ月以上持続する病態である。持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) は、Pennsylvania 大学 Edna Foa 教授によって作成され、遷延する PTSD 症状の原因が回避 avoidance であるとの仮定の上に立ち、avoidance とは逆の

直面化 confrontation を系統的に行うことによって、体験記憶の馴化 habituation、処理 processing を促進する技法である。当初は rape 被害者を主な対象としていたが、現在では体験の種別によらず、PTSD 一般に対する治療として高く評価されている。国際トラウマティックストレス学会による治療ガイドライン、米国精神医学会によるエキスパートコンセンサス・ガイドラインを始め、PTSD に対する治療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 selective serotonin reuptake inhibitor(SSRI)による薬物療法と並んで、第一選択にあげられているなど、もっとも良く研究され、一貫

して効果が実証されてきた技法である。また米国学会議報告書によって、PTSD に関するあらゆる薬物療法、心理療法の中で唯一十分なエビデンスがあると認められた治療法でもある。恐怖記憶についての基礎理論との整合性も高く、治療機序が明確であり、そのために治療の fidelity を均一に保ちやすい。

この治療法を習得するためには、開発者の Foa の主催する、あるいは公認された、4 日間のワークショップに参加し、その後 2 症例についてスーパーバイズを受けることで、まずは認定 PE 治療者となる。その後、数例の治療経験を積んだ後、5 日間のスーパーバイザー育成のためのワークショップに参加し、認定コンサルタント（スーパーバイザー）となる。その後、更に研鑽を積み、後任ワークショップのアシスタントなどを務めた後、指導者育成のためのワークショップに参加することによって、4 日間ワークショップを開催する資格を得、認定指導者となる。

現在、日本では筆者を含めて 3 名の認定 PE 指導者が存在する。筆者が直接主催したワークショップ受講者だけでも 200 名を超えるが、スーパーバイザーが不足しているため、そこから認定 PE 治療者に進む者は数名である。

東日本大震災以降、PTSD 治療への関心は増大しており、米国で PTSD に関して保健認可を受けている paroxetine が日本でも効能追加が認められた。しかしながら、PE の普及が遅れている。

現在、この状況を打開すべく、Foa の教室での研修機会を積極的に増やし、また Skype を用いての症例検討会の機会などを

増やしており、その中で意欲のある者に PE の集中的な指導を行う体制を作りつつある。

2 PE の概要

以下に各セッション毎に PE の概要を示す。なおプロトコル概要は付録資料を参照されたい。

第 1 セッションでは全体的なプログラムを提示し、治療の中でどのようなことが行われるのか、その目的は何であるのかを説明する。トラウマ記憶を回避してきたために自然治癒が妨げられていることを説明し、その回避を解消するためにエクスポージャーが行われることを納得させる。回避が行われてきた理由を話し合い、トラウマ記憶に向き合う事への恐怖を取り除く。良く使われる説明は “memory does not hurt you (記憶はあなたを傷つけない)” である。患者はまさに、記憶を想起することそれ自体が、再び自分を傷つけるかのように感じているのであるが、それはあり得ないと言うことを説明する。

説明は決して一方的な講義のような形ではなく、患者に自分の体験を振り返らせ、特にどのような形で回避を行ってきたのか、なぜ回避をせざるを得なかったのか、それが症状の軽減に役立ったのか、などについて具体的に振り返らせ、気づきを促しながら進められる。この段階で説明が表面的であったり難解に感じられたために患者の理解が不十分であると、後の治療で十分な安心感をもってトラウマ体験の想起を行うことができず、治療の中でも回避が生じてしまうことになる。

よく誤解されることだが、回避をせずにトラウマ記憶に向かい合うという治療は、決して単に恐怖に耐えることを目標とした苦

行ではない。記憶を想起して不安になっても、治療の中でその不安が軽減し、想起することで自分が新たに傷つくことはないという安心感を体験させることが目標である。ここを誤ると、性急な想起を促したり、想起をして患者が大声で泣く光景を見て、一種のカタルシスが重要であるかのように誤解することになりかねない。また患者にはそもそも想起することへの不安があり、そのために回避を行い、症状が遷延化して治療を受けに来ているのであるから、エクスポージャー法の治療原理を聞いただけで不安になり、第3セッションでの想像エクスポージャーの導入前に強い不安を感じさせることもある。

実際、患者からは、自分は回避をしないように努力をしてきたという話を聞くことが希ではない。その内容を良く聞くと、強い恐怖を感じるような状況にあえて身を置いて、恐怖に耐えようとしたが失敗したと言うことが多い。つまりこれは想起に伴う失敗体験であり、このような失敗は恐怖を一層強め、回避を強化するのである。エクスポージャー法の治療原理はそれとは全く逆であり、想起に伴う不安を自分がコントロールし、耐えることができるという成功体験を積み重ねることが重要である。

同時にトラウマ体験についての情報を収集する。情報収集では、当然のことながら体験そのものについて患者自身が説明することになるので、ある程度のエクスポージャーが自ずと含まれることになるが、この段階では一般診察における問診をやや詳しくしたにとどめ、以下のセッションにおけるような細部にわたる語りを唸がしたり、トラウマ体験時の恐怖を再体験することは

求めない。

もし、この段階でのトラウマ体験の情報収集の途中で収集できないパニックが生じたり、幻覚妄想体験が生じるようであれば、PEの適用は再検討する必要がある。

呼吸法は、呼吸を重視した緩徐な呼吸によって緊張と不安を和らげるためのものである。米国ではPEは心理士によって行われることが多く、不安に対する投薬を行うことができないこともあってか、呼吸法が重視される。投薬に比べると患者が自分で不安をコントロールしている実感が得られるという利点がある。

第2セッションではトラウマ反応についての説明、トラウマ的出来事と、感情への影響、生理学的反応、思考への影響、回避反応との関係を説明する。また、PTSDの診断基準にある、三大症状について解説をし、これらの内容を記したパンフレットを手渡し、宿題の一部として家庭でも復習をさせる。さらにこれらの症状に随伴するその他の精神現象を説明する。恥、怒り、罪責、自己コントロール感の喪失、身体的接触に関心を持たなくなること、などである。

第3セッションでは現実エクスポージャーや、毎日の治療原理の復習、呼吸法の訓練などが順調に行われているかを確認する。特に現実エクスポージャーで、実際に行ってみた時に、当初感じていた不安が軽減されたこと、エクスポージャーによって何ら新たな危険は生じていないことを確認する。この回以降に行われる想像エクスポージャーは、この治療法の核心であり、もっとも患者の負担の大きい部分なので、ここまでの治療が適切に行われていることが重要である。この回で始めて、想像エクス

ポージャーの説明と導入がある。第1セッションで想像エクスポージャーについて簡単に説明はしてあるのだが、第2セッションでは全く触れていない。この回に詳しい説明をして、ただちに実施することになる。

初回の想像エクスポージャーでは、患者が順調に話すことはまず無い。多くは感情がこみ上げてきて言いよどんだり、話すことを回避したり、あるいは他人事のように淡々と事件の外枠だけを話す、などの反応が見られる。想像エクスポージャーは、患者が体験記憶に感情的に適切に触れながら、体験について話すことを促していく技法である。想像エクスポージャーの最中には、治療者は患者と対話をするのではなく、患者が事件記憶を再体験し、それについて話すことを促したり、患者が内診の恐怖に打ち勝って話し続けていることに対する支持的なコメントを挟むが、想起の流れを妨げようようなことは言わない。

