

厚生労働省令和 2 年度（2020 年度）障害者総合福祉推進事業

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る実態把握及び今後の普及と体制整備に資する検討

報告書

2021 年 3 月

特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）



目次

はじめに	2
第1章 事業要旨	5
1 事業の目的	5
2 事業の実施方法.....	5
3 事業の実施結果.....	6
4 考察と提言	7
第2章 事業の目的と方法.....	11
1 事業の目的	11
2 事業の実施方法.....	11
3 検討委員会（WG：ワーキンググループ）の設置	12
4 検討会（専門家会合）の開催.....	14
第3章 本事業における普及の考え方	16
1 「実装科学の観点から見る普及・社会実装の定義と要件について」	16
2 「認知行動療法の普及に向けたフレームワークについて」	19
第4章 これまでの人材育成に関する調査と分析	22
1 わが国における認知行動療法の研修の効果検討ならびに人材育成状況に関する調査	22
2 厚生労働省認知行動療法研修：2日間ワークショップ参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査	43
3 厚生労働省認知行動療法研修事業「うつ病の認知療法・認知行動療法研修（1日研修）」参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査	54
4 まとめ	69
第5章 今後の認知行動療法普及に向けた検討	70
1 専門家会合第1部「疾患治療としての認知行動療法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」の開催.....	70
2 専門家会合第2部「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」の開催	80
3 ヒアリングの実施記録.....	88
第6章 今後の普及に向けた考察と提言.....	117
1 提言の概要	118
2 提言の詳細	121
成果の公表計画	144
おわりに	145

はじめに

日本医療政策機構（HGPI）とメンタルヘルス政策プロジェクトの背景

2004年に設立された日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、非営利・独立の医療政策シンクタンクとして、様々な医療政策課題に対し、政策提言・実現に向けたアクションを重ねてきた。2019年度からは「国際潮流と日本のメンタルヘルス政策」と題しプロジェクトを立ち上げ、当事者や既存のステークホルダーを含めた国内外の当分野における産官学民のキーオピニオンリーダーや関係団体によるアドバイザリーボードを組織し、ヒアリングを重ねるなかで、日本のメンタルヘルス政策における現状の課題や論点を抽出し、その課題に対する解決の方向性を検討してきた。

メンタルヘルスに関わる課題は、国や地域を問わず現代社会に大きな影響を与えている。日本において精神疾患を有する患者数は2017年で約419.3万人と増加傾向にあり、この患者数は、いわゆる4大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況である。特に外来患者数は年々増加傾向にあり、2017年には約389.1万人に上っている。入院患者数においても約30.2万人と減少傾向にはあるが、日本は人口あたり世界最大の精神病床数を有し、2018年の病院報告によれば、最新の精神病床平均在院日数は265.8日にのぼり、一般病床の16.1日と比較すると長く、地域格差も大きい。またメンタルヘルス不調・精神疾患の原因は多岐にわたる。これまでも阪神淡路大震災や東日本大震災のような災害や経済状況の悪化に伴う雇用不安、家庭環境等、社会・経済的要因も大きいとも言われており、ヘルスケア領域に留まらず、社会課題として取り組むことが求められている。

近年では、国際保健機関（WHO: World Health Organization）が「the Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020」を策定した。こうした世界各国の連携や比較研究を通じた協調により、好事例の展開等が進んでいる。日本においても、1995年の精神保健福祉法や2004年の障害者総合支援法の成立以降、医療と福祉が連携して精神障害を持つ本人や家族を支える体制構築を目指している。また2013年からの第6次医療計画においては、重点疾病のひとつとして位置づけられているほか、第7次医療計画および第5期障害福祉計画には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が掲げられている。これは精神障害の人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加（就労）・地域の助け合い・教育を包括的に確保されることを目指すものであり、まさにマルチステークホルダーによる連携が必要とされている。

しかし、国際的な状況と比較すると、各精神疾患への国民理解や啓発、当事者ニーズに基づくアプローチ、当事者自身がサービス開発・提供に参画すること、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進展に向けて多職種と官民が連携した患者・当事者支援体制の構築、さらにはライフコースに沿ったメンタルヘルスケアの構築等、今後、さらに取り組みの強化が期待される政策領域も多い。国際潮流をベースとした変革が急務である一方で、既存の医療提供体制からのスムーズな移行を可能にすべく、既存のステークホルダーの変革を促すインセンティブの付与等、効果的な政策誘導も期待される。入院制度の在り方の検討や、多職種による質の高い入院医療の提供、地域での生活への移行と退院後の地域の精神保健医療福祉体制の機能強

化、従来の薬物療法に加え非薬物療法の充実による治療の選択肢拡充等、精神疾患を持つ本人の生活の質（QOL: Quality of Life）の向上に資する取り組みが求められている。またこうした体制において地域格差が是正され、医療に限らず全ての人が必要なサービスに平等にアクセスできる環境を構築することが求められている。

本プロジェクトにおけるこれまでの取り組みと本事業に至った経緯

2019年度はアドバイザリーボードによる議論を通じて抽出された課題や論点と、その解決の方向性について、アドバイザリーボードメンバーを中心とした国内外の有識者が意見を表明するグローバル専門家会合を開催し、メンタルヘルス政策の進展の必要性について国内外のステークホルダーに発信を行った。会合は、京都大学大学院医学研究科先端国際精神医学講座との共催、さらにはジョンズホプキンス大学の協力により開催し、第一部「トップアカデミアが語るメンタルヘルス政策の国際潮流」第二部「マルチステークホルダーで考える日本のメンタルヘルス政策 次の打ち手」の二部構成で開催された。特にパネルディスカッションでは登壇者はもちろん、多様なステークホルダーが参加する会場とのインタラクティブな意見交換がなされ、活発な議論が交わされた。議論のポイントは下記の通りである。

<2019年グローバル専門家会合にて議論された今後のメンタルヘルス政策のポイント>

- 1. ライフコースアプローチとマルチステークホルダーによる議論を進めること**
- 2. ライフコースに応じた多職種及び地域の関係機関の連携によるメンタルヘルスケアを実現すること**
- 3. 当事者視点の政策に向けて、当事者や医療従事者の経験を蓄積し協働を進めること**

2020年度には、2019年度の活動を踏まえ、2020年7月に、メンタルヘルス政策プロジェクトチームとしての政策ビジョン「メンタルヘルス 2020 明日への提言」を公表した。これは、2019年度のプロジェクトで得た知見に加え、産官学民の幅広いステークホルダーへのヒアリングや国内外の好事例の机上調査を中心として、課題や打ち手を取りまとめたものである。政策ビジョンは次の5つの視点をベースに構成されている。

視点1：当事者活動を促進し社会全体のリテラシーが向上する施策を充実させる

視点2：精神疾患を持つ本人のニーズに基づいた地域生活を基本とする医療提供体制を構築する

視点3：「住まい」と「就労・居場所」を両輪として地域生活基盤を整備する

視点4：エビデンスに基づく政策決定・政策評価に向けて必要なデータ・情報収集体制を構築する

視点5：メンタルヘルス政策においてマルチステークホルダーが継続的に議論できる環境を構築する

（詳細は <https://hgpi.org/research/mh2020pp.html> ）

上記政策ビジョンの作成にあたり行ったヒアリングでは、患者・当事者はもちろんアカデミアや医療提供者からも、認知行動療法をはじめとした精神療法の供給拡大の重要性が指摘され、提言に盛り込むに至った。本プロジェクトでは、政策ビジョン「メンタルヘルス 2020 明日への提言」のさらなる具体化と政策の変革・実現に向けて、活動を進めており、本事業にもこうした背景を踏まえて応募することとし、実施に至った。

本事業及び本報告書・政策提言が、今後益々の認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた弾みとなり、精神疾患を持つ本人やその家族・ケアラーはもちろんのこと、この社会に生きる私たちのメンタルヘルス・ウェルビーイングの増進による QOL の向上に寄与することを強く願う。

令和 3 年（2021 年）3 月
日本医療政策機構（HGPI）
メンタルヘルス政策プロジェクトチーム

第1章 事業要旨

1 事業の目的

認知行動療法（CBT: Cognitive Behavior Therapy）は、人の気分や行動は、物事に対する見方（認知）の影響を受けるという認知行動モデルに基づき、問題解決につながる柔軟な考え方や健康的な行動パターンに修正を図っていくことで気分の改善を目指す精神療法の一つである。認知行動療法は、うつ病のほか不安症やストレス関連疾患等の様々な精神疾患に対する治療効果と再発予防効果が実証されており、標準的治療の一つとして国内会の診療ガイドラインに推奨されている。国内においても専門医療技術として平成22年より医師が実施する認知行動療法が、そして平成18年より医師と看護師が共同して行う認知行動療法が診療報酬の対象となっている。

国内では平成16年度厚生労働科学研究費補助金「精神療法の実施方法と効果に関する研究」および平成22年度から始まった厚生労働科学研究費補助金「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」において「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」が作成され、その有用性が検証された（Nakagawa et al. 2017）。認知行動療法の普及を目的として、平成23年からこの治療者用マニュアルに準拠したプログラムに沿って、医療者および地域や職域等の保健従事者を対象とした、厚生労働省認知行動療法研修事業が開始され、一連の認知行動療法研修（1. 医療者研修：①2日間研修への参加、②スーパービジョン症例の担当、③ブラッシュアップワークショップへの参加、2. 医療および保健従事者：1日間研修への参加）が実施されてきた。

エビデンスに基づく介入法である認知行動療法を効果的、効率的に臨床現場等に組み込むためには、このような体系的な認知行動療法研修を通して治療者の育成を図ることは不可欠である。しかし研修を受講しても、実際の臨床現場等では、質の確保が十分でないためにエビデンスに基づく介入が行われていないことが指摘されている（Drake et al. 2001）。海外においては、エビデンスに基づく介入の普及と実装について質的・量的な研究が進められている一方（Karlin et al. 2019; Proctor et al. 2011）、国内においてはまだ検討は少ない。このため、国内での認知行動療法の普及と実装に関する検討が急務である。

このようなことから、本研究では、厚生労働省認知行動療法研修事業において蓄積された10年分の研修データならびに研修参加登録者を対象に、研修の効果、研修後の認知行動療法の実施実績や活用等の波及効果等の調査を行う。これらの結果を踏まえて、研修の効果を検証し、課題の整理および今後の認知行動療法の普及や人材育成等の体制整備に資する検討を行うことを目的としている。

2 事業の実施方法

(1) わが国における認知行動療法の研修の教育効果ならびに人材育成状況に関する調査

厚生労働省研修事業事務局データベースを集計、解析し、認知行動療法に関する研修の効果とスーパービジョン症例における治療の有効性や安全性を検討する。保険診療の対象とならない心理職等による認知行動療法の考え方に基づいた支援方法についても合わせて検討する。

(2) 医療者研修（2日間）参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査

認知行動療法に関するアンケート票を作成し、2日研修参加者を対象に Web アンケートを実施し、研修者の職種、研修参加後の認知行動療法の実施件数、認知行動療法の実施機関とその所在地域、研修がどのように役に立っているのか等について現状や課題を把握する。保険診療の対象とならない心理職等による認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に関するアンケートも合わせて行い、現状や課題を把握する。

