

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた

標準治療の開発と普及に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大野 裕

平成27(2015)年3月

．総括研究報告

- 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

．分担研究報告

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

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

研究代表者 大野裕

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究要旨

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

1. うつ病の認知療法・認知行動療法の現状

2010年に熟練した医師によるうつ病の認知療法・認知行動療法が診療招集に収載されたが、まだ希望者に提供できていないという声を聴くことが多い。実際、1年間に保険診療でCBTが提供されている患者数は、医療機関を受診するうつ病患者の0.1%にも満たない。

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

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

して、「不足している」と回答したのは302ヶ所(72.2%)、「どちらでもない」が102ヶ所(24.4%)、「充足している」が7ヶ所(1.7%)であった。

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

行政機関の約半数が「認知療法・認知行動療法を実施できる医療機関のリストの整備」を望み、医療機関の約半数が「認知療法・認知行動療法を実施するための時間が取れない」ことを理由として挙げていた。その他、認知療法・認知行動療法を希望する患者のニーズに応えるため

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

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

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

2. 医師以外の職種が認知行動療法を行う可能性

中川（敦）らは、うつ病をもつ人に対する認知療法・認知行動療法の効果及び有害事象について検討した。研究1では、通常治療を2カ月以上受けても、中等度

以上のうつ症状を認めているうつ病患者に対して、通常治療よりも認知行動療法を併用した治療の方が、有効性、経済性で上回るかを検証する目的で無作為化比較対象試験を行った。16週間の試験終了時点においてHAMD-17の得点が併用群で減少し、その効果は試験終了後12ヶ月後の観察期においても持続していることが明らかとなった。

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

医師以外の職種が認知療法・認知行動療法を実施する場合、わが国ではその場合の費用対効果について十分な知見がない。そこで、佐渡らは、最終的に医師と医師以外の職種がCBTを実施した場合の費用対効果の検証につなげるべく、今年度はECAM studyの結果を用いて、薬剤費の比較を行った。その結果、支払いベース、DDD等価換算ベースのいずれにおいても薬剤費に両群で差を認めなかった。またDDD等価換算ベースで計測した薬剤総使用量についても両群で差を認めなかった。今後は、ECAM studyのデータを用いて費用対効果の検証をすることが求められる。

実際に、わが国で医師以外の職種が認知療法・認知行動療法を実施できる体制にあるのかどうか、現状を探るために中野らは、医師を対象とした厚生労働省の認知行動療法のスーパービジョンを用いた研修の対象を医療に携わる心理技術者に広げる場合、必要な経験年数について

検討した。日本の臨床心理士の教育、臨床経験を、米国の clinical psychologist が受けるや日本の医師が精神科医になるために受ける教育、臨床経験と比較しながら検討すると、医療機関に勤務して常勤換算で 4 年以上経過した者が適切であること、またその場合にも弊害を防ぐための手立てが必要であることが示された。

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

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

は 13.6%と少なく、「CBT のトレーニングを受けたことがない」人は 68.7%であった。また、認知療法・認知行動療法を実施したことがない理由として、「自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない」が半数を占めていた。こうした結果から、今後、認知療法・認知行動療法の研修の機会を増やすことが、日頃の臨床業務における認知療法・認知行動療法の実施に繋がる可能性があるかと推測された。

3. うつ病に対する認知療法・認知行動療法の治療者育成

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

菊地らは、同じ厚労省研修事業におい

て、CBTの副作用を評価するツールを作成した。本年度は、そのツールを活用して実際にどの程度の副作用が生じているかを評価し、また発現した場合の治療者側要因について検討した。現段階では十分な治療者数が集まっておらず、副作用の内容検討や関連因子の影響を考察するまでには至っていない。しかし、発現した副作用については、いずれも重症度5段階のうち2番目に低い中等度の評価であり、重度以上の問題がある副作用ではなかった。これまでのところ安全にCBTが施行されていることが確認されたと言える。

4. 認知療法・認知行動療法の効果研究の今後の可能性

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

オッズ比は有意でなくなった。

効果の検証には生物学的な指標の導入が有用になる可能性がある。そこで、岡本らは、本年度は、脳画像を用いた行動活性化療法の効果に関する研究として、閾値下うつとコントロールで行動活性化療法前後による脳機能変化について金銭報酬遅延課題を用いて検討を行った。その結果、閾値下うつではコントロールと比較して報酬処理時の前頭-側頭領域に脳機能異常がみられ、行動活性化により前頭前野における負の感情制御機能、前頭-側頭ネットワークの注意・情報統合機能が改善することが示唆された。

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

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

清水らは、認知療法・認知行動療法と抗うつ薬治療が、国内外を問わず、不安渉外に対する治療の第一選択肢に位置づけられていることから、社交不安障害とパニック障害に対する個人認知行動療法

の効果研究を進めた。社交不安障害に関しては、抗うつ薬で改善しない症例を対象に、かかりつけ医による通常診療に認知療法・認知行動療法を併用することの効果、42症例を2群に分けたランダム化比較試験を行った。その結果、通常診療のみを受けた群では寛解基準に至った患者がいなかった(0%)のに対して、認知療法・認知行動療法併用群では47.6%が寛解に至った。

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

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

井上らは、不眠の認知療法・認知行動療法の改善効果の媒介要因を明らかにするため、不眠に対する認知療法・認知行

動療法を行った67名の不眠症患者を対象にした介入研究を行った。その結果、性別とストレスによる過覚醒反応を測定する尺度(FIRST)が不眠の重症度を軽減に影響を及ぼすが、従来から指摘されていた認知変数(DBAS)は関連しなかった。以上のことから、不眠に対する認知療法・認知行動療法はFIRSTの改善を媒介して不眠症状を軽減させている可能性が考えられた。

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

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

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

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

2010年度から、熟練した医師によるうつ病の認知療法・認知行動療法が診療報酬の対象として収載され、国民の期待が高まったが、本研究から、普及にはまだ遠い状況にあることが明らかになった。また、本研究からは、うつ病に対してはもちろんのこと、他の精神疾患に対する個人認知行動療法に一定の治療効果があり、大きい有害事象が認められないことが示された。このように、個人認知療法・認知行動療法に対する国民の期待が高く、治療効果が認められることに加えて、認知療法・認知行動療法に代表される心理・社会的治療の普及が多剤大量処方を防ぐ可能性が考えられることから、個人認知療法・認知行動療法の均てん化が急務となっている。

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

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

医師以外の職種が医師の指導を受けながら個人認知療法・認知行動療法を実施できる体制を整える

うつ病以外の精神疾患に対する個人認知療法・認知行動療法を診療報

酬の対象とする

治療者を増やすために各地の研究会を中心に全国のコンソーシアムを構築し研修生の費用負担を組み入れながら研修を実施していく

研修指導者の育成と治療者の質の担保のための評価システムの構築と資格化を国の主導で行う

認知療法・認知行動療法初心者をサポートするコンピュータ支援型認知療法・認知行動療法プログラムを導入する

今後は、こうした提言を裏づける研究を進めていきたい。

認知療法・認知行動療法のニーズおよび施行状況に関する調査

分担研究者：堀越 勝

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

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

研究協力者

田島美幸 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

大野裕 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. 調査対象

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

行政機関については、厚生労働省ホームページ掲載の精神保健福祉センター一覧お

よび全国保健所長会ホームページ掲載の保健所一覧に基づき、精神保健福祉センター 68 ケ所、保健所 549 ケ所を調査対象とした。

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

2. 調査項目

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

また、医療機関の主な調査項目は、うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者のニーズへの対応状況、認知療法・

認知行動療法の実施が充分でない場合の理由、うつ病以外に診療報酬の対象になった方が良い考える疾患等で構成した(詳細は資料2参照)。

3. 調査方法

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

4. 解析方法

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

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

1. 行政機関の調査結果

(1) 調査対象施設の概要

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

の順であった。

(2) 認知療法・認知行動療法に関する問い合わせ状況

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

(3) うつ病の認知療法・認知行動療法を紹介できる医療施設の充足度

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

(4) 充足していない理由

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

(5) 診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患

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

等であった(表8)。

2. 医療機関の調査結果

(1) 調査対象施設の概要

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

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

(2) うつ病の認知療法・認知行動療法のニーズへの対応

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

(3) 充足していない理由

充足していない理由(複数回答)として

は、「実施する時間が取れない」が 752 (55.3%)、「実施に見合う力量を持ったスタッフがいない」が 663 (48.8%)、「診療報酬場の実施が医師に限定」が 538(39.6%)であった(表 14)。

(4) 診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患

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

D. 考察

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

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

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

院の約 75%が不足を感じていた。十分にニーズに応えられない理由として、医療機関の約半数が、「認知療法・認知行動療法を実施するための時間が取れない」ことを理由として挙げ、続いて、「実施に見合う力量を持ったスタッフがいない」「診療報酬の実施が医師に限定されている」等が理由に挙がっていた。この結果から、認知療法・認知行動療法を実施できるスタッフを増やすために関連の研修を充実させたり、診療報酬の算定基準を医師以外のスタッフに拡げる等の改訂が必要であると思われた。

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

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

E . 結論

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

F . 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G . 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

1. 行政機関を対象としたアンケート調査結果

表1 調査対象施設の概要

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

表2 調査対象施設の所在地

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

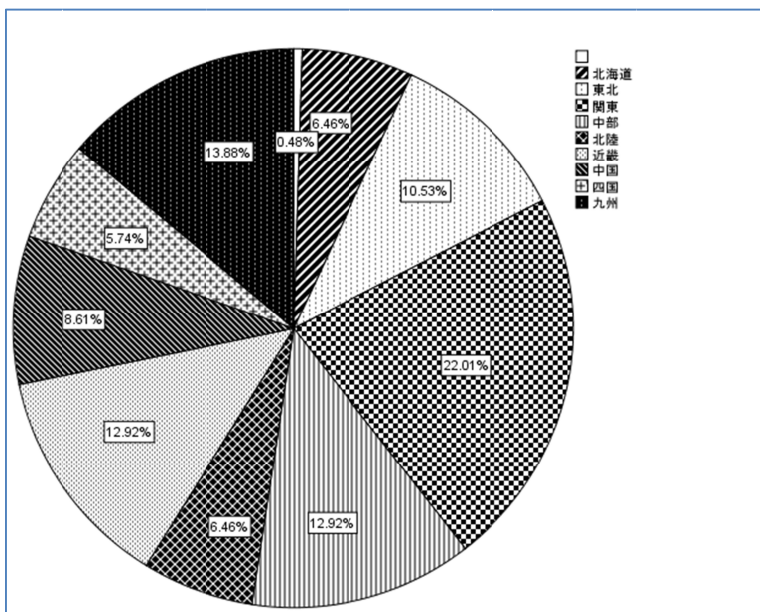


図1 調査対象施設の所在地

表3 認知行動療法に関する問い合わせ状況

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

表4 調査対象施設所在地と認知行動療法の問い合わせ状況の関連

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

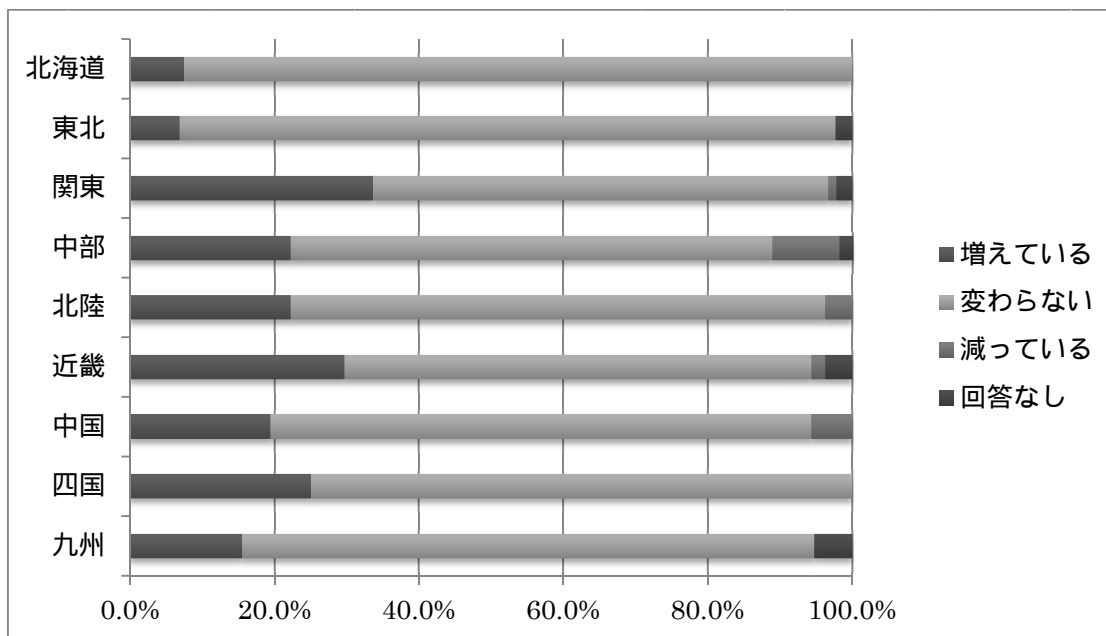


図2 調査対象施設所在地と認知行動療法の問い合わせ状況の関連

表5 認知行動療法を希望する患者へ紹介できる医療施設の充足度

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

表6 調査対象施設所在地と認知行動療法を紹介できる医療施設の充足度の関連

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

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

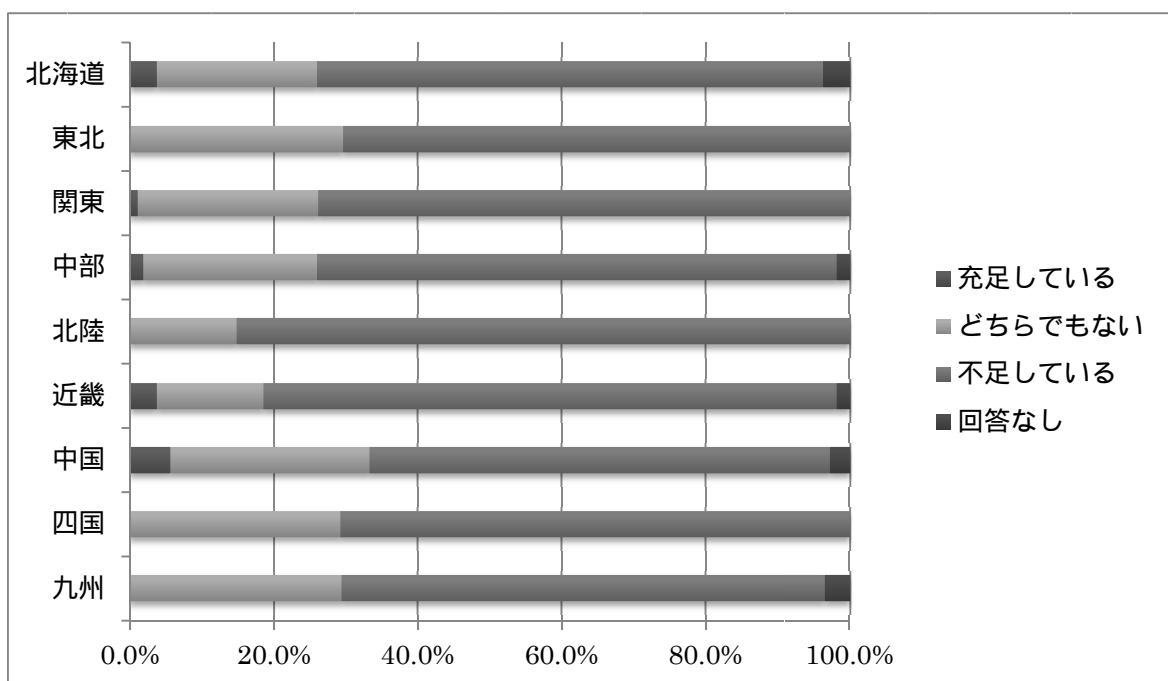


図3 調査対象施設所在地と認知行動療法を紹介できる医療施設の充足度の関連

表7 認知行動療法を紹介できる医療施設が充足していない理由（複数回答）

	該当あり		該当なし	
	度数	比率 (%)	度数	比率 (%)
診療報酬上の実施が医師に限定	109	26.1%	309	73.9%
実施に見合う力量を持ったスタッフがない	140	33.5%	278	66.5%

実施する時間が取れない	89	21.3%	329	78.7%
実施に見合う診療報酬額でない	70	16.7%	348	83.3%
医療スタッフに対する十分な研修の機会が無い	71	17.0%	347	83.0%
実施可能な医療機関のリストの整備が不十分	222	53.1%	196	46.9%
その他	47	11.2%	371	88.8%

表8 今後、診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患（複数回答）

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

2. 医療機関を対象としたアンケート調査結果

表9 調査対象施設の概要

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

表10 調査対象施設の所在地

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

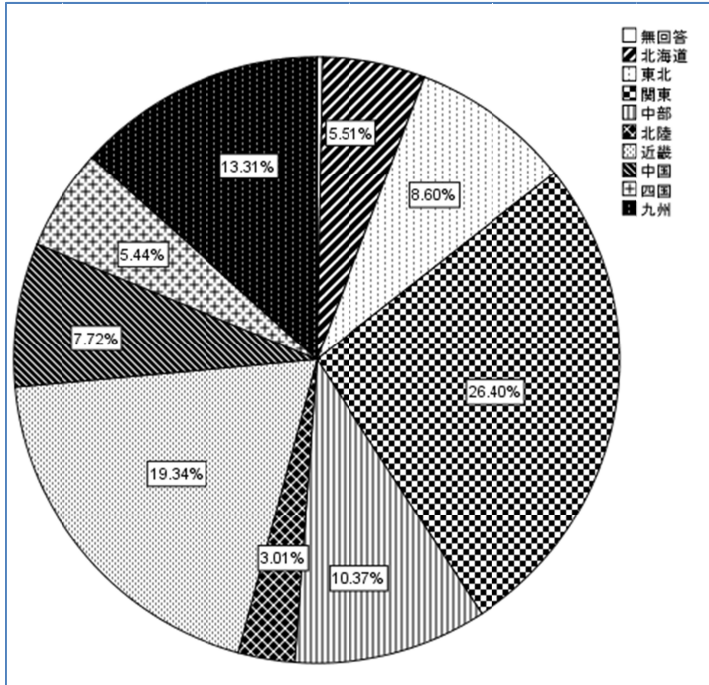


図4 調査対象施設の所在地

表11 認知行動療法を希望する患者のニーズへの対応

	度数	比率 (%)
十分に応えている	82	6.0%
どちらでもない	226	16.6%
充分でない	1035	76.1%
無回答	17	1.3%
合計	1360	100.0%

表12 調査対象施設所在地と認知行動療法を希望する患者のニーズへの対応

		十分に応えている	どちらでもない	充分でない	無回答	合計
北海道	度数	8	13	53	1	75
	比率 (%)	10.7%	17.3%	70.7%	1.3%	100.0%
東北	度数	4	21	91	1	117
	比率 (%)	3.4%	17.9%	77.8%	.9%	100.0%
関東	度数	29	65	259	6	359
	比率 (%)	8.1%	18.1%	72.1%	1.7%	100.0%
中部	度数	10	21	107	3	141
	比率 (%)	7.1%	14.9%	75.9%	2.1%	100.0%

北陸	度数	2	3	36	0	41
	比率(%)	4.9%	7.3%	87.8%	0.0%	100.0%
近畿	度数	12	37	213	1	263
	比率(%)	4.6%	14.1%	81.0%	.4%	100.0%
中国	度数	5	15	85	0	105
	比率(%)	4.8%	14.3%	81.0%	0.0%	100.0%
四国	度数	2	14	58	0	74
	比率(%)	2.7%	18.9%	78.4%	0.0%	100.0%
九州	度数	10	37	130	4	181
	比率(%)	5.5%	20.4%	71.8%	2.2%	100.0%
無回答	度数	0	0	3	1	4
	比率(%)	0.0%	0.0%	75.0%	25.0%	100.0%
合計	度数	82	226	1035	17	1360
	比率(%)	6.0%	16.6%	76.1%	1.3%	100.0%

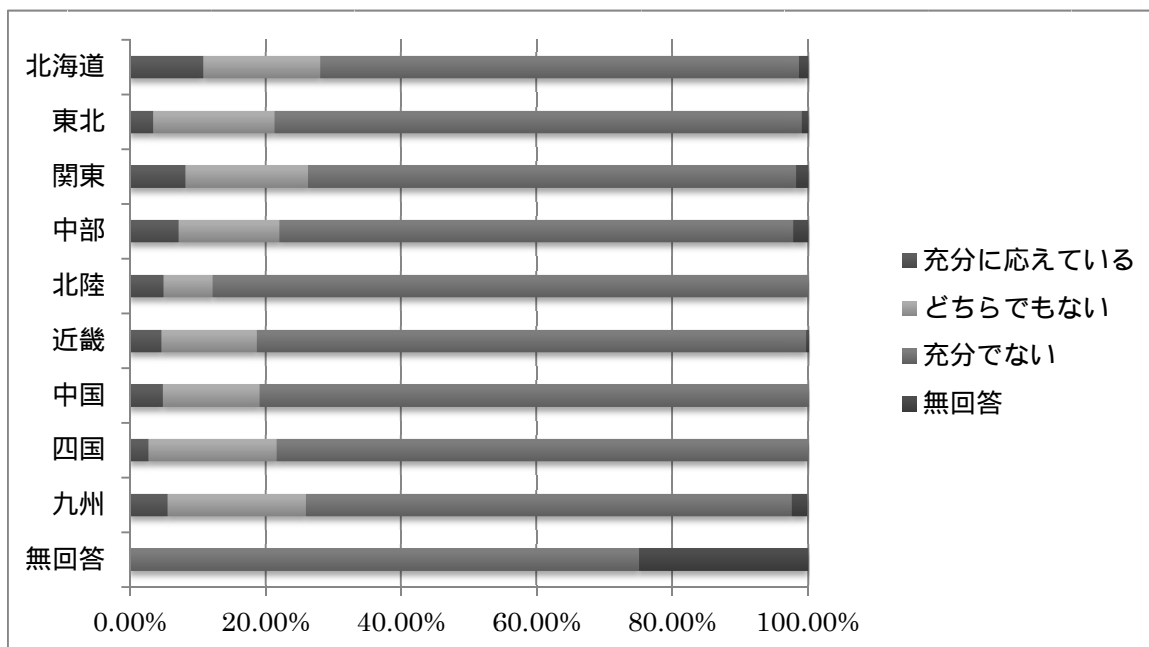


図5 調査対象施設所在地と認知行動療法を希望する患者のニーズへの対応

表13 調査対象施設区分と認知行動療法を希望する患者のニーズへの対応

	充分に応え ている	どちらで もない	充分でな い	無回答	合計

大学病院	度数	3	14	38	2	57
	比率(%)	5.3%	24.6%	66.7%	3.5%	100.0%
総合病院精神科	度数	4	24	120	0	148
	比率(%)	2.7%	16.2%	81.1%	0.0%	100.0%
単科精神病院	度数	23	87	354	2	466
	比率(%)	4.9%	18.7%	76.0%	.4%	100.0%
精神科診療所	度数	50	92	478	11	631
	比率(%)	7.9%	14.6%	75.8%	1.7%	100.0%
その他	度数	2	8	41	1	52
	比率(%)	3.8%	15.4%	78.8%	1.9%	100.0%
無回答	度数	0	1	4	1	6
	比率(%)	0.0%	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%
合計	度数	82	226	1035	17	1360
	比率(%)	6.0%	16.6%	76.1%	1.3%	100.0%

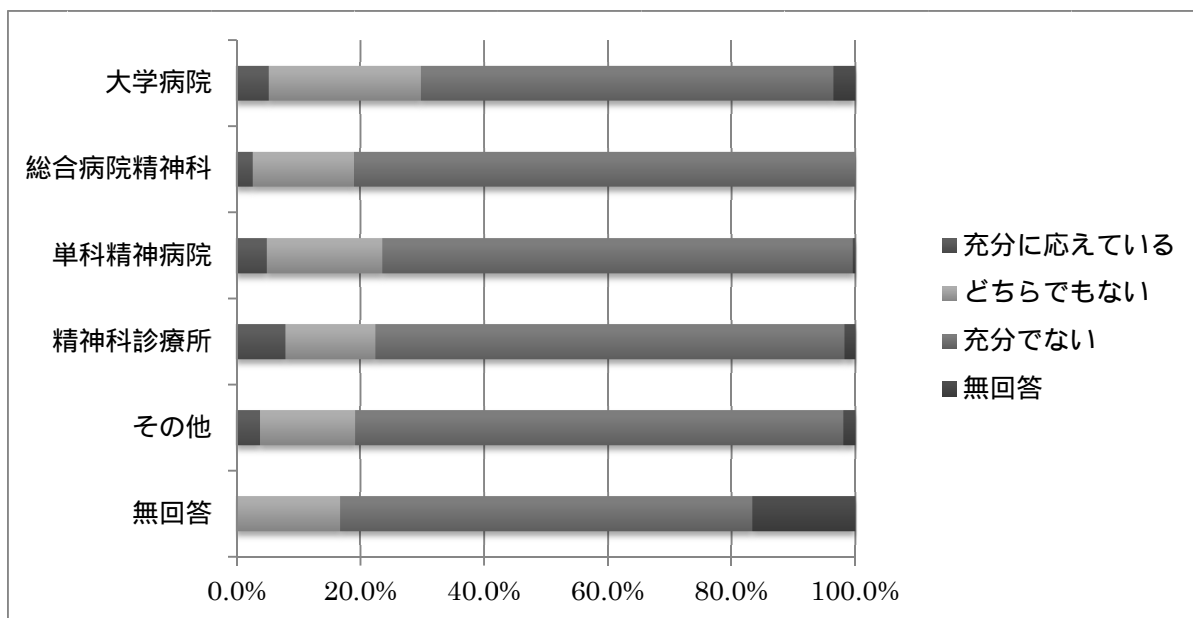


図6 調査対象施設区分と認知行動療法を希望する患者のニーズへの対応

表14 認知行動療法を紹介できる医療施設が充足していない理由(複数回答)

	該当あり		該当なし	
	度数	比率(%)	度数	比率(%)
診療報酬上の実施が医師に限定	538	39.6%	822	60.4%
実施に見合う力量を持ったスタッフがいない	663	48.8%	697	51.2%
実施する時間が取れない	752	55.3%	608	44.7%

実施に見合う診療報酬額でない	529	38.9%	831	61.1%
医療スタッフに対する十分な研修の機会が無い	328	24.1%	1032	75.9%
実施可能な医療機関のリストの整備が不十分	139	10.2%	1221	89.8%
その他	64	4.7%	1296	95.3%

表 15 今後、診療報酬の対象とするとよいと思われる疾患（複数回答）

	該当あり		該当なし	
	度数	比率（%）	度数	比率（%）
不眠症	235	17.3%	1125	82.7%
強迫性障害	807	59.3%	553	40.7%
パニック障害	725	53.3%	635	46.7%
社交不安障害	762	56.0%	598	44.0%
トラウマ関連障害	353	26.0%	1007	74.0%
物質使用障害	204	15.0%	1156	85.0%
摂食障害	309	22.7%	1051	77.3%
統合失調症	182	13.4%	1178	86.6%
その他	42	3.1%	1318	96.9%

資料1

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

認知行動療法実施状況に関する調査【行政用】

下記1～5の設問で該当するものに を付けてご回答ください。

1. 貴施設の所在地をお教えてください

北海道 東北 関東 中部 北陸 近畿 中国 四国 九州

2. 貴施設の種類を教えてください

精神保健福祉センター 保健所

3. 3年前と比較して認知行動療法に関する問い合わせが増えていますか

増えている 変わらない 減っている

4. うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者さんを貴施設が紹介できる医療機関は充足していますか

充足している どちらでもない 不足している

5. 上記3で「紹介できる医療機関が充足していない」とお答えの場合、その理由は何でしょうか？（複数回答可）

実施が（医療保険上）医師のみに限定されている

実施できるだけの十分な力量を持ったスタッフがない

実施するための時間がとれない

実施に見合うだけの診療報酬額でない

医療スタッフに対する十分な研修の機会がない

実施可能な医療機関のリストの整備が不十分

その他（ ）

6. 現在、うつ病は認知行動療法が診療報酬の対象になっていますが、うつ病以外に診療報酬の対象になった方が良いとお考えの疾患はありますか？（3つまで複数回答可）

不眠症 強迫性障害 パニック障害 社交不安障害 トラウマ関連疾患
物質使用障害 摂食障害 統合失調症 その他（ ）

～ご協力どうもありがとうございました～

「うつ病に対する認知行動療法の効果検証と職種間における治療効果の検討」

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¹⁾、菊地俊暁³⁾、岩下覚²⁾、三村将¹⁾、大野裕⁴⁾

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⁾杏林大学医学部精神神経科学教室、⁴⁾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った。16 週間の試験終了時点において HAMD-17 の得点が COMB 群で減少し、その効果は試験終了後 12 ヶ月後の観察期においても効果が持続していることが明らかとなった。

（研究 2）認知行動療法への需要が高まっている中、十分な経験を積み、一定の質が担保された研修体制を整えることができれば、うつ病患者に対する認知行動療法の終了時点（16 週）において HAMD-17 の得点がコメディカルによる認知行動療法でも習熟した医師と有意差がなかった。

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)の方が、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 ヶ月間行った。

（研究 2）

認知行動療法への需要が高まっている中、うつ病に対する認知行動療法の診療報酬の算定要件は認知行動療法に成熟した医師に限られており、認知行動療法を担う医師数が十分でないこともあり、アクセス向上のためには良質な認知行動療法を提供できるコメディカルを含めた治療者の要請が喫緊の課題である。本研究では、一定の訓練を受け質が担保されたコメディカル

群による認知行動療法でも、医師による認知行動療法と同等の効果が得られるかどうかを検討した。

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った。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した。