その際にも問題となるのは感情的な関与の程度によって新たな回避が生じることである。すなわち、体験当時の感情を強く再体験し、コントロールができなくなるために語る事が妨げられるというoverengagement、また感情を切り離し、体験の表面的な概要だけを他人事のように、一見平穏に語り続けるというunderengagementである。それらを調整するための手段として、開眼、閉眼や、現在時制、過去時制の使い分けを行ったり、治療原理の再説明を行う。

想像エクスポージャーの最中には治療者は基本的に、通常の方法で行われるような治療的なコメントは発しないが、想像エクスポージャーが終了した後、体験内

容と想像エクスポージャーそれ自体の過程を振り返ってコメントを行う。想像エクスポージャーによって実際に不安が終了した場合、不安が軽減しなかった場合などによって、治療者が与えるべきコメントがプロトコルに定められているが、いずれにしても初回の想像エクスポージャーは患者にとっても大きな体験であり、患者に対して情緒的なサポートを与えることによって、次回以降の想像エクスポージャーの内容を深めていくことが期待される。

中間セッションでは想像エクスポージャーの時間がやや短いこれは、この回が短いというよりは、初回が不慣れのため、やや長く設定されていたのである。

治療の進展に伴い、ホットスポットと呼ばれる方法が用いられる。これは体験の最も苦痛な場面に焦点を当て、それを繰り返し語らせるという技法である。通常、5分程度の場面が選ばれることが多い。想像エクスポージャーが次第に体験の核心に焦点を当て、ホットスポットの技法を用いるにつれて、患者はoverengagementもしくはunderengagementになったり、あるいは治療への懐疑、不信などを示すこともある。また抑えていた感情が治療中に一気にこみ上げ、泣き出したり、感情のコントロールを失いかけることもある。症状面では、侵入症状を始め、一時的に悪化の見られることもある。これらはいわば治療が病理の核心に触れた事による必然的な反応であるが、その後で状態が劇的に改善することが多い。

最終セッションではホットスポットは扱わず、トラウマ体験の全体について再び話をする。また現実エクスポージャーの不安階層表に沿って現実の刺激に対する SUDS

レベルを確認し、治療当初からどの程度減少したかを検討する。治療原理を確認し、今後治療から離れても、トラウマ体験についての不安を抱く必要がないことを確認する。

3 . 適格・除外基準

トラウマを受けたすべての人が、PE のようにトラウマに焦点を当てた治療を必要とするわけではない。またトラウマを受けた者の大半は良好な自然回復をする (Riggs, Rothbaum, & Foa, 1995; Rothbaum et al., 1992; Kessler et al., 1995)。特に事件後3ヶ月間は自然回復の傾向が強い。

したがって、通常はトラウマ被害から3ヶ月間、少なくとも1ヶ月が経過し、強いPTSD 症状が持続している患者がPE の対象となる。

1) 適格基準

どのようなタイプのトラウマでもよいが、その経験の後で PTSD や並存疾患(例えば、抑うつ、慢性的な不安、強い怒りと恥の感情、第2軸の障害)を発症した者

完全に PTSD の診断基準を満たしていても、明らかな PTSD 症状が存在しており、苦痛や生活への障害が生じていれば適応となる。

トラウマ体験を十分に記憶しており、語ることができる者

トラウマ記憶について話したり書いたりでき、そのストーリーに、始まり、中間、終わりが揃っていること。

2) 除外基準

切迫した自殺または他害行動の恐れ

こうした衝動的行動を取る危険性が高い場合には、トラウマに焦点化した治療より

も先に、自傷他害行動の臨床対応をすべきである。

重度の自傷行為

PTSD の患者が、自分の体を傷つけたり火傷をさせたりといった故意の自傷行為の既往を持っていることは珍しくないが、そのような自傷行為が現在も続いている場合は、患者が衝動を行動に移さずに我慢するスキルや方法を身に付けるまでは、PE の実施を延期すべきである。過去3ヶ月間に、臨床問題となる自傷行為を行っている場合には、PE の適応とすべきではない。

現在の精神病

適切な薬物療法によって状態が安定し、現在は精神病症状が出ていない場合はPE の適応となることもあるが、慎重さが求められる。

現在もまだ被害にあうリスクが高い場合(例えばDV被害が継続している場合)

こうした患者にもPE は有効であるが、現実に殴られたり、性的虐待を受けたり、負傷しかねない状況では、安全を確保し、危険な状況から引き離すことを介入の中心にすべきである。その後、症状が安定するまで十分に時間をとってからPE を実施すべきである。

トラウマの明確な記憶がない、もしくは記憶が不十分である場合

患者にトラウマを思い出させたり、記憶を取り戻させたりするための手段としてPE を用いてはならない。被害を受けたという漠然とした「感じ」しか持っていない患者に対しては、決してPE を行ってはならない。

3) PE 実施に際して慎重に考慮すべき点

薬物・アルコールの乱用や依存

薬物やアルコール乱用は回避行動の一種

であり、まずその治療を行うべきである。アルコール依存の治療と並行して PE を行うことは有効であったという報告がある。

危険な住環境・労働環境

物騒な地域に住んでいたたり、危険な仕事に就いているなど、実際に危ない目に遭う可能性が高い人々に対しても PE は有効である。患者が PTSD の診断基準に合致しているのであれば、体験している恐怖や回避の大部分は過去のトラウマが原因である。PTSD が存在しているために、その結果として、現在の生活に対しても大きな恐怖と危険を感じていることもある。

重度の解離症状

重度の解離症状もしくは解離性障害がある場合には、解離症状が PTSD 症状に対して相対的にどれほど重症であるのかを考慮する。解離症状の方が PTSD 症状よりも重症で生活への支障も大きいのであれば、PE を効果的に実施することは困難である。

PTSD 以外の精神疾患（例えば、自殺のリスクがある重度のうつ病、重度の薬物依存など）

これらが PTSD よりも臨床的に重要だと思われる時には常に、そうした疾患を先に治療すべきである。

第 軸障害の存在

何らかのパーソナリティ障害(第 II 軸障害)の診断基準を満たす患者でも PE は有効であるが (Feeny, Zoelner, & Foa, 2002; Hembree, Cahill, & Foa, 2004)安全上の理由によって、重症のパーソナリティ障害の患者を治療から除外することはある(例えば、深刻な自傷行為や破壊行為が今も続いている境界性パーソナリティ障害の患者)。

なお複雑性 PTSD 患者が境界性パーソナ

リティと診断されることがあるが、前者では操作的な自己破壊性は認められない。複雑性 PTSD 患者については弁証法的治療との組み合わせの効果が示されている (STAIR/NST, Cloitre)

罪悪感や恥辱感が顕著な PTSD の場合

PTSD の患者が強い罪悪感や恥辱感を抱くことがあるが、PE はこのような人々にも有効である。しかし主要な感情が罪悪感である PTSD の場合には、長い時間をかけてそれについて話し合うことが推奨される。認知療法的な取り組みも有効である。