(3) 医療および保健従事者研修（1日間）参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査

認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に関するアンケート票を作成し、1日研修参加者を対象に Web アンケートを実施し、研修者の職種、研修参加後の認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実施件数、その実施場所とその所在地域、研修が地域包括ケアや職域等でどのように役に立っているのか等について現状や課題を把握する。

(4) 実装科学の視点も取り入れた認知行動療法の普及や人材育成の在り方に関する検討

上記1から4の調査結果を踏まえた上で、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及や人材育成の在り方に関して、多角的な観点から分析を行うための検討委員会（WG：ワーキンググループ）を設け、振り返りや検討を行う。また、認知行動療法に関する医療および保健従事者に加え、精神疾患を持つ本人や家族・ケアラー等の当事者も参画し、今後の認知行動療法に関する在り方を考える検討会（専門家会合）を開催するほか、さらに国内外のエキスパートにも助言を求める機会を設ける。さらに、厚生労働省と調整しながら認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及と体制整備、研修の内容や方向性に資する提言（資料）として取りまとめる。

3 事業の実施結果

(1) わが国における認知行動療法の研修の教育効果ならびに人材育成状況に関する調査

厚生労働省研修事業事務局データベースを集計、解析し、認知行動療法に関する研修の効果とスーパービジョン症例における治療の有効性や安全性を検討した。保険診療の対象とならない心理職等による認知行動療法の考え方に基づいた支援方法についても合わせて検討した。

(2) 医療者研修（2日間）参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査

認知行動療法に関するアンケート票を作成し、2日研修参加者を対象に Web アンケートを実施し、研修者の職種、研修参加後の認知行動療法の実施件数、認知行動療法の実施機関とその所在地域、研修がどのように役に立っているのか等について現状や課題を把握した。保険診療の対象とならない心理職等による認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に関するアンケートも合わせて行い、現状や課題を把握した。

(3) 医療および保健従事者研修（1日間）参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査

認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に関するアンケート票を作成し、1日研修参加者を対象に Web アンケートを実施し、研修者の職種、研修参加後の認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実施、研修がどのように役に立っているのか等について現状や課題を把握した。

(4) 実装科学の視点も取り入れた認知行動療法の普及や人材育成の在り方に関する検討

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及や人材育成の在り方に関して、多角的な観点から分析を行うための検討委員会（WG：ワーキンググループ）を設け、振り返りや検討を行った。また、認知行動療法に関する医療および保健従事者に加え、精神疾患を持つ本人や家族・ケアラー等の当事者も参画し、今後の認知行動療法に関する在り方を考える検討会（専門家会合）を2回に分けて開催し（第1部：2021年2月12日・第2部：2021年2月18日）、さらに国内外のエキスパートにも助言を求めた。

(5) 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた提言の取りまとめ

実装科学の考え方に基づき、「エビデンス」「政策指針」「人材育成」「提供体制」「患者・当事者視点」「評価・モニタリング」の6つの軸から認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた要件を提言に取りまとめた。

4 考察と提言

調査・分析、検討の経緯を踏まえ、今後の認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた提言を取りまとめた。ここでは、普及に向けた6つの要件に基づき提言を整理し、それぞれにおいてさらに「疾患治療としての認知行動療法」と「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通する項目と、それぞれに特有の項目に整理したほか、本事業の検討過程でより具体的な打ち手の提案があったものについては、それぞれのステークホルダーの具体的なアクションについても言及した。

提言の概要については以下の通りである。

	共通	疾患治療としての認知行動療法	認知行動療法の考え方に基づいた支援方法
1. エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会におけるニーズ調査・医療経済評価 ● 各領域における現場での実装可能性の検証 	<ul style="list-style-type: none"> ● 臨床現場の課題に応えることのできるエビデンス ● 適切な認知行動療法の実施回数に関するエビデンス 	<ul style="list-style-type: none"> ● 各種プログラムのメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上への効果の検証
2. 政策指針	<ul style="list-style-type: none"> ● メンタルヘルスの包括的な支援に向けた政策指針の策定 ● 地域における認知行動療法の活用に向けた多様な施策 	<ul style="list-style-type: none"> ● 重症度・複雑性や必要性に応じた診療報酬点数の傾斜設定 ● 看護師がより参画しやすい体制の構築 ● 医師から公認心理師等の多様な専門職へのタスクシフティング・シェアリングに向けた論点整理 	<ul style="list-style-type: none"> ● 各領域における普及の促進に向けたインセンティブの設計
3. 人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ● 段階的な認知行動療法研修システムの整備 ● 継続的なスキルアップや情報提供のためのネットワークの構築 ● 認知行動療法の基礎を医師・看護師等のメンタルヘルスに関わる専門職のベシックススキルとして位置付ける 		
4. 提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 他診療科やかかりつけ医との連携体制の構築 ● ICTやアプリケーションを活用した提供体制の整備 ● 支援者の介入を前提としないセルフケアを促すプログラム開発 ● 医療との役割分担に向けて、各領域で当事者のリスク・重症度に応じた対応及び実施主体を規定したフローチャートの整理 		
5. 患者・当事者視点	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者・当事者目線の情報発信 ● 患者・当事者が支援を継続的に受けるための体制づくり 		
6. 評価・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ● 実施状況と質に関するモニタリング ● 厚生労働省認知行動療法研修事業の効果検証の継続的な実施 		

図 1-1 提言の概要

(1) エビデンス

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- 社会におけるニーズ調査・医療経済評価の必要性
- 各領域における現場での実装可能性を検証する必要性

「疾患治療としての認知行動療法」に関する提言

- 臨床現場の課題に応えることのできるエビデンスの必要性
- 適切な認知行動療法の実施回数に関するエビデンスの構築の必要性

「認知行動療法の考え方に基づいた支援」に関する提言

- 各種プログラムのメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上への効果を検証する必要性

(2) 政策指針

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- メンタルヘルスの包括的な支援に向けた政策指針の必要性
- 地域における認知行動療法の活用に向けた多様な施策の必要性
 - 入院医療・地域移行支援・精神科訪問看護等における活用促進施策
 - 集団やデジタルテクノロジーの活用も含めたセルフヘルプ等強度を下げた実施形式によるプログラムの提供促進施策
 - 多種多様な支援機関におけるプログラムの提供促進施策

「疾患治療としての認知行動療法」に関する提言

- 重症度・複雑性や必要性に応じた診療報酬点数の傾斜設定の必要性
 - 重症度・複雑性に応じた傾斜設定
 - 必要性を踏まえた傾斜設定
 - 治療トータルで点数増加となるようなパッケージ化
- 看護師が認知行動療法により参画しやすい体制を構築する必要性
- 医師から公認心理師等の多様な専門職へのタスクシフティング・タスクシェアリングに向けた論点整理の必要性

「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に関する提言

- 各領域における普及の促進に向けたインセンティブ設計の必要性
 - 地域保健や福祉領域における加算算定のための研修プログラムに認知行動療法の考え方に基づいた支援方法を含める
 - 健康経営優良法人認定制度や保険者インセンティブにおける評価指標への追加
 - 学習指導要領で、認知行動療法の考え方に基づいた支援に関する記述の検討

(3) 人材育成

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- 段階的な認知行動療法研修システムの整備の必要性
- 継続的なスキルアップや情報提供のためのネットワーク構築の必要性
- 認知行動療法の基礎を医師・看護師等のメンタルヘルスに関わる専門職のベーシックスキルとして位置付ける必要性

(4) 提供体制

「疾患治療として認知行動療法」に関する提言

- 他診療科やかかりつけ医との連携体制の構築の必要性
- ICT やアプリケーションを活用した提供体制整備の必要性

「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に関する提言

- 支援者の介入を前提としないセルフケアを促すプログラム開発の必要性
- 医療との役割分担に向けて、各領域で当事者のリスク・重症度に応じた対応及び実施主体を規定したフローチャートを整理する必要性
 - ハイリスク群特定のための仕組みの導入

(5) 患者・当事者視点

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- 患者・当事者視点の情報発信の必要性
- 患者・当事者が支援を継続的に受けるための体制づくりの必要性
 - 実施継続率を考慮したインセンティブ設計
 - 地域において低負担で利用できる支援プログラムの提供
 - カウンセリング等のセルフケアに対する所得控除制度を活用した経済的支援

(6) 評価・モニタリング

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- 実施状況と質についてモニタリングする必要性
- 厚生労働省認知行動療法研修事業の効果検証を継続的に実施する必要性

第2章 事業の目的と方法

1 事業の目的

認知行動療法（CBT: Cognitive Behavior Therapy）は、人の気分や行動は、物事に対する見方（認知）の影響を受けるという認知行動モデルに基づき、問題解決につながる柔軟な考え方や健康的な行動パターンに修正を図っていくことで気分の改善を目指す精神療法の一つである。認知行動療法は、うつ病のほか不安症やストレス関連疾患等の様々な精神疾患に対する治療効果と再発予防効果が実証されており、標準的治療の一つとして国内会の診療ガイドラインに推奨されている。国内においても専門医療技術として平成22年より医師が実施する認知行動療法が、そして平成18年より医師と看護師が共同して行う認知行動療法が診療報酬の対象となっている。

国内では平成16年度厚生労働科学研究費補助金「精神療法の実施方法と効果に関する研究」および平成22年度から始まった厚生労働科学研究費補助金「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」において「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」が作成され、その有用性が検証された（Nakagawa et al. 2017）。認知行動療法の普及を目的として、平成23年からこの治療者用マニュアルに準拠したプログラムに沿って、医療者および地域や職域等の保健従事者を対象とした、厚生労働省認知行動療法研修事業が開始され、一連の認知行動療法研修（1. 医療者研修：①2日間研修への参加、②スーパービジョン症例の担当、③ブラッシュアップワークショップへの参加、2. 医療および保健従事者：1日間研修への参加）が実施されてきた。

エビデンスに基づく介入法である認知行動療法を効果的、効率的に臨床現場等に組み込むためには、このような体系的な認知行動療法研修を通して治療者の育成を図ることは不可欠である。しかし研修を受講しても、実際の臨床現場等では、質の確保が十分でないためにエビデンスに基づく介入が行われていないことが指摘されている（Drake et al. 2001）。海外においては、エビデンスに基づく介入の普及と実装について質的・量的な研究が進まれている一方（Karlin et al. 2019; Proctor et al. 2011）、国内においてはまだ検討は少ない。このため、国内での認知行動療法の普及と実装に関する検討が急務である。

このようなことから、本事業では、厚生労働省認知行動療法研修事業において蓄積された10年分の研修データならびに研修参加登録者を対象に、研修の効果、研修後の認知行動療法の実施実績や活用等の波及効果等の調査を行った。これらの結果を踏まえて、研修の効果を検証し、課題の整理および今後の認知行動療法の普及や人材育成等の体制整備に資する検討を行うことを目的とした。

2 事業の実施方法

(1) わが国における認知行動療法の研修の教育効果ならびに人材育成状況に関する調査

厚生労働省研修事業事務局データベースを集計、解析し、認知行動療法に関する研修の効果とスーパービジョン症例における治療の有効性や安全性を検討する。保険診療の対象とならない心理職等による認知行動療法の考え方に基づいた支援方法についても合わせて検討する。