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た。

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、用量を制限しなかった。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、用量は制限されなかった。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した。

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群間比較した。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 を満たす者/合計割り付け者) 2.治療反応率 response rate (HAMD-17合計スコアのbaseline-50% reductionを満たす者/合計割り付け者)を評価した。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した。

本研究の目標症例数は、認知行動療法群40例、通常治療群40例の計80例であった。

(研究2)

通常治療に加えて認知行動療法が施行された40例のうち、14例は医師4名が認知行動療法を実施し、26例はコメディカル2名(看護師1名、心理士1名)が実施した。

認知行動療法開始時、中間時(8週)、終了時(16週)の各時点において他覚的うつ病評価尺度としてHAMD-17を実施し、職種で得点に差異がないかどうかを検討した。なお、HAMD-17はブラインド評価として治療にも認知行動療法にも関与していない別の精神科医もしくは心理士が行った。

C.結果

(研究1)

2013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、COMB群に40例、

TAU 群に 40 例が割付けられた。2014 年 12 月に終了後観察期の評価がすべて終了したが、終了後 12 ヶ月後の観察期まで試験が完遂できたのは、全体では 80 例中 73 例(91.3%)で、COMB 群 37 例(92.5%)、TAU 群 36 例(90%)であった。

各評価時点での HAMD-17 の得点経過に関して、試験中はベースライン時点で COMB 群 20.9 (SD3.4) 点、TAU 群 20.8 (SD3.4) 点、8 週時で COMB 群 12.1 (SD5.2) 点、TAU 群 14.2 (SD6.0) 点、16 週時で COMB 群 8.2 点 (SD4.7)、TAU 群 13.5 (SD6.9) 点であった。終了後観察期に関しては、終了後 3 ヶ月時で COMB 群 7.8 (SD5.2) 点、TAU 群 11.3 (SD7.2) 点、終了後 6 ヶ月時で COMB 群 6.1 (SD4.5) 点、TAU 群 9.3 (SD6.9) 点、終了後 12 ヶ月時で COMB 群 5.4 (SD5.9) 点、TAU 群 10.1 (SD8.4) 点であった。16 週以降の各評価時点において COMB 群は TAU 群よりも有意に HAMD 得点の減少を認め、16 週の認知行動療法終了時点の効果が 12 か月間において持続していることが明らかとなった(図 1)。また、治療反応率ならびに寛解率が COMB 群は TAU 群よりも 16 週時点でそれぞれ 2 倍、16 週の認知行動療法終了 12 か月後でも、1.7 倍高かった(図 2, 3)。

(研究 2)

コメディカルは認知行動療法実施の前提となる基本的知識や技能に関して、認知行動療法の世界的な訓練施設である Academy of Cognitive Therapy (ACT) の 推薦図書 5 冊を読了し、認知行動療法の 2 日間のワークショップに参加し、認知療法認識尺度で 40 点満点中合格点とされる 30 点以上のスコアを獲得していた。認知行動療法実施中には、ACT の資格を持った精神科医によるグループスーパービジョンで各症例の概念化や治療方略の選択、技法の検討を行われ、さらに認知行動療法に精通した精神科医による個人スーパービジョンも並行して実施された。

セッションの録音を適宜行い、Cognitive Therapy Rating Scale でセッション継続が許容される水準(40 点以上)が確保されていた。

職種(医師・コメディカル)により評価時期の(ベースライン・8 週・16 週)の HAMD-17 の得点に違いがあるかどうかを検討したが、職種による違いは認められなかった(図 4)。また、対象者 40 名のうち、認知行動療法が完遂できなかったのは医師群 0/14 名、コメディカル 1/26 名(3.4%)で、両者に違いは認められなかった($p=1.00$)。

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、臨床面では薬物療法で奏功しなかったうつ病患者に対する認知行動療法がわが国の臨床場面で一定の効果が認められることが明らかとなった。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)

本研究でのセラピスト数が少ないため結果の解釈には注意が必要ではあるが、十分な経験を積み、一定の質が担保された研修体制を整えることができれば、コメディカルによる認知行動療法でも習熟した医師と変わらない十分な結果が得られることが示唆された。

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実施し、併用療法に一定の

効果が認められることが明らかとなった。また、十分な経験を積み、一定の質が担保された研修体制を整えることができれば、コメディカルによる認知行動療法でも習熟した医師と変わらない十分な結果が得られることが示唆された。

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. Oguchi Y, **Nakagawa A**, Sado M, Mitsuda D, Nakagawa Y, Kato N, Takechi S, Hiyama M, Mimura M. Potential predictors of delay in initial treatment contact after the first onset of depression in Japan: a clinical sample study. *Int J Ment Health Syst.* 2014 Dec 5;8(1):50.
2. **Nakagawa A**, Sado M, Mitsuda D, Fujisawa D, Kikuchi T, Abe T, Sato Y, Iwashita S, Mimura M, and Ono Y. Effectiveness of Cognitive behavioral therapy Augmentation in Major depression treatment (ECAM study): study protocol for a randomized clinical trial. *BMJ Open* 2014;4:e006359.
3. 馮えりか, **中川敦夫**: うつ病に対する認知行動療法, *精神科*, 25(4):375-378, 2014.10
4. 是木明宏, **中川敦夫**: [DSM-5] DSM-5 から考える診断と診たて, *最新精神医学*, 19(5):387-392, 2014.9
5. 大野裕, 田島美幸, **中川敦夫**: [うつ病診療- 入り口から出口まで] 認知行動療法の適応 IT を活用した新しい方法, *カレントセラピー*, 32(6):542-546, 2014.6

2.学会発表

1. Kudo Y, **Nakagawa A**, Hamada H, Mimura M: Reliability and Validity of Japanese Version of Temperament and Personality Questionnaire for

Patients with Major Depressive Disorder. The American Psychiatric Association 167th Annual Meeting, New York, May 3-7,2014.

2. Oguchi Y, **Nakagawa A**, Sado M, Mimura M: Therapist-delivered Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression A systematic review and meta-analysis. The American Psychiatric Association 167th Annual Meeting, New York, May 3-7,2014.
3. **中川敦夫**: うつ病に対する認知行動療法, 第 24 回日本臨床精神神経薬理学会・第 44 回日本神経精神薬理学会合同年会, 名古屋, 2014 年 11 月 20 日
4. 中尾重嗣, **中川敦夫**, 山田康, 三村将: 言語化が苦手な抑うつ患者にインターネット支援型認知行動療法を実施し良好な経過を辿った 1 例, 第 14 回日本認知療法学会, 大阪, 2014 年 9 月 13 日
5. **中川敦夫**: 認知行動療法の実践: 研修とエビデンス, 第 11 回日本うつ病学会総会, 広島, 2014 年 7 月 19 日
6. 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: うつ病に対する認知行動療法の職種間における治療効果の比較検討, 第 11 回日本うつ病学会総会, 広島, 2014 年 7 月 19 日
7. 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, 三村将, **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; 症例報告, 第 11 回日本うつ病学会総会, 広島, 2014 年 7 月 19 日
8. **中川敦夫**: うつ病に対する認知行動療法のランダム化比較試験, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 26 日
9. 工藤由佳, **中川敦夫**, 三村将: 大うつ病性患者に対する日本語版 Temperament and Personality Questionnaire (気質と性格傾向に関する質問票) の信頼性、妥当性の検討, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 26 日

10. 工藤由佳, **中川敦夫**, 三村將: 大うつ病性患者に対する日本語版 Temperament and Personality Questionnaire (気質と性格傾向に関する質問票) の信頼性、妥当性の検討, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 26 日
11. 志田博和, **中川敦夫**, 藤井康男: 地域におけるうつ病対策の調査研究 ~ 第 2 報 ~, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 27 日
12. **中川敦夫**, 小口芳世: インターネットを活用した精神療法の可能性: インターネット支援型認知行動療法の実践, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 28 日

H. 知的財産の出願・登録状況

該当事項なし

図1 評価時点でのHAMD-17得点推移

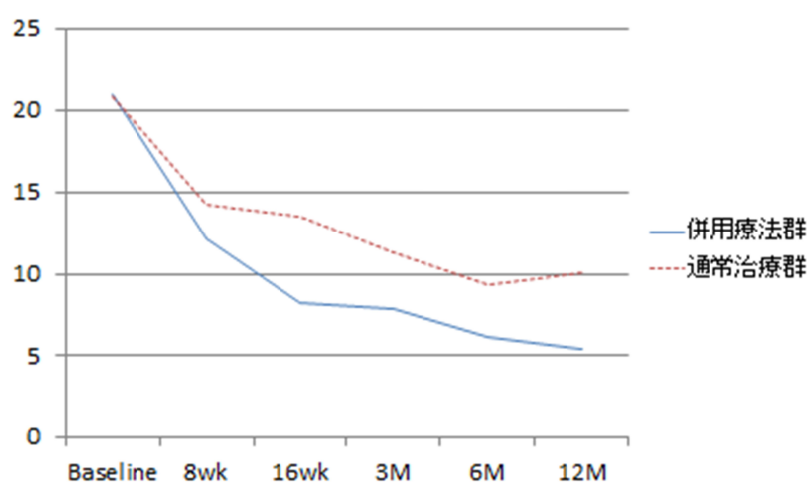


図2 HAMD-17: 反応率と寛解率 (16wk)

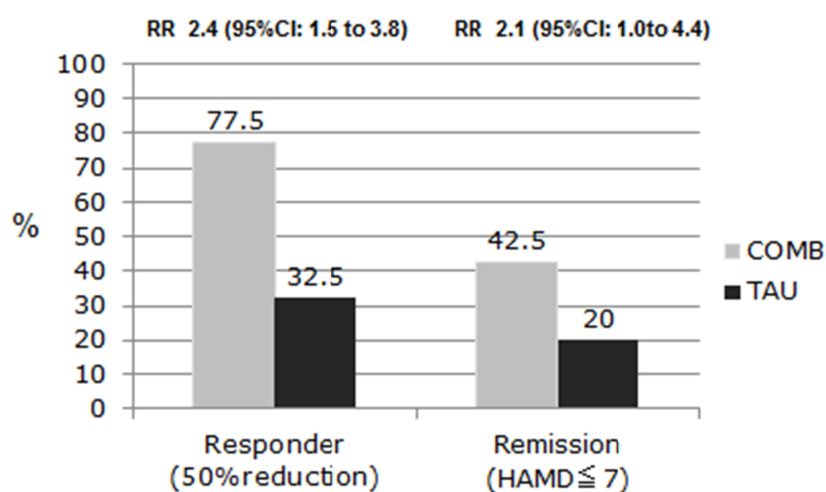


図3 HAMD-17: 反応率と寛解率（12ヶ月後）

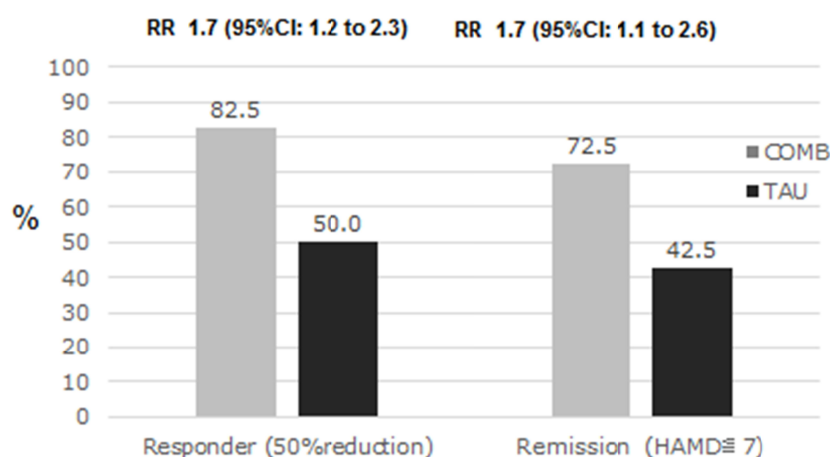
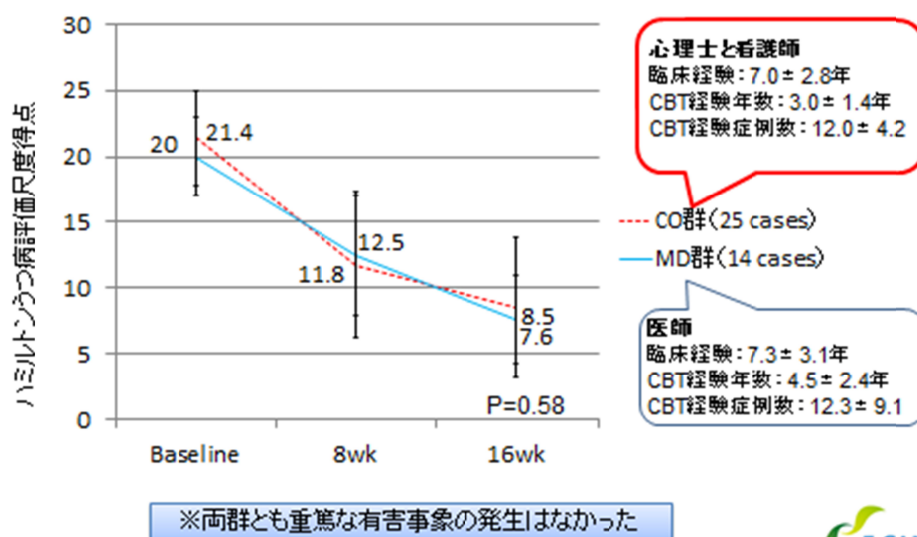


図4 うつ病に対する認知行動療法
コメディカルと医師による比較: HAMD-17得点推移



医師以外の職種が個人認知療法・認知行動療法を行う際の経済効果の検証：
チーム医療の視点から
医師および医師以外の職種による認知行動療法のコスト比較

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

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く可能性が高い。

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。

そこで、本研究では、医師および医師以外の職種が認知行動療法を実施した際の費用対効果を推計することを最終的な目的とする。そのための第一歩として、本年度は、ECAM study において、医師が CBT を実施した群 (MD 群) と他の医療職が CBT を実施した群 (non MD 群) における医療費 (薬剤費) に差があるかどうかの明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

リサーチクエスション

医師および医師以外の職種がうつ病患者に対して併用療法 (通常治療 + CBT) を実施した際の薬剤費に差があるかどうか

デザイン

RCT サンプルによる retrospective cohort study

サンプル

ECAM study のサンプルのうち、CBT が実施された 39 名

介入

- 医師による CBT 実施 (MD 群)
- 医師以外の職種による CBT 実施 (nonMD 群)

解析対象の薬剤

実際に処方された薬剤のうち、向精神薬のみ。向精神薬は、抗うつ薬、抗不安薬・睡眠薬、抗精神病薬、気分安定薬のカテゴリーに分類した。

アウトカム

- Primary outcome:

- 8 週、16 週時点での薬剤費
 - ◇ 薬剤費 (支払いベース)
 - ◇ 薬剤費 (Defined Daily Dose

(DDD)*1 等価換算ベース*2)

- Secondary outcomes:

- 8 週、16 週時点での薬剤使用量
 - ◇ 薬剤総使用量 (DDD 等価換算ベース)
 - ◇ 各カテゴリー薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース)*3

*1 DDD・・・World Health Organization collaborating centre for drug statistics methodology が規定する、薬剤の主な適用疾患に対して想定される成人 1 日あたり平均維持用量。http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

*2 薬剤費 (DDD 等価換算ベース) の推計法・・・使用された向精神薬を各カテゴリーに分類し、各薬剤の使用量を DDD に照らし合わせ DDD unit*4 を計算。カテゴリー毎に DDD unit を足し合わせ、各カテゴリーで処方回数の最も多かった薬剤 (抗うつ薬-セルトラリン、抗不安薬・睡眠薬-プロチゾラム、抗精神病薬-クエチアピン、気分安定薬-リチウム) の薬価を掛け合わせることで薬剤費を推計。

*3 薬剤総使用量 (DDD 等価換算ベース) の推計法・・・使用された向精神薬を各カテゴリーに分類し、各薬剤の使用量を DDD に照らし合わせ DDD unit を計算。各カテゴリーの DDD unit を足し合わせて推計

*4 $DDD\ unit = \frac{\text{薬剤の使用量 (mg)}}{DDD (mg)}$

解析

Primary, secondary outcome を baseline data の補正あり、なしそれぞれの形で群間比較する。補正なしの場合は、t 検討を実施し、両群の平均の差を検証する。また baseline data で補正を実施する場合は、重回帰分析で検定を実施する。従属変数として primary, secondary outcome を設定し、独立変数として年齢、性別、ベースライン Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)、ベースライン薬剤費もしくは薬剤使用量、セラピスト (MD もしくは non MD) を設定する。これらの変数で補正した上で、群間の平均値に違いがあるかを検証する。解析は、Stata ver 13

で実施した。

倫理面への配慮

本研究は、慶応義塾大学医学部倫理委員会の承認を得て実施された。

C. 結果

Baseline characteristics

解析対象となったのは、ECAM study で CBT を実施された 39 名であった。Baseline characteristics は表 1 に示した。年齢、性別、HAMD については、両群に差を認めなかった。薬剤費については、支払いベース、DDD 等価換算ベースとも、両群に差を認めなかった。さらに、薬剤使用量についても、薬剤総使用量についても各カテゴリーごとの薬剤使用量についても両群に差を認めなかった。

8 週時点

両群における 8 週時点での薬剤費(支払いベース)、薬剤費 (DDD 等価換算ベース)、薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース) を表 2 に示す。いずれについても、8 週時点で両群に差は認められなかった。

16 週時点

両群における 16 週時点での薬剤費 (支払いベース)、薬剤費 (DDD 換算ベース)、薬剤使用量 (DDD 換算ベース) を表 3 に示す。8 週時点の結果と同様、いずれのアウトカムについても、16 週時点で両群に差は認められなかった。

両群の薬剤費 (支払いベース) の推移

両群における薬剤費の推移を図 1 に示す。両群とも 8 週時点で薬剤費は若干増加するが、16 週時点では、いずれもベースラインより若干低下していることが明らかとなった。一方、両群における薬剤費に統計的有意差は認められなかった。

また、年齢、性別、ベースラインの HAMD、ベースラインの薬剤費 (支払いベース) で補正したうえで、両群の薬剤費の mean difference の推移を図 2 に示した。図に示された通り、8 週、16 週とも両群における薬剤費の mean difference は有意なものではなかった。

両群の薬剤費 (DDD 等価換算ベース) の推移

両群における薬剤費の推移を図 3 に示す。両群とも 8 週時点で薬剤費は若干増加するが、16 週時点では、いずれも 8 週時点より低下していることが明らかとなった。一方、両群における薬剤費に統計的有意差は認められなかった。年齢、性別、ベースラインの HAMD、ベースラインの薬剤費 (DDD 換算ベース) で補正したうえでの、両群の薬剤費の mean difference の推移を図 4 に示した。図に示された通り、8 週、16 週とも両群における薬剤費の mean difference は有意なものではなかった。

両群の薬剤総使用量 (DDD 等価換算ベース) の推移

両群における薬剤総使用量の推移を図 5 に示す。両群とも 8 週時点で薬剤使用量は増加するが、16 週時点では、いずれもベースラインより若干低下していることが明らかとなった。一方、両群における薬剤総使用量については統計的有意差は認められなかった。年齢、性別、ベースラインの HAMD、ベースラインの薬剤総使用量 (DDD 等価換算ベース) で補正したうえでの、両群の薬剤総使用量の mean difference の推移を図 6 に示した。図に示された通り、non MD 群で薬剤総使用量が少ない傾向が認められるが、8 週、16 週とも mean difference は有意なものではなかった。

D. 考察

本研究の結果より、薬剤費、薬剤使用量に関しては、8w、16w 時点で MD、nonMD 群間で差がないことが明らかになった。本研究の限界として、8w、16w 時点での薬剤費の比較しか行われていないこと、薬剤費以外の医療費 (再診料、CBT 費など) について計算されていないことなどがある。再診料については、両群で概ね差がないと想定される。CBT の費用については、実際の人件費を反映した費用設定が求められる。現実的には、医師による実施のコストが高いため、これを反映した費用は nonMD で有意に低くなる可能性が高いと考えられる。

来年度については、今回の結果を踏まえ、ECAM study の data を用いて、最終的な費用対効果の検証を実施する。概要は以下の通りである。

サンプル : E-CAM study の CBT 群 40 例 (MD によるケースと nonMD によるケース)

アウトカム : 増分費用対効果比

効果：質調整生存年他
 費用：医療費（保険者の立場）
 解析：両群を baseline characteristics で matching を行った上で、bootstrap 法などの手法を用いて費用対効果を解析

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.** In. 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** In.: 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.

表 1 Baseline characteristics

	MD		non MD		mean difference	Total	
	mean	sd	mean	sd	p Value	mean	sd
age	37.6	10.0	40.5	8.7	0.35	39.5	9.2
sex(female) (%)	50.0	51.9	30.8	47.1	0.23	37.5	49.0
hamd0w	19.9	2.8	21.4	3.7	0.17	20.9	3.4
med0w (yen)	241.5	104.2	298.4	260.3	0.44	278.5	218.7
medddd0w (yen)	285.0	144.5	288.5	190.1	0.95	287.3	173.6
dddal0w	3.36	2.26	3.01	1.92	0.61	3.13	2.03
ddd10w	1.10	0.69	1.27	0.85	0.53	1.21	0.79
ddd20w	2.09	2.13	1.61	1.33	0.39	1.78	1.64
ddd30w	0.09	0.15	0.08	0.14	0.85	0.08	0.14
ddd40w	0.08	0.17	0.05	0.18	0.67	0.06	0.17

abbreviations: hamd0w=Hamilton Depression Rating Scale, med0w= 1 日あたり薬剤費（支払いベース），medddd0w = 1 日あたり薬剤費（DDD 等価換算ベース），dddal0w= 1 日あたり薬剤総使用量（DDD 等価換算ベース），ddd10w= 1 日あたり抗うつ薬の薬剤使用量（DDD 等価換算ベース），ddd20w= 1 日あたり睡眠薬・抗不安薬の薬剤使用量（DDD 等価換算ベース），

ddd30w= 1日あたり抗精神病薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd40w= 1日あたり気分安定薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース)

表2 8週時点での薬剤費、薬剤使用量

	MD		non MD		Total		mean difference (non adjusted)		mean difference (adjusted)*	
	mean	sd	mean	sd	mean	sd	point estimate	p value	point estimate	p value
med8w (yen)	302.4	162.5	338.3	245.4	325.7	218.4	35.87	0.63	-9.36	0.87
medddd8w (yen)	318.9	152.8	309.2	203.8	312.6	185.6	-9.76	0.88	-13.61	0.70
dddal8w	3.81	2.42	3.27	2.22	3.46	2.28	-0.54	0.48	-0.31	0.52
ddd18w	1.23	0.72	1.43	0.95	1.36	0.87	0.20	0.49	-0.01	0.97
ddd28w	2.36	2.37	1.73	1.46	1.95	1.83	-0.64	0.30	-0.24	0.54
ddd38w	0.08	0.12	0.07	0.14	0.07	0.13	-0.01	0.79	0.00	0.85
ddd458w	0.14	0.30	0.05	0.16	0.08	0.22	-0.09	0.21	-0.06	0.17

* Adjusted for age, sex, hamd score at baseline, medication cost at baseline by multiple regression model

abbreviations: med8w= 1日あたり薬剤費(支払いベース), medddd8w = 1日あたり薬剤費(DDD 等価換算ベース), dddal8w= 1日あたり薬剤総使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd18w= 1日あたり抗うつ薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd28w= 1日あたり睡眠薬・抗不安薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd38w= 1日あたり抗精神病薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd48w= 1日あたり気分安定薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース)

表3 16週時点での薬剤費、薬剤使用量

	MD		non MD		Total		mean difference (non adjusted)		mean difference (adjusted)*	
	mean	sd	mean	sd	mean	sd	point estimate	p value	point estimate	p value
med16w (yen)	171.3	172.0	179.1	195.7	176.4	185.5	7.87	0.90	17.48	0.79
medddd16w (yen)	302.1	144.3	277.9	179.3	286.4	166.4	-24.19	0.67	-30.50	0.62
dddal16w	3.26	1.92	2.77	1.69	2.94	1.77	-0.48	0.42	-0.40	0.45
ddd116w	1.23	0.74	1.32	0.92	1.29	0.85	0.09	0.75	-0.13	0.58
ddd216w	1.82	1.85	1.34	1.00	1.51	1.35	-0.48	0.29	-0.24	0.52
ddd316w	0.08	0.12	0.06	0.13	0.06	0.13	-0.02	0.60	0.00	0.90
ddd416w	0.13	0.27	0.05	0.16	0.08	0.21	-0.07	0.30	-0.04	0.27

* Adjusted for age, sex, hamd score at baseline, medication cost at baseline by multiple regression model

abbreviations: med16w= 1日あたり薬剤費 (支払いベース), medddd8w = 1日あたり薬剤費 (DDD 等価換算ベース), dddal16w= 1日あたり薬剤総使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd116w= 1日あたり抗うつ薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd216w= 1日あたり睡眠薬・抗不安薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd316w= 1日あたり抗精神病薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース), ddd416w= 1日あたり気分安定薬の薬剤使用量 (DDD 等価換算ベース)

(円)

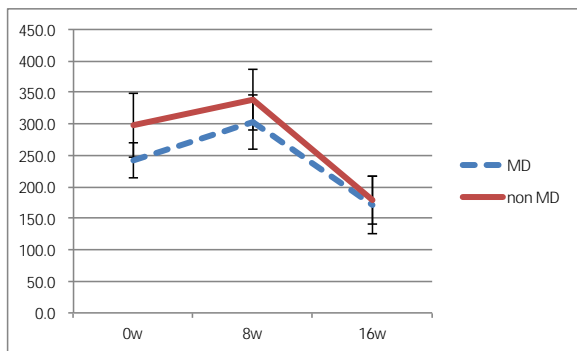


図1 薬剤費(支払いベース)の推移

(円)

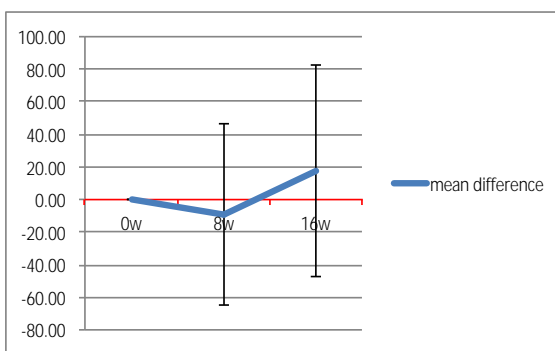


図2 薬剤費(支払いベース)の mean difference の推移 (性別、年齢、ベースライン HAMD、ベースライン薬剤費(支払いベース)で補正)

(円)

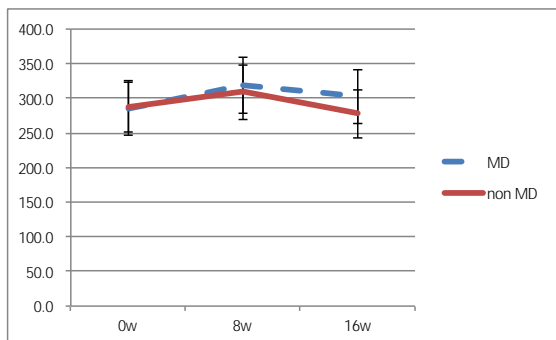


図3 薬剤費(DDD 等価換算ベース)の推移

(円)

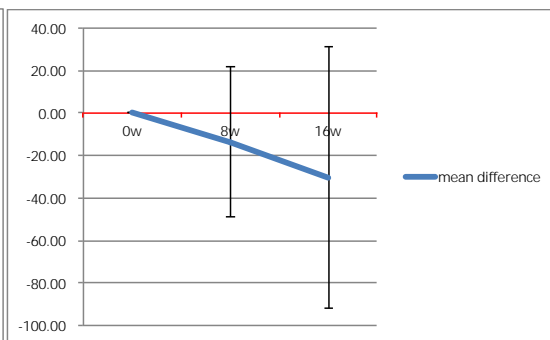


図4 薬剤費(DDD 等価換算ベース)の mean difference の推移 (性別、年齢、ベースライン HAMD、ベースライン薬剤費(DDD 等価換算ベース)で補正)

(円)

(円)

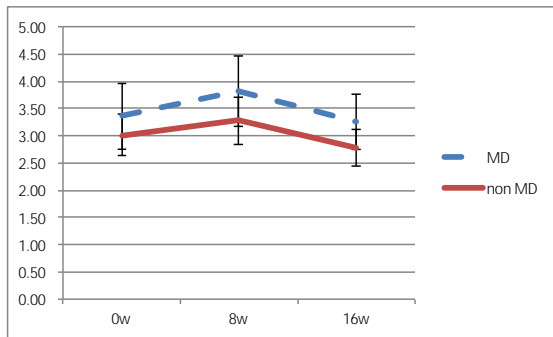


図5 薬剤総用量（DDD 等価換算ベース）の推移

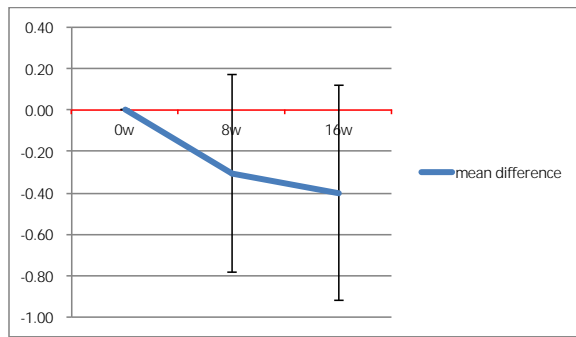


図6 薬剤総用量（DDD 等価換算ベース）の mean difference の推移（性別、年齢、ベースライン HAMD score、ベースライン薬剤用量（DDD 等価換算ベース）で補正）