4 有害事象

不安を喚起するイメージや記憶、状況に治療の中で向き合った時の不快感と苦痛が最も頻繁に見られる有害事象であるが、これは回避されていたトラウマ記憶に直面することの必然的な結果であり、PE の治療の一部であるので、適切な治療対応によって乗り越えることが出来る。先行研究からはたとえ一時的に症状が悪くなったとしても、治療予後が悪化したり治療からの脱落者が増えることはなかった。PE の治療者は患者にトラウマ記憶の処理を指示している時に単に支持的で共感的であるだけでなく、患者の苦痛に注意を払い、情動的な関わりの程度とそれに伴う苦痛を和らげるために必要に応じて介入をする必要がある。

除外基準が順守されている場合、こうした苦痛の増大に伴って、衝動行為、自傷行為などが生じることはほとんどないが、治療外の要因の影響も含め、注意が必要である。また患者の病状悪化に備えて、セーフティネットを強化し、PE 治療担当者以外にも連絡の取れる治療者、治療機関を設ける

べきである。

5 今後の課題

今後の課題は効果的な指導体制の確立が第1である。その際、スーパーバイザーとしては日本国内だけではなく、米国のスーパーバイザーから直接の指導を受けるために、Skype などの手段を積極的に活用しているところである。

また PE の効果的な普及と持続的な研鑽のために、協会を設立したが、それを母胎とした今後の効率的な普及活動が求められる。

次に医療機関において安定的に PE を実施するためには、その保健点数化が必須であるが、標準プロトコルを提示する必要がある、本稿の資料にそれを付記してある。

6 参考資料

2009 . 金 吉晴 , 小西聖子 (監訳) : PTSD の持続エクスポージャー療法 . 星和書店 , 東京 , 2009 . (Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B. : Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford University Press, New York, 2007)

資料 1

持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) のプロトコル (概要)

以下に示すのはプロトコルの骨格である。これに従ってどのように治療を維持するのか、等の臨床的説明については成書を参照されたい。また実際に PE を実施する上では公認されたワークショップへの参加と、スーパーバイザーによる指導が不可欠である。

(2009 . 金吉晴, 小西聖子 (監訳): PTSD の持続エクスポージャー療法 . 星和書店, 東京, 2009. (Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.: Prolonged ex)

セッション 1

症状評価 (以後のセッションと共通)

毎回、あるいは 2 セッションに一度、PTSD 症状、うつ症状を自己記入式尺度によってセッション前に評価する。Foa たちは PDS (巻末参照) と BDI を用いているが、IES-R, CESD などでも良い。

セッションの録音 (以後のセッションと共通)

全てのセッションは録音して患者に渡す。患者自身のスマートフォンなどで録音しても良い。また SV を受ける場合など、セッションのビデオ撮影が望ましい。ビデオ記録は後日、セッションについて検討する場合にも有用である。

治療の紹介

PE で主に使用する治療原理を説明する。理論的な説明はともすれば一方的に教えることになりやすいが、患者に質問をしたり、患者の経験や考えを聞いたりしながら、双方向的な対話になるように努める。またこの治療プログラムでは、治療手法、つまり、想像エクスポージャーと現実エクスポージャーを中心として、通常 1 回 90 分のセッションを 10 回から 12 回、時には 15 回行うこと説明する。

「エクスポージャー療法はどのようにして効くのでしょうか」のハンドアウトを使用する。

情報収集

トラウマ面接票 (付録 A) を使って、現在の主訴、機能レベル、トラウマ体験 (複数の場合もある) 事件後の心身の健康状態、周囲の人のサポートの状況、飲酒の習慣、薬物の使用などについて情報収集する。複数のトラウマ体験を訴える症例の場合には、中心的に

扱う、「標的となるトラウマ」を決める。

患者の情動反応を避けるためには、喚起することがある。それを避けるためには、セッション1では事実関係だけを簡単に説明してもらい、詳しいことは今後の治療の中で話してもらうようにする。ある特定の話題が特に強い反応を引き起こした場合には、その話題についてさらに時間をかけて詳しくたずねるのか、それとも質問を後日に延期するのかを、治療者が臨床的に判断する必要がある。

呼吸再調整法

ゆっくりとした呼気によって不安と緊張を軽減する呼吸再調整法を紹介し、その原理と手順を学習させる。指導をする治療者の声を録音して患者に渡すことが望ましい。

宿題

- ・ 呼吸再調整法を、一回10分程度で1日に3回練習するよう指示する。緊張したり、ストレスを感じた時はいつでも、さらに夜寝る前にリラックスしたい時にも、この呼吸再調整法を使うように患者に勧める。
- ・ 1日1回、セッションを録音したテープを聞いてもらう。
- ・ ワークブックの中のこの治療法の理論的裏付けの部分を読むように指示する。
- ・ 次のセッションには少し早く来て、自記式の症状評価尺度に記入することを再度確認する。

セッション2

宿題の振り返り

この1週間の様子と、第1回目の治療セッションへの反応をたずねる。

トラウマ後によく見られる反応について

以下の症状について説明・心理教育を行う。講義をするような話し方は避けて、事件や被害以来、患者が何を感じ、考え、行動してきたかをできるだけ患者に語ってもらうようにする。症状についての一般的な説明をした後、患者自身の体験を振り返って、どのようにその症状が生じてきたのかを検討する。なお「トラウマの後に起こってくる『よくある反応』について説明します」のハンドアウトを用いる。

この心理教育の目的は以下の3点である。

- ・ 心理教育を行いながら、患者自身の PTSD 症状と、それに関連した問題を明らかにする。
- ・ ノーマライゼーション：トラウマ被害を受け、PTSD が生じていることを考え

れば、患者が経験していることは当然のことであり、正常の反応であることの確認。

- ・ 治療動機の強化：患者の苦痛な症状の多くは直接 PTSD に関連しており、その大部分は PTSD の治療によって軽減することの確認。

自殺傾向の評価

この心理教育の最中に、それまでは話されていなかった自殺念慮が明らかになる場合がある。その場合にはこのセッションを中止して、過去、現在の自殺念慮、自傷行為、自殺未遂の評価を行う。自傷行為に関する患者の考え、衝動、感情、空想、計画についてたずねる。過去に、自分を傷つけることを考えるか計画したことがあるかどうか。患者の自殺のリスクが高い場合は、PE を中断して、自殺防止の治療介入を優先すること。

現実エクスポージャーの説明

治療原理

現実エクスポージャーの治療原理を説明する。すでにセッション 1 で想像エクスポージャーと現実エクスポージャー、ならびに PE の治療原理を説明しているので、その理解を確認しながら、現実エクスポージャーについて具体的な説明をする。

過去において患者がつらい記憶、状況、考え、感情から逃げたり、それらを避けて通ってきていないか、そうした回避に伴う問題について検討する。あるいは回避が PTSD を慢性化させるという点を治療者から説明する。

SUDS の説明

SUDS スコア (Subjective Units of Discomfort Score: 苦痛の主観的評価点数) の説明をする。100 点が、これまで体験したなかで患者にとって最高レベルの恐怖感と苦痛であり、パニック状態であること、0 点が、何のストレスも無く、くつろいだ状態であることを説明する。