(2) 医療者研修（2日間）参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査

認知行動療法に関するアンケート票を作成し、2日研修参加者を対象に Web アンケートを実施し、研修者の職種、研修参加後の認知行動療法の実施件数、認知行動療法の実施機関とその所在地域、研修がどのように役に立っているのか等について現状や課題を把握する。保険診療の対象とならない心理職等による認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に関するアンケートも合わせて行い、現状や課題を把握する。

(3) 医療および保健従事者研修（1日間）参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査

認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に関するアンケート票を作成し、1日研修参加者を対象に Web アンケートを実施し、研修者の職種、研修参加後の認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実施件数、その実施場所とその所在地域、研修が地域包括ケアや職域等でどのように役に立っているのか等について現状や課題を把握する。

(4) 実装科学の視点も取り入れた認知行動療法の普及や人材育成の在り方に関する検討

上記1から3の調査結果を踏まえた上で、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及や人材育成の在り方に関して、多角的な観点から分析を行うための検討委員会（WG：ワーキンググループ）を設け、振り返りや検討を行う。また、認知行動療法に関する医療および保健従事者に加え、精神疾患を持つ本人や家族・ケアラー等の当事者も参画し、今後の認知行動療法に関する在り方を考える検討会（専門家会合）を開催するほか、さらに国内外のエキスパートにも助言を求める機会を設ける。さらに、厚生労働省と調整しながら認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及と体制整備、研修の内容や方向性に資する提言（資料）として取りまとめる。

3 検討委員会（WG：ワーキンググループ）の設置

本事業においては、認知行動療法について専門的見地から議論すべくワーキンググループを設置した。なお本報告書ならびに専門家会合のコンテンツ等については、WGにおける議論を踏まえ、事業主体である日本医療政策機構が作成した。

(1) WGメンバーおよび事務局体制

WGメンバー（五十音順）

阿部 貴行	（横浜市立大学データサイエンス学部 准教授）
宇田川 健	（特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構・コンボ 代表理事）
大野 裕	（一般社団法人認知行動療研修開発センター 理事長）
岡田 佳詠	（国際医療福祉大学成田看護学部 看護学科学科長・教授）
小林 由季	（特定非営利活動法人日本医療政策機構 リサーチフェロー）
田島 美幸	（特定非営利活動法人日本医療政策機構 リサーチフェロー）
中川 敦夫	（慶應義塾大学医学部 特任准教授）

日本医療政策機構

- 栗田 駿一郎 (日本医療政策機構 マネージャー)
柴田 倫人 (日本医療政策機構 シニアアソシエイト)
麻生 豪 (日本医療政策機構 アソシエイト)
有馬 詩織 (日本医療政策機構 アソシエイト)
坂内 駿紘 (日本医療政策機構 アソシエイト)
斎藤 龍太 (日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト)
乗竹 亮治 (日本医療政策機構 理事・事務局長/CEO)

(2) WG の開催記録

第 1 回

日時：2020 年 11 月 26 日 (木) 18:45-20:15

会場：日本医療政策機構会議室またはオンライン形式 (Zoom)

主な議事：

- 本事業の方向性
- 調査分析作業の概要と方向性
- 認知行動療法の現状と課題について

第 2 回

日時：2021 年 2 月 5 日 (金) 18:00-19:30

会場：オンライン形式 (Zoom)

主な議事：

- 事業報告書の構成案
- 普及の考え方のフレームについて
- ヒアリング・調査作業の経過報告等について

第 3 回

日時：2021 年 3 月 23 日 (火) 18:30-20:00

会場：オンライン形式 (Zoom)

主な議事：

- 事業報告書の取りまとめについて
- 第 6 章考察と提言について

4 検討会（専門家会合）の開催

(1) 専門家会合第1部「疾患治療としての認知行動療法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」の開催

日時： 2021年2月12日（金）18:00-21:00

形式： オンライン形式（Zoom ウェビナー）

プログラム： （順不同・敬称略）

18:00-18:10 開会の辞・趣旨説明

乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事/事務局長・CEO）

18:10-18:15 ご挨拶

佐々木 孝治（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長）

18:15-18:30 基調講演1「認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る取組の現状」

久我 弘典（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長補佐）

18:35-18:55 基調講演2「実装科学の観点から普及・社会実装の定義と要件について」

島津 太一（国立研究開発法人 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室 室長）

19:00-21:00 ラウンドテーブルディスカッション「疾患治療としての認知行動療法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」

調査報告「認知行動療法の研修の教育効果ならびに人材育成状況に関する調査結果」

中川 敦夫（慶應義塾大学医学部 特任准教授）

パネリスト：

安藤 哲也（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
行動医学研究部 室長）

井上 雅彦（鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学講座 教授）

宇田川 健（特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構 コンボ 代表理事）

大野 裕（一般社団法人認知行動療法研修開発センター 理事長）

岡田 佳詠（国際医療福祉大学成田看護学部 看護学 学科長 教授）

金 吉晴（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長）

清水 栄司（千葉大学大学院医学研究院 認知行動生理学 教授）

丹野 義彦（東京大学 名誉教授）

中尾 智博（九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 教授）

古川 壽亮（京都大学大学院医学研究科・医学部 健康要因学講座
健康増進・行動学分野 教授）

古屋 範子（衆議院議員／公明党うつ病対策 PT 座長）

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 センター長）

松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
薬物依存研究部 部長）

吉永 尚紀（宮崎大学医学部看護学科 准教授）

モデレーター：

栗田 駿一郎（日本医療政策機構 マネージャー）

(2) 専門家会合第2部「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」の開催

日時： 2021年2月18日(木) 18:00-20:30
形式： オンライン形式 (Zoom ウェビナー)
プログラム： (順不同・敬称略)

- 18:00-18:10** **開会の辞・趣旨説明**
 栗竹 亮治 (日本医療政策機構 理事/事務局長・CEO)
- 18:10-18:15** **ご挨拶**
 佐々木 孝治 (厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長)
- 18:15-18:30** **基調講演1「認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る取組の現状」**
 久我 弘典 (厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長補佐)
- 18:35-18:55** **基調講演2「実装科学の観点から普及・社会実装の定義と要件について」**
 島津 太一 (国立研究開発法人 国立がん研究センター
 社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室 室長)
- 19:00-20:30** **ラウンドテーブルディスカッション「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」**

パネリスト：

石川 信一 (同志社大学 心理学部 教授)
 宇都宮 健輔 (産業医科大学 医学部 精神医学教室 非常勤講師)
 大嶋 伸雄 (東京都立大学 健康福祉学部 作業療法学科 教授)
 小林 圭吾 (メンタルヘルス当事者)
 菅原 誠 (東京都立中部総合精神保健福祉センター 副所長)
 田上 明日香 (SOMPO ヘルスサポート (株) 健康プロモート部
 産業保健シニアメンタルヘルス・コーディネーター)

中川 敦夫 (慶應義塾大学 医学部 特任准教授)
 福島 喜代子 (ルーテル学院大学 総合人間学部 教授)

モデレーター：

栗田 駿一郎 (日本医療政策機構 マネージャー)

第3章 本事業における普及の考え方

1 「実装科学の観点から見る普及・社会実装の定義と要件について」

本事業においては「実装科学」の考え方をを用いて、認知行動療法のさらなる普及・社会実装に向けた要件のフレームワークとそれらに基づく、課題と打ち手の整理を行うこととした。その共通認識として、事業の検討の場として開催した「認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る実態把握及び今後の普及と体制整備に資する検討」専門家会合（第1部：2021年2月12日・第2部：2021年2月18日）において、国立研究開発法人国立がん研究センター 社会と健康研究センター 行動科学研究部実装科学研究室室長の島津太一先生に「実装科学の観点から見る普及・社会実装の定義と要件について」と題し、ご講演をいただいた。ここではその講演録をベースとして、本事業における普及・社会実装の定義と要件について整理する。

(1) 実装科学と社会における必要性

実装科学とは、エビデンスに基づく介入（EBI: Evidence-based interventions）を現場に早く根付かせるための実装戦略を考えていく科学である。つまり、EBI（What）を効果的、効率的に日常の保健医療活動に取り入れるための実装戦略（How）を研究する「Howのイノベーション」ということができる。

なぜ、実装科学が必要なのか。その理由は近年研究成果を日常のプラクティスへ落とし込むための方法論が求められていることにあり、実装科学によって、自分の働いている現場に最も適した戦略を見出すこと（実装の阻害・促進要因の評価）ができる。また、実装科学のモデル・フレームワークを使うことで、事業コストの低減、健康アウトカムの改善、健康格差の解消につなげることが可能となる。

(2) 実装研究のフレームワーク

実装研究の位置づけ（研究フレームワーク）として、これまでは、基礎研究から臨床研究（Phase1～4）でエビデンスが確立された後、ガイドラインが作成されると、あとは臨床現場に委ねる（社会実装）という流れが一般的であった。その社会実装の手前で、実装戦略の効果検証を行うのが実装研究の役割である。実装研究（Phase1～4）では、Phase1（小規模パイロット）において、EBIを根付かせるための実装戦略の実施可能性を確認し、EBI実装の比較検証試験のプロトコルを確定する。実装アウトカム（EBIの採用、忠実度等）に重点を置くのが特徴である。Phase2（比較試験）として、導入を希望する実装しやすい現場で比較検証試験を実施した後、Phase3（大規模比較試験）では、大規模に多種多様な現場での比較検証試験を実施する。そしてPhase4では、実装のモニタリング（市販後調査）を行い、ビッグデータで実装アウトカムを把握し、政策立案者や実践家リーダーにフィードバックする。

あるプラクティスを社会実装しようとする時に、プラクティスの efficacy が示されていない場合は、Efficacy 研究（実装のための設計）が必要となり、プラクティスの effectiveness が示されていない場合は、Effectiveness 研究（または実装戦略の検証を兼ねた Hybrid effectiveness 研究）が

必要となる。efficacy も effectiveness も示されていれば、そのプラクティスは EBI となり、実装研究に入ることになる。

(3) 実装科学を用いた実装戦略の事例

実装戦略の事例として、アメリカでは、低所得層や無保険者、マイノリティの人々の大腸がん検診（便潜血検査）受診率が低いことから、格差是正のために受診勧奨プログラム「Flu-FOBT/Flu-FIT プログラム」を導入し、成功している。この成功要因として、既存のプラクティス（インフルエンザワクチン接種）に合わせて組み込んだこと、医療従事者やユーザーからの意見を取り入れたこと、Phase2 および Phase3 の実装試験によってプログラムの核となる要素が明確となり、フィールドに応じた適用が可能となったことが挙げられる。また単に「医学雑誌に成果を掲載して終了」するのではなく、研究者や資金提供者をはじめステークホルダーにも働きかけ、実装そのものをゴールに設定したことも成功要因の一つであった。こうした結果を受け、アメリカ対がん協会が同プログラムを継承し、実装を継続できている。