医療心理技術者等の個人認知療法・認知行動療法研修の方法論の開発
- 心理職への個人認知行動療法教育の時期について -

研究分担者

中野有美

椋山女学園大学人間関係学部心理学科 准教授

研究要旨

医師を対象とした、厚生労働省の認知行動療法の個人セッションのスーパーバイズによる研修が軌道に乗りつつある。この研修の対象を医療に携わる心理技術者に広げる場合、必要な経験年数について、日本の臨床心理士の教育、臨床経験を、米国の clinical psychologist が受けるや日本の医師が精神科医になるために受ける教育、臨床経験と比較しながら検討した。その結果、医療機関に勤務して常勤換算で4年以上経過した者という一つの方向性が割り出された。さらに、そのように設定した場合の弊害についても、現在の教育体制、職場状況などから検討した。

A. 研究目的

B. 医療心理技術者等の個人認知行動療法研修の方法論開発の一環として、平成25年度は、この数年、医療現場に認知行動療法(cognitive behavioral therapy; CBT)が急速に広まりつつあるにもかかわらず、心理技術者の間ではその価値や技術が広まっていない原因について、臨床心理士を養成している日本臨床心理士資格認定協会(以降、協会)の理念や教育を、米国での養成プロセスと対比しながら検討した結果、病院での臨床実習の機会は米国と比べると極めて少なく、さらに協会は、臨床心理士の活躍の場として、医療現場は、学校、産業、福祉、司法領域に並ぶ一つの領域にすぎないという捉え方をしているために、医療を積極的に巻き込んだ教育プロセスとなりにくく、結果として臨床心理士養成校が医療現場の実情やニーズを把握しにくいことが浮き彫りになった。今年度は、ライセンスを取得し職業的専門家として医療現場に携わるようになった心理技術者に焦点を当てた。現在、厚生労働省が精神科医をターゲットに行っているようなCBT個人セッション(いわゆる高強度CBT)のスーパービジョン研修を、心理技術者については、医療現場で臨床経験をどの程度の期間積んだ者を対象に行うべきか探索するとともに、現在、医療現場で働く心理技術者が認知行動療法の研修や実践をどうとらえているか把握することを目的とした。

B. 研究方法

1)ライセンス取得後、医療現場に職を得た日本の心理技術者どのように臨床教育、訓練されていくかについて、日本において心理技術者の最上級

とされる臨床心理士の実情を次の2つの集団点と比較しながらまとめる。米国のクリニカルサイコロジストがその養成課程で受ける臨床教育、訓練 日本で精神科医になるために医師が受ける臨床教育、訓練。

米国での教育の様子については、米国でクリニカルサイコロジストのライセンスを取得した者とこれからその教育を受けようとする者にインタビューを行うとともに、米国心理学会(APA)のホームページ、クリニカルサイコロジスト養成の指定大学院で生徒に配布されるマニュアルを参考にした。日本の臨床心理士の卒業研修については、日本臨床心理士資格認定協会のホームページや同協会が出版している書籍「臨床心理士になるために」を参考にするとともに、医療現場に勤務する常勤の臨床心理士、スクールカウンセラー(以下、SC)をしている臨床心理士へのインタビューを実施し、臨床心理士のレジデント制を敷いている医療機関2か所を取材した。

2)CBT実施について、医療現場で働いている心理技術者に対し、アンケートによる実態調査、意識調査を行う。

C. 研究結果

1) 1 米国でクリニカルサイコロジストになるために臨床教育を受ける時間について 米国では、5年間の大学院生活を経て、1年間、教育的なバックアップを受けながら臨床現場で卒業研修(フェローシップ)を修了すると、州が発行する資格試験を受ける権利が出来る。大学院の最初の2年間を終了するとクリニカルアシスタントとなり、特定のスーパーヴァイザーのもと臨床実践を行うことができるようになる。入学からの4年間で、実践、被指導、グループディスカッションを含め600~1000時間を臨床に費やす

ことが期待されているが、実際にはそれ以上が費やされていることが多いという。そして5年目の1年間は、インターンとなり1年間で約1500時間を臨床訓練のカリキュラムの中で過ごす。卒後のフェローシップにおいても年間1500時間ほど臨床関連の教育を受けるシステムになっている。これらを経て臨床心理士は誕生する。大学院3年生以降は、さまざまな精神療法を学ぶが、その中には当然CBTも含まれている。また、臨床関連のカリキュラムは、精神疾患や精神症状の特徴にタイアップした形で並べられており、また、昨今の風潮としては、CBTをはじめとしたエビデンスベースの精神療法を学びたいと述べる学生が多いという。日本で臨床心理士になるには2年間の指定大学院で教育を受けることが義務化されているが、期間的にも目標としても、米国での最初の2年間の大学院生活に相当すると考えてよい。日本では、この時点で正式な臨床心理士の免許を取得することになる(免許取得後の教育体制については後述)が、米国では、大学院3年目に臨床心理士アシスタントとなってから正式な免許取得までに、単純計算で4000時間近く管理された教育体制のもとで臨床関連の訓練を受けることになるという。

1) 2 日本において精神科専門医になるまでの臨床医教育システムと医師への個人CBT研修
厚生労働省は医師に対する現在の臨床研修制度を平成16年からスタートさせ、医師免許取得後、2年間の臨床研修を義務化した。それまでは、医師が臨床研修を受けることは努力規定であった。医学部を卒業して医師免許を取得した後、大学病院もしくは地域の中核的病院など研修指定病院と定められた医療機関で2年間かけて複数の診療科(【必須】内科、救急医療、地域医療【2科を任意に選択】外科・麻酔科・小児科・産婦人科・精神科)をローテーションし、その後、将来専門としたい診療科の専門研修に進んでいく。精神科の専門医になることを希望した場合は、日本精神神経学会が定める専門医制度に従って、研修手帳を購入し、研修施設認定を受けた医療機関(すなわち、精神科専門医が常勤で在籍し、なおかつ同学会が認定した精神科指導医が規定人数在籍している精神科)で3年以上研修する。研修手帳にある各項目について研修目標に達していることを指導医から認定され、各疾患や各入院形態について既定の経験症例数(少なくとも計30症例)と症例報告数(少なくとも計10症例)を満たし、無事、研修を修了したものが専門医の資格試験を受ける権利を得る。資格試験は、研修手帳と症例報告のチェックに続いて、筆記試験と面接試験により審査される。研修手帳に記載されている研修目標項目の基盤となっている研修ガイドラインには、精神療法に

についての項目があり、そこには「患者との信頼関係を結び家族との協力を構築できる」という一般的な目標や「支持的精神療法が実施できる」「指導医のもとで力動的な精神療法を経験する」という行動目標に並んで、「CBTや森田療法を把握している」という目標が明記されている。精神神経学会が精神科専門医を目指す者にこれらの研修目標を定めている傍らで、厚生労働省は、自殺者が平成10年を境に急増したことを背景に、疾患有病率が高いうつ病をターゲットとして、国内外ですでに治療効果のエビデンスの蓄積があるCBTについて、個人セッションのスーパービジョンを中心とした研修事業を展開している。この研修の対象者は、現在のところ最低2年以上、精神科医療に従事した医師が中心となっている。専門医制度に沿って考えれば、精神科専門医研修が2年終わった時点ということになる。

1) 3 日本における臨床心理士の資格取得後の研修について

一方、国内で2年間の大学院教育の後、臨床心理士となった者について、日本臨床心理士資格認定協会やその他の心理職の職能団体が、米国のように臨床研修カリキュラムを規定して全般的に免許取得後の教育を引き受けるといったことはなされていない。義務化されているものは、日本臨床心理士会がそのライセンスを更新、維持するために、指定された心理系の学会や研修会に参加しポイントを蓄積することである。基本的に1つの学会もしくは研修会に参加すると2ポイント、学会に参加し発表すると4ポイント取得でき、5年間で15ポイント以上の取得が必要であるとされている。スーパービジョンについては、臨床心理士資格のある者から個人スーパービジョンを受けた場合もポイントが加算されることになっているが、この方法でポイントを得ている者は多くない、すなわちスーパービジョンが資格取得後の継続研修の方法として十分機能しているとは言い難いようである。

また、臨床心理士の活躍の場として重要領域とされているSCについては、各県の臨床心理士会が、研修会を企画し参加を義務化することによってその質の担保を図っている。例えば、愛知県では、年に7回、半日の研修会(講演会や意見交換会)を催し、5回以上の参加を呼びかけている。愛知県でSCとして勤務しているある臨床心理士は、この数年、この努力が功を奏し、教員と協力して生徒のこころの成長、問題を取り上げる体制が出来つつある、と述べている。

ところで、医療領域での臨床研修についてはどうか。臨床心理士に対して臨床研修のプログラムを組んでいるA病院、B病院取材した。両病院とも2年間のプログラムを組み毎年2~3名の研修生を受け入れている。常勤の心理技術

者は1名ずつ在籍し研修に関与するものの、両医療機関共に、主に指導に当たっているのは精神科医であった。また、両医療機関共に2年間の研修中、CBTを経験することがプログラムに入っている。特にB病院では週1回のスモールグループスーパービジョンを実施し、その中でCBTについても多く扱っていた。

1) 4 個人CBTセッションのスーパービジョンによる研修対象を医療心理技術者に広げた場合、どのような臨床経験を条件とすることが適切だろうか。

現在、医師について、個人CBTセッションのスーパービジョンによる研修対象が精神科医療に2年以上従事した者となっている事を拠り所として、心理技術者が研修を受ける時期について、まず、患者/クライアントに接する経験量から検討してみる。医学部6年間のカリキュラムの中では、まず、医療面接を学習して臨床技能試験にパスすることが臨床実習に進む必要条件となっている。この臨床技能試験は、模擬患者に対しての面接、対応の実技を審査することで構成されている。次に行う医学部5～6年目の臨床実習では、大学病院内の各診療科を順に回り、予診取り、診察や手術の見学、症例検討会への参加を通じて臨床に触れていく。臨床経験、患者との接触量では、おそらく心理学部4年間+臨床心理士養成大学院2年間でクライアントに接する量に比べはるかに多いと考えられるが、内科、外科などの身体科では観察対象の多くが患者の身体状態である一方で、心理学部を経た臨床心理士は人の精神状態に特化して福祉施設その他で実習したりクライアントに接するわけなので、その点を加味して、乱暴に、医学部6年間と心理学部4年間+臨床心理士養成大学院2年間で、精神面をターゲットとして患者/クライアントに接する経験量についてほぼ同等である、と本稿では考えることにする。現在、医師は、最短で医師免許取得後4年を経て、厚生労働省の個人CBTのスーパービジョンによる研修を受ける権利を得ている。

これらの仮の定義や情報をもとに、医療現場に職を得た心理技術者が個人CBTのスーパービジョン研修を受けるまでにどれ程の経験年数が必要かを検討する。患者/クライアントへの接触量のみを拠り所として検討すれば、常勤で少なくとも4年間医療機関に勤務した者をCBTスーパービジョン研修の対象とする、という一つの方向性が見えてくる。なお、現在のところ、心理技術者は、常勤スタイルを取らずに学校、産業、医療などの複数領域に日替わりで勤務している事も稀ではないので、医療領域に常勤換算で4年間以上勤務したものの、とした方が現実の状況に即しているかもしれない。

1) 5 臨床心理士免許取得後から研修参加までの過ごし方から、心理技術職への個人CBTスーパービジョン研修の時期を再検討する

では、次に、医療現場にて常勤換算で4年以上勤務した後に研修を受ける権利を得る、と仮定した場合、どのような弊害が考えられるか考察する。日本臨床心理士資格認定協会は、臨床心理士の専門業務として“心理面接”を中核的なものと考え、大学院教育においてもその路線で臨床心理士養成カリキュラムを作成するよう指導している。協会は心理面接を「さまざまな臨床心理学的技法を用いて、クライアントの心の支援に資する臨床心理士のもっとも中心的な専門行為」と定義している。しかし、大学院2年間での臨床実習は多くなく講義など座学が中心であるから、本格的医に心理面接を体験するのは養成カリキュラム修了後、就職先で、ということになる。実際、医療現場に就職した心理技術職者は、心理検査や診療の補助（予診取りや医療スタッフ間の疎通性を円滑にする）の業務、グループで行う心理社会的支援に関する業務と共に、個人への心理面接に大きなウエイトを置くことが多い。中には、心理面接業務を心理技術職者に課していない医療機関もあるが、少なくとも心理技術職者本人は、心理面接は本来期待されるべき当然の業務であると考えている。

では、心理技術職者は、日々行う、患者やその家族などへの心理面接を、どのような理論や知識を拠り所としてどのようなスタイルで実施していくことになるのか。

CBTは精神療法（心理療法）としては新しく、その領域を専門とする心理学系大学教員や現場の心理技術者もまだまだ少数派である。心理学部や臨床心理士養成大学院で学生たちは、ほとんどが座学レベルであるにしてもさまざまな精神療法（心理療法）を学ぶが、講義で扱われる割合は、協会からの明確な規制はないので、教授する側の専門性の割合に自ずと比例してくる。

心理技術者へのCBT個人スーパービジョン研修を、医療現場に就職して常勤換算で4年以上経過した者を対象としたとした場合、このような教育環境と職場状況を経てCBT個人セッションを習得したいと考える心理技術者が研修を受ける頃には、日常業務である心理面接を無難にこなしていくための何らかのスタイルが其々の技術者にすでに出来上がっている可能性が高い。効率よくCBT研修の成果が挙がるようにするには、彼らの身に付いた普通の面接スタイルが、CBTの考え方や技術を吸収しやすいスタイルであるかどうかが非常に重要となってくるであろう。

2) CBT実施について、医療現場で働いている心理技術者に対し、アンケートによる実態調査、意識調査

そこで、医療に携わる心理技術者が CBT 全般や個人セッションについてどのような経験や意見を持っているか、アンケートを実施することにした。実施に当たり送付先について主要な臨床心理学関連の学会、団体に協力を依頼したが、いずれについても交渉は成立しなかった。最終的に、全国保健・医療・福祉心理機能協会と日本精神病院協会からの協力が得られることになった。アンケートは、回収率維持を考え、所要時間 2 分程度のはがき 1 面によるものとした。現在、はがきアンケートを送付、回収中である。来年度の報告書で詳しく報告する。

D. 結論

医療現場に携わる心理技術者が個人 CBT セッションのスーパービジョン研修を受ける時期について、日本の臨床心理士の養成課程を米国の clinical psychologist や日本の精神科医の養成課程と比較しながら検討した。一方で、現在、厚生労働省が精神科医に対して実施している個人 CBT スーパービジョン研修の条件からも考察した。その結果、医療現場での臨床経験を十分積んだ頃、すなわち、医療現場にて常勤換算で 4 年以上勤務した後とする方向性が見出された。次に、研修時期をそのあたりに決定した場合の弊害について、日本臨床心理士認定協会が考えている臨床心理士にとっての中核的業務を確認しながら検討した。医療現場を十分経験し、いよいよ CBT の個人セッションを学ぼうと胸ときめかして研修に応募してくる心理技術者が、これまでの方法を生かしながらさらに患者支援の技術を前進させることができるように、心理技術者が置かれている現在の教育環境、職場状況を加味しながら研修の時期、方法、内容についての検討を重ねていくことが肝

参考文献

1. 新・臨床心理士になるために 平成 26 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 2014
2. 臨床心理士とは 日本臨床心理士資格認定協会 <http://fjcbcp.or.jp/about/>
3. Society of Clinical Psychology, American Psychological Association (APA) <http://www.apa.org/about/division/div12.aspx>
4. Internship manual for Clinical Psychology, University of Southern California, 2004
5. 医師臨床研修制度 厚生労働省 2015 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/
6. 精神科専門医制度 公益社団法人日本精神神経学会 2015 <https://www.jspn.or.jp/residents/specialist/index.html>

要である。

E. 謝辞

本調査に当たり、米国で clinical psychologist のライセンスを取得した先生、これから米国の clinical psychologist の教育を受けようとする学生の皆さん、日本の医療現場で働く臨床心理士の先生方、愛知県内で SC として勤務している先生方、さらには取材に協力くださいました名古屋大学、藤田保健衛生大学各精神科教室の先生方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

なし

F2. 学会発表

1. 吉川愛里、中野有美、認知行動療法教育研究会、大野裕
中学生のレジリエンス、情緒の安定に対する「こころのスキルアップ教育」の有用性、
日本認知療法学会 2014.9.12-14
2. 佐藤潮、中野有美、松本由紀奈、谷雅子、藤田潔 他
CBT 教育入院クリニカルパスにおける集団心理教育の評価
—重症度・慢性度の違いに着目した検討 第 3 回日本精神病院学会学術大会 2014.10.
3. 中野有美、杉浦真弓、古川壽亮、明智龍男
反復流産患者の精神的苦痛と認知行動療法による精神的健康度の回復
日本女性学会 2014.11.1-2

看護師の認知行動療法の実施および研修受講状況に関する調査

分担研究者：岡田 佳詠

筑波大学医学医療系

研究要旨：本研究の目的は、本邦における看護師の認知行動療法（以下、CBT）の実施および研修受講状況について調査することであった。全国の精神科関連施設（1902ヶ所）に勤務する看護師に対して郵送法にて調査を実施した。277名（回答率14.5%）の調査結果から、個人対象のCBTについて、47名（17%）は実施経験があるが、230名（83%）はなく、集団対象のCBTも27名（9.7%）は実施経験があるが、250名（90.3%）はなかった。また、CBTトレーニング・講習を受けた経験のある看護師は120名（43.3%）、CBT関連書籍を読んだ経験は179名（64.6%）にあり、個人・集団CBTの実施経験のある看護師は、実施経験のない看護師よりも、CBTのトレーニングや講習を受けたり、書籍を読んだ経験を持つ傾向にあった。しかし、CBTトレーニングや講習を受けても、個人・集団CBTを実施していない看護師が40%弱みられた。個人CBTを実施していない理由として、力量に自信がないことが145名（63%）、個人CBTができる環境にないことが118名（51.3%）、スーパーバイザーがいないことが109名（47.4%）から挙げられた。さらに、今後のCBTトレーニングや講習の受講希望は237名（85.6%）、CBT実施希望は209名（75.5%）に上っていた。以上のことから、今後、看護師が質の担保されたCBTを実施するために必要な教育体制の構築にあたり、スーパービジョンを導入した、看護師の臨床に沿ったCBTの研修内容を盛り込むことが必要であること、また他職種や上司・同僚等の職場全体での看護師のCBT実施に対する理解の促進、サポート体制の整備も重要であることが示唆された。

研究協力者

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

A．研究目的

本研究の目的は、本邦における看護師の認知行動療法（以下、CBT）の実施および研修受講状況について調査することであった。

B．研究方法

1．研究期間：2015年1月～2月

2．研究実施施設：全国の精神科医療施設の看護師、1,902名

3．データ収集方法

精神科看護師の職能団体である一般社団法人日本精神科看護協会の担当者に、本研究の目的と方法を説明した。文書での承諾を得られた後、日本精神科看護協会の会員が所属する1,902の施設に発行される機関誌に、本調査の調査依頼文書とアンケート返信用はがきを封入した。各施設のなかで、施設の判断で回答可能な看護師を1名選び、無記名での回答後、アンケート返信用はがきの投函を依頼した。調査への協力は、アンケート返信用はがきの返信を持って得られたと判断した。

調査内容は、個人対象および集団での CBT の実施の有無、CBT のトレーニングや講習の受講の有無、CBT に関する書籍（専門書）を読んだ経験の有無、今後のトレーニングや講習の受講希望、CBT の実施希望の有無、個人 CBT を実施していない場合の理由などで、「はい」「いいえ」の 2 件法での回答を求めた。また、対象者の属性として、所属先の所在地、施設の種類、年代についても尋ねた。

4. データ分析方法

統計解析ソフトウェア SPSS Statistics ver.18 にて解析を行った。各質問項目の数値を単純集計し、全体の割合を算出した。また個人・集団 CBT の実施の有無とトレーニングや講習の受講経験の有無との間の関連等についても、²検定を実施した。

5. 倫理的配慮

本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認（933 号）を得て実施した。調査依頼文書にプライバシーの保護、研究協力の任意性の保障、結果の公表等を明記し、アンケート返信用はがきの返信を持って同意が得られたと判断した。

C. 研究結果

1. 対象者の概要

精神科関連施設 1,902 ヶ所に対して機関誌の送付時にアンケート返信用はがきを封入し、郵送での返信の結果、277 名の看護師から回答を得た（回答率 14.5%）。対象者の所在地は、関東が 66 名（23.8%）と最も多く、次いで近畿 39 名（14.1%）、中国 32 名（11.6%）、東北 30 名（10.8%）であった（表 1、図 1）。所属する施設は、単科精神科病院が 195 名（70.4%）で最も多く、

総合病院精神科 22 名（7.9%）、大学病院は 13 名（4.7%）であった（表 2、図 2）。対象者の年代は、50 代が 124 名（44.8%）と最も多く、次いで 40 代が 78 名（28.2%）、30 代が 38 名（13.7%）の順であった（表 3、図 3）。

2. うつ病の CBT トレーニング・講習の受講経験、CBT 関連の書籍を読んだ経験

CBT トレーニング・講習の受講経験について、「あり」と回答した人は 120 名（43.3%）、「なし」と回答した人は 157 名（56.7%）であった。

また、CBT 関連の書籍を読んだ経験について、「あり」と回答した人は 179 名（64.6%）、「なし」と回答した人は 98 名（36.4%）であった。

3. 個人対象のうつ病の CBT 実施経験および CBT トレーニング・講習の受講経験、CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連

個人対象とした CBT の実施経験について、「あり」と回答した人は 47 名（17%）、「なし」と回答した人は 230 名（83%）であった。

また、個人対象の CBT の実施経験と CBT のトレーニングや講習の受講経験、また CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連について、²検定を行った結果、表 4、5 のように、個人対象の CBT を実施している看護師は、実施していない看護師よりも、CBT トレーニングや講習を受けたり、書籍を読んだ経験を持つ傾向にあった（ $\chi^2=25.5$ 、 $df=1$ 、 $p<.001$ 、残差 = 15.6； $\chi^2=15.1$ 、 $df=1$ 、 $p<.001$ 、残差 = 11.6）。

その一方で、個人 CBT を実施していない人のなかには CBT のトレーニングや講習を受けている人も 84 名（36.5%）に上った

(表4)。

4. 個人 CBT を実施していない理由

個人 CBT を実施していない人は、230 名 (83%) で、実施していない理由は、「自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない」との回答が 145 名 (63%) と最も多く、次いで「患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない」が 118 名 (51.3%)、「CBT 面接実施時にスーパービジョン (指導) してくれる人がいない」が 109 名 (47.4%)、「研修の機会が十分でない」が 102 名 (44.3%) 等であった (表5、図4)。

5. 集団対象のうつ病の CBT 実施経験および CBT トレーニング・講習の受講経験、CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連

集団対象の CBT の実施経験について、「実施したことがある」と回答した人は 27 名 (9.7%)、「実施したことがない」と回答した人は 250 名 (90.3%) であった。

また、集団対象の CBT の実施経験と CBT のトレーニングや講習の受講経験、また CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連について、

χ^2 検定を行った結果、表7、8のように、集団対象の CBT を実施している看護師は、実施していない看護師よりも、CBT トレーニングや講習を受けたり、書籍を読んだ経験を持つ傾向にあった ($\chi^2=17.7$ 、 $df=1$ 、 $p<.001$ 、残差=10.3； $\chi^2=16.3$ 、 $df=1$ 、 $p<.001$ 、残差=9.6)。

その一方、集団 CBT を実施していない人のなかには CBT トレーニングや講習を受けている人も 98 名 (39.2%) に上った (表7)。

6. うつ病の CBT のトレーニング・講習の受講希望

「機会があれば CBT のトレーニングや講

習を受けてみたいか」という設問に対して、「はい」と回答した人は 237 名 (85.6%)、「いいえ」と回答した人は 40 名 (14.4%) であった。

7. うつ病の CBT の実施希望

また、「機会があれば CBT を実施してみたいと思うか」という設問に対して、「はい」と回答した人は 209 名 (75.5%)、「いいえ」と回答した人は 68 名 (24.5%) であった。

8. うつ病の CBT のトレーニング・講習の受講経験とうつ病の CBT の実施希望との関連

うつ病の CBT のトレーニング・講習の受講経験と CBT の実施希望との関連について、 χ^2 検定を行った結果、表9のように、CBT のトレーニング・講習の受講経験のある看護師は、CBT の実施を希望する傾向がみられた ($\chi^2=8.6$ 、 $df=1$ 、 $p<.01$ 、残差=10.5)。

D. 考察

今回の対象者は、関東、近畿、東北などの地域の単科精神科病院に勤務する 30～50 代の看護師で構成されていた。対象者の年代は、50 代が半数近くを占めており、これは今回日本精神科看護協会の機関誌に同封したことで、機関誌を受け取る協会の役員や院内の役職のある人による回答であった可能性が考えられる。

うつ病の CBT トレーニング・講習の受講経験については、今回 43.3% が「あり」と回答しており、2011 年の白石らと岡田らの九州・東京地区の看護師の CBT 研修受講率の 30% 弱と比較すると、受講率は上がっていると推測される。また、CBT 関連の書籍を読んだ経験も 60% 以上に上る点は、看護師の CBT への興味・関心の向上のみならず、

CBT 実施の動機の高さも反映していると考えられる。

個人対象の CBT の実施経験は、17%が「あり」と回答しており、これも 2011 年の白石らと岡田らの看護師の CBT 実施率調査の 14~17%と比較すると、ほぼ横ばいか若干上がっていると推測される。また、個人対象の CBT の実施経験のある看護師が、経験のない看護師よりも CBT トレーニングや講習を受けたり、書籍を読んだ経験を持つ傾向は、実施にあたり、何らかのトレーニング・講習の受講、書籍などで知識やスキルを得るなどの準備を整えていることは推測される。しかし、今回はトレーニングや講習の内容までは調査できておらず、どのような内容のトレーニングや講習であったかは不明である。今後、看護師がどのようなトレーニングや講習を受けて実施しているかを検討し、質の担保された研修体制の構築が必要である。

また、実施の質の担保のためには、実施中のスーパービジョンが重要であるが、実施していない理由にも挙げられている、スーパービジョンを受けられないという現状を踏まえると、おそらく今回の CBT を実施している看護師の場合も、スーパービジョンを受けないまま実施していることが推測される。今後、質の担保のために、看護師の CBT の実施へのスーパービジョンを含めた、研修体制の構築が必要と考えられる。

一方、個人 CBT を実施していない人は 83%で、そのうち CBT のトレーニングや講習をすでに受けている人は 36.5%と、トレーニング等は受けていても CBT の実施に至らない看護師も多数存在することが示唆された。その理由には、実施できる力量が

あるという自信がない、個人 CBT を行える環境にない、CBT 面接実施時にスーパービジョンを受けられない、研修の機会が十分でないことなどが挙げられている。このうち、力量がない点については、研修の機会が十分でないという点が挙げられていることとも関連し、従来の短時間・短期間の講義と簡単な演習の研修では、実施に自信が持てるほどには至らないこと、また研修内容が看護師の臨床に十分に沿っておらず、導入への困難さから自信が持てないという可能性も考えられる。

また、スーパーバイズを受けられないという理由で実施できないという点は、先述のスーパーバイズを受けないまま実施している問題とも関連し、現在国内では医師へのスーパーバイズ体制は構築されつつあるものの、看護師の臨床や教育背景、アイデンティティなどを理解してスーパーバイズできる人材はかなり限られているという現状がある。よって、スーパーバイズを受けながら CBT を実施できる看護師は非常に少ないため、スーパーバイズを受けない状況のなか、手探りで実施しているか、あるいは実施そのものをしていないのではないかと推測される。今後、看護師の実践者の養成はもとより、看護師でスーパーバイズができる人材の養成、またどのようなスーパーバイズが看護師にとって効果的かを検討し、看護師対象のスーパーバイズ体制を構築していくことが急務と考える。

個人 CBT が実施できない理由には、個人 CBT を行える環境にないことも挙げられている。詳細は不明であるが、主治医からの了解が得られないと実施することが難しいこと、看護師が、治療行為にあたる精神療

法（認知行動療法）を実施することに抵抗を示す他職種や同職種の上司や同僚が存在すること、時間のない中、診療報酬につながることは認めてもらにくいことなどが起こっていると推測される。看護師が CBT を実施する場合は、他職種や上司・同僚の理解や協力が不可欠であろうと考えられるため、これらの実態をまずは把握すること、また今後、それをベースに、職場全体での看護師の CBT の実施に対する理解の促進およびサポート体制の構築を行うことが課題であろう。

集団対象の CBT の実施経験は 9.7% と個人対象よりも少なかった。集団での実施の方が、個人に比べて、開始前にプログラムを作成したり、他職種等との連携体制を組んだりするなど、準備に時間をかける必要があったり、多くの患者を対象にすることでの力量の点などから、なかなか実施には至っていないと推測される。

個人対象の CBT を実施している場合と同様に、集団対象の CBT を実施している看護師も、実施していない看護師に比べて、CBT トレーニングや講習を受けたり、書籍を読んだ経験を持っており、トレーニング等の内容は不明ではあるものの個人の実践の準備状況はあると考える。しかし、集団の場合も個人の場合と同様に、スーパーバイズを受けながら実施している看護師は非常に少ないと想定されるため、質の担保という点から、集団 CBT のスーパーバイズ体制もどう構築するかが課題であろう。

うつ病の CBT のトレーニングや講習の受講希望者は 85.6% と非常に高かった、トレーニングや講習の受講希望者の中には個人・集団 CBT を実施していると回答した人

も少なからず含まれており、看護師の大半が、今後 CBT の実践に役立つトレーニング等を受けたいと思っている現状が示唆されたといえる。

また、CBT 実践の希望者も 75.5% と高かった。CBT の実践を希望する理由は不明であるが、看護師は、CBT が患者に対して何らかの効果があり、臨床で必要であると考えていることが推測される。2011 年の白石らと岡田らの調査で、看護師の臨床での CBT の必要性の認識が 40% 程度であったことと比較すると、今回の実践希望者が 75% 以上に上った点は、看護師の臨床での CBT の必要性が以前よりも増してきたことを表すと考えられる。その背景には、うつ病患者へのエビデンスに基づく効果的な看護を求める傾向、看護の臨床での CBT の有用性の認識の向上などがあるだろう。

さらに、CBT のトレーニング・講習の受講経験のある人は CBT の実施希望がある傾向が明らかとなった。多くの看護師は、何らかの形で臨床のなかに CBT を導入したいと考えており、トレーニングや講習を受講していると推測される。しかし、先述のように実際に実施できている看護師は 17% にとどまるため、スーパービジョンを導入した、実施に結びつく CBT の教育体制の構築ならびに CBT 実施が可能となる職場環境の整備等が必須であろう。

最後に、本研究の限界として、今回の調査は、全国の精神科関連施設の看護師を対象に行われたが、回収率が 14.5% と低かったこと、また各施設で任意に看護師を選んでいることから、全国の精神科関連施設に勤務する看護師を代表したものとは言い難

い。今後、サンプリングの工夫と対象数を増やすことが課題であろう。

E. 結論

本邦における看護師の CBT の実施および研修受講状況について調査することを目的に、精神科関連施設に勤務する看護師を対象に調査を実施した結果、トレーニングや講習の受講経験は半数近く、また CBT 関連の書籍を読んだ経験は 6 割以上にあるものの、個人・集団対象ともに、実施している人は 2 割を満たしていなかった。実施している人はトレーニング等を受けたり、書籍を読んだ経験を持つ傾向にあった。しかし、実施していない人は、その理由に、実施できる自信がないこと、CBT を実施できる環境にないこと、スーパービジョンが受けられないことなどが挙げられていた。また、看護師の CBT のトレーニング等の受講希望や CBT の実施希望は高く、トレーニング等の受講経験のある人はより CBT 実施希望が高い傾向もみられた。これらのことから、今後、看護師が質の担保された CBT を実施するために必要な教育体制の構築にあたり、スーパービジョンを導入した、看護師の臨床に沿った CBT の研修内容を盛り込むことが必要であること、また他職種や上司・同僚等の職場全体での看護師の CBT の実施に対する理解の促進、サポート体制の整備も重要であることが示唆された。

(謝辞)

本調査にあたっては、一般社団法人日本精神科看護協会業務執行理事の龍野浩寿様をはじめ役員の皆様、会員の皆様にご協力いただきましたことを心から感謝申し上げます。

引用文献

白石裕子、東サト工、外山沙弥佳、岡田佳詠(2011). 精神科看護師の認知行動療法導入の準備と実践状況(第一報)-九州地区における調査-、第 31 回日本看護科学学会学術集会講演抄録集、524.