現実エクスポージャーの階層表の作成

患者に現実エクスポージャーの理論と SUDS を説明し終わったら、患者がトラウマのために回避している状況、人、場所のリストを作成し、対応する SUDS レベルを記入する。このリストは、繰り返し練習ができる課題を作成するためのものであるため、実際に行うことのできる状況を選ぶ必要がある。

不安階層表を作成する時の安全性の配慮

現実エクスポージャーの課題には、客観的に見て安全で危険の少ない状況を選ぶことが大切である。また患者の日常生活の状況に適合するように、患者と治療者が相談をして選ぶ必要がある。客観的に見て危険であったり、リスクの高い状況を課題に使うべきではない。

現実エクスポージャーの宿題

現実エクスポージャーは、中等度の SUDS レベル (SUDS = 40 か 50) の状況から開始し、徐々に痛みを伴う状況 (SUDS = 100) へと練習を進める。現実エクスポージャーの最中には、30 から 45 分、あるいは不安が十分に低下するまで、その場面に居続けるように指導する。SUDS が最低 50% 低下するまでとどまることが目標である。

現実エクスポージャーの宿題の提示

不安階層表のリストを元にして、現実エクスポージャーの課題を選択する。目標は、トラウマ体験を思い出させる状況にいることができるようになることであるが、過度の不安を生じるようなことは避ける。効果を挙げるためには、同一の状況に対して何度も現実エクスポージャーの練習を行い、毎回、30 分以上続けることが必要である。SUDS が 40 から 50 程度の状況から始めることが推奨される。患者の不安が強いときには、SUDS が 25 - 30 の場面でも良い。また最初の課題は、印刷物を見る、などの現実の危険がまったくないものを選んで良い。

宿題

- 毎日呼吸法の練習を続けるように患者に指導する。
- 一週間に何回か「トラウマ体験の後によく見られる反応」のプリントを読むように言う。患者にとって大切な人にも見てもらうように言う。
- 家で不安階層表を見直し、さらに他の場面を付け加えるように患者に言う。
- 患者に「段階的な現実エクスポージャーのモデル」のプリントを見直してもらう。
- 患者に現実エクスポージャーの課題を始めるように指導する。
- セッション全体のテープを 1 回聞くように言う。

セッション 3

宿題の振り返り

前回の面接で出した宿題を患者と一緒に振り返り、現実エクスポージャーの宿題の記録用紙を用いて SUDS の変化のパターンや馴化の徴候を検討する。患者の努力を十分に賞賛し、宿題の実施状況を確認する。

想像エクスポージャーの治療原理と手続の説明。

現実エクスポージャーを無事に終わることが出来たら、その経験を踏まえ、記憶に対するエクスポージャーへと導入する。回避の欲求を当然のこととして認め、記憶に触れることによって恐怖の馴化と記憶の整理（記憶と現実の被害の区別など）が生じること、そのことのもたらす意味を想像エクスポージャーの後で検討する（処理）ことによってトラウマ記憶の苦痛が軽減し、PTSD が改善することを伝える。対話的に必要に応じて比喩を使うなどの工夫をし、患者の理解を促進する。

想像エクスポージャーの実施

45 - 60 分間、中断を入れずに患者にトラウマ記憶を語るように依頼する。時間が余ったら同じ話を反復させる。話すことそれ自体に対する否定的認知が生じているので、患者を勇気づけ、話したという事実に基づいて患者の自立性を賞賛し、記憶と現実の危険が違ふことに注意を向ける。5 分ごとに SUDS について尋ねる。

感情のレベルの調整のために、開眼-閉眼、過去形 現在形などの使い分けを指示する。

想像エクスポージャー中は治療者は患者の想起を妨害しないように心がけるが、治療が順調に進むように、促しや指示的なコメントを簡単に与える。また患者を支持するために、共感的なコメントおよび想起の作業を評価するようなコメントを与える。

記憶への感情的な関わりを強めるために、感覚（体感、視覚、嗅覚、聴覚など）、思考、などについて簡単な open question を用いる。治療者との応答にならないように注意。

1 セッションの想像エクスポージャーの最中にある程度の SUDS の低下がみられることが多いが、それが認められなくても、次回までのセッション間に低下することも多い。

想像エクスポージャーの処理

以下の点に留意をしながら想像エクスポージャーの処理を行う。

つらい記憶に向き合う患者の勇気と能力を認め、誉め、励ます。

必要に応じて支持を与え、落ち着かせる。

今終えたばかりの、想像の中でトラウマ体験に立ち戻るという治療についての、患者の考え、感情を話してもらう。

トラウマの最中とその後の患者の反応や行動が、誰にでも起こりうることを理

解させる。

セッション中または、全体を通して観察された馴化についてコメントする（十分でなかった場合は今後の見通しを与える）。

思い出された記憶についての考えや感情についての変化、あるいは治療者が観察したことを取り上げる。

PTSD を長びかせる原因となるような考えや信念への自覚が深まった場合には、そのことを取り上げる。

患者が考えていることを自由に話してもらう。治療者の見解を伝えることは控える。

宿題

- 1日に1回、想像エクスポージャーを録音したテープを聞くように指導する。
- 想像エクスポージャーのテープを聞きながら、SUDS のレベルをワークブックにある想像エクスポージャー宿題記録用紙に書き込んでいくように伝える。
- 次回までにどの現実エクスポージャーを練習するか、患者に選ばせる。患者は現実エクスポージャーの練習を毎日継続的に、各項目を馴化が起こるまで繰り返し行い、徐々に階層表の SUDS の高いものを行っていく。
- セッションのテープを1回聞くようにつたえる。

中間セッション

セッション3以降でも想像エクスポージャーを継続するが、相違点は以下の通りである。

宿題の振り返り

想像エクスポージャーと現実エクスポージャーの宿題をしている間の患者の SUDS 得点を確認する。SUDS 得点の変化を話し合い、馴化についてコメントする。想像エクスポージャーと現実エクスポージャーの宿題から、患者が何を学んだかについてもたずねる。

想像エクスポージャー

セッション3よりはやや短い時間で行う。また感情のレベルを徐々に上げ、記憶を明細化するような促しを行う。

例：今日は、細かいところまですべてお話ししてみましょ。記憶の中にあることはすべて声に出して言ってください。あなたが話したことで私がどう思うかは、

気にしないでください。

想像エクスポージャーは、中断せずに 30 - 45 分間続ける。トラウマを思い出して話す時間の長さやそれを反復する回数は、トラウマに向き合うことに要する時間や SUDS レベルのパターンによって異なる。一般論としては、苦痛のレベルが下がるまで繰り返して話させるが、処理のための時間は必ず確保する。

ホットスポットの手続き

第 5 もしくは第 6 セッションで「ホットスポット」を始める。「ホットスポット」では、トラウマ記憶の中で今現在もっとも苦痛を感じている部分を抜き出し、繰り返してその記憶に触れて話すという方法である。これによって、もっとも苦痛の強い部分に対する馴化、記憶の整理が効果的に生じる。

なおトラウマの記憶が長い場合、もっとも強い苦痛を感じる箇所が複数ある場合があり、PE のセッション中にはそのすべてを取り上げることができないことがある。その場合でも、治療効果の汎化によって、PE の中で直接取り上げていないトラウマ記憶についても、治療効果が広がっていくことが期待される。