実装科学は、社会実装に向けたパイロットの役割を担う。本格的な事業化の前に、社会実装の実現可能性、実装における問題点、実装戦略の有効性を知ることができる。また、好事例で終わることなく、他の類似のセッティングで有効な実装戦略等、一般化可能な知見を得ることができる。さらに、実装科学として研究者が論文化することで、アカデミックな業績につなげることが可能となる。

例えば日本で取り組まれている「禁煙治療の普及」は、実装科学を考える上で参考となる。実装科学の観点から考えると、まず禁煙外来を受診して薬物治療とカウンセリングを受けることが EBI として定められており、9 学会合同の禁煙ガイドライン、禁煙治療のための標準手順書（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会、日本呼吸器学会）も整備されている。実装戦略は「有効な治療法の利用促進」であり、具体的には、ニコチン置換療法の OTC 化、指導者トレーニング、検診（健診）時の禁煙支援に加え、2006 年に「ニコチン依存症管理料」として保険適用が開始された。また 1 つの工夫として、医療機関での過去 1 年間の平均継続回数が 2 回未満の場合、算定できる所定点数が 30%減額される仕組みが導入されている。現状、ニコチン依存症管理料算定医療機関数は 1 万 7,279（2021.2）に増加しているものの、推定年間禁煙治療者数は喫煙者の 0.8%（社会医療診療行為別統計 2017）に留まっている。このことから、禁煙希望者の禁煙外来受診を促す更なる実装戦略が必要な状況といえる。

その他、日本国内での実装研究の動向としては、日本がん支持療法研究グループ（J-SUPPORT）（<https://www.j-support.org/>）、健康格差是正のための実装科学ナショナルセンターコンソーシアム（N-EQUITY）で研究相談を受け付けている。（https://www.ncc.go.jp/jp/cpub/division/behavioral_science/project/010/index.html）

(4) 普及・社会実装を考える上で実装科学を用いる意義

実装科学の要素を意識することは、普及・社会実装の議論をする際にも有用である。まず、EBI が何かを明確にすることで、利益が害を上回ることが担保される。EBI として標準的な介入を手順書で定義しその忠実度を測ることにより、効果の得られる方法で EBI が実施されているかが把

握できる。ガイドラインで実施が推奨されていれば、専門家のコンセンサスは得られていることになり、実装の促進要因になる。また優先順位として、有病率・疾病負荷が高いものや格差の大きいものは、大きなインパクトが期待できる。普及する際に、担い手がいるかどうかといった実施可能性も事前に検討すべきである。

実装戦略は、「制度（診療報酬、保険者インセンティブ）」「組織」「医療従事者（研修、人材育成）」「患者・家族」といったマルチレベルで考えていく必要があり、同時かつ多層的に推進すると効果的である。さらに、「採用度合い」「コスト」「（実施者の）忠実度」「浸透度」「持続可能性」や「介入そのものへの認識（受容性、適切性、実施可能性）」といった実装のアウトカムを意識することも重要である。

2 「認知行動療法の普及に向けたフレームワークについて」

本事業では上述の通り、実装科学の観点から、今後の認知行動療法の普及に向けた取り組みについて考えることとした。そこでまず、普及のための取り組みを整理するためのフレームワークを考えた。諸外国においては、エビデンスに基づく介入の普及と実装について質的・量的な研究が行われており（Karlin et al. 2019; Proctor et al. 2011）、こうした事例等も参考としたほか、認知行動療法に関わるステークホルダーから現在の取り組みや課題認識をヒアリングすることを通じ、その全体像を把握したうえで、下図のフレームワークを構築した。

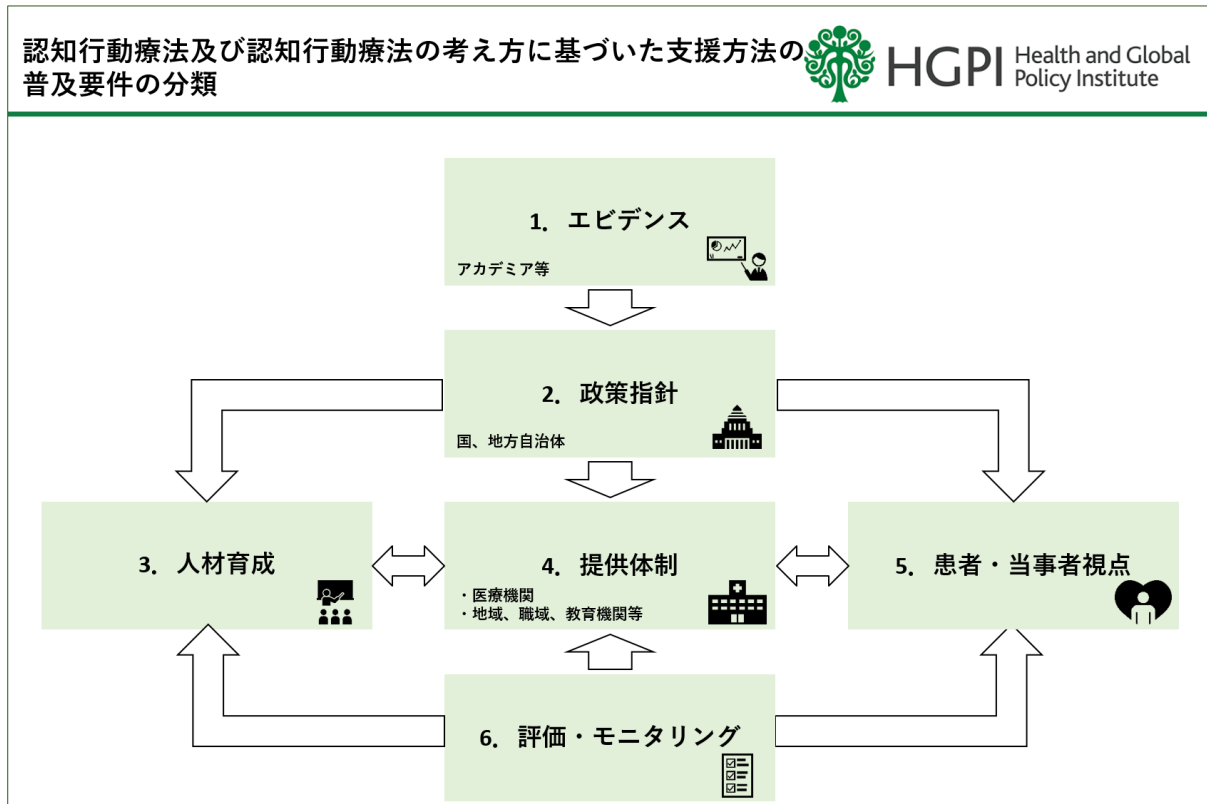


図 3-1 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及要件の分類

(1) エビデンス

まず社会実装を考える上で、特に重要となるのがエビデンスである。実装科学においても、社会実装を目指そうとするプラクティスについて、その efficacy が示されていなければ Efficacy 研究（実装のための設計）を必要とし、effectiveness が不十分であれば Effectiveness 研究（一部は Hybrid effectiveness 研究）が必要となる。実装科学を用いた社会実装の前提として、efficacy や effectiveness が主にアカデミアによって示されていることが前提となる。

もちろん「エビデンス」と言っても、実際に課題や打ち手を考える際には、基礎研究段階のエビデンスや実際の社会での効果検証まで様々な段階を踏むこととなる。認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及にあたっては、普及を目指す POI（Practice of Interest）それぞれについて、段階を追って検証されたエビデンスが必要となる。特に疾患治療を目的とする認知行動療法においては、十分なエビデンスがあると認められれば、学会等の承認を経て、疾患ごとの治療ガイドラインに掲載され、その正当性が担保される。

(2) 政策指針

社会実装を考える上で、政策指針の存在も重要な観点と言える。特に、保健医療福祉に関わる取り組みは、公費で実施される社会福祉制度や準市場である公的医療保険制度の枠組みの中で提供されるため、一般の商品・サービスと異なり、社会実装のためには政策指針に掲載・採用されることが必要となる。

例えば、疾患の治療を目的とする認知行動療法において、公的医療保険制度の枠組みの中で提供するためには、中央社会保険医療協議会（中医協）での議論を踏まえて、全国の保険医療機関で提供される保険診療の1つとして認められ、統一されたサービス提供の単価が設定される必要がある。

また認知行動療法の考え方に基づいた支援においても、地域保健における政策指針や学習指導要領や生徒指導提要等の教育分野におけるガイドライン、産業保健分野においてもそのガイドラインの中に組み込まれることで、一定の強制力を持つことができ、社会実装という観点では大きな後押しとなる。

(3) 人材育成

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援においては、実施者（治療者・支援者）の育成は必要不可欠と言える。この点については、これまでも厚生労働省研修事業として展開されており、本事業においてもその効果検証を行っており、第4章にて詳述する。

もちろん人材育成は、この厚生労働省研修事業に留まらず、学会単位での研修事業等も行われている。さらに疾患治療としての認知行動療法であれば、医師や看護師、公認心理師その他の保健医療専門職の養成課程において、認知行動療法について学ぶ機会を設けることも人材育成の第一歩として非常に重要である。また認知行動療法においては、治療者となった後にも定期的なスーパービジョンを受けることが、スキルアップのために重要となる。そのためスーパーバイザーの育成も人材育成の重要な視点といえる。

また認知行動療法の考え方に基づいた支援においても、地域保健や産業、教育といった各領域において「誰が実施するのか」は普及に向けた根幹の課題となる。ICT等のデジタルテクノロジーを活用した支援方法を展開する上でも、それらの監修や質のコントロールを行う人材は必要不可欠である。

(4) 提供体制

社会実装を考える上で、実際にプラクティスをどのように提供するかは欠かせない視点である。本事業においては、疾患治療としての認知行動療法は主に医療機関で提供することを想定する。この場合、「認知行動療法を実施できる治療者がいる医療機関＝認知行動療法を提供できる医療機関」となるが、さらなる普及を考える上では、どのような規模の医療機関でどのような患者を対象とするのかといった役割分担についても議論が求められる。また認知行動療法は精神科に限らず他科の診療においても有用な場面があるとされ、そうした診療科間での連携についてもこの項目において検討される必要がある。

また認知行動療法の考え方に基づいた支援においても、その提供体制は普及に向けた重要な視点となる。より多くの機関で認知行動療法の考え方に基づいた支援が実施されるように、「2. 政策指針」と関連しながら、各領域に適した提供体制を検討することが必要となる。この場合、医療提供体制の枠組みを超えて、地域保健や福祉、産業界や教育といった各領域の関係者も巻き込んで議論を行い、具体的な実行計画と共に提供体制を検討することが求められる。

(5) 患者・当事者視点

保健医療福祉に関わるサービス提供を考える上で、受益者である患者・当事者の視点は必要不可欠である。疾患治療としての認知行動療法においても、認知行動療法の考え方に基づいた支援においても、治療・支援を受ける側の視点を中心にする必要がある。

例えば疾患治療の認知行動療法においては、どのような医療機関で提供することが、患者にとってアクセスしやすいのか、また治療を継続するためにはどのような点が課題となり、その克服には何が必要なのかといった観点である。また、認知行動療法の考え方に基づいた支援についても各領域で支援を受ける人々にとって、アクセスしやすく、続けやすい支援の提供方法はどのようなものであるのかという目線でシステム設計が必要である。