岡田佳詠、白石裕子、東サト工、外山沙弥佳(2011). 精神科看護師の認知行動療法導入の準備と実践状況(第二報)-東京地区における調査-、第 31 回日本看護科学学会学術集会講演抄録集、524.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1 . 対象者の所属施設の所在地

	度数	比率(%)
北海道	20	7.2
東北	30	10.8
関東	66	23.8
中部	24	8.7
北陸	12	4.3
近畿	39	14.1
中国	32	11.6
四国	12	4.3
その他	42	15.2
合計	277	100.0

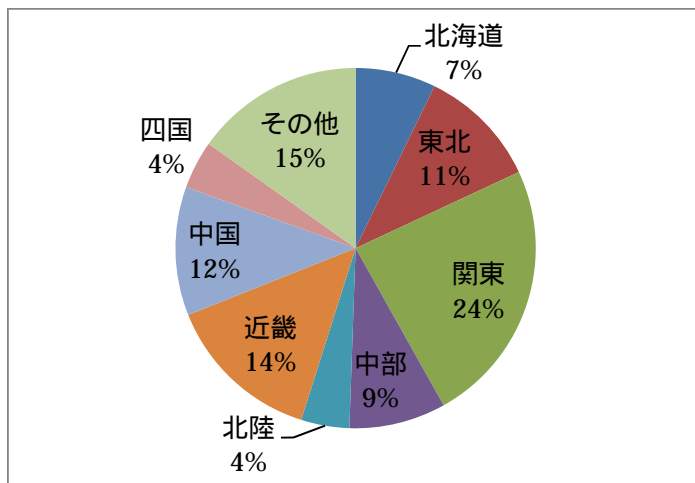


図 1 . 対象者の所属施設の所在地

表 2 . 対象者の所属施設

	度数	比率(%)
大学病院	13	4.7
総合病院精神科	22	7.9
単科精神科病院	195	70.4
精神科診療所	8	2.9
その他	31	11.2
不明	8	2.9
合計	277	100.0

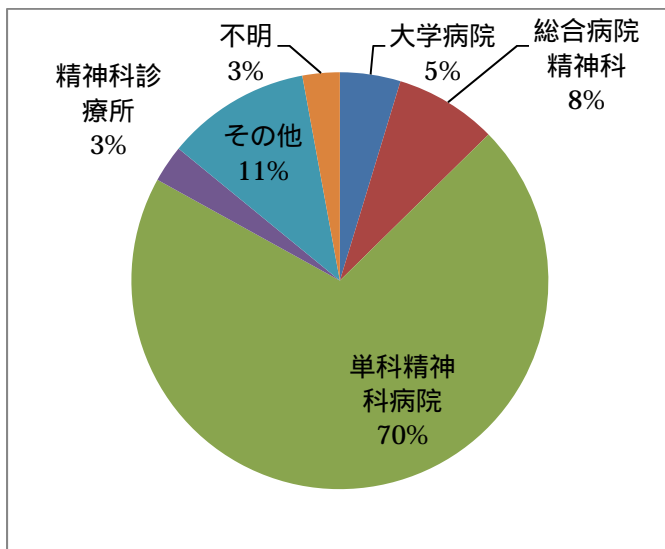


図 2 . 対象者の所属施設

表 3 . 対象者の年代

	度数	比率(%)
20代	7	2.5
30代	38	13.7
40代	78	28.2
50代	124	44.8
60代	22	7.9
その他	3	1.1
不明	5	1.8
合計	277	100.0

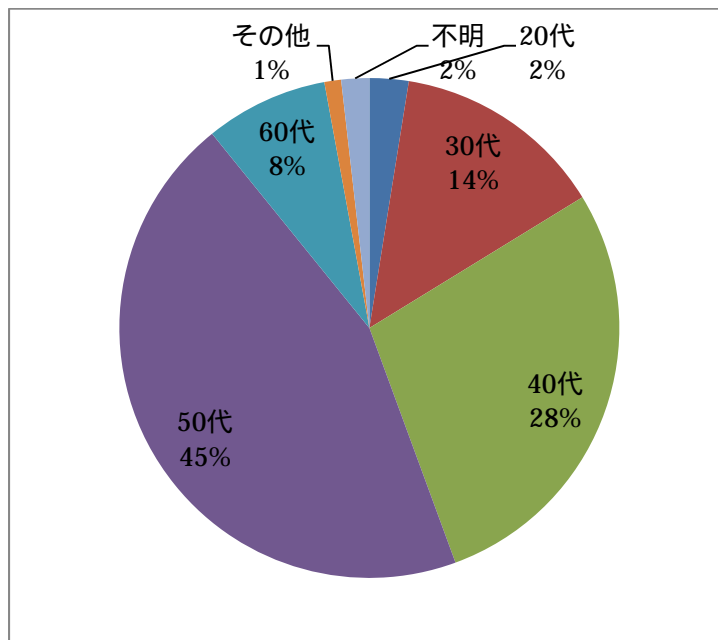


図 3 . 対象者の年代

表 4 . 個人 CBT の実施と CBT トレーニング・講習受講経験との関連

	CBT トレーニング・講習を受けた経験		合計
	なし	あり	
個人 CBT 実施なし(人)	146	84	230
(%)	63.5	36.5	100
個人 CBT 実施あり(人)	11	36	47
(%)	23.4	76.6	100

$N = 277$ $\chi^2 = 25.5$ $df = 1$ $p < .001$ 残差 = 15.6

表 5 . 個人 CBT の実施と CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連

	CBT 関連の書籍を読んだ経験		合計
	なし	あり	
個人 CBT 実施なし(人)	93	137	230
(%)	40.4	59.6	100
個人 CBT 実施あり(人)	5	42	47
(%)	10.6	89.4	100

$N = 277$ $\chi^2 = 15.1$ $df = 1$ $p < .001$ 残差 = 11.6

表 6 . 個人 CBT を実施していない理由

	度数	比率 (%)
個人 CBT が医療保険上医師に限定	45	19.6
病院・上司が CBT の必要性を感じていない	51	22.2
研修の実施場所がわからない	64	27.8
実施時間がとれない	70	30.4
研修の機会が十分ない	102	44.3
スーパービジョンをしてくれる人がいない	109	47.4
自分が個人 CBT できる環境にない	118	51.3
自分で実施できる力量に自信がない	145	63.0

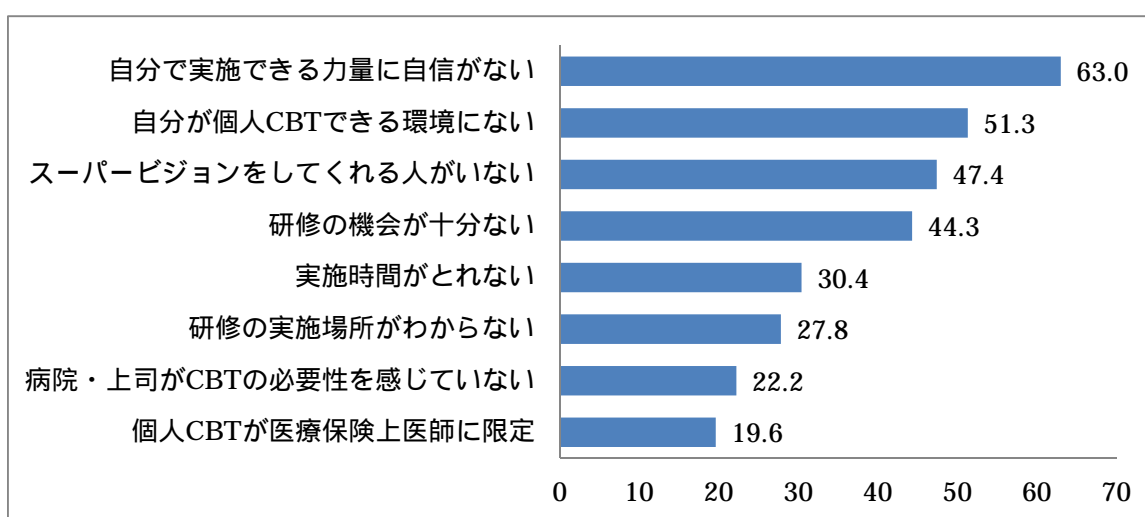


図 4 . 個人 CBT を実施していない理由

表 7 . 集団 CBT の実施と CBT トレーニング・講習受講経験との関連

	CBT トレーニング・講習を受けた経験		合計
	なし	あり	
集団 CBT 実施なし(人)	152	98	250
(%)	60.8	39.2	100
集団 CBT 実施あり(人)	5	22	27
(%)	18.5	81.5	100

$N = 277$ $\chi^2=17.7$ $df=1$ $p<.001$ 残差 = 10.3

表 8 . 集団 CBT の実施と CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連

	CBT 関連の書籍を読んだ経験		合計
	なし	あり	
集団 CBT 実施なし(人)	98	152	250
(%)	39.2	60.8	100
集団 CBT 実施あり(人)	0	27	27
(%)	0	100	100

$N = 277$ $\chi^2=16.3$ $df=1$ $p<.001$ 残差 = 9.6

表 9 . CBT トレーニング・講習受講経験と CBT 実施希望との関連

	CBT 実施希望		合計
	なし	あり	
CBT トレーニング・講習受講経験なし(人)	49	108	157
(%)	31.2	68.8	100
CBT トレーニング・講習受講経験あり(人)	19	101	120
(%)	15.8	84.2	100

$N = 277$ $\chi^2=8.6$ $df=1$ $p<.01$ 残差=10.5

資料1. 「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」
認知行動療法実施状況に関する調査【看護師用】

下記の設問で該当するものに を付けてご回答ください。

1. 貴施設の所在地をお教えてください

北海道 東北 関東 中部 北陸 近畿 中国 四国 九州

2. 貴施設の種類を教えてください

大学病院 総合病院精神科 単科精神科病院 精神科診療所
 その他 ()

3. 回答者の年代を教えてください

20代 30代 40代 50代 60代 それ以外 ()

4. うつ病の認知行動療法 (CBT) に関する以下の質問にお答えください

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

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

自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない
 実施するための時間がとれない
 患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない
 CBT に関する研修の機会が充分にない
 CBT に関する研修がどこで実施されているのかわからない (情報が無い)
 CBT 面接実施時にスーパービジョン (指導) してくれる人がいない
 個人 CBT の実施が (医療保険上) 医師のみに限定されている
 病院 (経営陣) や職場の上司が CBT の必要性を感じていない
 その他 ()

~ ご協力どうもありがとうございました ~

作業療法士および精神保健福祉士が 認知療法・認知行動療法を行う際の問題点の整理と対策調査

分担研究者：田島 美幸

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究趣旨：本研究の目的は、本邦における作業療法士および精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法（以下、CBT）の施行や学習状況、今後のニーズの現況を調査することである。精神科医療施設（1449カ所）に勤務する作業療法士、および、精神科医療施設（1,208カ所）に勤務する精神保健福祉士に対して郵送調査を実施した（回答率 53.1%）調査結果から、CBTに関するトレーニング（研修等）を希望する人は90.2%、「機会があればCBTを実施してみたい」と考える人は85.1%である一方、「CBT実施経験あり」と回答した人は13.6%と少なく、「CBTのトレーニングを受けたことがない」人は68.7%であった。また、CBTを実施したことがない理由として、「自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない」が半数を占め、「患者に対して自分がCBTを実施できる立場にない」、「CBT研修の機会が十分でない」、「CBT実施時にスーパービジョン（指導）してくれる人がいない」と続いた。うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験（個人）がある人は、実施経験がない人よりも専門書籍の読書経験や研修受講経験があり、認知療法・認知行動療法を今後も実施したいと希望する割合が高かった。作業療法士に対する認知療法・認知行動療法の研修の機会を増やすことが、日頃の臨床業務における認知療法・認知行動療法の実施に繋がる可能性があるかと推測された。

研究協力者

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. 調査対象

作業療法士を対象とした調査では、一般

社団法人日本作業療法士協会の協力を得て実施した。同協会が定める手続に則り、「会員個人情報保護に関する誓約書」を会長宛てに提出し、総括個人情報管理者である事務局長の決裁を経て会員名簿を入手した。作業療法士の勤務先は多岐にわたるが、本調査では精神科関連の医療施設に勤務する者に限定した。なお、1施設につき複数の作業療法士が勤務している場合があるため、送付宛先を「A病院作業療法部責任者」とした。

精神保健福祉士を対象とした調査では、公益社団法人日本精神科病院協会の協力を

得て実施し、同協会の役員会の決裁を経て、会員医療施設の名簿を入手した。まずは、会員医療施設の院長宛に調査協力依頼書を送付し、調査に協力してもらえる場合には、同封した調査票を院内の精神保健福祉士の代表者 1 名に渡して回答してもらおうとした。

2. 調査項目

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

3. 調査方法

2015 年 1 月上旬、精神科医療施設 1,449 力所に所属する作業療法士に対して、2015 年 1 月上旬に郵送調査を実施した。また、精神科医療施設 1,208 力所に所属する精神保健福祉士に対しては、2015 年 2 月上旬に郵送調査を実施した。本研究の趣旨を説明した送付状、調査項目（資料 1, 2）を背面印刷した返信用葉書を郵送し、返送された結果を解析した。

4. 解析方法

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

（倫理面への配慮）

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

生じないと考えられた。

C. 研究結果

1. 作業療法士の調査結果

（1）調査対象者の概要

精神科医療施設 1,449 力所に送付した結果、770 力所から回答を得た（回答率 53.1%）、調査対象者が所属する施設の内訳は、単科精神科病院が 578 力所（75.1%）、総合病院精神科 93 力所（12.1%）、単科診療所 52 力所（6.8%）、大学病院 12 力所（1.2%）、その他 29 力所（3.8%）、回答なし 6 力所（0.8%）であった（表 1・図 1）。調査対象者が所属する施設の所在地は、表 2・図 2 の通りである。関東地域が 169 力所（21.9%）と最も多く、続いて、九州地域が 147 力所（19.1%）、中部地域が 93 力所（12.1%）、近畿地域が 91 力所（11.8%）の順であった。調査対象者の年代は、30代が 345 名（44.8%）と最も多く、続いて 40代が 258 名（33.5%）、50代が 78 名（10.1%）の順であった（表 3・図 3）。

（2）うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験（個人）

精神科医療機関に勤務する作業療法士の認知療法・認知行動療法の実施経験を調査した。個人療法としての認知療法・認知行動療法の実施経験に関しては、「実施したことがある」と回答した人は 105 名（13.6%）、「実施したことがない」と回答した人は 659 名（85.6%）であった。なお、所属施設所在地別、所属施設種別、年代別は表 5、表 6、表 7 の通りである。

また、うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験（個人）と他項目の 2 検定で有意差が認められたのは、集団療法の実施

経験 ($\chi^2=140.75$, $df=1$, $p=0.000$)、トレーニングや講習の受講経験 ($\chi^2=94.536$, $df=1$, $p=0.000$)、専門書籍の読書経験 ($\chi^2=55.99$, $df=1$, $p=0.000$)、認知療法・認知行動療法の実施希望 ($\chi^2=11.22$, $df=1$, $p=0.000$)であった。

(3) うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験 (集団)

集団療法としての実施経験は、「実施あり」が136名(18.0%)、「実施なし」が627名(81.4%)であった(表4)。なお、所属施設所在地別、所属施設種別、年代別は表5、表6、表7の通りである。

(4) うつ病の認知療法・認知行動療法に関する学習状況

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

トレーニングや研修の受講の有無と施設所在地のクロス集計を表5に示す($\chi^2=23.10$, $df=8$, $p=0.003$)。トレーニングや講習の受講経験が多いのは、関東地域が51名(21.6%)、続いて九州地域42名(17.8%)、近畿地域41名(17.4%)であった(表5)。なお、所属施設種別、年代別は表6、表7の通りである。

(5) うつ病の認知療法・認知行動療法トレーニングに対するニーズ

「機会があれば認知療法・認知行動療法のトレーニングや講習会を受けてみたいで

すか」という設問に対して、「はい」と回答した人は695名(90.2%)、「いいえ」と回答した人は66名(8.6%)であった。なお、所属施設所在地別、所属施設種別、年代別は表5、表6、表7の通りである。

(6) うつ病の認知療法・認知行動療法実施に対するニーズ

「機会があれば認知療法・認知行動療法を実施してみたいと思いますか」という設問に対して、「はい」と回答した人は655名(85.1%)、「いいえ」と回答した人は94名(12.2%)であった。なお、所属施設所在地別、所属施設種別、年代別は表5、表6、表7の通りである。

(7) うつ病の認知療法・認知行動療法を実施していない理由

「これまでにうつ病の認知療法・認知行動療法を実施したことがない」と回答した人に対して、実施したことがない理由(複数回答)を尋ねた。その結果、「自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない」と回答した人は392名(50.9%)と最も多く、続いて「患者に対して自分が認知療法・認知行動療法を実施できる立場にない」が279名(36.2%)、「認知療法・認知行動療法の研修の機会が十分でない」が260名(33.8%)、「認知療法・認知行動療法の実施時にスーパービジョン(指導)してくれる人がいない」が254名(33.0%)等であった(表8)。

2. 精神保健福祉士の調査結果

精神保健福祉士の調査に関しては、現在実施中である(2015年2月末日〆切)。

D. 考察

本研究は、本邦における作業療法士およ

び精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法施行の現況を調査するために実施した。作業療法士に対するアンケートでは、回収率が53.1%と高かったことから、本結果は作業療法士の認知療法・認知行動療法の実施状況や学習状況、今後のニーズをある程度、適正に反映していると考えられた。

本調査からは、認知療法・認知行動療法に関するトレーニング（研修等）を希望する人は90.2%と9割を超え、また、「機会があれば、認知療法・認知行動療法を実施してみたい」と希望する人は85.1%と非常に多いことが分かった。一方で、「認知療法・認知行動療法に関するトレーニング（研修）を受けたことがない」と回答した人は7割を占め、「これまでに認知療法・認知行動療法を実施したことがある」と回答した人は13.6%と少数であった。これは、精神科医療機関に勤務する作業療法士は、診療報酬「精神科作業療法」の規定（作業療法士1名につき、概ね25人の患者を2時間取り扱い（1単位）、1日2単位50名以内を標準とする）に基づく支援が主な業務内容となることが多く、現場では精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的とした集団的関わりを求められることが多いことが影響している可能性が高いと思われた。

一方、1割以上の作業療法士が「個人療法として認知療法・認知行動療法を実施している」と回答しており、これらの実態が高強度の認知療法・認知行動療法（50分×16回）を指すのか、もしくは、作業療法やデイケア等でのうつ病患者との短時間の面接（例えば、うつ病休職者を対象としたリワークプログラム内で実施する個人面接など）で、部分的に認知療法・認知行動療法

の技法を用いた面接を実施したことを指すのかは、本調査の設問からは十分に把握できないが、今後、医師以外の多職種に高強度の認知療法・認知行動療法の実施を拡げる場合には、質の担保を維持する十分な研修やスーパービジョンの制度を整える必要があると思われた。認知療法・認知行動療法を実施したことがない理由の約半数が、「自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない」という理由であったことも本考察を支持すると思われ、研修やスーパービジョン（指導）の機会が十分でないために、認知療法・認知行動療法を実施するだけの自信が持てないと考えられる作業療法士が一定程度いると推測された。また、トレーニングや講習の受講経験の有無と対象者の所属施設所在地の間には有意差が認められ、関東地域、九州地域、近畿地域に勤務する作業療法士は、比較的研修の受講経験が多いものの、地域によっては研修の開催自体が少ないなど、受講の機会に地域差があると思われた。

本調査結果を踏まえると、認知療法・認知行動療法の研修やスーパービジョン（指導）などのトレーニングの機会の増加は、日頃の臨床業務における認知療法・認知行動療法の実施に繋がる可能性があり、メディカルスタッフがうつ病患者に対して認知療法・認知行動療法を提供する機会を増やすためには、まずは適切な教育の機会を提供する必要があると考えられた。

本研究の限界点としては、認知療法・認知行動療法に関心のある作業療法士が多く回答した可能性が否定できないこと、1施設につき1名の回答者を任意で選出してもらったため、回答者の立場や年代が回答に

影響を与えた可能性が否定できないことなどが挙げられる。

なお、精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法の実施状況については、次年度に報告予定である。

E . 結論

本研究班では、本邦における作業療法士および精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法の施行や学習状況、今後のニーズの現況を調査するために、アンケート郵送調査を実施した。作業療法士に対する調査結果から、認知療法・認知行動療法に関する研修を希望する人や患者に対して同療法を施行してみたいと希望する人は非常に高いものの、実際に研修を受講したり、同療法を施行している人は少ないという現状が浮き彫りになった。また、実施しない理由として、「認知療法・認知行動療法を実施できる自信がない」ことを挙げた人が約半数を占めていることから、作業療法士に対する認知療法・認知行動療法の研修の機会を増やすことが、日頃の臨床業務における認知療法・認知行動療法の実施に繋がる可能性があるかと推測された。

(謝辞)

本調査の実施にご協力いただいた一般社団法人日本作業療法士協会副会長 荻原喜茂先生をはじめ各先生方、および、公益社団法人日本精神科病院協会の役員の先生方に深く感謝いたします。

F . 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G . 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

1. 作業療法士を対象としたアンケート調査結果

表 1 調査対象者の所属する医療機関の種別

	度数	比率 (%)
大学病院	12	1.6%
総合病院精神科	93	12.1%
単科精神科病院	578	75.1%
精神科診療所	52	6.8%
その他	29	3.8%
回答なし	6	0.8%
合計	770	100.0%

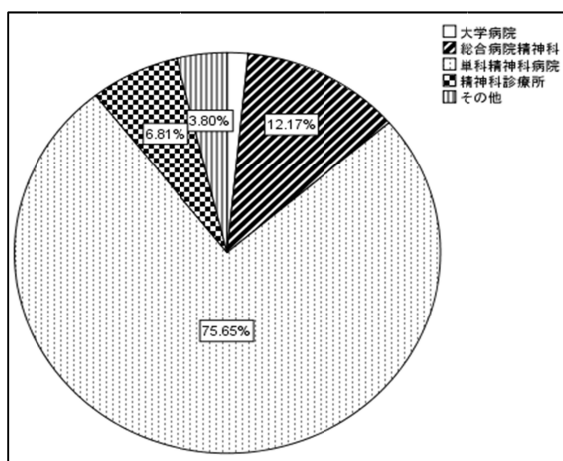


図 1 調査対象者が所属する医療機関の種別

表 2 調査対象者の所属する医療機関の所在地

	度数	比率 (%)
北海道	60	7.8%
東北	72	9.4%
関東	169	21.9%
中部	93	12.1%
北陸	35	4.5%
近畿	91	11.8%
中国	66	8.6%
四国	31	4.0%
九州	147	19.1%
回答なし	6	0.8%
合計	770	100.0%

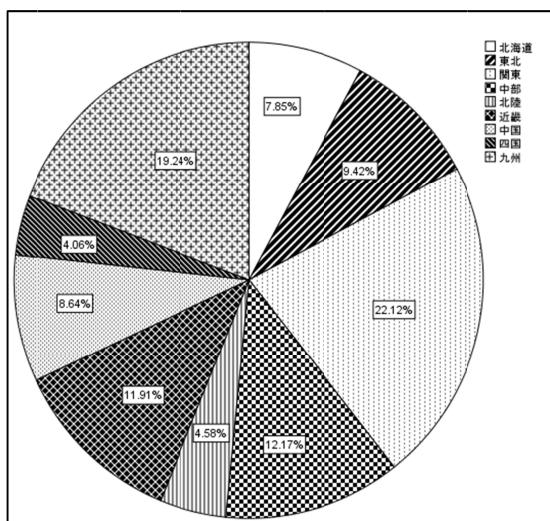


図 2 調査対象者が所属する医療機関の所在地

表 3 調査対象者の年代

	度数	比率 (%)
20代	71	9.2%
30代	345	44.8%
40代	258	33.5%
50代	78	10.1%
60代	7	0.9%
回答なし	11	1.4%
合計	770	100.0%

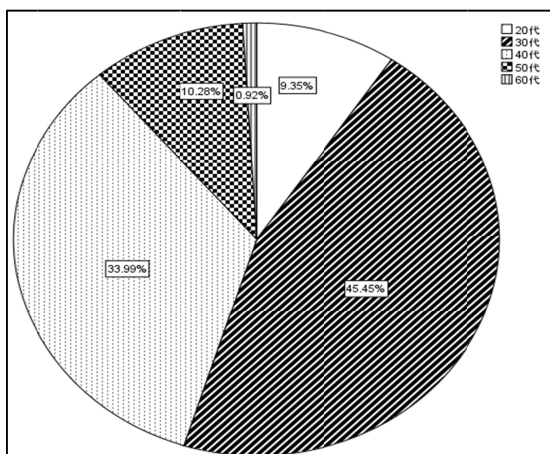


図 3 調査対象者の年代

表 4 認知療法・認知行動療法の実施経験、トレーニング経験

		該当あり	該当なし	回答なし	合計
これまでに個人 CBT を実施したことがありますか	度数	105	659	6	770
	比率 (%)	13.6%	85.6%	0.8%	100.0%
これまでに集団 CBT を実施したことがありますか	度数	136	627	7	770
	比率 (%)	17.7%	81.4%	0.9%	100.0%
これまでに CBT のトレーニングや講習を受けたことがありますか	度数	237	529	4	770
	比率 (%)	39.8%	68.7%	0.5%	100.0%
これまでに CBT に関する書籍(専門書)を読んだことがありますか	度数	496	271	3	770
	比率 (%)	64.4%	35.2%	0.4%	100.0%
機会があれば CBT のトレーニングや講習を受けてみたいと思いますか	度数	695	66	9	770
	比率 (%)	90.3%	8.6%	1.2%	100.0%
機会があれば CBT を実施してみたいと思いますか	度数	655	94	21	770
	比率 (%)	85.1%	12.2%	2.7%	100.0%

表 5 認知療法・認知行動療法の実施経験・トレーニング経験と所在地のクロス表

			北海道	東北	関東	中部	北陸	近畿	中国	四国	九州	総計
個人 CBT の実施経験	あり	度数	16	8	16	9	7	16	9	4	20	105
		比率 (%)	15.2%	7.6%	15.2%	8.6%	6.7%	15.2%	8.6%	3.8%	19.0%	100.0%
	なし	度数	44	64	152	84	28	72	57	27	126	654
		比率 (%)	6.7%	9.8%	23.2%	12.8%	4.3%	11.0%	8.7%	4.1%	19.3%	100.0%
集団 CBT の実施経験	あり	度数	13	4	30	16	6	22	10	6	29	136
		比率 (%)	9.6%	2.9%	22.1%	11.8%	4.4%	16.2%	7.4%	4.4%	21.3%	100.0%