最終セッション

想像エクスポージャーの実施

このセッションでは、20 - 30 分間でトラウマ記憶の全体を話してもらい、患者が圧倒されてしまう箇所が残っていないかどうかを確認する。

治療プログラムと患者の進歩を振り返る

処理においては、PE の全体を通じての患者の変化や、習得したスキル、やり遂げてきたことを振り返り、積極的に評価をする。PTSD 以外の症状や問題がある場合には、別の治療を勧めることもある。この治療で始めた取り組みを今後も続けていけるかどうかについて、対話を通じて患者の気づきを促す。

終結とフォローアップ

PE に明確な終結点を設けるのか、あるいはその後も通常の診察やカウンセリングを続けて様子を見るのかについては、明確な基準は無い。しかし PTSD 症状が残っているために通常の治療が続くのであれば、PE の追加セッションを行うべきである。また PE が成功した後、会社に復帰するなどして職場環境が変わる場合には、適当な間隔を空けて、環境変化後の様子を確認したり、新しい環境の中で現実エクスポージャーの課題を考えて実施したりすることが有益なことが多い。

資料2 PTSD診断尺度 (Foa,E.,長江、金他訳)

日本語版外傷後ストレス診断尺度 PDS

パート1

パート2

多くの人が、人生のいくつかの時点において、非常にストレスに満ちた、トラウマ的な出来事をくり返したり、目撃したりしています。以下には、トラウマ的な出来事の一覧があります。あなたが経験したことがある、あるいは、目撃したことのある出来事があればすべて、その隣に✓をつけてください。

(14) パート1で一つ以上のトラウマ的な出来事に印をつけた場合、以下の で、一番悩まされている出来事のとらなり✓をつけてください。パート1で一つのトラウマ的な出来事にのみ印をつけた場合は、以下の同じ出来事に印をつけてください。

- (1) 深刻な事故、火事、爆発
(たとえば、工場、農場、自動車、飛行機や船の事故)
- (2) 自然災害
(たとえば、竜巻、暴風雨、洪水や大きな地震)
- (3) 家族、または、知人による性的ではない暴行
(たとえば、強盗される、身体的な暴行を受ける、銃撃される、刺される、あるいは、銃を突きつけられる)
- (4) 見知らぬ人からの性的ではない暴行
(たとえば、強盗される、身体的な暴行を受ける、銃撃される、刺される、あるいは、銃を突きつけられる)
- (5) 家族、または、知人による性的な暴行
(たとえば、レイプやレイプ未遂)
- (6) 見知らぬ人からの性的な暴行
(たとえば、レイプやレイプ未遂)
- (7) 戦闘体験、または、紛争地域にいたこと
- (8) あなたが18歳未満のときの、自分よりも年上の相手との性的な接触
(たとえば、性器や胸に触る)
- (9) 監禁
(たとえば、投獄される、捕虜にされる、人質にとられる)
- (10) 拷問
- (11) 命にかかわる病気
- (12) その他のトラウマ的な出来事

- 事故
- 災害
- 性的ではない暴行 / 家族や知人によるもの
- 性的ではない暴行 / 見知らぬ人によるもの
- 性的な暴行 / 家族や知人によるもの
- 性的な暴行 / 見知らぬ人によるもの
- 戦闘体験、または、紛争地域にいたこと
- 18歳未満のときの、年上の相手との性的接触
- 監禁
- 拷問
- 命にかかわる病気
- その他

以下の空欄では、上で印をつけたトラウマ的な出来事について、簡単に説明してください。

これ以降は、すぐ上で説明されたトラウマ的な出来事について、いくつか質問をします。

(15) そのトラウマ的な出来事が生じたのは、どれくらい前のことでしたか？ (一つに ✓をつけてください)

1. 今から1ヶ月未満のうち
2. 1ヶ月から3ヶ月前
3. 3ヶ月から6ヶ月前
4. 6ヶ月から3年前
5. 3年から5年前
6. 5年以上前

以下の質問では、ハイかイエに ✓をつけてください。

そのトラウマ的な出来事の最中:

(13) 項目12に印をつけた場合は、そのトラウマ的な出来事について、以下に具体的に記してください。

- (16) 負傷しましたか? ハイ・イエ
- (17) 誰か他の人が負傷しましたか? ハイ・イエ
- (18) 自分の命が危険にさらされていると思いませんか? ハイ・イエ
- (19) 誰か他の人の命が危険にさらされていると思いませんか? ハイ・イエ
- (20) 無力さを感じましたか? ハイ・イエ
- (21) 恐怖を感じましたか? ハイ・イエ

上記の質問項目の一つでも印をつけた場合は、回答を続けてください。そうでない場合は、ここでやめてください。

パート3

以下のリストは、トラウマ的出来事に遭遇した人が、その後、経験することがある問題についてのものです。一つ一つを注意深く読み、過去1ヶ月間に、その問題がどのくらいあなたを悩ませたか、もっともよくあてはまる番号(0~3)をつけてください。どの問題についても、質問項目(14)であなたが記述したトラウマ的出来事について、点をつけてください。

0. まったくない、もしくは、一度だけあった
 1. 週に1回以下/ときどき
 2. 週2~4回/ほぼ半分の時間
 3. 週5回以上/ほとんどいつも
- (22) 0 1 2 3 望まぬいにかかわらず、トラウマ的出来事に関する考えやイメージが頭に浮かんで動揺した。
- (23) 0 1 2 3 トラウマ的出来事に関する不快な夢や悪夢を見た。
- (24) 0 1 2 3 トラウマ的出来事を再体験し、それが再び起こっているかのように行動したり、感じたりした。
- (25) 0 1 2 3 トラウマ的出来事について思い出させられたとき、気持ちが動揺した(たとえば、恐怖、怒り、悲しみ、罪の意識などを感じた)。
- (26) 0 1 2 3 トラウマ的出来事について思い出させられたとき、生理的な反応を体験した(たとえば、汗がふきでた、心臓がどきどきした)。
- (27) 0 1 2 3 トラウマ的出来事については、考えないように、話さないように、何も感じないようにした。
- (28) 0 1 2 3 トラウマ的出来事を思い出させるような活動、人々、または場所を避けようとした。
- (29) 0 1 2 3 トラウマ的出来事の重要な部分が思い出せなかった。
- (30) 0 1 2 3 自分にとって大切な活動への関心がかなり薄れたり、参加が著しく減ったりした。
- (31) 0 1 2 3 周囲の人から孤立している、あるいは、疎遠になっていると感じた。
- (32) 0 1 2 3 気持ちが麻痺していると感じた(たとえば、泣くことができない、あるいは、愛情をもてない)。
- (33) 0 1 2 3 自分の将来の計画や望みが叶えられないような気がした(たとえば、仕事に就けない、結婚できない、子供がもてない、または、長生きできない)。
- (34) 0 1 2 3 寝つけなかった、あるいは、途中で目が覚めた。
- (35) 0 1 2 3 イライラしたり、怒りが爆発したりした。
- (36) 0 1 2 3 集中しにくかった(たとえば、会話についていけなかった、テレビ番組の筋を追い切れなかった、何を読んでいたのかを忘れた)。
- (37) 0 1 2 3 自分の安全を気にした(たとえば、周りに誰がいるかを確認した、ドアに背を向けていると落ち着かないなど)。
- (38) 0 1 2 3 ささいなことでびくつとした、または、驚きやすかった(たとえば、誰かが背後に近づいたとき)。
- (39) 上述したような問題は、どれくらいの期間経験してきましたか?(1つに をつけてください)
 1. 1ヶ月未満
 2. 1ヶ月から3ヶ月の間
 3. 3ヶ月以上
- (40) こうした問題はトラウマ的出来事の後、どれくらい経過してからはじまりましたか?(一つに をつけてください)
 1. 出来事から6ヶ月未満のうちにはじまった
 2. 出来事から6ヶ月以上経過してからはじまった