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援を提供する目的は、患者・当事者のQOLを向上させ、より良い人生を送ることにある。どのような検討をするうえでも、本要件の視点は欠かすことができない。

(6) 評価・モニタリング

最後は、評価・モニタリングの観点である。質の高い認知行動療法や認知行動療法の考え方に基づいた支援の普及のためには、その効果や実施状況をチェックしながら、その内容や提供体制について振り返り、改善を行うという流れを継続的に行う必要がある。現状の提供状況の評価はもちろんのこと、実態を踏まえた今後の方向性を検討し、またその新たなプランに基づいて実施されているかという継続的なモニタリングが常態的に実施されることが望ましい。

第4章 これまでの人材育成に関する調査と分析

1 わが国における認知行動療法の研修の効果検討ならびに人材育成状況に関する調査

(1) 厚生労働省認知行動療法研修事業とは

厚生労働省認知行動療法研修事業は、わが国に質の高い認知行動療法（CBT）を普及させることを目的として2011年度から始まった認知行動療法の普及とうつ病患者への治療の質の向上を目的とした研修である。国が主導する認知行動療法研修という世界的にみても類をみない研修事業であり、過去10年間で変遷があったが、2020年度現在では「認知行動療法の基盤研修及びうつ病に係る認知行動療法研修」と「認知行動療法の普及啓発事業」の2本柱で構成されている。「認知行動療法の基盤研修及びうつ病に係る認知行動療法研修」では医療関係者に対して、認知行動療法の基本と、精神障害に対する認知行動療法の基盤となるうつ病の認知行動療法の習得を目的に行われてきた。2020年度からは不安症（パニック症、社交不安症）や強迫症、心的外傷後ストレス障害（PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder）等の精神障害に対する認知行動療法に関する研修も開始された。

a. 認知行動療法の基盤研修及びうつ病に係る認知行動療法研修

最低2年以上の精神科医療に従事した経験があり、主たる勤務先が精神科医療機関である医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、心理職（公認心理師、臨床心理士等、以下心理職）を対象として、精神科医療現場で適切な治療をできる医療関係者の増加と認知行動療法の普及を図るために、①2日間ワークショップ、②スーパービジョン、③ブラッシュアップワークショップから構成される系統的研修が行われてきた（図4-1）。

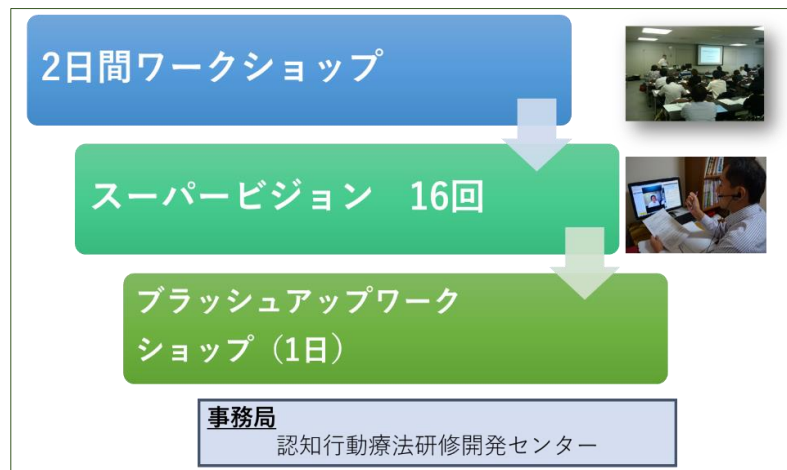


図4-1 認知行動療法の基盤研修及びうつ病に係る認知行動療法研修の構成

b. 認知行動療法の普及啓発事業

地域メンタルヘルスや産業、教育等さまざまな領域で精神保健に携わる医師、看護師、保健師、心理職、精神保健福祉士、作業療法士等を対象に、うつ病の認知行動療法の普及とうつ病患者への治療の質の向上を図ることを目的とした1日研修が実施されてきた。また、2018年度からは、インターネットを活用して認知行動療法を提供できる環境を整備することを目的に「インターネットを活用したうつ病の認知療法・認知行動療法研修ワークショップ」が開始された。

(2) 「認知行動療法の基盤研修及びうつ病に係る認知行動療法研修」の内容

① 2日間ワークショップ

うつ病に対する認知行動療法の習得を目的とした基礎的な講義および実践的な演習を行うワークショップで構成される。「認知療法・認知行動療法マニュアル」および研修マニュアルに準拠したプログラムに沿って、講義やグループワーク等を行う（表 4-1）。

表 4-1 2日間ワークショッププログラムの内容

学習内容（1日目）	
1	認知行動療法の全体像と基礎的関わり
2	コミュニケーションスキル
3	症例の概念化
4	各セッションの流れ
5	行動活性化
学習内容（2日目）	
1	認知再構成法
2	問題解決技法
3	不安症の認知行動療法
4	終結・再発予防
5	スーパービジョンの進め方、認知行動療法の学び方
6	総合討論

② スーパービジョン

2日間ワークショップの受講者および当該事業のスーパーバイザーが講師として参加した研修を受講した医師または看護師が、うつ病患者に対して認知行動療法を施行し、各セッション（16セッション）の録音内容に対してスーパーバイザーが指導を行うことで、当該療法に係るスキルの向上を図る。スーパービジョンは対面もしくは遠隔（電話やテレビ会議システム）で実施し、認知行動療法スキルや実践能力について、コア・スーパーバイザーにより認知療法尺度（CTRS: Cognitive Therapy Scale）を用いて評価を受ける（図 4-2）。

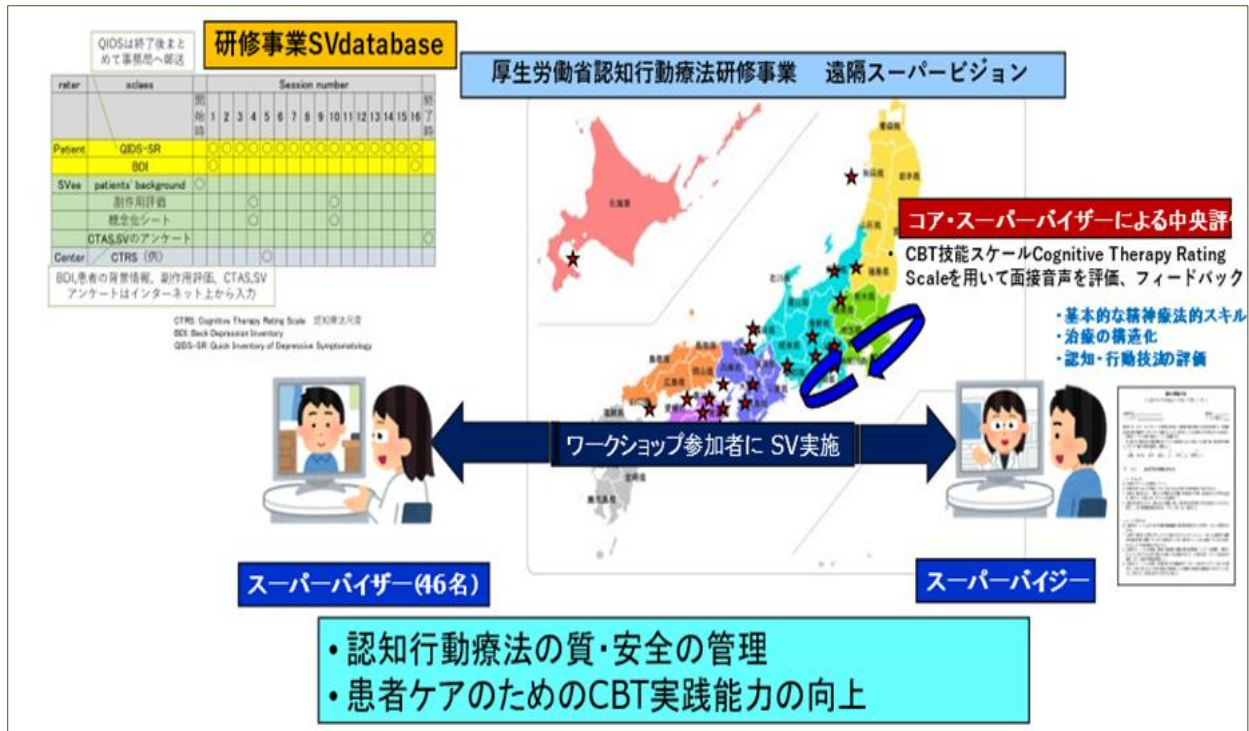


図 4-2 スーパービジョンの実施方法

③ ブラッシュアップワークショップ

2 日間ワークショップおよびスーパービジョンを修了した者に対して、その後のフォローアップとしてブラッシュアップワークショップが実施される（表 4-2）。

表 4-2 ブラッシュアップワークショップの内容

	学習内容
1	スーパービジョン体験の問題点や課題の共有
2	CTRS の解説
3	スーパービジョンの要点を解説
4	CTRS 項目に基づいた小グループディスカッション
5	まとめ

(3) 本調査の目的

厚生労働省認知行動療法研修事業の「認知行動療法の基盤研修及びうつ病に係る認知行動療法研修」に関する 2011～2019 年度の研修データを分析し、これらの結果をもとに、厚生労働省認知行動療法研修事業の課題の整理、および今後の認知行動療法の研修事業の在り方について検討を行った。

(4) 解析の対象と方法

認知行動療法研修事業事務局（一般社団法人認知行動療法研修開発センター）が 2011～2019 年度の研修参加者及びスーパービジョンの対象である患者から取得したデータで構成するデータベースを解析対象とした。一般社団法人認知行動療法研修開発センターは、研修参加者ならび

にスーパービジョンの対象である患者からデータの研究利用に関する書面同意を得て、連結可能匿名化作業を行い、匿名化されたデータベースを作成した。作成されたデータベースは慶應義塾大学医学部において統計学的手法を用いて解析された。なお、本調査については、慶應義塾大学医学部倫理委員会の審査を受けて実施された（承認番号: 20200248）。

【研修データベースに登録されている情報】

研修参加者の背景情報、認知行動療法に関する理解度、研修に関する満足度、知識習得度、認知行動療法を施行する自信、スーパービジョン症例の背景情報（年齢、罹病期間、うつ病エピソード回数等）、治療経過（治療中断、うつ症等）、スーパービジョン症例における治療者の認知行動療法技能の質の評価（CTRS: Cognitive Therapy Scale）等。

（5） アンケート回収率

2日間ワークショップ、スーパービジョン、ブラッシュアップワークショップでは、研修実施時にアンケートを行った。アンケートの回収率は表 4-3 の通りである。

表 4-3 アンケートの回収率

	参加者数	アンケート 回答者数	%
2日間ワークショップ	1,372	1,413	102.9%
スーパービジョン	512	394	76.9%
ブラッシュアップワークショップ	354	231	65.3%