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

表 6 認知行動療法の実施経験・トレーニング経験と施設種別のクロス集計

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

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

表 7 認知行動療法の実施状況・トレーニング状況と年代のクロス表

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

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

表 8 認知行動療法を実施したことがない理由

		該当あり	該当なし	回答なし	合計
実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない	度数	392	371	7	770
	比率(%)	50.9%	48.2%	0.9%	100.0%
実施するための時間がとれない	度数	235	528	7	770
	比率(%)	30.5%	68.6%	0.9%	100.0%
患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない	度数	279	484	7	770
	比率(%)	36.2%	62.9%	0.9%	100.0%
CBT に関する研修の機会が充分にない	度数	260	503	7	770
	比率(%)	33.8%	65.3%	0.9%	100.0%
CBT に関する研修情報が手に入らない	度数	170	593	7	770
	比率(%)	22.1%	77.0%	0.9%	100.0%
CBT 実施時にスーパービジョン(指導)してくれる人がいない	度数	254	509	7	770
	比率(%)	33.0%	66.1%	0.9%	100.0%
個人 CBT の実施が(医療保険上)医師のみに限定されている	度数	105	658	7	770
	比率(%)	13.6%	85.5%	0.9%	100.0%
病院(経営陣)や職場の上司が CBT の必要性を感じていない	度数	112	651	7	770
	比率(%)	14.5%	84.5%	0.9%	100.0%
その他	度数	61	702	7	770
	比率(%)	7.9%	91.2%	0.9%	100.0%

**資料1 「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」
認知行動療法実施状況に関する調査【作業療法士用】**

下記の設問で該当するものに を付けてご回答ください。

1. 貴施設の所在地をお教えてください

北海道 東北 関東 中部 北陸 近畿 中国 四国 九州

2. 貴施設の種類を教えてください

大学病院 総合病院精神科 単科精神科病院 精神科診療所

その他 ()

3. 回答者の年代を教えてください

20代 30代 40代 50代 60代 それ以外 ()

4. うつ病の認知行動療法 (CBT) に関する以下の質問にお答えください

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

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

自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない

実施するための時間がとれない

患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない

CBT に関する研修の機会が充分にない

CBT に関する研修がどこで実施されているのかわからない (情報が無い)

CBT 実施時にスーパービジョン (指導) してくれる人がいない

個人 CBT の実施が (医療保険上) 医師のみに限定されている

病院 (経営陣) や職場の上司が CBT の必要性を感じていない

その他 ()

~ ご協力どうもありがとうございました ~

**資料2 「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」
認知行動療法実施状況に関する調査 【精神保健福祉士用】**

下記の設問で該当するものに を付けてご回答ください。

5. 貴施設の所在地をお教えてください

北海道 東北 関東 中部 北陸 近畿 中国 四国 九州

6. 貴施設の種類を教えてください

大学病院 総合病院精神科 単科精神科病院 精神科診療所

その他 ()

7. 回答者の年代を教えてください

20代 30代 40代 50代 60代 それ以外 ()

8. うつ病の認知行動療法 (CBT) に関する以下の質問にお答えください

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

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

自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない

実施するための時間がとれない

患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない

CBT に関する研修の機会が充分にない

CBT に関する研修がどこで実施されているのかわからない (情報が無い)

CBT 実施時にスーパービジョン (指導) してくれる人がいない

個人 CBT の実施が (医療保険上) 医師のみに限定されている

病院 (経営陣) や職場の上司が CBT の必要性を感じていない

その他 ()

~ ご協力どうもありがとうございました ~

個人認知療法・認知行動療法の教育システム構築の方法論の開発と
教育効果の検証のシステムの構築：厚労省研修事業の成果の分析から

研究分担者 藤澤大介 慶應義塾大学医学部精神・神経科

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

研究協力者

大野裕、田島美幸、菊地俊暁、中川敦夫、佐渡充洋

A. 研究背景と目的

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

B. 研究方法

厚生労働省認知療法・認知行動療法研修事業において、研修参加者の技能を評価するシステムを構築し登録を開始した(表1)。

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

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

表1. 評価項目

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

Therapy (ACT)の基準では40/66点が合格点とされている。

本研究でのCTRSは、4人のACTの認定評価者のうち、被評価者のスーパービジョンにかかわらない2人の評価者が独立して評価した。

C. 結果

(1) 参加者背景

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

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

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

(2) CTRS 総合点

CTRS 総合点の平均点は

第1例スーパービジョン受講者

・第4セッション: 25.3点(SD=6.9)

・第10セッション: 27.6点(SD=6.0)

第2例スーパービジョン受講者

・第4セッション: 33.2点(SD=7.0)

・第10セッション: 35.8点(SD=3.6)

であった(図1)。

第4-第10セッション間に有意な差は認めなかった。

CTRS 総合点が40点以上であった参加者は、第1例スーパービジョンで24名中1人(第4セ

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

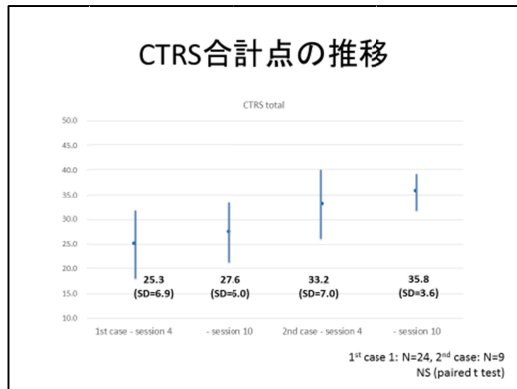


図1. CTRS の点数分布

(3) CTRS の各項目

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

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

表2. CTRS 各項目の推移

(4) 治療者特性と能力の関係

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

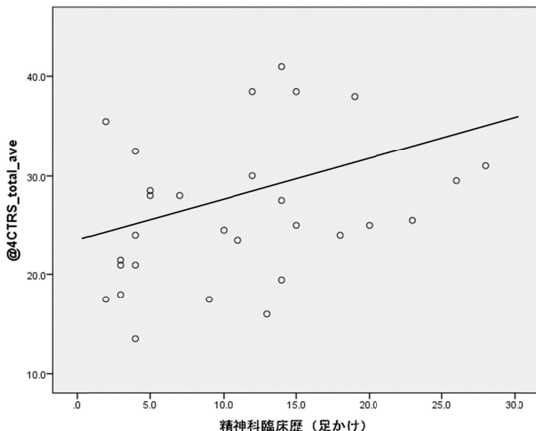


図2.精神科臨床歴と第4セッションCTRS

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

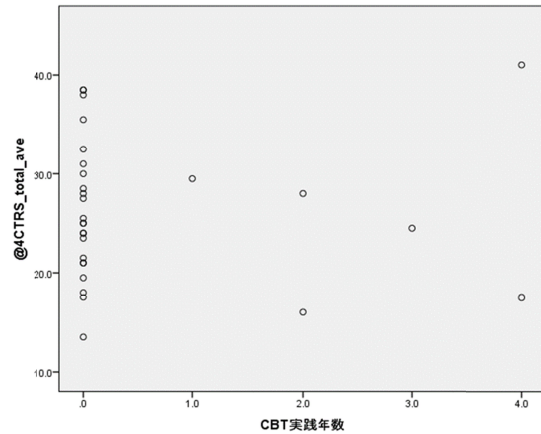


図3.(自称)認知行動療法実践年数とCTRS

第10セッションのCTRSとは有意な相関を認めた因子はなかった。

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

(5) CTRS の評価者間一致度

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

D. 考察

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

治療の質を評価するCTRS総合点がACTの合格基準である40点に達する参加者は少数で、十分な技術の獲得には至っていない。しかし、CTRSは第1例第4セッション 第2例第10セッションと後期のセッションの方が高い傾向があり、スーパービジョンの進行とともに技術が向上する可能性が示唆された。

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

治療者特性と認知行動療法の実施能力は精神

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

今後は、症例を蓄積して、

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

治療者の研修開始前背景と技術習得の関連度を評価する

認知行動療法の質と患者アウトカムの関連度を評価する

ことが課題にあげられる。

E. 結論

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

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

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

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 藤澤大介. 認知行動療法の進歩と将来. 精神科治療学 30(1),75-80, 2015
2. Nakagawa A, Sado M, Mitsuda D, Fujisawa D, Kikuchi T, Abe T, Sato Y, Iwashita S, Masaru M, Ono Y. Effectiveness of Cognitive behavioral therapy Augmentation in Major depression treatment (ECAM

study): study protocol for a randomized clinical trial. BMJ Open 2014 Oct 21;4(10):e006359. doi:

10.1136/bmjopen-2014-006359.

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

F2. 学会発表

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

うつ病に対する認知行動療法の副作用について - 頻度と治療者背景の影響

研究分担者 菊地俊暁 杏林大学医学部精神神経科学教室講師

研究要旨

認知行動療法 (CBT) における有効性の検証は行われているが、有害事象については十分に検討されていない。平成 25 年度の本事業において、CBT の副作用を評価するツールを作成した。本年度は、そのツールを活用して実際にどの程度の副作用が生じているかを評価し、また発現した場合の治療者側要因について検討した。

A. 研究背景と目的

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

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

B. 研究方法

1) 副作用データの収集

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

2) 対象者

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

3) 評価方法と評価時期

治療者の背景情報については、CBT 実施前の

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

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

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

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

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

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

4) 副作用および有害事象の定義

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

C. 結果

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

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

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

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

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

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

D. 考察

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

E. 研究発表

E1. 論文発表

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

E2. 学会発表

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

参考文献

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

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

表1 評価尺度とその評価時期

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

表2 副作用評価の内容

第4回目評価 治療者 (SVee)

1. 第4回目評価 治療者 (SVee) :副作用の有無



4回目の認知行動療法が終了した後にご記入ください。実施中の患者様に副作用が生じたかどうかを確認していきます。

なお、第1回目から4回目までのすべてのセッションを対象とした評価となります。例えば2回目に有害事象が出ていた場合でも記入をしてください。

ご回答につきどうぞよろしくお願いいたします。

* 1. 評価者のお名前をご記入ください

* 2. 患者様のお名前もしくはIDをご記入ください

* 3. 現在治療中の患者様に、何らかの有害事象が生じましたか？

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

はい

いいえ

その他 (具体的に)

第4回目評価 治療者 (SVee)

2. 有害事象気分症状



患者様に有害事象が見られたと回答された方に質問です。

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

はい

いいえ

その他 (具体的に)

5. (はいと回答された方は)具体的にはどのような症状でしたか?

6. それはどの程度の症状でしたか?

軽症で、ほとんど問題はなかった

中等度で、苦痛をともなった

重症で、何かしらの対応が必要だった

とても重症で、何らかの悪い影響が持続した

きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった。

7. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか? (複数回答可)

治療とは関係なく生じた。

心理教育

症例の概念化

認知再構成

行動活性化

スキーマ

誘導的質問法

問題解決技法

アサーション

曝露技法

その他(具体的に)

8. それは次のうちどれに当てはまりますか? (複数回答可)

避けられない事象だった

治療上必要な事象だった

治療者の技量不足により生じた事象だった

その他(具体的に)

第4回目評価 治療者 (SVee)

3. 有害事象 身体症状について



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

- はい
- いいえ
- その他(具体的に)

10. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか?

11. それはどの程度の症状でしたか ?

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

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

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

その他(具体的に)

13. それは次のうちどれに当てはまりますか? (複数回答可)

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

第4回目評価 治療者 (SVee)

4. 有害事象 行動



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

- はい
 - いいえ
 - その他(具体的に)
-

15. (はいと回答された方は)具体的にはどのような症状でしたか?

16. それはどの程度の症状でしたか?

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

17. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？（複数回答可）

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

その他(具体的に)

18. それは次のうちどれに当てはまりますか？（複数回答可）

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

第4回目評価 治療者 (SVee)

5. 有害事象 認知機能



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

- はい
 - いいえ
 - その他(具体的に)
-

20. (はいと回答された方は)具体的にはどのような症状でしたか？

21. それ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？（複数回答可）

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

23. それは次のうちどれに当てはまりますか？（複数回答可）

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

6. 有害事象 環境



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

- はい
- いいえ
- その他(具体的に)

25. (はいと回答された方は)具体的にはどのような症状でしたか？

26. それはどの程度の症状でしたか？

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

27. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？（複数回答可）

治療とは関係なく生じた。

- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

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? (複数回答可)

避けられない事象だった

治療上必要な事象だった

治療者の技量不足により生じた事象だった

その他(具体的に)

認知行動療法の科学的エビデンスの検討における対照群の重要性

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

古川壽亮 1)、野間久史 2)、Debbi Caldwell 3)、本屋敷美奈 1)、篠原清美 1)、今井必生 1)、陳需瑤 1)、Vivien Hunot 3)、Rachel Churchill 3)

- 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) 統計数理研究所
- 3) University of Bristol, UK

A. 研究背景と目的

精神療法の効果の科学的検討において、どのような対照群を用いるのが良いか、また用いる対照群によって効果サイズの推定が異なってくるのではないかと、長らく議論されてきたが、説得力のある答えは得られていない[1, 2]。薬物療法の臨床試験では、プラセボ・ピルを用いることにより、平均への回帰、自然経過、Hawthorne効果、そしてプラセボ効果を模ることが出来、従って、プラセボ・ピル群との間に見られる際はその薬物の特異的な効果を現していると考えられる。精神療法の臨床試験では、プラセボ・ピルと同等の比較対象を設けることが難しく、実際の臨床試験では、無治療、待機、心理学的プラセボ、あるいは通常治療が対照群として用いられることが多い。これらのうち、「通常治療」は何をもって通常治療とするかが定まっておらず均質な対照群とは考えられないので、本研究では無治療群、待機群、

心理学的プラセボ群を検討することとする。また、同定されたRCTからの情報を最大限に活用するために、直接比較と間接比較を合算するネットワークメタアナリシスの手法を用いる[3-5]。

B. 研究方法

対象となる研究の種類: 無作為割り付け比較試験(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: 下記の認知的または行動的介入の1つ以上を用いた広義の認知行動療法(CBT)

- 1) 認知再構成
- 2) 行動活性化
- 3) 問題解決
- 4) アサーション訓練
- 5) マインドフルネス
- 6) 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。

対照群介入: 無治療(No treatment: NT)、待機

(Waiting list: WL)、心理学的プラセボ (Psychological placebo: PP)

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。

研究のバイアスのリスクの評価: Cochrane ハンドブックに従い、

- 1) 割り付けの順番の作成
- 2) 割り付けの隠蔽化
- 3) 治療者のブラインド化
- 4) 参加者のブラインド化
- 5) プライマリアウトカムの評価者のブラインド化
- 6) アウトカムデータの報告の完全性
- 7) 選択的アウトカム報告について評価した。

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[6]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用いる

(倫理面への配慮)

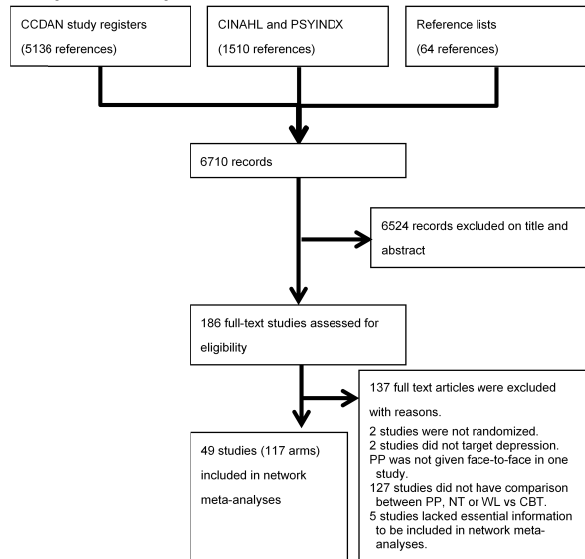
出版されたデータの二次利用であるので、倫理委員会の承認は要さない。

C. 結果

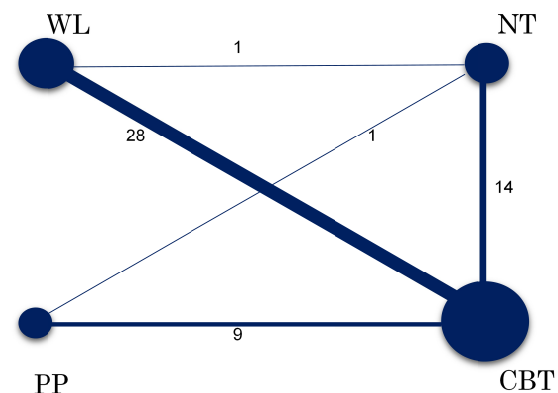
同定された研究

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。

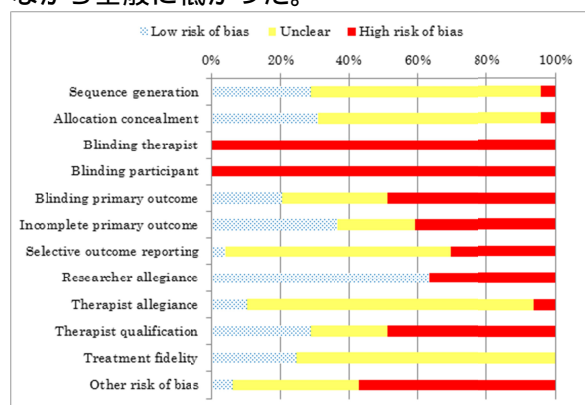
その結果、認知行動療法、無治療、待機、心理学的プラセボを比較した RCT はすべてで 49 研究 (2730 人) であった。



そのエビデンスネットワークは



の通りであった。包含された RCT の質は残念ながら全般に低かった。



ペアワイス メタアナリシス

認知行動療法と核体症群との間のペアワイズのメタアナリシスの結果は、

	OR	p	I-squared	Egger's test p
CBT vs PP	1.60 (0.95 to 2.67)	0.077	18.8% (0% to 81.3%)	0.69
CBT vs NT	2.07 (1.35 to 3.18)	<0.001	38.8% (0% to 79.0%)	0.34
CBT vs WL	3.99 (2.76 to 5.77)	<0.001	31.5% (0% to 76.9%)	<0.001

で、CBTは無治療群および待機群よりも有意に優れていたが、心理学的プラセボとの差は有意ではなかった。

異質性を示す I-squared 値は中等度以下であった。また、待機群との比較には重大な出版バイアスが存在する可能性が示唆された。

ネットワークメタアナリシス

ネットワークのモデルフィットは十分と判定されたので、ネットワークメタアナリシスを行った。

	PP	NT	WL
CBT	1.65 (0.76, 3.13)	2.36 (1.31, 4.26)	6.26 (3.90, 10.1)
PP	—	1.62 (0.62, 3.59)	4.31 (1.74, 9.46)
NT	—	—	2.87 (1.33, 5.65)

と、認知行動療法は心理学的プラセボの間では有意差がないが、無治療および待機群よりも有意に反応をもたらしやすいかった。さらに、無治療は待機群よりも反応をもたらしやすいという結果であった。

しかし、出版バイアスを補正するネットワークメタアナリシスを行ったところ、

	PP	NT	WL
CBT	1.34 (0.70, 2.24)	1.63 (0.78, 3.15)	1.79 (0.97, 2.87)
PP	—	1.31 (0.54, 2.79)	1.44 (0.64, 2.78)
NT	—	—	1.22 (0.48, 2.42)

と、すべての有意差はなくなった。

D. 考察

包括的な文献検索で、CBTと心理学的プラセボと待機と無治療を比較した全49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、認知行動療法は心理学的プラセボの間では有意差がないが、無治療および待機群よりも有意に反応をもたら

やすかった。認知行動療法の効果サイズは、用いられた対照群によって大きく異なり、うつ病の改善を得るオッズ比は、対心理学的プラセボでは1.65(95%信頼区間:0.76から3.13)、対無治療では2.36(1.31から4.26)、対待機群では6.26(3.90から10.1)であった。

しかし、現在のエビデンスベースの質は決して高くなく[7]、特に待機群を用いたRCTには出版バイアスの可能性が認められ[8]、出版バイアスを補正したところ、すべてのオッズ比は有意でなくなった。

E. 研究発表

1. Chen P, Furukawa TA, Shinohara K, Honyashiki M, Imai H, Ichikawa K, Caldwell DM, Hunot V & Churchill R (2014) Quantity and quality of psychotherapy trials for depression in the past five decades. **Journal of Affective Disorders**, 165, 190-195.
2. Furukawa TA, Watanabe N, Kinoshita Y, Kinoshita K, Sasaki T, Nishida A, Okazaki Y & Shimodera S (2014) Public speaking fears and their correlates among 17,615 Japanese adolescents. **Asia-Pacific Psychiatry**, 6, 99-104.
3. Furukawa TA (2014) Anxiety disorders in non-Western cultures. In **The Wiley Handbook of Anxiety Disorders**. (eds Emmelkamp P & Ehring T), pp. 612-621. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
4. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM, Honyashiki M, Shinohara K, Imai H, Chen P, Hunot V & Churchill R (2014) Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 130, 181-192.
5. Honyashiki M, Furukawa TA, Noma H, Tanaka S, Chen P, Ichikawa K, Ono M, Churchill R, Hunot V & Caldwell DM (2014) Specificity of CBT for depression: a contribution from multiple treatments meta-analyses. **Cognitive Therapy and Research**, 38, 249-260.
6. Shimodera S, Watanabe N, Furukawa TA, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M & Perlis ML (2014) Change in quality of life after brief behavioural therapy for insomnia in concurrent depression: Analysis of the effects of a randomized controlled trial. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 10, 433-439.
7. Shiraiishi N, Watanabe N, Kinoshita Y, Kaneko A, Yoshida S, Furukawa T & Akechi T (2014) Brief psychoeducation for schizophrenia primarily intended to change the cognition of auditory hallucinations: an

exploratory study. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 202, 35-39.

F. 知的財産権の出願・登録状況
なし

引用文献

1. Mohr DC, Spring B, Freedland KE, Beckner V, Arean P, Hollon SD, Ockene J, Kaplan R: **The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions.** *Psychother Psychosom* 2009, **78**(5):275-284.
2. Borkovec TD, Sibrava NJ: **Problems with the use of placebo conditions in psychotherapy research, suggested alternatives, and some strategies for the pursuit of the placebo phenomenon.** *J Clin Psychol* 2005, **61**(7):805-818.
3. Cipriani A, Higgins JP, Geddes JR, Salanti G: **Conceptual and technical challenges in network meta-analysis.** *Ann Intern Med* 2013, **159**(2):130-137.
4. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H *et al*: **Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis.** *Lancet* 2009, **373**:746-758.
5. Miura T, Noma H, Furukawa TA, Mitsuyasu H, Tanaka S, Stockton S, Salanti G, Motomura K, Shimano-Katsuki S, Leucht S *et al*: **Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: A network meta-analysis.** *Lancet Psychiatry* 2014, **1**(5):351-359.
6. 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.
7. Chen P, Furukawa TA, Shinohara K, Honyashiki M, Imai H, Ichikawa K, Caldwell DM, Hunot V, Churchill R: **Quantity and quality of psychotherapy trials for depression in the past five decades.** *J Affect Disord* 2014, **165**:190-195.
8. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G: **Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias.** *Br J Psychiatry* 2010, **196**:173-178.

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

A. 研究目的

閾値下うつはうつ病の危険因子で、重度な機能障害や、うつ病と同程度の不良な転帰に関連することが明らかになっている。そのため、閾値下うつを改善させることは重要な課題である。また、より有効な治療法を開発するためには、その神経基盤を明らかにすることは必要である。

うつ病では罰に対する過感受性、報酬に対する低感受性といった報酬系の異常が示されている。近年の脳画像研究から、うつ病における報酬系回路の異常については、主に遅延報酬課題を用いて報酬予期時の脳活動で前頭-線条体経路の機能異常が報告されている。うつ病に対する治療は認知行動療法の有効性が明らかになっており、特に、認知行動療法の構成要素の一つである行動活性化療法は、快活動を増やし正の強化を受けやすくすることに重点を置く、比較的単純で実用的な治療法で注目を集めている。しかし、その神経基盤は明らかになっていない。また、多くの先行研究は薬物療法の影響を除外できていない。

本研究では、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として、

閾値下うつをもつ大学生を対象として行動活性化前後の報酬処理に関わる脳活動の変化を検討した。

B. 研究方法

介入研究対象；18-19才の新入大学生で、入学時に測定したBDI-IIの得点が10点以上の者に対してランダムに連絡をとった。そして、研究参加の同意が得られた205名に対して、構造化面接（CIDI）とBDI-IIから適格基準を満たし、かつ除外基準を満たさない118名を介入群（ $n=62$ ）と非介入群（ $n=56$ ）へとランダムに振り分けた。

介入方法；先行研究から、閾値下うつ大学生には、単純な行動活性化が有効であることが指摘されている。そのため、本研究では、個人にあった正の強化を感じることの出来る活動を増やすために、「目標設定」、「行動実験」、「活動記録表」、「活動スケジュール」を中心とした短期行動活性化を実施した。本研究で実施された短期行動活性化は、1回のセッションが60分で毎週5回実施された。

MRI画像研究対象；5週間の行動活性化療法を受けたもののうち、MRI撮影の同意が得られた16名を研究対象とした。健常対照群と

して、BDI- II 点数が10点未満のもの16名を対象とした。構造化診断面接で過去1年に大うつ病の既往があるもの、双極性障害の既往があるもの、精神療法、薬物療法を含む精神的な加療を受けているもの、MRIの安全基準を満たさないものは除外した。

fMRI撮像：Siemens社 (Munich, Germany) の3テスラMRIスキャナを使用し、金銭報酬遅延課題遂行中の脳活動を機能的磁気共鳴画像法 (functional magnetic resonance imaging: fMRI) を用いて行動活性化療法前後で2回撮影した。コントロール群においても同様の期間において2回撮影した。

画像解析：脳解析は、SPM8 (Wellcome Department of Cognitive Neurology, London, UK) を用いて行った。まず、治療開始前の報酬処理時の脳活動で群間差のある領域を検討するために、報酬・罰予期時とそれぞれの失敗・成功時において全脳での集団解析を行った。統計的有意性の閾値は、ボクセルレベルで $p < 0.001$ (uncorrected) に設定し、クラスターレベルで10ボクセル以上の領域を報告した。次に、治療前後での脳活動の変化を調べるために、群間差のあるクラスターの脳活動平均値を抜き出し、群と時間を要因として2要因の分散分析 (群 × 時期) を行った。

すべての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き、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

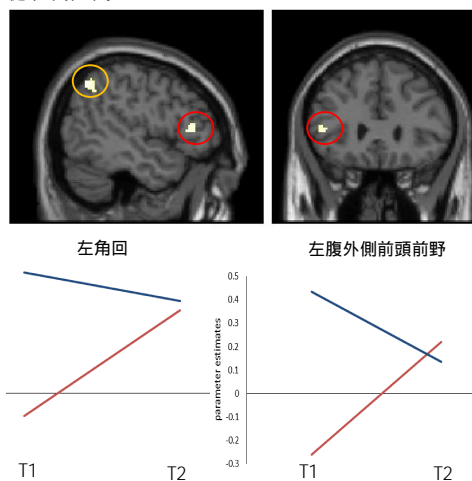
C-1) ITT 解析の結果、介入群は非介入群に比べてBDI-IIの得点が有意に改善し、効果

量は -0.90 (g)であった。QOLについても同様に、介入群では統制群と比べて有意に増加し、効果量は 0.57 (g)であった。さらに、心理指標で測定された行動的特徴も有意に改善した。

C-2) 32名の対象者のうち、2回の撮影を完了した30名(閾値下うつ介入群15名、健常対照群15名)を解析対象とした。治療開始前の脳活動は、閾値下うつは健常対照に比べて報酬予期時の右背外側前頭前野、両側角回、下側頭葉の過活動、罰予期時の左腹外側前頭前野、左角回の低活動が示された。さらに、治療開始前の脳活動に群間差があった領域のうち、罰予期時の左腹外側前頭前野、角回の脳活動に、群 × 時期の交互作用を認めた。健常対照群では2回の測定で変化がなかったが、閾値下うつではこれらの領域の活動が介入後に有意に上昇していた。

罰予期の脳活動

健常>閾値下うつ



D. 考察

D-1) 本研究で実施した行動活性化介入は抑うつ症状とQOLの有意な改善効果を示し、適切な介入が行われたものと考えられた。

D-2) 閾値下うつでは報酬予期時、罰予期時

の脳活動が異常を示しており、それらの一部は行動活性化によりノーマライズされることを示した。

罰予期時に閾値下うつで活動低下がみられた腹外側前頭前野は負の感情の制御を行い、角回はこれらの前頭領域とネットワークを形成し、注意力や情報の統合を行っている。これらの領域はうつ病での低活動が報告されており、これらの領域の低活動が、閾値下うつにおいてもうつ病同様に罰や失敗に対する過大な負の感情制御の困難さ、課題施行中の注意力の低下と関連していることが示唆された。さらに、閾値下うつでは介入後にこれらの領域の活動上昇がみられ、行動活性化が前頭前野における負の感情制御機能、前頭-側頭ネットワークの注意・情報統合機能に影響を与えることが示唆された。

E. 結論

閾値下うつはコントロールと比べて報酬処理時の脳機能に変化があり、その一部は行動活性化により改善されることが明らかになった。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 高垣耕企、岡本泰昌、神人 蘭、西山 佳子、行動活性化療法、精神科、393-397、2014
- 2) 国里 愛彦、岡本 泰昌、吉村 晋平、松永 美希、岡田 剛、吉野 敦雄、小野田 慶一、上田 一貴、鈴木 伸一、山脇 成人、うつ病における認知行動療法の神経作用メカニズム、ストレス科学 291、45-54、2014

- 3) 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 9, 487-493,2014

H. 知財産権の出願・登録状況

なし

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

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

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
高垣耕企、岡本泰昌、 神人 蘭、西山 佳子	行動活性化療法	精神科	25	393-397	2014
国里 愛彦, 岡本 泰 昌, 吉村 晋平, 松永 美希, 岡田 剛, 吉野 敦雄, 小野田 慶一, 上田 一貴, 鈴木 伸 一, 山脇 成人	うつ病における認知行動療法の 神経作用メカニズム	ストレス科学	291	45-54	2014
Yoshimura S, Okamoto Y, Onoda K, Matsunay ga M, Okada G, Kunis ato Y, Yoshino A, Ue da K, Suzuki SI, Yam awaki S.	Cognitive behavioral therap y for depression changes me dial prefrontal and ventral anterior cingulate cortex activity associated with se lf-referential processing.	Soc Cogn Affect Neurosci	9	487-493	2014