パート4

あなたがパート3で点をつけた問題は、過去1ヶ月の間に、次のような生活のさまたげとなりましたか? 以下にお答えください。さまたげとなった場合はハイに、さまたげにならなかった場合はイイエに をつけてください。

- (41) 仕事 ハイ・イイエ
- (42) 家事や家の仕事 ハイ・イイエ
- (43) 友達との関係 ハイ・イイエ
- (44) 娯楽や余暇活動 ハイ・イイエ
- (45) 学業 ハイ・イイエ
- (46) 家族との関係 ハイ・イイエ
- (47) 性生活 ハイ・イイエ
- (48) 生活全般に対する満足感 ハイ・イイエ
- (49) 生活のあらゆる側面におけるすべての機能 ハイ・イイエ

厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業） 分担研究報告書

不眠の認知行動療法のプログラム開発に関する研究

研究分担者： 井上雄一 公益財団法人神経研究所
研究協力者： 岡島 義 公益財団法人神経研究所；
中島 俊 東京医科大学睡眠学講座；
越智萌子 東京医科大学睡眠学講座

研究要旨：不眠の認知行動療法（CBT-I）の効果を検証するため、治療プロトコルを作成し、原発性不眠症患者を対象とした治療効果研究を実施した。その結果、CBT-I 実施群は、通常治療群よりも不眠症状および抑うつ症状が改善し、睡眠薬の減薬率も高かった。以上のことから、本研究で作成した CBT-I の治療プロトコルは原発性不眠症患者に対して有効であることが明らかとなった。

A. 研究目的

現在、原発性不眠症に対しては、不眠の認知行動療法（cognitive behavioral therapy for insomnia: CBT-I）の有効性が明らかにされている¹。CBT-I は睡眠薬治療と比べて、治療維持効果が高く²、睡眠薬の減薬促進効果が期待できること³が明らかにされている。このことから、わが国でも5人に1人が不眠の問題を抱えており⁴、睡眠薬の長期服用が社会的問題になっていること⁵を鑑みると、CBT-I は、重要な治療ツールであると言える。しかし、わが国では CBT-I の標準マニュアルは存在しない。そこで、本研究では、CBT-I の治療プロトコルを作成し、そのプロトコルの効果を検証した。

B. 研究方法

対象者：睡眠総合ケアクリニック代々木を受診し、原発性不眠症の診断基準を満たした成人患者 63 名（男性 21 名、女性 42 名；平均年齢 46.51 ± 15.55 歳；平均罹病期間 7.45 ± 9.31 年）を対象とした。

実施尺度：

1. Athens Insomnia Scale 日本語版（AIS）⁶：不眠の重症度を測定する尺度であり、8 項目 4 件法（0-3）で構成される。値が大きいほど重症度が高いことを示す。病的水準のカットオフ値は 5.5 点である。
2. Pittsburgh Sleep Questionnaire Index（PSQI）日本語版⁷：睡眠状態を総合的に評価する尺度であり、19 項目で構成される。回答項目を下位項目ごとに 0-3 点に換算され、合計得点は 0-21 点で算出される。値が高いほど睡眠状態が悪いことを示す。
3. Self-rating Depression Scale (SDS) 日本語版⁸：抑うつ症状を測定する尺度であり、20 項目 4 件法（1-4）で構成される。値が大きいほど抑うつ症状が高いことを示す。

治療手続き：対象者は、下記の尺度に回答した後、CBT-I 実施群（合計 6 回、隔週）と通常治療（treatment as usual: TAU）群に振り分けられた。CBT-I の治療プロトコルは、先行

研究^{1,9,10}を参考に作成され、心理教育・睡眠衛生指導、漸進的筋弛緩法、睡眠スケジュール法、心配への対処で構成された。治療実施直後に同様の調査材料に回答を求めた。なお、両群間の実施期間は約 2 ヶ月であった。

（倫理面への配慮）

研究対象者に対しては、介入開始にあたり、カウンセリングで得られた情報は研究報告などで使用する可能性があること、その際は個人のプライバシーは十分保護され、個人が特定されることはないこと、利用に同意・撤回されなくても不利益にはつながらないことを説明し、書面による同意を得ている。なお、本研究の実施に関しては、公益財団法人神経研究所研究倫理審査委員会の承認が得られている。

C. 研究結果

デモグラフィックデータ（年齢、性別、罹病期間、服薬年数）および治療前の尺度得点、服薬量は、両群に差は認められなかった。

治療前後の変化について検討した結果、AIS、PSQI、SDS のいずれの尺度も交互作用が有意であった（ $p < 0.05$ ）。下位検定の結果、AIS、PSQI 得点は、両群ともに治療後に有意な減少を示したが、治療後の得点は CBT-I 群の方が有意に低かった。SDS は、治療後の得点が、CBT-I の方が有意に低かった。AIS、PSQI、SDS の Effect size はそれぞれ、 $d = 0.92$ （95% CI: 0.40-1.44）、 $d = 1.25$ （95% CI: 0.71-1.79）、 $d = 0.70$ （95% CI: 0.08-1.10）であった。

睡眠薬の減薬量に関しても交互作用が有意であり（ $p < 0.05$ ）治療後の服用量は CBT-I 群が有意に低かった。Effect size は $d = 1.1$ （95% CI: 0.057-1.63）であった。

AIS のカットオフ値（5.5 点）を基準に、不眠症の改善率を算出した結果、治療後の改善者（AIS < 5.5）は CBT-I 群が 71%、TAU 群が 24%であった。また、治療後に睡眠薬の半減に成功した者はそれぞれ 79%と 24%、服薬中止に成功した者は 38%と 4%であった。

D. 考察

不眠症状尺度である AIS と PSQI の Effect size が 0.8 以上であったことから, CBT-I の効果は TAU に比べて大きいと言える。さらに, 服薬量の Effect size も大きかったことから, 減薬効果も高いと判断された。

E. 結論

以上のことから, 本研究で作成された CBT-I の治療プロトコルは, 原発性不眠症患者に対して有効であったと考えられる。

引用文献

1. Morin CM, Colecchi C, Stone J et al: Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 281: 991-999, 1999.
2. Okajima I, Komada Y, Inoue Y: A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. Sleep Biol Rhythm 9: 24-34, 2011.
3. Morgan K, Dixon S, Mathers N et al: Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: A pragmatic randomised controlled trial. Br J Gen Pract 53: 923-928, 2003.
4. Kim K, Uchiyama M, Okawa M et al: An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. Sleep 23: 41-47, 2000.
5. 三島和夫: 診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究(分担研究報告書)。平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金・特別研究事業報告書「向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究」
6. Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M et al: Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. Psychiatry Clin Neurosci 67: 420-425, 2013.
7. Doi Y, Minowa M, Uchiyama M et al: Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. Psychiatry Res 97: 165-172, 2000.
8. 福田一彦・小林重雄: 自己評価式抑うつ尺度の研究 精神神経学雑誌 75:673-679, 1973.
9. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA et al: Dose-response effects of cognitive-behavioral insomnia therapy: a randomized clinical trial. Sleep 30:203-12, 2007.
10. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA et al: Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 285: 1856-1864, 2001.