*参加者数は実数、アンケート回答者数は延べ人数。アンケート回答者数は、2回目のワークショップ参加者を含むためワークショップ参加者実数よりも多い。

（6） 2日間ワークショップに関する調査結果

① 各年度の2日間ワークショップ参加者数

2011～2019年度における2日間ワークショップの参加者数を図 4-3、表 4-4 に示した。2011～2014年度は参加者が医師に限定されていたが、医師と看護師が共同して行う認知行動療法が診療報酬算定の対象になる改定に伴い 2015年以降は看護師も対象となり、その後、精神科医療業務に従事する保健師、精神保健福祉士、公認心理師等へ対象が拡大した。

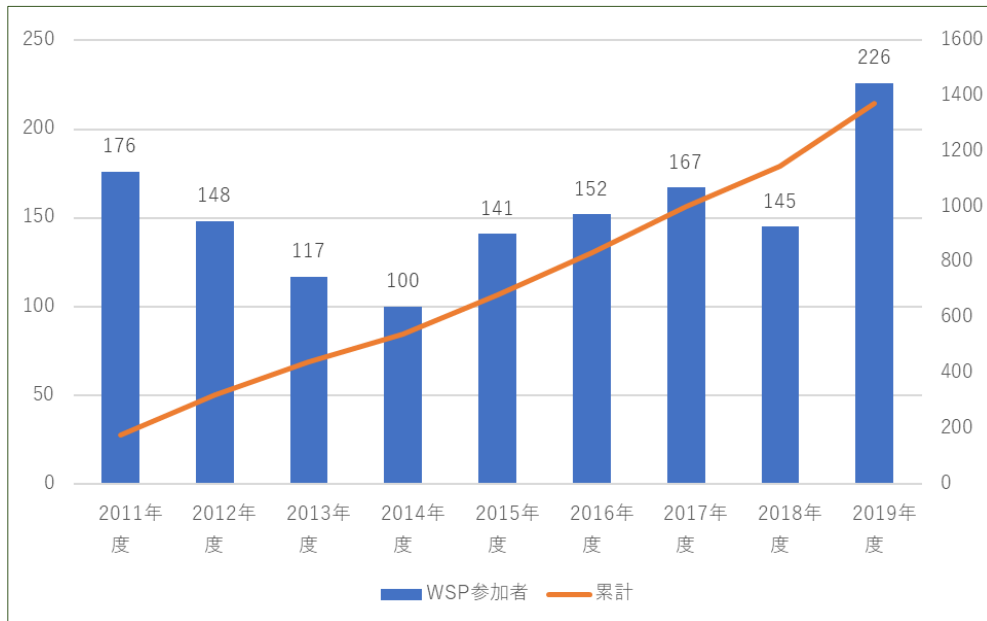


図 4-3 各年度の2日間ワークショップ参加者数

表 4-4 各年度の2日間ワークショップ参加者数

	参加者	
	人数	%
2011年度	176	12.8%
2012年度	148	10.8%
2013年度	117	8.5%
2014年度	100	7.3%
2015年度	141	10.3%
2016年度	152	11.1%
2017年度	167	12.2%
2018年度	145	10.6%
2019年度	226	16.5%
2011-2019年度の総数	1372	100.0%

*2日間ワークショップの参加者実数(1,372名)が集計対象

*2018、2019年度に実施したインターネットを活用したうつ病の認知療法・認知行動療法研修ワークショップは本解析には含まず。

② 2日間ワークショップ参加者の属性

2日間ワークショップの参加者の属性は表 4-5 の通りである。平均年齢は 40.1 歳 (SD = 9.4)、平均精神科臨床歴は 10.4 年 (SD = 8.3)、認知行動療法の平均実践年数は 1.5 年 (SD = 3.1) であり、医師が 58.6%と最も多く、心理職が 24.3%、看護師が 13.0%、精神保健福祉士が 2.1%、作業療法士が 1.5%であった。認知行動療法の診療報酬算定の対象となった看護師の参加は、全体の 13.0%に留まっていた。

表 4-5 2 日間ワークショップ参加者の属性

		人数	平均値	SD
年齢		1,365	40.1	9.4
精神科臨床歴 (年)		1,289	10.4	8.3
認知行動療法実践歴 (年)		1,182	1.5	3.1
認知行動療法実施症例数		1,181	5.1	42.6

		人数	%
性別	男	760	53.8
	女	653	46.2
職種	医師	828	58.6
	看護師	183	13.0
	心理職	344	24.3
	精神保健福祉士	29	2.1
	作業療法士	21	1.5
	保健師	7	0.5
	不明 (無記入)	1	0.1

※アンケート回答者の 1,413 人を対象に集計 (延べ人数)

③ 2 日間ワークショップ参加前後の CTAS の変化

認知行動療法に関する知識の変化を CTAS (Cognitive Therapy Awareness Scale) の Part1 を用いて評価した。2 日間ワークショップ参加の前・後で比較したところ、CTAS 得点は有意に上昇し、認知行動療法に関する知識の向上が確認された (図 4-4、表 4-6)。

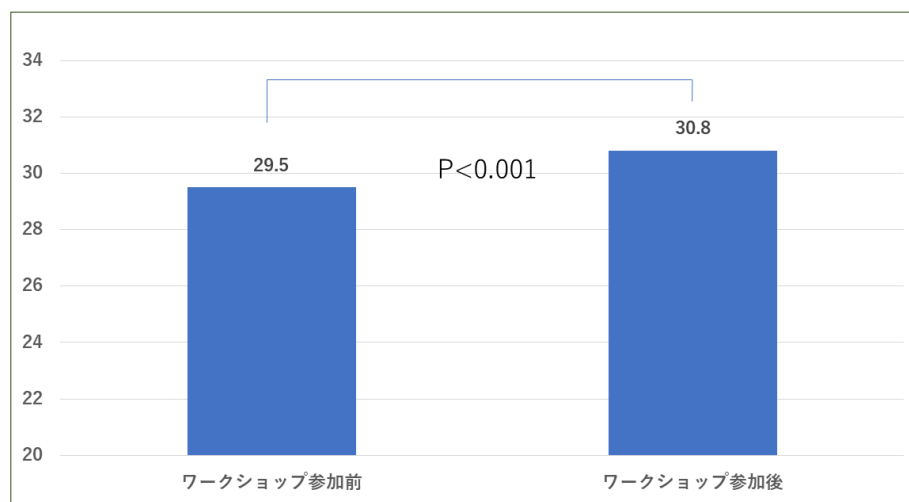


図 4-4 2 日間ワークショップ参加前後 (1,324 名) の CTAS の比較

表 4-6 2 日間ワークショップ参加前後（1,324 名）の CTAS の比較

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
CTAS	29.5	5.8	30.8	5.4	14.999	<0.001

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

④ 2 日間ワークショップ参加前後の「CBT 施行に対する自信」の変化

「あなた自身、うつ病の患者に対して、認知行動療法を効果的に施行する自信はどの程度有りますか？」という設問では、認知行動療法の施行に対する自信の程度を 5 段階で評価した。2 日間ワークショップ参加前・後の得点を比較したところ、認知行動療法の施行に対する自信は平均的に 1 段階以上有意に向上した（図 4-5、表 4-7）。

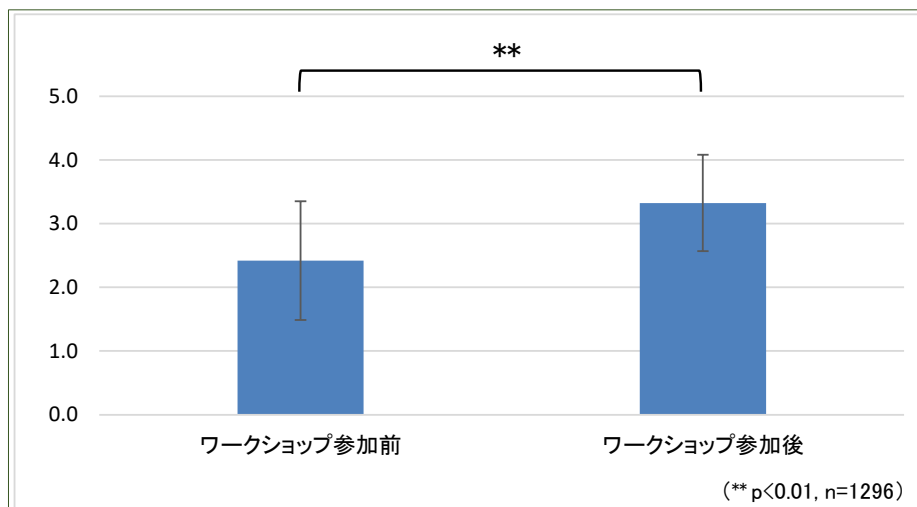


図 4-5 2 日間ワークショップ参加前・参加後（1,296 名）の「CBT 施行に対する自信」の変化

表 4-7 2 日間ワークショップ参加前・参加後（1,296 名）の「CBT 施行に対する自信」の変化

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
CBT 施行に対する自信	2.26	0.92	3.67	0.91	-47.829	<0.001

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

⑤ 2 日間ワークショップ参加前後の「CBT 施行の希望」の変化

「個人またはグループ形式のいずれでも結構ですが、今後、うつ病に対して認知行動療法をどれくらい施行しようと考えておられますか？」という設問で、認知行動療法の施行に対する希望の程度を 5 段階で評価した。2 日間ワークショップ参加前・後の得点を比較したところ、認知行動療法の施行に対する希望は有意に向上したが変化の大きさは大きくはなかった（図 4-6、表 4-8）。

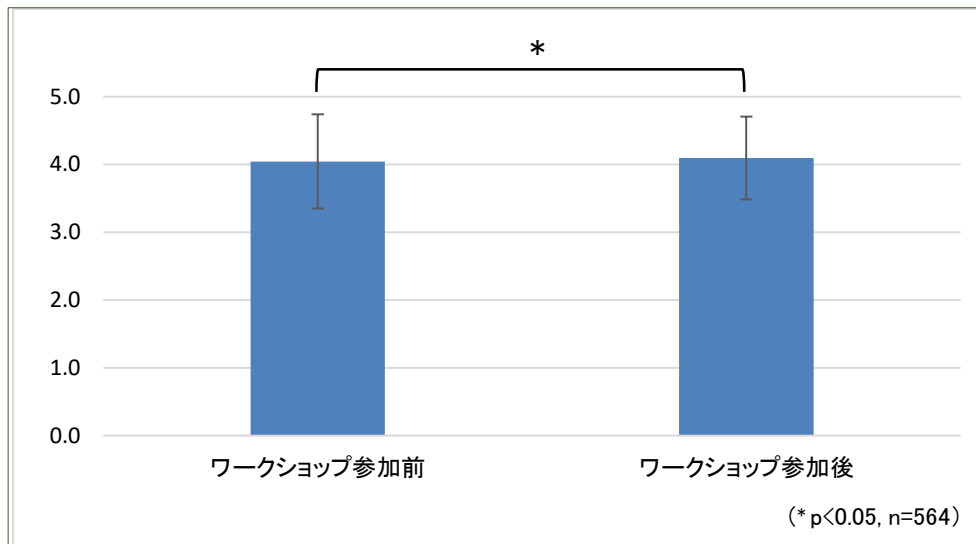


図 4-6 2 日間ワークショップ参加前・参加後の「CBT 施行の希望」の変化（564 名）

表 4-8 2 日間ワークショップ参加前・参加後の「CBT 施行の希望」の変化（564 名）

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
CBT 施行の自信	4.04	0.69	4.10	0.61	-2.105	0.036