生物学的マーカーによる認知行動療法の効果に関する研究

研究分担者 工藤 喬 大阪大学保健センター教授

研究要旨

厚生労働省規定による 16 回のうつ病患者の認知行動療法の効果の検討として、治療前後での MRI を用いた拡散テンソル画像の撮像と採血を施行し、比較検討を行った。まず、予備的検討で行なった気分障害患者に対する拡散テンソル画像では、健常者に対して異方性比率 (FA 値) が低下するところが認められ、更には双極性障害と単極性うつ病の FA 値の差が認められる部位も見出された。これは、患者群で白質の線維走行に乱れがあることが示唆されるが、認知行動療法終了後では、FA 値の改善する傾向が認められた。同時に、白質の線維走行を制御すると想定される小胞体ストレスマーカー蛋白の血中での変化も認められた。従って、認知行動療法の効果が生物学的なマーカーで裏付けられる可能性が示唆された。

A. 研究目的

認知行動療法はうつ病をはじめとして有意な効果があるとして、わが国でも保険点数化され、実際の臨床に広く施行されるようになってきた。しかし、その効果の裏付けとなる生物学的なエビデンスに関しては結論が得られていない。本研究では、厚生労働省が定めた 16 回の認知行動療法の前後で MRI を用いた拡散テンソル画像 (DTI) を撮像し、そのへんかについてぶんせきする。また、治療前後で採決を行い、血清中の蛋白の変化を検討する。

B. 研究方法

1. 拡散テンソル画像 (DTI)

3 テスラの MRI を用いて DTI を撮像した。Whole brain voxel-based morphometric analysis を用いて、脳各部位の fractional anisotropy (FA) を計算して比較した。この FA 値は特に白質の神経走行の異方性の指標となり、神経線維の方向性が乱れるほど低値になる。

2. ウェスタンブロットによる血清蛋白の解析

患者さんより採取した血清を電気泳動により展開し、ニトロセルロース膜に転写して抗原抗体反応を用いて蛋白を分析する。本研究では、小胞体ストレスによって分泌される calnuc に注目した。Calnuc のアミノ酸配列を用いたペプチド抗体をウサギで作成し、実験に用いた。

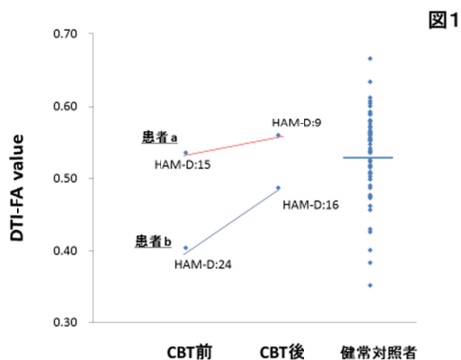
C. 研究結果

1. 気分障害の DTI 解析

認知行動療法の効果を DTI 解析で行うにあたり、その前提として気分障害患者の DTI 解析を行った。

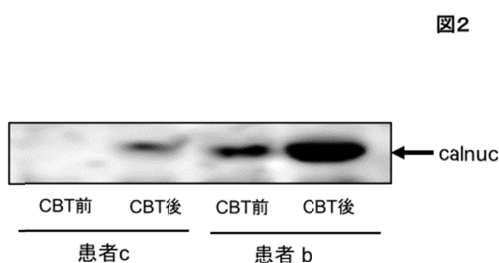
双極性障害の患者さんは単極性うつ病患者や健常者に対し脳梁前部で FA 値の有意の低下が認められた。この結果を踏まえて単極性うつ病と双極性障害の鑑別率は 79.4% となった。

2. 認知行動療法前後 DTI 解析



ハミルトンのうつ病尺度が認知行動療法前後で15点から9点、24点から16点に改善した症例についてFA値を比較すると、図1のように脳梁後部でFA値の回復が観察された。

3. 認知行動療法前後の血清calnucの変化
認知行動療法前後において血清calnucの上昇が観察された(図2)



D. 考察

予備的検討で行なった気分障害のDTI解析から、気分障害によって白質のFA値の低下、すなわち神経線維走行の乱れがあることが示された。更に、前部脳梁の変化を分析することにより、単極性のうつ病と双極性障害の鑑別が可能であることが示された。認知行動療法により、ハミルトンうつ病尺度が改善するに伴って、脳梁前部でFA値が上昇し、この部位での神経線維走行の乱れが改善したことが示されている。

白質の神経線維はミエリンによって被覆されている。このミエリンはオリゴデンドロサイトより成熟分化されることによって形成される。何らかの理由によりオリゴデンドロサイトの成熟分化が阻害されると、ミエリン形成不全が起き、神経線維走行の乱れにつながると考えられる。近年、オリゴデンドロサイトの成熟分化が小胞体ストレスによってもたらされることが明らかになっている。一方、calnucは小胞体ストレスが惹起されると細胞外に分泌されるとされている。従って、認知行動療法により血清中のcalnucが上昇したことは、小胞体ストレスが惹起され、オリゴデンドロサイトの成熟分化が起こり、ミエリンが安定して、神経線維走行の乱れが解消されたことを示している可能性がある。

E. 結論

認知行動療法により白質の神経線維は走行の乱れが解消され、うつ病に対する効果を発揮することが示唆された。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

The microstructural difference within the corpus callosum between bipolar disorder and major depressive disorder

Kiwamu Matsuoka, Fumihiko Yasuno*, Toshifumi Kishimoto, Akihiko Yamamoto, Kazuyuki Nagatsuka, Hidehiro Iida, Takashi Kudo

In submission

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

不安症（社交不安症・パニック症）に対する 個人認知行動療法の効果研究

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 関陽一、大島郁葉 吉永尚紀、）

研究要旨：個人認知行動療法と抗うつ薬治療は、国内外を問わず、不安症に対する治療の第一選択肢に位置づけられている。本研究では、社交不安症とパニック症に対する個人認知行動療法の効果研究を進めてきた。社交不安症については、抗うつ薬で改善しない症例を対象に、かかりつけ医による通常診療に個人認知行動療法を併用することの効果を、42 症例を 2 群に分けたランダム化比較試験により、世界で初めて明らかにした。結果として、通常診療のみを受けた群では寛解基準に至った患者がいなかった（0%）のに対して、認知行動療法併用群では 47.6%が寛解に至った。パニック症の個人認知行動療法については、ランダム化比較試験の前段階の臨床試験として、single arm による対照群を設定しない効果研究を開始し、これまでに 16 症例がエントリーした。途中経過として、完遂した 9 症例のデータ解析にて過去の薬物療法の研究と同程度の改善を示すことができた。

A. 研究目的

不安症に対する治療として、抗うつ薬治療と認知行動療法は、国内外を問わず治療の第一選択肢に位置づけられている。特に認知行動療法は、不安症に対する高い効果が国外を中心に報告されてきた。しかしながら、本邦では、国内における有効性を示す知見が乏しく、抗うつ薬治療が主流となっている現状がある。

そこで本研究では、社交不安症とパニック症に対する個人認知行動療法の効果研究を進めてきた。社交不安症については、本邦で保険適用となっている抗うつ薬治療に抵抗性を示す患者を対象に、かかりつけ医による通常

診療を継続する場合（通常診療単独群）と、認知行動療法を併用する場合（認知行動療法併用群）で、社交不安症状に改善に違いがあるかをランダム化比較試験により検証した。パニック症については、ランダム化比較試験の前段階臨床試験として、single arm による対照群を設定しない、個人認知行動療法の効果研究を開始した。

B. 研究方法

【社交不安症：研究デザイン】

本邦の抗うつ薬治療により十分な改善を示さない社交不安症患者に対し、通常診療に個

人認知行動療法を併用することが、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した (図 1)。

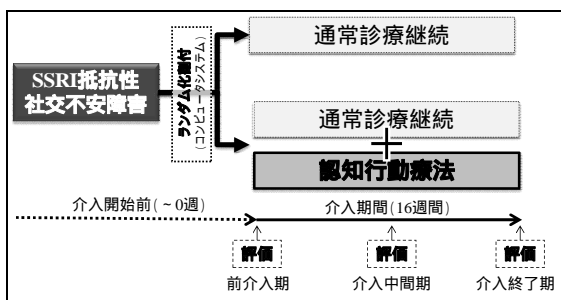


図 1 試験デザイン

【社交不安症：選択・除外基準】

選択基準は、社交不安症が主診断である (DSM-IV) こと、18～65 歳、における SAD の診断基準をみたすもの、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)、中等度以上 (LSAS 50) の症状を有するもの、社交不安症が主診断であるかぎりその他の併存疾患を認める、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) であった。

除外基準は、脳の器質的障害、統合失調症及びその他の精神病性障害、物質依存・乱用の既往、切迫した自殺の危険性を有する、反社会的な人格障害、境界性人格障害を有する、などであった。

【社交不安症：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。認知行動療法は、週 1 回 50 分の Clark & Wells モデルに基づくセッションを、計 16 回実施した。

【社交不安症：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した。

【社交不安症：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)。

【パニック症：研究デザイン】

パニック症患者に対し、個人認知行動療法を行うことで、パニック症重症度尺度 Panic Disorder Severity Scale (PDSS) を指標とした single arm による対照群を設定しない効果研究を行った。

【パニック症：選択・除外基準】

選択基準は、パニック症が主診断である (DSM-TR および DSM-5) こと、パニック症重症度尺度 (PDSS) の合計得点が 8 点以上の症状を有する者、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) であった。除外基準は、社交不安と同様であっ

た。

【パニック症：介入】

Salkovskis の教科書および Clark & Wells モデルから、パニック症の個人認知行動療法のマニュアルを作成した。そのマニュアルに沿って週1回約50分の個人認知行動療法をセラピストが約16週間にわたって実施した。

【パニック症：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、PDSS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した。

【パニック症：倫理的配慮】

本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理委員会において、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（1700）。

C. 研究結果

【社交不安症】

2013年10月までに、74例が被験を希望し、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、認知行動療法併用群に21例がランダムに割り付けられた。試験開始時点において、両群の臨床特性（重症度、性別、抗うつ薬治療の有無など）に偏りはなかった。

16週の介入後、認知行動療法併用群では、通常診療単独群と比較して、8週時点、16週時点でLSASの有意な改善を認めた（ $p < 0.001$ 、図2）。治療反応性を認めた患者は、通常診療単独群で14.3%であったのに対し、認知行動

療法併用群では85.7%であった。寛解に至った患者は、通常診療単独群で0%であったのに対し、認知行動療法併用群では47.6%であった。その他の副次評価項目（うつ症状・機能障害など）についても、主要評価項目の結果を支持する結果となった。

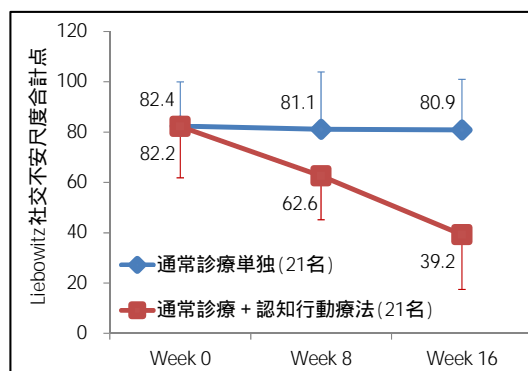


図2 主要評価項目の変化

【パニック症】

2014年4月から2015年2月の現時点まで、16症例がエントリーした。8症例は現在も認知行動療法の介入途中であるが、本研究の中間報告として、完遂した8症例（平均年齢38.0（±10.16）、男性1名、女性7名）に限定したデータ解析を参考までに行った。その結果、主要評価項目であるPDSSが介入開始前の平均11.63（±5.18）が、介入終了後（16週）で平均4.50（±3.63）へ減少した。また、副次的評価項目のパニック広場恐怖尺度（Panic and Agoraphobia Scale：PAS）は、介入開始前の平均23.25（±7.30）が、介入終了後（16週）で平均9.38（±5.97）へ減少した。

D. 考察

社交不安症の効果研究では、抗うつ薬抵抗性に対する個人認知行動療法を併用すること

の高い効果が認められた。その一方で、通常診療単独群では症状の変化がほとんど見られなかったため、認知行動療法によってより多くの患者が早期に社会復帰が可能になることで、医療費や社会的負担を大幅に軽減することも期待できる。

パニック症においても、本研究でのマニュアルに基づいた個人認知行動療法は、Barlowら(2000)のランダム化比較試験での完遂者解析での結果と同等の改善を示した(Barlowらの個人認知行動療法に関して、介入前の12.74(±3.85)が介入後に6.65(±4.55)減少、また、薬物療法(イミプラミン)に関して、介入前の13.16(±3.92)が介入後へ5.25(±4.55)と減少したというデータである)。このマニュアルを用い、社交不安症と同様の、抗うつ薬抵抗性のパニック症に対する個人認知行動療法のランダム化比較試験を計画していく予定である

E. 結論

抗うつ薬で改善しない社交不安症であっても、認知行動療法を併用することで大きな症状の改善が期待できることが明らかとなった。また、パニック症についても、マニュアルに基づいた個人認知行動療法の有効性が示された

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

Kobori O, Nakazato M, Yoshinaga N, Shiraishi T, Takaoka K, Nakagawa A, Iyo M and Shimizu E. Transporting Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Project to Japan: Preliminary Observations and Service Evaluation in Chiba. Journal of Mental Health Training, Education and Practice 2014; 9(3): 155-166.

Yoshinaga N, Hayashi Y, Yamazaki Y, Moriuchi M, Doi M, Zhou M, Asano K, Shimada M, Nakagawa A, Iyo M and Yamamoto M. Development of Nursing Guidelines for Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder in Line with the Progress of Cognitive Behavioral Therapy: A Practical Report. Journal of Depression and Anxiety 2014; 3(2): 153.

吉永尚紀(分担執筆). 不安症の辞典. 日本評論社 2015.3.

清水栄司(分担執筆). 不安症の辞典. 日本評論社 2015.3.

吉永尚紀・清水栄司(分担執筆). ストレス学ハンドブック. 創元社. 2015.2.

関陽一, 清水栄司. 不安症(パニック症)の認知行動療法. 総合リハビリテーション, 42巻9号, 2014.

2. 学会発表

高梨利恵子, 吉永尚紀, 松澤大輔, 清水栄司. 社交不安におけるトラウマ記憶のイメージ書き直しセッションの効果. 第7回日本不安症学会学術集会. 広島. 2015.2.

- 田中康子, 吉永尚紀, 松澤大輔, 清水栄司. 社交不安症の認知行動療法前後におけるイメージの自発的使用尺度の研究. 第7回日本不安症学会学術集会. 広島. 2015.2.
- Yoshinaga N, Hirano Y and Shimizu E. Effectiveness of Cognitive Therapy and Neuronal Alterations in Medication-Resistant Social Anxiety Disorder. 8th International Congress of Cognitive Psychotherapy. Hong Kong. 2914.7.
- 吉永尚紀, 野崎章子, 宇野澤輝美枝, 浦尾悠子, 林佑太, 清水栄司. 日本の精神看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向: 系統的文献レビュー. 第7回日本不安症学会学術集会. 広島. 2015.2.
- 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
- 関陽一、清水栄司 パニック症の個人認知行動療法 第7回日本不安症学会学術集会. 広島. 2015.2.
1. 参考文献
- Yoshinaga N, Nosaki A, Unozawa K, Hayashi Y and Shimizu E. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy in Nursing Field in Japan. 16th Pacific Rim College of Psychiatrists (PRCP) Scientific Meeting. Vancouver, Canada. 2014.10.
- Clark DM, Wells A (1995) A cognitive model of social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment, 69-93 New York The Guilford Press.
- Takanashi R, Yoshinaga N and Shimizu E. Exploration of the Nature of Recurrent Images and Early Memories in Japanese Social Anxiety Disorder. 44th Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Den Haag, Netherlands. 2014.9.
- Barlow DH. et al. (2000) Cognitive-Behavioral Therapy, Imipramine, or Their Combination for Panic disorder. JAMA. 283(19) 2529-2450.

パニック症の個人認知行動療法 治療者用マニュアル(要約版)

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 (同 関陽一、大島郁葉、吉永尚紀)

千葉大学では、治療者用マニュアル(28ページ)、付属資料(20ページ)、患者さんのための資料(11ページ)からなる合計59ページの個人認知行動療法のマニュアルを作成した。

以下は、その要約(2ページ)である。

本マニュアルは、「パニック症の心理学的な維持要因」に焦点をあてている。特に前半では、パニック症に問題を維持する「悪循環」、すなわち 内的な情報へ注意がシフトすること、 内的な情報に基づいて、死のような破局的なイメージを持つ、 安全行動を続けること(回避を含む)に対して、患者の気づきを促し、考え方や行動の幅を広げ柔軟にしていくことを目指している。そして、パニック症に対する理解が進んだ患者に対し、行動実験を行い、パニック場面における特定の予測が実際は起こりにくいことを発見し、ありのままの自分でも最悪の事態にはならないことへの気づきを促す。後半では、患者の考え方に大きく影響していることが考えられるイメージに結び付く初期記憶の書き直しセッションなどを組み込んでいる。ここでは、パニック場面で繰り返されるイメージと過去の記憶に振り回されないように取り組み、過去の限られた情報でしか、現在の出来事を処理できていない患者の考え方の幅を広げ、症状の軽減を図っている。

セッションは1回50分、全14~16回で毎週1回のペースで行うことを基本としている。

<セッションの流れと各セッションの目的>

セッション	目的
パニック症の心理教育	パニック症、発症の生理学的な要因、認知行動療法について理解を深め、その後のセッションにつなげる。 ライフチャートの作成などによって症状の多面的な理解を深める。
個別モデルの作成(ケースフォーミュレーション)	パニック症の問題を維持する「悪循環」に気づく。 ケースフォーミュレーションの図を使い、パニック発作が生じる典型的な場面、または最近パニック発作を感じた場面、不安症状(感情)、自動思考、安全行動、破局的な死のイメージ(注意の対象を含む)を順に同定し、各構成要素の関連や悪循環の特徴を明らかにする。
安全行動と注意の検討	パニック場面における「安全行動と身体感覚への注意」が、不安を高めていることに気づく。 安全行動をとることで逆に身体感覚に集中してしまっているこ

	とに気づくことで、安全行動をやめる必要性を理解する。
セッション	目的
破局的な身体感覚イメージの再構成	「内的情報に基づく破局的なイメージ」と「客観的に見た現実的なイメージ」の違いに気づく。現実的で、肯定的なイメージを引き出すことにより、破局的なイメージを修正する。
注意トレーニング	注意を身体感覚 外部にシフトさせる練習を行い、自分自身の身体感覚への内的な注意を減らし、注意を柔軟にすることができるようにする。
行動実験(2~4回)	パニック場面において患者の持つ特定の予測を実験する。そして、患者の信念を反証するための証拠を収集し、自分があるままでも受け入れられるという気づきを得る。
身体感覚のイメージと結びつく記憶の書き直し	パニック場面で繰り返されるイメージと過去の記憶に振り回されないようになる。 過去の限られた情報でしか、現在の出来事を処理できていないため、過去のトラウマ記憶の体験が、現在の自分にも起こるかのように感じてしまう、というパニックの維持要因としての初期記憶を更新する。
「出来事の前で繰り返しやること」の検討	パニック場面の前後で、繰り返し考えること、やってしまうことの悪循環を変える。恐怖場面へ行く前に前もってリハーサルして準備すること自体が安全行動になり不安を高めていること(予期不安)、恐怖場面の後であれこれ反省すること自体が、安全行動の正しさを確認しようとする儀式行為であること(反すう)に気づき、よりデメリットの少ない方法について話し合う。
最悪な事態に対する他者の解釈の検討(世論調査)	恐れている最悪な事態が実際に生じることについて、他者が同じように解釈しないことに気づく。患者が恐れている最悪な事態が実際に生じることについて、他者が同じように解釈しないことに気づく。パニック発作が最悪な事態に至らない事実気づく。患者の常識を見つけ出し、認知を変えていく。
残っている信念・想定の検討(スキーマワーク)	これまでのセッション(行動実験など)の中で反証や変容が難しかった残遺する信念に対して、柔軟性な見方ができるようにする
再発予防	治療を通して獲得した技術や学び、気づきを適切にフィードバックするとともに、他の問題にも般化できるようにする。
終結面接	具体的な再発予防計画を立案するとともに、患者が持つ治療が終了する喜びや不安を共有する。

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：認知行動療法(CBT)はセロトニン再取り込阻害剤と並んで強迫性障害(OCD)に対する有効な治療法としてその効果が実証されている。しかし、CBTの先進国でも有効な治療を提供できる治療者が不足している。我が国の状況はより深刻であり、治療者育成のためのトレーニングプログラムの開発と効果の実証が求められている。そこで、本研究では、昨年度の本研究により開発した強迫性障害への認知行動療法の治療者の訓練の方法とその治療効果を検討する。

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、千葉大学非常勤講師

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

A. 研究目的： OCDに対するCBTの治療経験の浅い治療者がスーパービジョンを受けながら行う治療の効果を検証し、OCDに特化したCBT治療者への有用な訓練方法について検討する。

B. 研究方法：

対象患者： 千葉大学医学部附属病院はCBT外来を受診し、SCIDによりOCDと診断された患者のうち、年齢18歳から50歳、Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) 総得点が17点以上、WAIS-IIIによるFIQが80点以上のものとした。ただし、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。効果判定にはY-BOCS総得点の変化をプライマリーアウトカムとした。

尚、本研究は千葉大学医学部の倫理委員会に承認を受けており、本研究の説明を受け、書面にて同意を得たものを対象患者とした。

治療者：

千葉大学では認知行動療法の研修コースを設けているが、その研修生、および修了生のうち、その研修の一環としてOCDの治療の訓練を希望したもの

治療方法：

スーパーバイザーによるアセスメントにより、診断、および治療適応が確認されたのち、治療者により、週1回50分のCBTを12~20回施行する。その後、1,3,6,12,か月後のフォローアップを行う。治療者は週1回のグループまたは個人でのスーパービジョン(SV)を受けながら治療を実施するものとした。

評価尺度：

・Y-BOCS：強迫症状重症度スケール 半構造化面接 (プライマリーアウトカム)
・OCI (Obsessive-Compulsive Inventory)：強迫症状自記式スケール
・PHQ-9 (Patient Health Questionnaire -9)：自記式抑うつスケール

・ GAD - 7 (Generalized Anxiety Disorder 7 - item) : 自記式不安スケール

・ AQ(Autism Quotient) : 自記式自閉症傾向スケール

C . 結果

本研究は現在継続中であるので、途中経過として報告する。

これまでに 16 名の患者 (男性 9 名、女性 7 名、平均年齢 : 38.7 ± 8.5 歳) が治療終了している。

治療者は臨床心理士 5 名と看護師 1 名で、いずれも OCD に対して SV を受けながら CBT を実施した症例数は 4 例以下 (平均 2.5 例 : 0 ~ 4 例) であった。

強迫症状の重症度はメインアウトカムである Y-BOCS の総得点が平均で 24.75(5.23)点から 16.62(6.28)点へと有意に減少した

($p < .01$, $g = 1.37$, 95%CI 0.59 - 2.16; $d = 1.41$, 95%CI 0.6 - 2.21)。自記式の強迫症状のスケールである OCI は平均で 75.18(30.92)点から 44.06(28.41)点へと有意に減少した ($p < .01$, $g = 1.02$, 95%CI 0.27 - 1.77)。

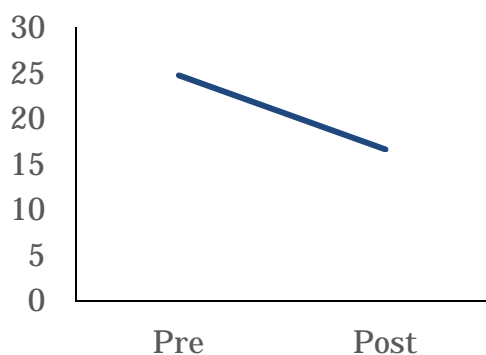


Figure 1 Y-BOCS 得点の変化

抑うつ の自記式スケールである PHQ-9 は治療前から高くなかったが、11.37(6.60) 点

から 8.68(5.86)点へと減少したが、治療前後で有意差は見られなかった($p = .10$, $g = 0.42$, 95%CI -0.29 - 1.13)。

不安自記式スケールである GAD - 7 は 11.12(5.87)点から 6.37(5.43)点へと有意に減少した($p < .01$, $g = 0.82$, 95%CI 0.08 - 1.55)。

途中経過なので、患者のプロフィールについての詳細は最終報告時に呈示するが、大学病院の CBT 専門外来ということもあり、難治な患者が紹介されることが多いため、発達傾向の強い患者の頻度が高く、AQ でカットオフ値の 33 点を超えたものが 8 名、そうでないものが 7 名であったが、治療効果には群間で差がなかった。

D . 考察

本研究の結果から、スーパーバイズ下における OCD に対する CBT の有効性が示された。最近の国外での無作為割り付け試験のみを集めたメタアナリシスによると、効果量 $g = 1.39$ であり (Olatunji, 2013) 非対照研究のメタアナリシスの結果では効果量 $d = 1.32$ と報告され (Stewart & Chambless, 2009) ている。これと比較して本研究のこれまでの効果量 ($g = 1.37$, $d = 1.41$) は、OCD に対する CBT の治療経験の浅い治療者であっても、我々が開発した定期的な SV を提供することで、国外と同等の治療効果を得ることができることを示している。さらに、近年、OCD の難治化の要因の一つとして自閉症スペクトラムの併存が言われているが、SV を受けながらもあっても CBT の治療効果は自閉傾向に影響を受けないことを示唆しており、今後さらに症例を増やし、また自閉症スペクトラムに対する世界的なゴールドスタンダードである評価方法を用いて検討を進める必要がある。

一方、本研究では曜日の関係もあり、グループSVに参加するものと個人SVに参加するもの、両方に参加したものがみられた。今後は、SVの様式による治療効果、訓練効果の差などについても検討を重ねると同時にスーパーバイザーの感想等を参考に、治療のプロトコルや治療者のトレーニングプログラムを洗練してゆく必要がある。また、OCDに有効なCBTを提供できる治療者を増やすためにも、ワークショップの開催に続くSV等のプログラムの作成やオンラインGSVとオフラインGSVによる比較試験等におけるエビデンスの蓄積も有用であろう。

E. 結論

未だ途中経過ではあるが、CBTの治療経験が浅い治療者であっても、SVを受けながら我々の訓練プログラムにもとづく治療を行えば、OCDに対して、国外の報告と同等の治療効果を得られることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1)Yoshinaga N, Hayashi Y, Yamazaki Y, Moriuchi K, Doi M, Zhou M, Asano K, Shimada M, Nakagawa A, Iyo M, Yamamoto M. Development of Nursing Guidelines for Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder in Line with the Progress of Cognitive Behavioral Therapy: A Practical Report. Journal of Depression and Anxiety 3(2): ,1000153. 2014

2) 松澤大輔, 中川彰子【自閉症の分子基盤】強迫と自閉. 分子精神医学, .14(2),

104-111, 2014

3) 中里道子, 中川彰子, 清水栄司. 英国の留学事情-モーズレイ病院, 精神医学研究所における研修を経て-特集 海外に留学する研究者からみた, その国の留学事情-わが国との研究, 医療状況などにおける比較- 精神科 25(2): 167-172, 2014.