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Okajima I, Nakamura M, Nishida S, et al: Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia. Psychiatry Res 210: 515-521, 2013.
2. Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, et al: Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. Psychiatry Clin Neurosci 67: 420-425, 2013.
3. Nakajima S, Okajima I, Sasai T, et al: Validation of the Japanese version of the Ford Insomnia Response to Stress Test (FIRST-J) and the association of sleep reactivity with trait anxiety and insomnia. Sleep Med 15: 196-202, 2014.
4. Nomura T, Inoue Y, Kobayashi M, et al: Characteristics of obstructive sleep apnea in patients with Parkinson's disease. J Neurol Sci 327(1-2):22-4. 2013.04
5. Kobayashi M, Namba K, Tsuiki S, Inoue Y, et al: Validity of sheet-type portable monitoring device for screening obstructive sleep apnea syndrome. Sleep Breath 17(2):589-95.2013.05
6. Asaoka S, Aritake S, Komada Y, Inoue Y, et al: Factors associated with shift work disorder in nurses working with rapid-rotation schedules in Japan: the nurses' sleep health project. Chronobiol Int 30(4):628-36, 2013.05
7. Nakamura M, Sugiura T, Nishida S, Inoue Y, et al: Is nocturnal panic a distinct disease category? Comparison of clinical characteristics among patients with primary nocturnal panic, daytime panic, and coexistence of nocturnal and daytime panic. J Clin Sleep Med. 9(5):461-7. 2013.05
8. Nishida S, Hitsumoto A, Namba K, Usui A, Inoue Y. Persistence of Secondary Restless Legs Syndrome in a Phantom Limb Caused by End-stage Renal Disease. Intern Med 52(7):815-8, 2013.06
9. Garcia-Borreguero D, Kohnen R, Silber MH, Inoue Y, Allen RP. The long-term treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease: evidence-based guidelines and clinical consensus best practice guidance: a report from the International Restless Legs Syndrome Study Group. Sleep Med 14(7):675-84. 2013.07
10. Komada Y, Asaoka S, Abe T, Inoue Y. Short Sleep, Sleep Disorders and Traffic Accidents. IATSS Research 37:1-7. 2013.07
11. Inoue Y, Takasaki Y, Yamashiro Y: Efficacy and safety of adjunctive modafinil treatment on residual excessive daytime sleepiness double-blind placebo-controlled study. J Clin Sleep Med 9(8):751-7. 2013.08

12. Schenck C, Montplaisir J, Frauscher B, Inoue Y, et al: REM Sleep Behavior Disorder (RBD): Devising Controlled Active Treatment Studies For symptomatic and Neuroprotective Therapy-A Consensus Statement By the International RBD Study Group. *Sleep Med* 14(8):795-806. 2013.08
13. Tsuiki S, Ito E, Isono S, Inoue Y et al: Oropharyngeal crowding and obesity as predictors of oral appliance treatment response to moderate obstructive sleep apnea. *Chest* 144(2):558-63. 2013.08
14. Inoue Y, Oka Y, Kagimura T, et al: Reliability, validity, and responsiveness of the Japanese version of International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome in a clinical trial setting. *Psychiatry Clin Neurosci* 67(6):412-9. 2013.09
15. Sasai T, Matsuura M, Inoue Y: Change in heart rate variability precedes the occurrence of periodic leg movements during sleep: an observational study. *BMC Neurol* 13:139-46. 2013.10
16. Inoue Y, Shimizu T, Hirata K, et al: Rotigotine Trial Group. Efficacy and safety of rotigotine in Japanese patients with restless legs syndrome: a phase 3, multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel-group study. *Sleep Med* 14(11):1085-91.2013.11
17. Nakamura M, Inoue Y: Differences in brain morphological findings between narcolepsy with and without cataplexy. *PLoS one* ;8(11):e81059.2013.11
18. Sasai T, Matsuura M, Inoue Y: Electroencephalographic findings related with mild cognitive impairment in idiopathic REM sleep behavior disorder. *Sleep* 36(12):1893-9. 2013.12

2. 学会発表

1. 岡島 義・中島 俊・越智萌子・井上雄一(2013).不眠の認知行動療法による治療反応予測変数の検討 第 29 回不眠研究会, 東京.
2. 岡島 義・中島 俊・越智萌子・井上雄一(2013).不眠の認知行動療法による不眠症状の改善とマインドフルネス, アクセプトランスの関連性 日本行動療法学会 第 39 回大会, 東京.
3. 井上雄一(2013). 不眠治療のストラテジー 第 86 回日本産業衛生学会, 愛媛.
4. Inoue Y, Komada Y(2013). Sleep disorders and accidents Turkish-Japanese sleep forum 2013, Tokyo.
5. Inoue Y, Komada Y, Abe T.(2013). Relation between morningness-eveningness score and depressive symptoms among patients with delayed sleep phase syndrome 27th annual meeting of the associated professional sleep societies, Baltimore USA.
6. Nakajima S, Okajima I, Sasai-Sakuma T, Komada Y, Nomura T, Inoue Y, Takahashi K.(2013). Relationship among nightmare, insomnia and depression among residents in Japanese rural community 27th annual meeting of the associated professional sleep societies, Baltimore USA.
7. 井上雄一(2013). 不眠症に関連する精神疾患 第 32 回栃木精神科学術研究会, 宇都宮.
8. 井上雄一(2013). 睡眠障害と関連した事故の解釈をめぐって 日本睡眠学会第 38 回定期学術集会, 秋田.
9. 浅岡章一・駒田陽子・有竹清夏・守田優子・井上雄一(2013). 大学在学時の後退した睡眠習慣が就職後の抑うつ・Quality of Life に与える影響 日本睡眠学会第 38 回定期学術集会, 秋田.
10. 石川 純・駒田陽子・高江洲義和・村越晶子・浅岡章一・飯森眞喜雄・井上雄一(2013). 睡眠薬服用下での睡眠関連摂食障害(SRED)の背景と関連要因の検討 日本睡眠学会第 38 回定期学術集会, 秋田.
11. 阿部高志・駒田陽子・井上雄一(2013). 運転手の睡眠時間の実態と交通事故や居眠り運転との関連性 日本睡眠学会第 38 回定期学術集会, 秋田.
12. 駒田陽子・西田慎吾・碓氷 章・中村真樹・菅野芽里・笹井妙子・井上雄一(2013). 1 次性睡眠関連摂食障害と睡眠薬服用・リズム障害に伴う 2 次性睡眠関連摂食障害の臨床的特徴の比較 日本睡眠学会第 38 回定期学術集会, 秋田.
13. 中島 俊・岡島 義・笹井妙子・井上雄一(2013). 逆説性不眠症に対する認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy for Paradoxical Insomnia: CBT-PI)の開発とその効果 日本睡眠学会第 38 回定期学術集会, 秋田.
14. 村越晶子・高江洲義和・駒田陽子・石川 純・浅岡章一・飯森眞喜雄・井上雄一(2013). ベンゾジアゼピン系睡眠薬依存の関連要因 日本睡眠学会第 38 回定期学術集会, 秋田.
15. 守田優子・駒田陽子・浅岡章一・井上雄一(2013). 日本人若年層における行動誘発性睡眠不足症候群 日本睡眠学会第 38 回定期学術集会, 秋田.
16. Inoue Y(2013). RLS epidemiology in Asia: The Japanese perspective Would congress on sleep medicine, Valencia, Spain.
17. Murakoshi A, Takaesu Y, Komada Y, Ishikawa J, Inoue Y. (2013). Factors associated with development of benzodiazepine dependence Would congress on sleep medicine, Valencia, Spain.
18. Nakajima S, Inoue Y, Okajima I, Sasai T, Komada Y, Nomura T. (2013). Relationship among nightmare, insomnia and depression among residents in Japanese rural community Would congress on sleep medicine, Valencia, Spain.