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

⑥ 2 日間ワークショップに対する満足度

「あなたが今までに受けられたことのある認知行動療法、精神療法あるいはその他の研修に比べて、今回のワークショップは、全体としてどのように評価されますか？」「自分の病院・大学等に戻られた後、あなたの同僚にこのワークショップを勧めますか？」という設問で、本研修の満足度を 5 段階で評価した（表 4-9）。両項目の平均値は 4.0 を超え、高い満足感を得られていた。

表 4-9 2 日間ワークショップに対する満足度

	人数	平均値	SD
研修の満足度	1,365	4.54	0.61
研修を推薦するか	1,366	4.22	0.61

(7) スーパービジョンに関する調査結果

① 各年度のスーパービジョン実施数

2011～2019 年度におけるスーパービジョンの実施数は図 4-7、表 4-10 に示した。

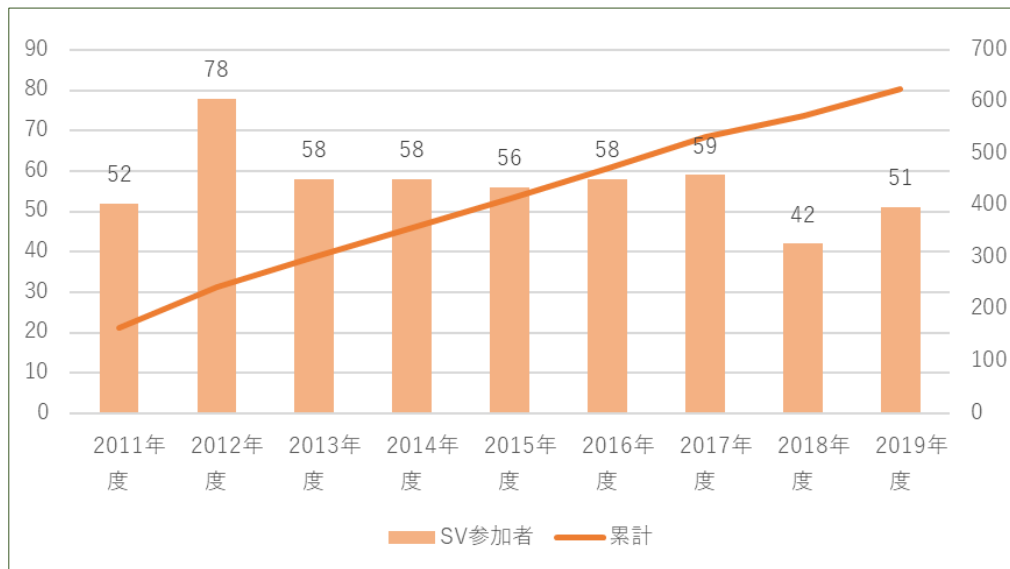


図 4-7 各年度のスーパービジョン実施数

表 4-10 各年度のスーパービジョン実施数

	人数	%
2011 年度	52	10.2%
2012 年度	78	15.2%
2013 年度	58	11.3%
2014 年度	58	11.3%
2015 年度	56	10.9%
2016 年度	58	11.3%
2017 年度	59	11.5%
2018 年度	42	8.2%
2019 年度	51	10.1%
2011-2019 年度の総数	512	100.0

② スーパービジョン参加者の属性

スーパービジョンの参加者の属性は表 4-11 の通りである。平均年齢は 39.3 歳 (SD = 8.4)、平均精神科臨床歴は 10.3 年 (SD = 7.2)、認知行動療法の平均実践年数は 1.9 年 (SD = 3.4) であり、医師が 59.1%と最も多く、心理職が 28.7%、看護師が 9.1%、精神保健福祉士と作業療法士が 1.3%であった。

表 4-11 スーパービジョン参加者の属性

	人数	平均値	SD
年齢	368	39.3	8.4
精神科臨床歴（年）	358	10.3	7.2
認知行動療法実践歴（年）	332	1.9	3.4
認知行動療法実施症例数	331	5.1	20.3

		人数	%
性別	男	190	48.2
	女	185	47.0
	不明（無記入）	19	4.8
職種	医師	233	59.1
	看護師	36	9.1
	心理職	113	28.7
	精神保健福祉士	5	1.3
	作業療法士	5	1.3
	保健師	2	0.5
	不明（無記入）	0	0.0

※アンケート回答者の 394 人を対象に集計

③ スーパービジョンの状況（512名）

スーパービジョンを実施した 512 名のうつ病患者の治療転帰を検討したところ、認知行動療法の中断率は 8.0%であった（図 4-8、表 4-12）。うつ病患者に対する認知行動療法の中断率は 16.6%（95%CI: 13.0-20.5%）、認知行動療法の訓練者（Trainee）によるうつ病患者に対する認知行動療法の中断率は 15.9%（95%CI: 4.1%-45.4%）という報告（Cooper AA, et.al, 2015, Fernandez E,et al, 2015）と比較して、中断率は低かった。

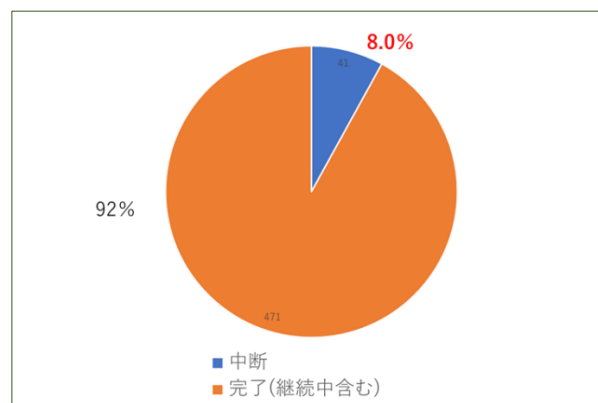

図 4-8 スーパービジョンの状況

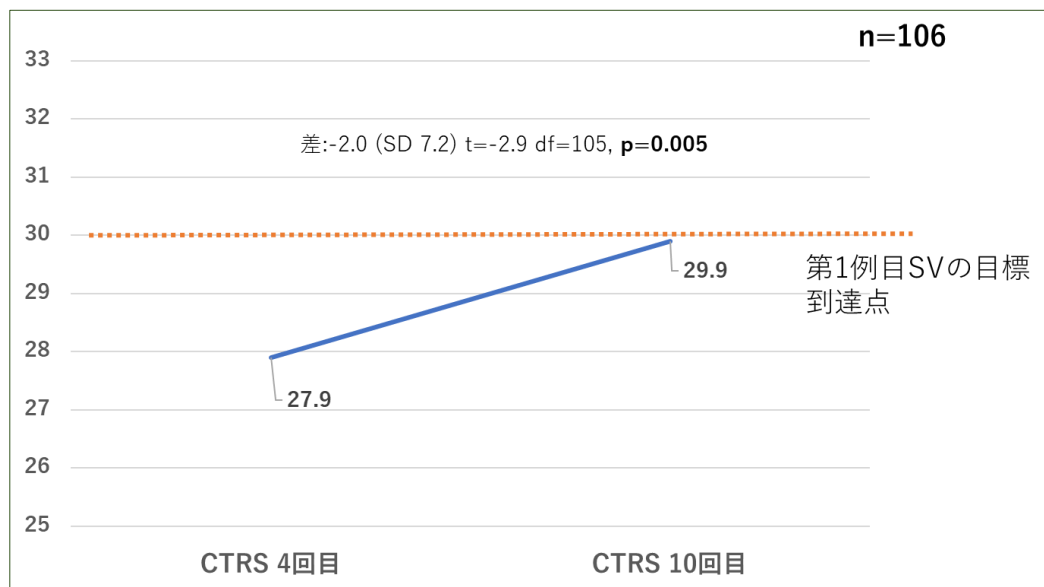
表 4-12 スーパービジョンの状況

	延べ人数	%
完了	464	90.6%
中断	41	8.0%
継続中	5	1.0%
その他（マッチング中、一時中断等）	2	0.4%
	512	100%

④ CBT 実施者の CTRS 総得点の変化

認知行動療法の技能を評価するために、国際的な尺度である認知療法尺度（CTRS: Cognitive Therapy Rating Scale）を用いて評価を行った。本研修事業では、CTRS による評価は 2013 年度から開始し、2013～2015 年度は面接の 4 回目と 10 回目の 2 時点で評価が行われ、2016 年度以降は 8 回目までの 1 時点での評価が行われている。

4 回目と 10 回目の 2 時点で評価を行った 106 名（総参加者 172 名中の約 61.6%）に関して、CTRS 得点の比較を行った結果、CTRS の 4 回目の総得点の平均点は 27.9 点、10 回目は 29.9 点と有意に認知行動療法技能の向上が示された（図 4-9）。CTRS は認知行動療法の国際認定組織である Academy of Cognitive Therapy の認知行動療法セラピスト認定の際にも使われており、10 例以上の認知行動療法の経験と CTRS 得点が 40 点以上を合格点としているが、本事業の参加者は認知行動療法の初学者が多いため、まずは CTRS で 30 点が取れることを目安にしており、本事業の目標にはおおよそ到達できていたといえる。


図 4-9 スーパービジョンを通しての CTRS 得点の変化 (106 名)

⑤ CBT 実施者の CTRS 得点の分布

CTRS は面接の録画ないしは録音を基に、①アジェンダ、②フィードバック、③理解力、④対人能力、⑤共同作業、⑥ペース調整および時間の有効使用、⑦導かれた発見、⑧中心となる認知

または行動に焦点をあてる、⑨変化に向けた方略の選択、⑩認知行動的技法の実施、⑪ホームワークの11項目を0点～6点の7段階で評価される。

I. 基本的な治療スキル	II. 概念化、方略、技術
1. アジェンダ 2. フィードバック* 3. 理解力* 4. 対人能力* 5. 共同作業* 6. ペース調整および時間の有効使用*	7. 導かれた発見 8. 中心となる認知または行動に焦点をあてる 9. 変化に向けた方略の選択 10. 認知行動的技法の実施 11. ホームワーク

*は他の精神療法とも共通する治療的因子

CTRS 下位項目の得点分布は図 4-10 に示した。「対人能力」「フィードバック」「ペース調整および時間の有効使用」「理解力」「共同作業」等の基本的な治療スキルは有しているが、「アジェンダ設定」や「中心となる認知または行動に焦点」をあてて治療方略を立てて、「認知行動療法的技法を実施」するスキルは1回目のスーパービジョンでは不十分で、継続したトレーニングの必要性があると考えられた。