2. 学会発表

1)Nakagawa A, Hirano Y, Kobayashi T, Miyata H, Matsumoto J, Asano K, Matsumoto K, Nemoto K, Masuda Y, Nakazato M, Shimizu E. Correlation between regional gray matter volume and autistic traits in obsessive-compulsive disorder (OCD). 44th European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Congress, The Hague,2014.9

2)Hirose M, Hirano Y, Nemoto K, Sutoh C, Miyata H, Matsumoto J, Nakazato M, Asano K, Shimizu E, Nakagawa A. Relationship between regional gray matter volume and symptom dimension in obsessive compulsive disorder (OCD) 44th Annual Congress of The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Den Hagg, Netherlands Hague, 2014.9

3)中川彰子: 「強迫性障害の認知行動療法 経験の浅い治療者の治療経過から学ぶ」第40回日本認知・行動療法学会研修会 富山,2014.11

4) 廣瀬素久、平野好幸、浅野憲一、松本淳子、宮田はる子、須藤千尋、中里道子、根本清貴、清水栄司、中川彰子 . 強迫性障害にお

ける症状ディメンジョンと脳の形態との関係
連 .第 41 回日本脳科学学会大会 .福井 .2014.11

5) 小林智子、平野好幸、根本清貴、須藤
千尋、宮田はる子、松本淳子、浅野憲一、中
里道子、清水栄司、中川彰子 .強迫性障害に
おける自閉傾向と脳の形態との関係 .第 41
回日本脳科学学会大会 .福井 .2014.11

H.知的財産権の出願・登録状況

- 1 . 特許取得 該当なし
- 2 . 実用新案登録 該当なし
- 3 . その他 該当なし

不眠の認知行動療法による治療反応予測変数の検討

研究分担者 井上雄一 公益財団法人神経研究所 研究員

研究要旨: 不眠の認知行動療法 (CBT-I) の改善効果の媒介要因を明らかにするため, CBT-I を受診した 67 名の不眠症患者を対象にした介入研究を行った。その結果, 性別とストレスによる過覚醒反応を測定する尺度 (FIRST) が不眠の重症度を軽減に影響を及ぼすが, 従来より指摘されていた認知変数 (DBAS) は関連しなかった。以上のことから, CBT-I は FIRST の改善を媒介して不眠症状を軽減させている可能性が考えられた。

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)

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。しかし, 治療効果研究は数多く行われているものの, CBT-I によって不眠症が改善するまでのプロセスについてはほとんど明らかにされていない^{2,3}。

そこで本研究では, これまで, 不眠症の関連要因として考えられてきた, ストレスによる過覚醒反応を測定する尺度 (Ford Insomnia Response to Stress Test: FIRST) と睡眠に対する非機能的信念を測定する尺度 (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep Scale: DBAS) を用いて, CBT-I の改善効果をもたらし媒介要因について検討することを目的とした。

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のうち, CBT-I を受診した 67 名 (男性 32 名, 女性 34 名; 平均年齢 48.2 ± 17.1 歳; 平均罹病期間 5.7 ± 6.6 年) を対象とした。

実施尺度:

1. Athens Insomnia Scale 日本語版 (AIS)⁴: 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. Ford Insomnia Response to Stress Test (FIRST) 日本語版⁵: ストレスイベントを経験した後の過覚醒反応を測定する尺度であり, 9 項目 4 件法で構成される。値が大きいほど過覚醒反応が強いことを示す。

3. Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep Scale-16 日本語版 (DBAS-16)⁶

睡眠に関する非機能的信念を測定する尺度であり, 16 項目 11 件法で測定される。平均得点が算出され, 値が大きいほど睡眠に対

する非機能的な信念が強いことを示す。

治療手続き: 対象者には, CBT-I (合計 6 回, 隔週) を実施し, 治療前後に上記アンケートに回答を求めた。CBT-I の治療プロトコルは, 先行研究⁷と同じものを利用した。

解析方法: 各尺度の変化に関しては治療前後の変化量 () を算出した。そして, 変化量得点を用いた相関分析, およびデモグラフィックデータと変化量得点を用いた階層的重回帰分析を行い, 不眠症状の軽減をもたらす媒介要因の検討を行った。

(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

CBT-I 実施前の記述統計量を Table 1 に示した。

相関分析の結果, FIRST と DBAS の間 ($r=0.46, p<0.01$ 95% CI: 0.25-0.63) および FIRST と AIS の間 ($r=0.49, p<0.01$, 95% CI: 0.28-0.65) に有意な正の相関が認められた。

次に, 階層的重回帰分析を行った結果, 性別 ($\beta=0.23, p<0.05$) および FIRST ($\beta=0.48, p<0.01$) が AIS に有意な影響を与えていた ($F_{2,54}=9.25, p<0.01, R^2=0.32$; Table 2)。

D. 考察

以上の結果から, 不眠症の改善に影響を与える媒介要因は性別と過覚醒反応 (FIRST) であり, 男性患者の方が女性患者よりも CBT-I の改善効果が高いこと, そして, CBT-I によって過覚醒反応が軽減することが重要であることが示唆された。一方で, 従来より

指摘されていた非機能的信念は不眠の重症度の軽減に対しては媒介変数とならないことが分かった。

E. 結論

以上のことから, CBT-I による改善効果をも高める上で, 過覚醒反応を軽減する必要性が示唆された。

Table 1. Descriptive statistics for participants at baseline (N = 67)

Age, mean years (SD); range	48.15 (17.10); 20-78
Duration of insomnia, mean years (SD)	5.70 (6.61)
Gender (M/F)	32/35
Dosage of hypnotics, mean mg (SD) ^a	6.51 (5.13)
FIRST, mean score (SD)	22.40 (6.81)
DBAS, mean score (SD)	5.80 (1.92)
AIS, mean score (SD)	11.57 (4.91)

Notes. AIS = Athens Insomnia Scale. DBAS = Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep scale. FIRST = Ford Insomnia Response to Stress Test.

^a Dosage of hypnotics were calculated by diazepam dose equivalents.

Table 2. The results of hierarchal multiple regression analysis for change in scores of AIS

Variables	B	SE	β	R ²	ΔR^2	F-value(df)
First step				0.08	0.08	1.28 (4, 56)
Age	-0.01	0.04	-0.02			
Gender	2.26	1.36	0.21			
Dosage of Hypnotics	0.03	0.14	0.03			
Duration of insomnia	-0.09	0.10	-0.11			
Second step				0.32	0.24	9.25 ^{**} (2,54)
Age	-0.01	0.04	-0.03			
Gender	2.46	1.23	0.23 [*]			
Dosage of Hypnotics	0.07	0.13	0.07			
Duration of insomnia	-0.11	0.09	-0.14			
Change in score of DBAS	-0.55	0.39	-0.18			
Change in score of FIRST	0.42	0.11	0.48 ^{**}			

Notes. AIS = Athens Insomnia Scale. DBAS = Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep scale. FIRST = Ford Insomnia Response to Stress Test.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

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. Jansson-Frojmark M, Linton SJ: The role of sleep-related beliefs to improvement in early

cognitive behavioral therapy for insomnia. Cogn Behav Ther 37: 5-13, 2008.

3. Morin CM, Blais F, Savard J: Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? Behav Res Ther 40:741-52, 2002.
4. 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.
5. Nakajima S, Okajima I, Sasai T, et al: Validation of the Japanese version of the Ford insomnia response to stress test and the association of sleep reactivity with trait anxiety and insomnia. Sleep Med 15:196-202, 2014.
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. 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.

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Nakajima S, Inoue Y, Sasai T, et al: Impact of frequency of nightmares comorbid with insomnia on depression in Japanese rural community residents: A cross-sectional study, Sleep Med 15: 371-374, 2014.
2. 中島 俊・岡島 義・井上雄一: 労働者における不眠症状と心理的特徴との関連 ストレス科学 28: 275-284, 2014.
3. 岡島 義・碓氷 章・井上雄一: 不規則睡眠 - 覚醒型概日リズム睡眠障害に対する光治療と認知行動療法の試み 睡眠医療 8: 240-243, 2014.
4. Okajima I, Nakajima S, Ochi M, et al: Reducing dysfunctional beliefs about sleep does not significantly improve insomnia in cognitive behavioral therapy. Plos One 9: e102565, 2014.
5. 岡島 義・井上雄一: うつ病に伴う不眠に対する認知行動療法の有効性に関する展望 行動科学 53: 69-78, 2014.

2. 学会発表

1. 中島 俊, 笹井妙子, 駒田陽子, 原田豊, 渡部一恵, 井上雄一: 睡眠反応性は、不眠と独立した抑うつ危険因子か？
- 鳥取県職員を対象としたクロスセクショナルスタディー 日本睡眠学会第39回学術集会 あわぎんホール, 徳島 2014.07
2. 越智萌子, 岡島 義, 宮本智之, 井上雄一: 慢性緊張型頭痛が併存する不眠症患者に対するCBT-Iの実践 日本睡眠学会第39回学術集会 あわぎんホール, 徳島 2014.07
3. 中島 俊, 越智萌子, 岡島 義, 笹井妙子, 井上雄一: 睡眠状態誤認を伴う不眠症に対する新しい認知行動療法の有効性の検証:パイロットスタディ 日本認知・行動療法学会第40回大会 富山国際会議場, 富山市 2014.11
4. 井上雄一: ストレス・生体リズムを視野に入れた不眠治療のあり方 第62回日本職業・災害医学会学術大会 神戸国際会議場, 神戸市 2014.11

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記なし

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

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
なし							

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
Okajima I, Nakajima S, Ochi M, Inoue Y	Reducing dysfunctional beliefs about sleep does not significantly improve insomnia in cognitive behavioral therapy	PLoS One	9(7)	e102565	2014
Takaesu Y, Komada Y, Asaoka S, Kagimura T, Inoue Y	Factors associated with long-term Use of hypnotics among patients with chronic insomnia	PloS One	9(11)	e113753	2014
中島 俊，岡島義，井上雄一，堀内史枝，玉井浩，井上雄一	労働者における不眠症状と心理的特徴との関連	ストレス科学	28(4)	275-284	2014
岡島 義，井上雄一	うつ病に伴う不眠に対する認知行動療法の有効性に関する展望	行動科学	53(1)	69-78	2014
井上雄一，高橋昌義	不眠症の診断，治療と評価	睡眠医療	8(増)	449-457	2014

幼少期のトラウマによる複雑性 PTSD のための認知行動療法

STAIR (感情調整と対人関係調整スキルトレーニング) と NST (ナラティブ・ストーリー・テリング) 治療プロトコルの検討

研究協力者 金吉晴 大滝涼子

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

(ここに示す STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation : 感情と対人関係の調整スキル・トレーニング)と、NST (Narrative Story Telling: ナラティブ・ストーリー・テリング) の概要である。複雑性 PTSD の患者のための治療法として、Dr Marylene Cloitre によって開発された治療法である。以下にそのプロトコルの概要を示す。

1 幼少期のトラウマ

トラウマ体験による PTSD は、幼少期のトラウマ体験も診断概念の中に含んではいないが、成人のトラウマ体験の場合とは異なり、その症状の現れには非言語的な再体験症状の表出が前景に立つなどの相違がある。また幼少期のトラウマは家族内で養育者から生じる場合が多く、必然的にアタッチメントの混乱を生じるとともに、養育者からの被害に関しては複雑な感情が一気に体験され、なおそれが極度の混乱の中で生じるために、整理されることが少ない。そのために、自分がどのような状況の中でどのような感情を体験するのかが分からず、怒りや恐れなどの強い感情が生じると、コントロール不良に陥りやすい。また対人関係スキーマを健全に発達させることができず、自分自身を守るために養育者や重要な他者から好ましい反応を引き出すための認知、

感情、行動パターンを発達させることができない。また困難な状況に直面したときに、否定的なスキーマによる解釈のなかに留まってしまい、柔軟にスキーマを変更することができない。このような感情制御と対人関係の不安定さは成人した後も遷延することが多く、幼少期のトラウマによる PTSD を持つ成人患者の多くは対人関係の困難を同時に主訴とすることが多い。このような病像を複雑性 PTSD と呼ぶ。

2 複雑性 PTSD

複雑性 PTSD は DSM-5 には取り入れられなかったが、ICD-11 草案では取り入れられている。出来事基準については、多くの場合、幼少期に始まり、なおかつ対人関係に関する、慢性、連続性および持続性のトラウマ (幼少期の虐待、親密なパートナーからの暴力、戦争捕虜、内戦 (虐殺) の体

験、売春/ 人身売買) と定義される。

通常の PTSD 症状に加えて、附加的な特徴として、感情調整の困難があり、挑発されやすく、感情的に刺激に対して敏感に反応し、平静を保つことができないことがあげられている。恐怖/ 解離、怒り、不安、悲しみなどの感情が問題となりやすい。

また対人関係の問題としては結婚および交際に関する問題、対人関係に対する不満足、子育てに関する問題、仕事における機能不全、社会的孤立、援助が少ないと感じられる。

境界性人格障害 (BPD) との異同がしばしば問題となるが、以下の点において区別される。

BPD は治療者への操縦行為 manipulation を行うが、複雑性 PTSD ではそれが認められない。
BPD は見捨てられ不安が強く、そのためにアクティングアウトを生じることがあるが、複雑性 PTSD ではそれが認められない。なお BPD に短期間の CBT を行うと、終結時に見捨てられ不安が生じることがあるので、基本的には BPD にはより長期の治療が必要となる。

3 治療の概要

このような特徴を持った複雑性 PTSD のために、Cloitre らによって STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation : 感情と対人関係調整スキル・トレーニング) ならびに NST (Narrative Story Telling : ナラティブ・ストーリー・テリング) と呼ばれる治療法が開発され、良好なエビデンスを出している。

STAIR の特徴は段階的な治療構造を有し

ていることである。まずトラウマから回復する上での主要原則として過去についての意味づけをするが、患者に差し迫っている問題や必要とされる援助の重要性によって現在を扱うことが優先される。具体的には症状の安定化/対応 (急性の苦痛、重度の PTSD)、日々の生活での問題 (対人関係、混沌とした生活)、併存する症状 (精神病症状、重度のうつ病) などである。

文献

1. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectr.* 2009 Jan;14(1 Suppl 1):32-43.
2. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. *Treating Survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the Interrupted Life.* 1st ed. Guilford Pr; 2006.
3. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress.* 2011 Dec;24(6):615-27.
4. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2010 Aug;167(8):915-24.
5. Cloitre M, Petkova E, Wang J, Lu Lassell F. An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation

among women with PTSD related to childhood abuse. *Depress Anxiety*. 2012 Aug;29(8):709-17.

6. Havens JF, Gudiño OG, Biggs EA, Diamond UN, Weis JR, Cloitre M. Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: an exploratory study. *J Trauma Stress*. 2012 Apr;25(2):171-8.

7. Levitt JT, Malta LS, Martin A, Davis L, Cloitre M. The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World

Trade Center attack. *Behav Res Ther*. 2007 Jul;45(7):1419-33.

8. Nooner KB, Linares LO, Batinjane J, Kramer RA, Silva R, Cloitre M. Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma Violence Abuse*. 2012 Jul;13(3):153-66.

9. Trappler B, Newville H. Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatr Q*. 2007 Dec;78(4):317-25.

STAIR (感情調整と対人関係調整スキルトレーニング) と NST (ナラティブ・ストーリィ・テリング) 治療プロトコル

この治療は、STAIR と NST の 2 つの異なる介入で構成されている。治療前半の STAIR の特徴のひとつは、段階的な治療構造であり、患者が一段ずつ階段を上っていくように進めていく点である。段階的治療の概念 (Herman, 1992) では、第一段階：安全、安定化、生活能力の強化、第二段階：トラウマ記憶の処理、第三段階：大きなコミュニティへの統合、といった 3 ステップが挙げられる。

トラウマから回復していく上では、過去について扱い、過去についての意味づけをしていく必要があるが、差し迫っている問題や必要とされる援助の重要性によって、現在の問題を扱うことが優先されることもある。複雑性 PTSD の場合には、過去に焦点をあてた介入と、現在に焦点をあてた介入のバランスを保つことが重要と言える。

STAIR の部分は DBT (Dialectical Behavior Therapy: 境界性人格障害のための弁証法的行動療法) を、NST の部分は PE (Prolonged Exposure Therapy: 持続エクスポージャー療法) から、理論的、技法的に多くのものを取り入れている。

STAIR

STAIR では以下の 3 つのリソースを育てることが目標となる。各セッションは、これらのリソースに焦点を当てながら段階的に進められる。

1. 希望のリソース
2. 感情のリソース
3. つながりのリソース

希望のリソース

<セッション 1>

患者がセラピストのもとを訪れる頃には、既に自分の限界に達し、多くの希望を失っている状態である。ここでのセラピストの役割は、患者の希望を維持し、強化することである。セラピストの最初の務めは、患者の話に配慮し、患者の症状や生活状況に対する正確なそして共感的な理解を示すことである。また、問題対処のための治療計画を提案し、患者との共同作業としてのセラピーのゴールと、その達成方法をお互いに同意、共有し合えるように働きかける。初めのセッションで、体と心のエクササイズ (集中呼吸法) のスキル練習をスタートし、毎日自宅で練習することを宿題とする。

- 患者の査定体験、問題の経緯と症状を振り返る
- 治療コントラクトを結ぶ
- 治療計画の概要を説明する
- STAIR 段階 I のゴール説明：感情調整と対人関係スキルの育成
- STAIR 段階 II のゴール説明：PTSD 症状の軽減と人生の語りの構築
- 2 段階から構成される治療法の治療原理と利点を説明する
- コーピングスキルの提供：集中呼吸法
- セッション間のエクササイズの治療原理を説明する
- セッション間に行う宿題を出す
 - 1 日に 2 回集中呼吸法を練習する

感情のリソース

<セッション 2> 感情の気付き：感情のリソースと名称化

感情を認識したりそれに名称をつけることは、虐待サバイバーでその十分な機会が持てなかった者にとっては困難を極めることもある。「感情調整の自己モニタリングフォーム」や「感情の車輪図」を使って、患者が自分の感情とその起源、感情に関連する思考や行動を認識し、名称化する力を強化する。また、幼少期の虐待が感情の調整に与える影響について話し合い、心理教育を行う。

- 感情の確認から入り、セッション間の練習を振り返る
- 感情調整のコンセプトを提示する
- 患者の感情調整の困難さを探求し、確認する
- セッションのゴールを提示する：感情の気付きとモニタリング
- 感情を観察し、理解することの治療原理を説明する：効果的な生き方
- 感情を名称化するための感情要素を取り入れる
- 異なる種類の感情を区別することについて話し合う
- 感情の自己モニタリングフォームを使う練習をする
- 定期的に感情をモニタリングをする宿題を出す
- セッションのゴールと、セッション間の宿題をまとめる
 - 1 日に 2 回集中呼吸法を練習する
 - 1 日に 1 回感情の自己モニタリングフォームを書き込む

セッションハンドアウト

- ハンドアウト 幼少期の虐待が感情調整に与える影響
- ハンドアウト 感情の自己モニタリングフォーム
- ハンドアウト 感情を表現する際に使う言葉のリスト
- ハンドアウト 感情の車輪

<セッション3> 感情の調整

感情調整のスキルを習得する土台として、「感情が表れる3つの分野」について振り返る。身体、認知、行動の三つの領域からの感情調整のスキルについて話し合い、その上で適応的な感情調整スキルを確認し、前向きな感情を取り入れるよう促す。患者が楽しめる活動を適切な対処法として取り入れる手助けをする。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 感情調整のコンセプトを説明する
- 問題となっている感情を確認し、話し合う
- 解離について話し合う（関連する場合）
- 患者の現在の感情調整スキルを確認し、評価する
- 適応的な感情調整スキルを確認し、練習する
- 患者の感情から思考と行動への流れを“スローダウン”する
- 前向きな感情を取り入れ、楽しい活動を計画する
- 感情調整の働きかけに関する誤解を振り返る
- このセッションのゴールをまとめる
- セッション間に行う宿題を出す
 - 感情の自己モニタリングフォームを一日一回記入する
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する
 - 感情調整法を3つ選び、それぞれを週に一回練習する
 - 毎週一つ楽しい活動を計画する

セッションハンドアウト

ハンドアウト 感情反応の3つのチャンネルのための感情調整スキルの例

ハンドアウト 楽しい活動のための提案：前向きな感情の調整

追加のハンドアウト 感情の自己モニタリングフォーム

<セッション4> 感情との関わり

このセッションでは、つらい感情に耐えたり受け入れることが、健康的で実際の生活機能レベルの改善に役立っているのかどうかについて話し合う。まず目標を確認し、それを達成する過程におけるメリット・デメリットを振り返る。その上で、苦痛に耐えるだけの価値がその目標にあるかどうか、患者が判断できるように促す。虐待による苦痛と、個人が選択した目標を達成する上で必要と思われる苦痛は、明確に区別されなくてはならない。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 苦痛に耐えること概念を説明する
- 患者の苦痛に耐えるスキルを調べる
- 苦痛に耐えることと患者のゴールを関連づける
- プロとコンスを評価する方法の提示と練習
- 苦痛の軽減対策とゴールを一致させる
- 生活の“予期しないとき”に起こる苦痛に耐える練習の導入
- 目標への取り組みにおける前向きな感情の役割について話し合う
- 患者が人間関係の問題に取り組む上での準備
- セッション間の宿題を出す
 - 感情の自己モニタリングフォームを一日一回記入する
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する
 - 患者のニーズに関連する感情調整法を3つ選び、それぞれを週に一回練習する
 - 毎週一つ楽しい活動を計画する

セッションハンドアウト

ハンドアウト つらい感情に耐えるとは？なぜそれが必要なのか？

追加のハンドアウト 感情の自己モニタリングフォーム

つながりのリソース

<セッション5> 対人関係のパターンを理解する

対人関係スキーマは、養育者との関係性において幼少期に形成される認知のテンプレートであり、こうしたスキーマが、自分自身や周りの人に対する考えや、自分と相手の関係の成り立ち方に反映している。幼少期に虐待を経験すると、人間関係スキーマを構築するプロセスが妨害され歪みが生まれ、患者はこれらの適応的ではないスキーマを成人後も繰り返している。ここでは、対人関係スキーマのワークシートIを用いて、患者が現在の自身のスキーマを理解するよう促す。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 心理教育の提供：対人関係スキーマとは？
- コアスキーマを確認するツールとして、対人関係スキーマのワークシートIを提示する
- 対人関係スキーマのワークシートIを使つての練習
- セッション間の宿題を出す
 - 対人関係スキーマのワークシートIを一日一回記入する。状況に関連していれば、感情調整スキルも取り入れる
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

数枚のハンドアウト 対人関係スキーマのワークシート I

<セッション6> 対人関係のパターンを変える

患者の鍵となる対人関係スキーマが確認できたら、次のステップとして、新しく、より柔軟性のある代わりのスキーマを集め始める。新しいスキーマを構築し、人との関わり方の新しい方法を体験する方法として、ロールプレイやモデリング等が効果的である。ロールプレイを通して練習したり、モデリングで模範を見せた後、実際の対人関係の状況の中で新しいアプローチを練習するように促す。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- ロールプレイエクササイズの治療理念を提示する
- ロールプレイを実施する
- 対人関係のスタイルにフィードバックを与える
- 対人関係スキーマワークシート II を取り入れる
- セッション間の宿題をだす：
 - 少なくとも一つの対人関係の状況を選び、新しいアプローチを練習する
 - 対人関係スキーマのワークシート II を一日一回記入する。状況に関連していれば、感情調整スキルも取り入れる
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

数枚のハンドアウト 対人関係スキーマのワークシート II

<セッション7> 効果的なコミュニケーションと自己主張

虐待が行われている家族では、家族間で感情やニーズを否定、もしくは隠していたり、またはそれを他に攻撃的に強制する行動がモデルになっている傾向がある。このセッションでは、対人関係における境界線について、及び自己主張やアサーティブでいることについて心理教育を行い、患者がそのための基本的なスキルを習得する手助けをする。主張すること（アサーティブ）と関連した対人関係におけるスキーマを認識し、ロールプレイを行い、継続的に対人関係における自己主張や感情調整のスキルを練習するよう促す。実生活の中でもそのような場面で練習するように宿題を出す。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 心理教育の提示：主張的行動とは？
- 主張とコントロールに関する問題の認識
- 主張するための基本的なテクニックの振り返り
- 主張することに関連した対人関係スキーマの認識
- 主張するためのスキルを使ってロールプレイを行う
- セッション間の宿題を出す：
 - 基本的な人権についてのハンドアウトを振り返る（ハンドアウト）
 - 今後起こりそうな主張する場面を確認する、もしくは主張する練習のための状況のハンドアウトから状況を選ぶ/始める
 - 対人関係スキーマのワークシート II を記入する。一日一回、主張するスキルにフォーカスし、それに関連した感情調整スキルも取り入れる
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウト 主張するとは？

ハンドアウト 基本的な人権

ハンドアウト 主張するためのスキル

ハンドアウト 主張する練習のための状況

数枚のハンドアウト 対人関係スキーマのワークシート II

<セッション8> 人間関係における柔軟性

児童虐待サバイバーは、人間関係において否定的な予測をしているため、対人関係スキーマが制限的で頑なであることが多い。良好な対人関係の構築には、その関係におけるパワーバランスや関わり合いのゴールを考慮し、異なるタイプのコミュニケーションをとることが必要となる。セッションでは、なぜ対人関係において柔軟性が重要なのか話し合い、異なるタイプの関係性の中でよいバランスを得るためのスキルを振り返る。対人関係スキーマの認識し、パワーバランスの対応に焦点を置いたロールプレイの実施し、柔軟性を習得・強化していく。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 心理教育の提示：なぜ柔軟性が重要なのか？
- 人間関係におけるパワーバランスのタイプの説明
- 人間関係のタイプごとによくあるつまづきやすい障害の話し合い
- より良いバランスを得るためのスキルの振り返り
- 異なるタイプのパワー関係における対人関係スキーマの認識
- パワーバランスの対応に焦点を置いたロールプレイの実施

- 二段階目の治療に向けての準備
- セッション間の宿題を出す：
 - 異なる人との関わり方と、それに関連した感情調整スキルを取り入れながら、対人関係スキーマのワークシート II を一日一回記入する。
 - 治療の次の段階に関する質問や気になることのリストを作る。
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウトの追加コピー 対人関係スキーマのワークシート II

このように第一段階の STAIR では、感情調整スキルを習得し、対人関係スキーマの修正を段階的に行っていく。これが、第 2 段階のトラウマナラティブへ進むための準備ともなり、直面することが困難なトラウマ記憶にも取り組むことができるようになる。

NST

NST では、STAIR のように段階的に取り組むべきリソースは挙げられていないが、トラウマ記憶に対して以下の手続で点を目標に進められる。下記の 3 点は段階的な達成目標と言うよりは治療の複合的な側面を示しており、NST のセッション(通常は9-16セッション)を通して繰り返し取り組むことになる。

1. 語りの繰り返し
 - ・トラウマ記憶の組織化
 - ・恐怖記憶の消去 / 馴化による恐怖の軽減
2. 意味の分析・文脈付け
 - ・自己および他者に対する信念の作り直し(トラウマスキーマは過去の一部 vs 現在の一部)
 - ・トラウマ記憶を自己の生活史に統合する
 - ・恐怖以外の感情探究と解消：恥、罪悪感、怒り、および喪失感
3. 段階的スキルの継続的な練習

<セッション 9> NST の紹介

NST (Narrative Story Telling) はエクスポージャーであり、それを通じて馴化が起こり、圧倒されるような不安なしにトラウマを想起することができるようになる。トラウマ記憶を呼び起こすこと自体は危険なことではないという理解が促進され、また、セルフコントロールと個人的な能力の感覚を強化し、「私が記憶を所有しているのであり、記憶が私を所有しているのではない」ということを理解する。

この治療では、単回トラウマに対するエクスポージャーとは異なり、トラウマ記憶の階層化を進める。まず患者は個々の記憶を、最も難しい記憶から最も易しい記憶へと記憶を順序づけ、トラウマ記憶の階層表を作成する。そのなかで明らかに苦痛をもたらしており、かつ患者が取り組むことができる記憶、または日常生活における重要さに基づいて、課題とする記憶を選ぶ。このナラティブの後に再度対人関係スキーマに戻って認知的な対話を行う。取り扱う感情は、恐怖、悲嘆、怒り、喪失などの多岐にわたる。

トラウマを語る目的は、患者がコントロールを維持しながらトラウマに関連する感情を深く体験することである。トラウマを語る事は過去を直接再体験する事とは異なる、と理解することが重要であり、記憶に直面すれば、トラウマのイメージや考えはただの記憶であり、患者に影響を与える実際のパワーは無い事に気づくことができる。感情調整をしながら、現状況の安全性への気付きを深め、患者が圧倒されない状態で記憶に触れていく。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 患者が NST に移行する準備をさせる
- 以下を達成する方法として、NST の治療原理を振り返る
 - 恐怖と PTSD 症状を解消する
 - トラウマ的記憶を整理する
 - 一貫性のある人生の物語を作る
- ナラティブ中の感情調整スキルの取り入れ方を振り返る
- NST の治療原理とゴールと一緒に振り返る働きかけをする
- ナラティブ作業へのコミットメントを構築する：セッション数と時間枠
- 記憶段階表を作成する
- セッションを終える
- セッション間の宿題を出す：
 - ナラティブストーリーテリングの概要を読む（ハンドアウト）
 - ナラティブ作業に取り組むための苦痛に耐える練習（プロスとコンス）を完了する
 - 対人関係スキーマのワークシート II（ハンドアウト）を少なくとも今週 2 回記入する
 - 集中呼吸法を 1 日に 2 回、その他の関連する感情調整スキルを練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウト ナラティブストーリーテリングの概要

ハンドアウトの追加コピー 対人関係スキーマのワークシート II

<セッション 10> 最初のトラウマナラティブ

このセッションでは、完成した記憶の段階表と、録音用のレコーダーを用意し、まずニュートラルな記憶を用いてナラティブを練習する。その後トラウマ記憶の最初のナラティブを実施する。ナラティブ終了後にはグラウンディングをして、患者の意識が現在にあることを確認してから、ナラティブの録音をセッション内で一緒に聞き、それに対する自分自身や人に対する思考について話し合う。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- ナラティブ作業の治療原理を振り返る
- ニュートラルな記憶を用いてナラティブを練習する
- 虐待記憶の最初のナラティブを実施する
- 患者を現在にグラウンディングする
- 最初のナラティブのテープを一緒に聞く
- ナラティブにおける自分自身や人に対する思考を探求する
- セッション間の宿題を出す：
 - テープを毎日聞く；トラウマナラティブ中の SUDs フォーム（ハンドアウト）を使い、ストレスレベルをモニタリングする。
 - 記録用に対人関係スキーマのワークシート II（ハンドアウト）を用いて、少なくとも一つの対人関係の状況を特定し、新しいスキーマを練習する。その状況に適した感情調整スキルを使う。
 - 1日に2回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウトの追加コピー トラウマナレーション中の SUDs

ハンドアウトの追加コピー 対人関係スキーマのワークシート II

<セッション 11-15>

最初のナラティブ以降のセッションは(セッション 11-15) 基本的にセッション 10と同じ構造で行われる。つまり、トラウマ記憶のナラティブをし、それによって蘇った感情の振り返りや、物語に刻み込まれたスキーマの確認、トラウマ的過去のスキーマと患者の現在の人間関係を比較と分析などが含まれる。これらの手順は徐々に習慣的になり、一つの活動から次へと、より流れる様にセッションは進む。患者はこの一連の作業を繰り返し、一つの記憶から次の記憶へと進んでいく。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 記憶を選択する
- ナラティブを実施する
- ナラティブによって引き出される感情を確認する
- 回避行動に働きかける
- 解離反応に対処する：患者を最大の恐怖に直面させる
- 患者を現在にグラウンディングさせる追加テクニックを用いる
- セッション間の宿題を出す：
 - テープを毎日聞く；トラウマナラティブ中の SUDs フォーム（ハンドアウト）を使い、ストレスレベルをモニタリングする。
 - 記録用に対人関係スキーマのワークシート II（ハンドアウト）を用いて、少なくとも一つの対人関係の状況を特定し、新しいスキーマを練習する。その状況に適した感情調整スキルを使う。
 - 1 日に 2 回集中呼吸法を練習する