19. Fudemma K, Murakoshi A, Takaesu Y, Asaoka S, Komada Y, Inoue Y. (2013). The impact of hypnotics usage on daytime function and associated factor for the usage in shiftwork nurse Would congress on sleep medicine, Valencia, Spain.
20. Takaesu Y, Tsuiki S, Kobayashi M, Komada Y, Inoue Y. (2013). Is oral appliance as efficacious as ncpap in patients with positional-dependent obstructive sleep apnea? Would congress on sleep medicine, Valencia, Spain.

H . 知的財産権の出願・登録状況

特記なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍(不足の場合は行を追加して下さい)

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
岡島 義	精神生理性不眠症とは；逆説性不眠症とは；認知行動療法とは；刺激制御療法とは；睡眠制限療法とは	松浦雅人	睡眠とその障害の臨床心理学エッセイ200	診断と治療社	東京	2014	104-111
井上雄一	催眠・鎮静薬	樋口輝彦	精神・神経の治療薬事典2014-'15	総合医学社	東京	2013	157-159

雑誌(不足の場合は行を追加して下さい)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nakajima S, et al	Validation of the Japanese version of the Ford Insomnia Response to Stress Test (FIRST-J) and the association of sleep reactivity with trait anxiety and insomnia	Sleep Medicine	15	196-202	2014
Okajima I, et al.	Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia	Psychiatry Research	210	515-521	2013
Okajima I, et al.	Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale (AIS-J)	Psychiatry and Clinical Neurosciences	67	420-425	2013
Nomura T, Inoue Y, et al.	Characteristics of obstructive sleep apnea in patients with Parkinson's disease.	Journal of the Neurological Sciences	327(1-2)	22-24	2013
Kobayashi M, Inoue Y, et al.	Validity of sheet-type portable monitoring device for screening obstructive sleep apnea syndrome.	Sleep & Breathing	17(2)	589-595	2013

Asaoka S, Inoue Y, et al.	Factors associated with shift work disorder in nurses working with rapid-rotation schedules in Japan: the nurses' sleep health project.	Chronobiology International	30(4)	628-636	2013
Nakamura M, Inoue Y, et al.	Is nocturnal panic a distinct disease category? Comparison of clinical characteristics among patients with primary nocturnal panic, daytime panic, and coexistence of nocturnal and daytime panic.	Journal of Clinical Sleep Medicine	9(5)	461-467	2013
Nishida S, Inoue Y, et al.	Persistence of Secondary Restless Legs Syndrome in a Phantom Limb Caused by End-stage Renal Disease.	Internal Medicine	52(7)	815-818	2013
Garcia-Borreguero D, Inoue Y, et al.	The long-term treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease: evidence-based guidelines and clinical consensus best practice guidance: a report from the International Restless Legs Syndrome Study Group.	Sleep Medicine	14(7)	675-684	2013
Komada Y, Inoue Y, et al.	Short Sleep, Sleep Disorders and Traffic Accidents	IATSS Research.	37	1-7	2013
Inoue Y, et al.	Efficacy and safety of adjunctive modafinil treatment on residual excessive daytime sleepiness among nasal continuous positive airway pressure-treated Japanese patients with obstructive sleep apnea syndrome: a double-blind placebo-controlled study.	Journal of Clinical Sleep Medicine	9(8)	751-757	2013
Schenck C, Inoue Y, et al.	REM Sleep Behavior Disorder (RBD): Devising Controlled Active Treatment Studies For symptomatic and Neuroprotective Therapy-A Consensus Statement By the International RBD Study Group.	Sleep Medicine	14(8)	795-806	2013

Tsuiki S, Inoue Y, et al.	Oropharyngeal crowding and obesity as predictors of oral appliance treatment response to moderate obstructive sleep apnea.	Chest.	144(2)	558-563	2013
Inoue Y, et al.	Reliability, validity, and responsiveness of the Japanese version of International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome in a clinical trial setting.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	67(6)	412-419	2013
Sasai T, Inoue Y, et al.	Change in heart rate variability precedes the occurrence of periodic leg movements during sleep: an observational study.	BMC Neurology	13	139-146	2013
Inoue Y, et al.	Efficacy and safety of rosiglitone in Japanese patients with restless legs syndrome: a phase 3, multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel-group study.	Sleep Medicine	14(11)	1085-1091	2013
Nakamura M, Inoue Y, et al.	Differences in brain morphological findings between narcolepsy with and without cataplexy.	PloS one.	8(11)	e81059	2013
Sasai T, Inoue Y, et al.	Electroencephalographic findings related with mild cognitive impairment in idiopathic REM sleep behavior disorder.	Sleep.	36(12)	1893-1899	2013
井上雄一	メラトニン・メラトニンアゴニストによる降圧作用	月刊循環器	3(4)	123-126	2013
駒田陽子, 西田慎吾, 井上雄一	睡眠関連摂食障害の病態・診断と対応	日本医事新報	4645	53-57	2013
井上雄一	エスゾピクロンの国内エビデンス	クリニシアン	60(6)	75-81	2013
高江洲義和, 井上雄一	最新薬物療法新規睡眠薬 Eszopiclone	最新精神医学	18(3)	249-255	2013

井上雄一	認知症と睡眠・概日リズムの変化	老年医学	51(8)	846-849	2013
高江洲義和,井上雄一	うつと睡眠	調剤と情報「うつ病パーフェクトガイド」	19(増)	24-25	2013
高江洲義和,井上雄一	睡眠とうつ	調剤と情報「うつ病パーフェクトガイド」	19(増)	62-68	2013
井上雄一	不眠の病態・診断と心身機能への影響	東京都医師会雑誌	66(8)	29-36	2013
井上雄一	睡眠と自律神経・内分泌・免疫系の関係	皮膚の科学	12(20)	31-36	2013