セッションハンドアウト

ハンドアウトの追加コピー	トラウマナレーション中の SUDs
ハンドアウトの追加コピー	対人関係スキーマのワークシート II

恐怖のナラティブ

恐怖を回避したり、恐ろしい記憶に解離反応をしがちな患者にとっては、進展が難しい事もある。恐怖反応への対処、語りにおける感情移入の維持、スキーマの修正、これら全てに共通しているのは、出来事が過去のものだという認識である。記憶は現在の行動に多大な影響を与えるが、それは過去のものであり、反対に、患者の強みは今を生きている事であるということを強調する。

恥のナラティブ

ストーリーの最も難しい側面は、恥のテーマに関して多い。恥への効果的な働きかけとして最も重要なのは、患者の縮小されてしまった自己価値の修復である。これを達成するには、患者の恥の感覚を生み出している原因の十分な分析と、患者の能力や価値を取り入れた新しいスキーマの構築、患者の価値を認めてくれる相手との前向きな体験とその能力を構築するための機会を提供することである。

患者が恥じている体験を語る上で、自分に対する否定的な見方を改善するためには、サポータティブで温かみある、実践的な受け答えが必要である。セラピストはそのような反応

の繰り返し、患者の否定的な見解や判断を反証し、ネガティブな体験や自分自身に対する別の見方を得る手助けをする。

喪失のナラティブ

喪失のテーマもまた、ナラティブ作業の最中に出てきやすく、それは患者が悲嘆プロセスに取り組む貴重な機会でもある。この取り組みは、回避や無感覚症状を軽減し、自分に対する思いやりや人に対する親近感を向上させることにつながる。セラピストは、ナラティブにある悲しみや喪失を聞き取り、辛いトラウマに関する喪失体験に耐え処理してきた事の長期的利点について患者と話し合う。幼少期のトラウマによる悲嘆のテーマには、保護してくれる存在の喪失、信頼感の喪失、大切にされることや敬意の喪失、幼少期の無邪気さ、単純な身体的快感、自発性の喪失等が含まれる。また、喪失体験による対人関係スキーマが現在の人間関係に与えている影響を確認し、よりポジティブなつながりを生み出すための新しいスキーマを構築する手助けを行う。

<最終セッション>

最終セッションのゴールは、患者の治療への取り組みと改善をまとめ、今後の計画、再発のリスクとそれに関連する改善のための対処法を認識することである。セラピストは患者の治療中の達成を賞賛し、この働きかけに取り組んだ患者の勇気と強さに心からの感謝を伝える。患者の PTSD 症状や感情調整のスキル、対人関係の機能、一般的な生活上の機能について、治療当初からの変化を尋ね、過去全体と今の状態を比較するのもよい。

この治療が終了した後も、患者にはまだ多くの課題が残っている可能性が大きいいため、今後の取り組み方や再発のリスク、それに関連した改善方法を振り返り、転換期と将来のニーズのための情報についても話し合う。

- 感情の確認から入り、セッション間の宿題を振り返る
- 患者の変化と改善の体験について引き出す
- 認識された改善を詳細化もしくは追加する
- 次のステップのための計画を認識する
- 再発のリスクとそれに関連した改善方法を振り返る
- 変化のペースを尊重する事を示唆する
- 転換期と将来のニーズのための情報を提供する
- さようならを言う

セッションハンドアウト

ハンドアウト 治療後のゴールと対策法シート

ハンドアウト 生きる事の確言

情報リスト (セラピストによって編集されたもの)

このような段階的な工程を経て STAIR&NST を行っていく際に重要となるのは、過去に焦点をあてた介入と現在に焦点を当てた介入のバランスを保ち、現在にこそ希望があることを認識していくことである。過去と現在の違いを経験的に探究するために、仮定や対人関係スキーマを使う。トラウマナラティブは、これから生きる人生の文脈の中に、トラウマを位置づける（意味づけをする）役割がある。このように段階的に行っていくことにより、ストレス耐性が脆弱でエクスポージャー的な治療が困難を極めていた複雑性 PTSD の患者への治療も可能となる。

心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の実施可能性に関する研究

研究分担者 伊藤正哉

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

研究要旨

国際的なガイドラインにおいて、心的外傷後ストレス障害に対してはトラウマに焦点を当てた認知行動療法が最も治療効果が期待できるとして推奨されている。認知処理療法（Cognitive Processing Therapy: CPT）は、Patricia A. Resick によって開発された、心的外傷後ストレス障害に対する認知行動療法であり、個人療法としても集団療法としても実施される。われわれは認知処理療法の我が国での実施可能性を検討するため、個人版 CPT と集団版 CPT についての予備試験を実施してきた。本年度までの結果では、CPT について良好な結果が得られている。

研究協力者（50音順）

今村扶美（国立精神・神経医療研究センター病院 室長）、大江悠樹（国立精神・神経医療研究センター 流動研究員）、大野裕（国立精神・神経医療研究センター センター長）、櫻村正美（日本医科大学 講師）、蟹江絢子（国立精神・神経医療研究センター病院 医師）、小西聖子（武蔵野大学教授）、高岸百合子（駿河台大学 講師）、中島聡美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 室長）、牧野みゆき（国立精神・神経医療研究センター 研究員）、正木智子（武蔵野大学博士課程）、森田展彰（筑波大

学 准教授）、平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院 部長）

A. 研究目的

現在、我が国では心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder; 以下、PTSD）を患った人々へのケアが不足しており、深刻な問題となっている。生死の危険や重傷を負うようなトラウマティックな状況に接する機会は稀ではない。例えば、自然災害、交通事故、犯罪被害（暴行被害、性被害、ドメスティック・バイオレンス（DV）、各種のハラスメント）、虐待、

いじめ、自死、職業上で体験する惨禍や高負荷業務等が挙げられる。2012年の刑法犯罪の被害者数(死亡・負傷)は33,966名(警察庁, 2013)、強姦・強制わいせつの被害者数は8,503人(法務省, 2013)、DVの被害件数は45,950件(警察庁, 2013)と報告されている。

PTSDとは、このような危機的状況に遭遇した人に特有の精神疾患であり、再体験症状、回避、覚醒亢進、認知や気分の変化を主症状とする(米国精神医学会, DSM-5, 2013)。すなわち、苦痛な状況が再度起こっているかのような心身の反応が継続して本人を苦しめ、感情的な麻痺や、心身が過敏で警戒している状態が慢性化し、実生活に支障を来す病態を指す。疫学調査によれば、我が国のPTSDの1年間の時点有病率は0.4%である(Kawakami et al., 2008)。そうした患者の多くは世界的な標準治療とされる適切な心理的・医療的なケアを受けていないのが現状である。

世界的に見ると、PTSD治療の第一選択は、トラウマに焦点を当てた認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy; CBT)である。これは、米国医療品質管理局(2013)、国際トラウマティック・ストレス学会(2009)、コクラン共同計画(2009)、米国科学アカデミー(2007)、英国国立医療技術評価機

構(2005)、米国精神医学会(2005)など、様々な国際ガイドラインで指摘されている。CBTのなかでも、認知処理療法(CPT)の効果サイズは $g = 1.96$ と非常に高く、最も効果の高い薬物療法であるSSRIの効果サイズ($g = 0.48$)を遥かに凌駕する。

トラウマに焦点を当てた認知行動療法とは、認知行動療法の考え方に基づき明確な実施手順が示された精神療法を指し、認知処理療法(Cognitive Processing Therapy; CPT)や持続エクスポージャー療法がこれに当たる。我が国では持続エクスポージャー療法の臨床試験が実施され、その有効性の一端が示唆されつつある。一方、認知処理療法は全世界的にみてもここ15年ほどで急速に研究成果が集積されている新しい治療法である。エビデンスのあるPTSD治療として、米国退役軍人局において最も普及しているのがCPTである。米国では研究が発展し、現在では個々の患者に最適なCPTの実施法を同定するために、約26億円を投じて400名規模の臨床試験が進行している。

これまで、われわれは認知処理療法の日本における導入の可能性を検討する研究を行ってきた(平成17-19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する

研究」主任研究者 小西聖子)。この研究は 2005 年に始まり、犯罪被害者の PTSD 治療の実施に向けて、国内外の文献から最新の動向を分析し、日本においても効果を示すと予想される治療法の検討、及び当該治療を日本に導入する準備を行った。成果として、PTSD 治療に効果が見込める技法として CPT が見出された。日本への導入の準備として、CPT について研修を受け技法を習得した。また、学会やレビュー論文において CPT の紹介を行い、本邦の医学や心理学分野におけるトラウマ研究者と議論を重ねるとともに、日本語版治療マニュアルの作成を行った。

2012 年より、認知処理療法の導入を本格的に推進する研究を行ってきた(平成 24-26 年度 科学研究費助成事業 基盤研究(B)「心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の効果検証と治療メカニズムの解明」主任研究者 堀越勝)。本研究班では、これまでの研究を推し進め、個人版と集団版の認知処理療法の我が国での実施可能性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

個人版および集団版の予備試験は、ともに対照群なしの前後比較試験である。個人版 CPT の対象者は国立精

神・神経医療研究センター病院および筑波大学病院を外来受診する患者であり、それぞれの施設で CPT を実施した。集団版 CPT は、まつしま病院精神科に外来受診する患者を対象とし、CPT については武蔵野大学心理臨床センターにて実施した。適格基準は下記の通りである: 1. CAPS で PTSD 診断基準を完全あるいは部分的に満たし、かつ CAPS 得点が 40 点以上、2. PTSD の罹病期間が 6 ヶ月以上、3. 20 歳以上、4. 通院が可能な圏内に在住している、5. 自宅にて毎日 2 時間の課題が可能な者、6. 日本語を母国語とする。除外基準は以下の通りである: 1. 併存する精神障害(統合失調症、双極性障害、アルコール・薬物関連障害、人格障害 A 群)およびこれに伴う精神症状の存在(重度のうつ症状、自傷行為、自殺企図等)のために治療の継続が困難である場合、2. てんかん発作の既往があり脳波が正常化していない者、3. スクリーニング時に CPT の遂行が困難な程度の重度認知機能障害を認める者、4. スクリーニング時に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疾患を認める者、5. 過去に構造化された個人 CBT を受けたことのある者や治療期間中に他の構造化された精神療法(支持療法を除く)を受けている者、6. CPT 実施期間のうち 50%以上の来院が困難であ

ると予めわかっている者、7. その他研究責任者が本研究の対象として不適当と判断した者、具体的には、妊娠中、非識字等調査内容や説明における理解が困難なもの、PTSD 診断が有利になるような訴訟の継続中または3ヶ月以内に予定されている者(ただし離婚訴訟・調停は除く)などがこれにあたる。

個人版 CPT は 20 例、集団版 CPT は 25 例を目標症例数とした。評価は CPT 開始前のベースラインアセスメント (-2±2 週)、中間アセスメント(第 7 セッション終了時; 7-11 週、自記式調査のみ)、CPT 実施期間終了後 1-2 週(13-21 週)、6 ヶ月後、12 ヶ月後の 3 回行う。また、CPT の進達と安全の評価のため自記式の PTSD 症状ならびにうつ・不安症状評価の Impact of Event Scale-Revised、Beck Depression Inventory-II、Overall Anxiety Severity and Impairment Scale ならびに有害事象は CPT セッションごとに評価する。主要評価項目は CAPS、その他の PTSD 症状やうつ、不安症状、有害事象を副次評価項目とした。

個人版 CPT の予備試験の主任研究者は森田展彰であり、集団版 CPT の主任研究者は正木智子である。それぞれの予備試験については、臨床試験登録を行っている UMIN000009488、UMIN000012919)。

また、CPT の適確な実施を確認するために、2014 年 7 月に研究チームのセラピスト担当者 4 名が米国デューク大学に赴き、CPT の基礎訓練を受けたセラピストに対する上級研修としての Consultation Workshop に参加した。

C. 研究結果

個人 CPT においては、これまでに 26 名が研究に紹介され、選択基準を満たした 17 名が登録となった。2015 年 2 月の時点においては、この内 10 名が CPT を完遂し、1 名が脱落となった。現時点で得られた主要評価項目 CAPS の結果としては、ベースライン時平均 62.6 点 ($SD = 13.4, n = 13$)、CPT 直後 32.8 点 ($SD = 28.0, n = 8$)、CPT 終了後 6 ヶ月後 10.5 点 ($SD = 5.3, n = 4$) と減少傾向にあった。

集団版 CPT においては、これまでに 12 名が研究に紹介され、選択基準を満たした 7 名が登録となった。2015 年 2 月の時点においては、このうち 6 名が CPT を完遂し、1 名が脱落となった。現時点で得られた主要評価項目 CAPS の結果としては、ベースライン時平均 70.86 点 ($SD = 17.37, n = 7$)、CPT 直後 45.33 点 ($SD = 17.52, n = 6$)、6 か月後 32.33 点 ($SD = 10.02, n = 3$) と減少傾向にあった。

また、2014 年 7 月に開催された Consultation Workshop には 4 名が参加

し、CPT の Consultation を実施する資格を得た。当研修においては、近年の CPT の改善点が強調され、DSM-5 に対応して測定尺度が変更されたこと、認知的な介入のみに限定した CPT-C で十分な効果が期待できること、CPT-C を実施する上での留意点についての情報を得た。とくに、CPT-C を実施する留意点としては、認知的な介入をしているセッション中の対話において、患者が示す感情状態をセラピストが適確に理解し、その感情（自然感情か、人工感情か）に応じた対応が求められることが強調された。

D．考察

現時点までで得られた結果からは、我が国における個人および集団版の CPT の実施可能性および有効性に関して期待できる結果が得られたと考えられる。予備試験から得られたデータおよび経験に基づき、今後は Recruitment Rate、Retention Rate 等を考慮し、我が国におけるランダム化比較試験を検討する必要がある。

E．結論

我が国における CPT の実施に関し

ては、現時点では期待できる結果が得られているが、目標症例数に達した時点で、実施可能性、安全性、有効性に関してより慎重な検討が求められる。

G．研究発表

1. 論文発表

正木智子・堀越勝・小西聖子：国内の PTSD 患者に対する認知処理療法の事例研究，武蔵野大学人間科学研究所，4 巻，印刷中

2. 学会発表

伊藤正哉：認知処理療法のエビデンス、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18．シンポジウム

高岸百合子：認知処理療法の治療内容、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18．シンポジウム

檜村正美：集団版認知処理療法の紹介、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18．シンポジウム

森田展彰：認知処理療法の治療過程—特に認知の修正の効果を中心に、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18．シンポジウム

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

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

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
正木智子・堀越勝・小西聖子	国内のPTSD患者に対する認知処理療法の事例研究	武蔵野大学人間科学研究所	4	印刷中	2015

統合失調症の認知行動療法の普及に向けて

研究協力者 菊池 安希子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

研究要旨：

統合失調症の認知行動療法は、これまでのメタ分析においては中等度の頑健なエビデンスを示し、国際的な治療ガイドラインにも推奨されている心理療法である。しかしながら、専門家が多い英国においても普及が進んでいない。このような現状のもと、本研究では専門家が少ない本邦において、CBT for Psychosis (CBTp) 導入に役立つプログラムとマニュアルを開発し、その改訂版の病棟における Feasibility を検討した。

20～25 歳の統合失調症圏 (ICD-10 F2 診断) の患者に対し、週 1 回、各 1 時間、計 5 回の CBTp 導入プログラム (名称「CBT 入門」) を実施し、介入前後の認知的柔軟性 (BCIS)、抑うつ (BDI2)、精神病症状 (PANSS) の変化を見た。その結果、いずれの測定値においても有意な改善が見られた。また、実施後の無記名アンケート結果からは、患者にとってプログラムの認容性が高いことが認められた。

「CBT 入門」は、病棟における Feasibility の高いプログラムであるといえる。認知的柔軟性、抑うつ、精神病症状への影響を確認するためには、今後、対照群を設定した研究が必要である。

研究協力者

小山繭子

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

朝波千尋

(国立精神・神経医療研究センター病院)

田中さやか

(大阪府立精神医療センター)

統合失調症を持つ者に対して、精神病性障害の認知行動療法 (cognitive behavior therapy for psychosis : CBTp) を提供することで、症状の低減に効果があることは、これまで数々のメタ分析において繰り返し確認されてきた (Wykes et al., 2008 等)。効果量のレベルは低～中等度 (0.3 から 0.5 程度) ではあるものの、これは補完的療法としては決して低いとはいえない。こうした効果検証を背景に、CBTp は、国際的な統合失調症の治療ガイドラインの中でも推奨されてきた (Gaebel et al., 2011)。たとえば、英国の NICE ガイドラインでは、「全ての統合失調症患者に対して、提供されるべき心理療法」であるとしている (NICE, 2009)。

CBTp の効果には、持続性があり、ユーザー満足度も高く (Lincoln et al., 2012) さらに、主に入院日数が減って地域滞在期間が延びることにより、人件費を差し引いても医療費の節

A. 研究目的

統合失調症の症状に対する治療の第一選択肢は薬物療法である。しかしながら、抗精神病薬をによっても精神病症状が残存する者は少なく (Harrow et al., 2013)、副作用による服薬中断も多い (Hutton et al., 2012)。このような現状の中、統合失調症を抱える者たちの転帰を改善するために、薬物療法の補完として、心理社会的介入を組み合わせることが推奨されている。

減につながる事が英国では示されている (NICE,2014)。

このようにエビデンスがあり、ユーザーからの需要が高いにも関わらず、世界的に見ても CBTp 実践者が多い英国においてすら、通常治療における提供率は極めて低い。Haddock ら (2014)が、北東イングランドで実施した調査によれば 12 ヶ月間に CBTp を提案された統合失調症患者は 6.9%に過ぎず、実際に個別 CBTp を受けるに至った患者は 1.6%であった。本邦においては、そもそも CBTp の専門家が少なく、普及への試みはまだ本格していない。

このような現状のもと、菊池 (2007) は、CBTp の導入部分に共通する要素を系統的に提供し、その後の個別的な CBTp につなげるまでを円滑化することを目的とした「CBTp 導入プログラム (CBT 入門)」を開発し、2010 年に改訂を行った。本研究では、改訂版の CBT 入門を用いて、精神科入院病棟における Feasibility を検討した。

B. 研究方法

1. 対象

包含基準：

- ・年齢 20 才から 65 才
- ・統合失調症圏 (ICD-10 F2 診断) の診断
- ・入院中の者

除外基準：全 5 回のプログラムに参加が不可能と考えられる容体の患者

リクルート先：国立精神・神経医療研究センターの医療観察法病棟。医療観察法病棟には、心神喪失または心神耗弱の対象者が入院しており、制度開始当初より現在まで、毎年、全入院患者の 8 割の者が、統合失調症圏 (F2) 診断がつく。

2. 研究デザイン

介入前後の測定値を比較した feasibility 研究。

3 介入方法・介入期間

菊池が 2007 に開発し、2010 年に改訂を行った「CBT 入門」(菊池、2010)による週 1 回、各 1 時間、計 5 回の介入を行った。心理士がリーダーを務め、コリーダーを看護師が担って、各回 3~6 名の参加者で実施した。

「CBT 入門」は、クローズドで実施され、入院時期にかかわらず、長く待たずに参加することが可能になるよう期間を短く 5 回に設定された集団療法である。個人療法への導入を円滑化する役割を担うプログラムである。このような構成としたのは、CBTp は個人療法のエビデンスの方が厚い一方で、幻聴や妄想の内容には個人の過去のトラウマや秘密にしたい内容が含まれることが少なくなく、介入の際にその内容を集団の場で共有することが必ずしも望ましくないと考えられたからである。集団療法で CBTp を導入し、個別の事例定式化や介入は個人療法で提供することを想定した。

個人 CBTp の流れ (Morrison et al, 2004) でいえば、段階 1・2 (表 1) をカバーする内容で構成されている。2007 年の開発当時は、医療観察法指定入院医療機関内の使用を想定していたが、その後、2010 年に一般精神科への普及をはかるためにマニュアルを改訂し、現在にいたる。CBT 入門の各回の内容と伝達内容を表に示した (表 2)。

「CBT 入門」プログラムの実施は、研究者を含む病棟勤務の心理士がリーダーを務め、コリーダーは看護師が担った。マニュアルには、リーダー初心者のために、参考台詞も含めた解説があり、実施に当たっては、マニュアルの読解、グループの見学、コリーダー体験を経ることがトレーニングとなるため、一般精神科にお

ける導入もしやすいことが意図されている。

4. 評価項目

アウトカムとして、以下の尺度を使用した：

□PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale) 陽性症状の CBTp 導入プログラムであるため、特に陽性症状得点の変化に注目した。

□BCIS (Beck Cognitive Insight Scale) 認知的柔軟性が CBTp の効果を予測するとの先行研究をふまえ、認知的柔軟性を測定する BCIS の変化に注目した。

□BDI (Beck Depression Inventory) CBTp 入門はノーマライジングを最大の構成要素としているため、ノーマライジングの主要効果である脱破局視が生じる結果をとして、抑うつ感の減少がみられることが予測された。

また、プログラムが対象者らにどの程度受け入れられるかの実情を把握するために、無記名アンケートを各回の後に実施した。無記名であるため、その結果には、統合失調症以外の精神病性障害の者の結果も含まれているが、CBTp の feasibility を示す参考値として報告する。

6. 倫理的配慮

研究実施に際しては、研究参加の同意を文書で得た上で、実施した(国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会にて承認を得た)。

データは個人情報情報を削除して連結可能匿名化を行い、研究者の部屋の施錠できる保管庫に保管した。

C. 研究結果

今回、データ収集した 67 名の「CBT 入門」参加者の内、統合失調症圏(ICD-10 F2 診断)の者は、56 名(83.6%)であった。この内、プログラム参加前後の PANSS 評価を得られた 41 名を本研究の解析対象とした。なお、

PANSS 評価の得られた対象者 41 名と、得られなかった 15 名の間には、性別比(男女比は PANSS あり 12:5、PANSS なし 36:5)にも、平均年齢(PANSS あり 40.22 ± SD11.98、PANSS なし 41.62 ± 13.32)にも有意差は認められなかった。

本研究対象者の「CBT 入門」プログラム参加前後の BCIS、BDI、PANSS の結果を表に示した。認知的病識(BCIS)、抑うつ(BDI)、陽性症状(PANSS 陽性症状得点)のいずれもが、望ましい方向に有意な改善を示した。

「CBT 入門」参加者のプログラム評価の無記名アンケート結果を表 4 に示した。回答には 11 名(6.4%)の統合失調症圏以外の者が含まれており、無記名であるために統合失調症圏の対象者との判別は出来ないが、全体傾向としては、理解については 86.5%が「だいたい理解できた」「よく理解できた」、スピードについては 88.1%が「ちょうどよい進み方」、内容の有用性については 86.5%が「ある程度役に立つ」「役に立つ」と回答していた。

D. 考察

介入前後比較デザインからは、介入と状態像変化の因果関係を示すことはできないが、「CBT 入門」がターゲットとした結果、つまり脱破局視(BDI 改善)および認知的柔軟性の改善(BCIS 変化)については、好ましい方向への有意な変化が見られた。

本研究では PANSS の全体的な改善も見られたが、「CBT 入門」が CBTp 導入を目的としていることを考えると、PANSS 改善が主としてプログラムの効果であるとは考えにくい。そのため、抑うつや認知的柔軟性の改善が、症状変化による可能性もある。しかしながら、抑うつ感については、陽性症状が軽減した後に悪化する時期が見られるとの報告(Birchwood et

al., 2000) もあることをふまえると、今回の BDI の改善が、「CBT 入門」の脱破局視効果である可能性も高い。また、今回の対象者が「CBT 入門」に参加した時期が、急性症状を呈していた時期から少なくとも 3 ヶ月の薬物療法を経て病状が安定した時期に相当することから、プログラム参加中に薬物療法によるさらなる症状の大幅な改善が期待されるとは考えられず、BDI および BCIS の改善がプログラム効果である可能性も考えられる。今後、対照群を設定した効果検証が必要である。

「CBT 入門」を中断した参加者はおらず、参加したことが原因と推測される病状悪化も認められなかった。このことから、「CBT 入門」は、負荷の比較的軽い、病棟における実施可能性の高いプログラムであることが示唆された。

また、実施後のアンケートでは、プログラム実施場所が閉鎖病棟であることから、回答が社会的望ましさのバイアス(退院したいがために好印象の回答をしようとする)を受けないよう配慮し、回答は無記名とした。回答の結果、「CBT 入門」は理解、スピード、内容の有用性のいずれもが、8 割以上の参加者に肯定的に受け止められており、プログラムの認容性の高さを示していると考えられた。

E. 結論

CBTp は中等度の頑健なエビデンスを示し、国際的な統合失調症ガイドラインにおいて推奨されつつも、専門家が多い英国においても普及が進んでいない。このような現状のもと、本研究では専門家が少ない本邦において、CBT for Psychosis 導入に役立つ簡便なプログラムとマニュアルを開発し、病棟における実施可能性を検討した。今後は、対照群を設定した検討が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

菊池安希子:実践講座 認知行動療法 4 統合失調症・総合リハビリテーション
Vol.42(12)1167-1174, 2014.12.10.

2. 学会発表

Kikuchi A, Asanami C, Kono T, Okada T :
The Role of Empathy in Violence among Male Patients with Schizophrenia .
Issues of Criminal Justice (1) , The 6th Annual Conference, Asian Criminological Society , Osaka University of Commerce, Osaka, 2014.6.28.

菊池安希子:社会認知ならびに対人関係トレーニング(SCIT).自主シンポジウム「統合失調症に対する精神科リハビリテーションに役立つ心理社会的支援」(企画者:佐藤さやか)(シンポジスト).日本心理学会第78回大会,京都,2014.9.11.

菊池安希子:自主企画シンポジウム3「精神病的障害に対する認知行動療法(CBTp)の研修システムをどのように確立するか」(座長)第14回日本認知療法学会,大阪,2014.9.13.

Kikuchi A, Tanaka S, Asanami C, Okada T : Self-reported empathy and physical aggression in male patients with schizophrenia . The 3rd Bergen International Conference on Forensic Psychiatry, Bergen, Norway, 2014.9.18.

G. 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

<参考文献>

1. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P & Trower P: Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I: Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*; 177, 516-528, 2000
2. Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrick, T.: Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 23, 379-387, 2011
3. Haddock G, Eisner E, Boone C, et al: An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *Journal of mental health* 23:162-5, 2014
4. Harrow M, Jobe TH: Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophrenia bulletin* 39:962-5, 2013
5. Hutton P, Morrison AP, Yung AR, et al: Effects of drop-out on efficacy estimates in five Cochrane reviews of popular antipsychotics for schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica* 126:1-11, 2012
6. Lincoln, T.M., Zeigler, M., Mehl, S., Lesting, M.L., Lullmann, E. Westermann S et al.: Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: a randomized clinical practice trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 674-686, 2012.
7. Morrison AP, Renton JC, Dunn G, et al: *Cognitive Therapy for Psychosis: A formulation-based approach*. New York, Brunner-Routledge, 2004
8. National Institute for Health and Care Excellence: *Psychosis and Schizophrenia in adults: Treatment and Management (CG178)*. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014
9. NICE: *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. London, National Institute for Clinical
10. Wykes T, Steel C, Everitt B, et al: Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34:523-37, 2008
11. 菊池安希子: 重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業 (H16-障害-019) 「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究 (主任研究者: 吉川和男)」 総括・分担研究報告書, 2007.
12. 菊池安希子, 美濃由紀子: 国立精神・神経センター・医療観察法病棟が、そのプログラムとノウハウを公開します 「幻覚・妄想の認知行動療法」. *精神看護* 13(6), 44-51, 2010.

表 1 Morrison ら (2004) による CBTp の流れ

1.	関係構築
2.	認知モデルに慣れることとノーマライジング
3.	事例定式化
4.	問題リストの作成
5.	目標設定
6.	介入
7.	再発予防

表 2 精神病の認知行動療法導入プログラム「CBT 入門」の概要

第1回 「CBT 入門」の概要

アイスブレイカー、グループの内容と予定の説明、ノーマライジングの導入

第2回 幻覚や妄想は誰でも体験する可能性がある

一定の条件が揃えば誰でも幻覚・妄想は起こりうる

第3回 病的妄想になるメカニズム

ストレス・脆弱性モデルの紹介、発症のメカニズム、4つの悪条件、病気に見られる幻覚・妄想の特徴

第4回 統合失調症の心理治療戦略

「状況」「認知」「気持ち」の関係を学ぶ(ABCモデル)、幻覚・妄想を理解する

第5回 統合失調症の心理治療戦略

治療の3ステップ:「薬物療法・修正型電気けいれん療法」
「環境調整・対処スキル増強法」「認知行動療法」

表 3 「CBT 入門」前後の測定値の変化

	pre		post		t-test
	mean	SD	mean	SD	p
BCIS	7.30	6.71	8.45	7.20	0.003
BDI	15.34	8.11	13.11	8.01	0.019
PANSS					
陽性症状	15.68	5.71	13.73	5.17	0.000
陰性症状	19.22	7.04	17.80	5.71	0.004
総合病理	35.32	11.02	32.73	10.49	0.000

表4 「CBT入門」参加者によるプログラム評価（無記名）N=67

回答	人数	%
理 解		
まったく理解できなかった	1	1.5
あまり理解できなかった	6	9.0
だいたい理解できた	35	52.2
よく理解できた	23	34.3
無回答	2	3.0
スピード		
すすみ方がおそかった	4	6.0
ちょうどよいすすみ方だった	59	88.1
すすみ方がはやかった	2	3.0
無回答	2	3.0
内容の有用性		
役に立たないと思う	1	1.5
あまり役に立たないと思う	5	7.5
ある程度役に立つと思う	35	52.2
役に立つと思う	23	34.3
無回答	3	4.5