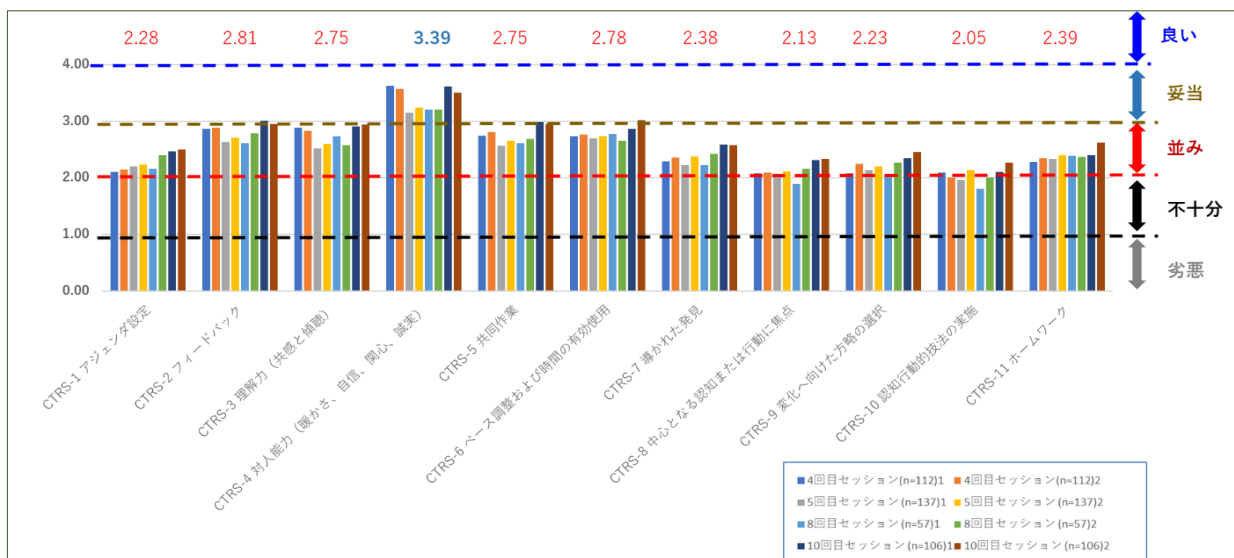


図 4-10 スーパービジョン実施ケースの各項目の CTRS 得点

⑥ 2 日間ワークショップ参加前とスーパービジョン後の「CBT 施行に対する自信」の変化

「あなた自身、うつ病の患者に対して、認知行動療法を効果的に施行する自信はどの程度ありますか?」という設問で、認知行動療法施行に対する自信の程度を5段階で評価した。2日間ワークショップ参加前とスーパービジョン終了後の得点を比較したところ、認知行動療法の施行に対する自信は平均的に約1段階有意に増加していた(図 4-11、表 4-13)。

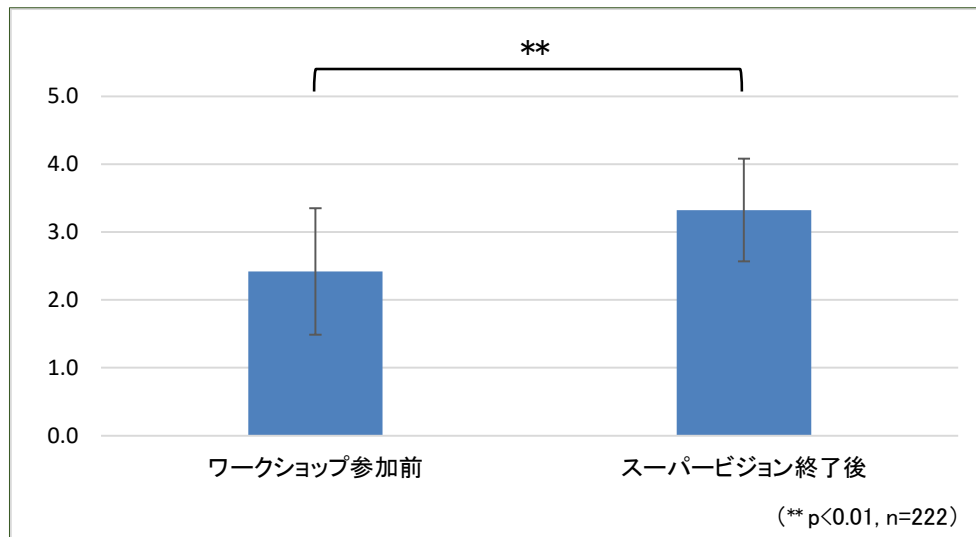


図 4-11 ワークショップ参加前・スーパービジョン終了後（222名）の「CBT 施行に対する自信」の変化

表 4-13 ワークショップ参加前・スーパービジョン終了後（222名）の「CBT 施行に対する自信」の変化

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
CBT 施行に対する自信	2.42	0.93	3.32	0.76	-12.972	0.000

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

⑦ 2 日間ワークショップ参加前とスーパービジョン後の「CBT 施行に対する希望」の変化

「個人またはグループ形式のいずれでも結構ですが、今後、うつ病に対して認知行動療法をどれくらい施行しようと考えておられますか？」という設問で、認知行動療法の施行に対する希望の程度を 5 段階で評価した。2 日間ワークショップ参加前とスーパービジョン終了後の得点を比較したところ、認知行動療法の施行に対する希望は有意な変化は示されなかった（図 4-12、表 4-14）。

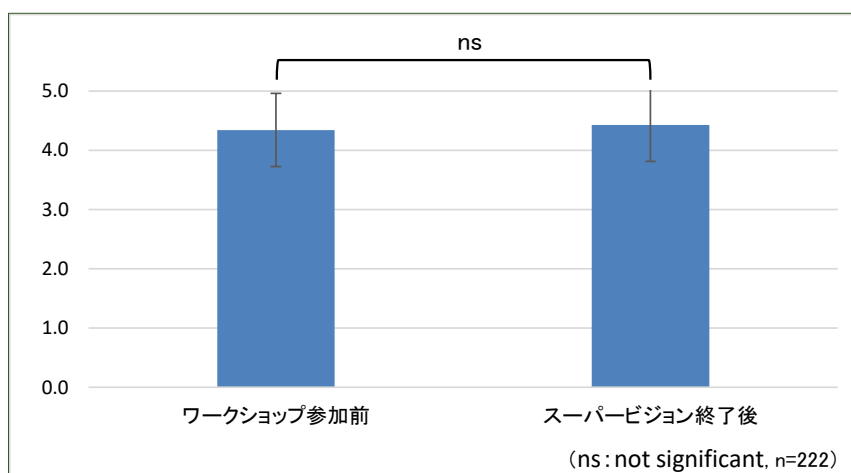


図 4-12 ワークショップ参加前・スーパービジョン終了後（222名）の「CBT 施行の希望」の変化

表 4-14 ワークショップ参加前・スーパービジョン終了後（222名）の「CBT 施行の希望」の変化

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
CBT 施行の希望	4.34	0.62	4.43	0.62	-1.693	0.092

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

⑧ スーパービジョンに対する満足度

「あなたが今までに受けられたことのある認知行動療法、精神療法あるいはその他の研修に比して、今回のスーパービジョンは、全体としてどのように評価されますか？」「自分の病院・大学等に戻られた後、あなたの同僚にこのスーパービジョンを勧めますか？」という設問で、本研修の満足度を 5 段階で評価した（表 4-15）。両得点の平均値は 4.5 を超え、高い満足感を得られていた。

表 4-15 スーパービジョンに対する満足度

	人数	平均値	SD
研修の満足度	225	4.76	0.56
研修を推薦するか	224	4.50	0.62

(8) CBT を受けた患者に関する結果

① CBT を受けた患者の属性

スーパービジョンを受けた医師等により CBT を受けた患者の属性は表 4-16 に示した。患者の平均年齢は 40 歳（SD = 12.5）、うつ病の平均発症年齢は 34.6 歳（SD = 11.8）、うつ病の平均エピソード回数は 1.9 回（SD = 1.1）、今回のエピソード持続期間は 16.9 か月（SD = 29.0）であった。女性が 60.1%、主診断では大うつ病性障害（単一）が 52.8%と最も多く、74.5%が抗うつ薬を併用していた。

表 4-16 CBT を受けた患者の属性

	人数	平均値	SD
年齢	285	40.0	12.5
うつ病の初発年齢	282	34.6	11.8
うつ病エピソード回数	284	1.9	1.1
今回のうつ病エピソードの持続期間（ヵ月）	282	16.9	29.0
BDI 合計点	281	23.8	10.5
QIDS 合計点	285	13.2	5.6

		人数	%
性別	男	114	39.9
	女	172	60.1
主診断	大うつ病性障害（単一）	151	52.8
	大うつ病勢障害（反復性）	96	33.6
	その他	38	13.3
	不明	1	0.3

		人数	%
抗うつ薬の併用の有無	なし	71	24.8
	あり	213	74.5
	不明	2	0.7
抗不安薬・睡眠薬の併用の有無	なし	104	36.4
	あり	180	62.9
	不明	2	0.7

② CBT を受けた患者のうつ症状の変化

うつ病自己評価尺度（BDI: Beck Depression Inventory）および簡易抑うつ症状尺度（QIDS-J: Quick Inventory of Depressive Symptomatology）により、患者のうつ症状を評価した。認知行動療法開始時と終了時を比較したところ、BDI および QIDS では有意なうつ症状の改善が示された（図 4-13、表 4-17）。

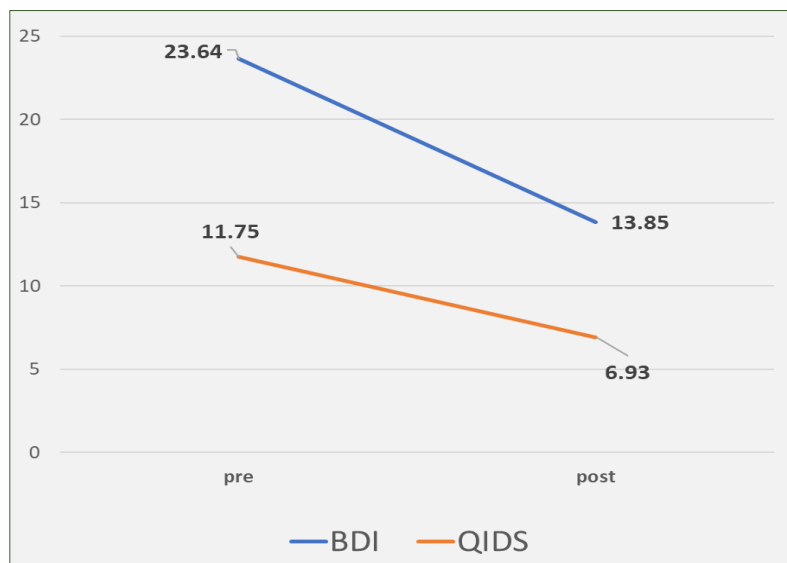


図 4-13 CBT を受けた患者のうつ症状の変化

表 4-17 CBT を受けた患者のうつ症状の変化

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
BDI (209 名)	23.6	10.3	13.8	12.2	12.046	0.000
QIDS (190 名)	11.8	4.6	6.9	5.3	12.775	0.000

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

③ CBT 実施過程における有害事象発生の有無

認知行動療法の実施過程における有害事象発生の状況は図 4-14 に示した。面接 4 回目までの有害事象の発生率は 7.4%、10 回目までの発生率は 10.4%であった。海外での認知行動療法実施時の有害事象の発生率は 5-20%という報告（Schermuly-Haupt M-L,et.al, 2018）と比較して、有害事象の発生率は変わらなかった。

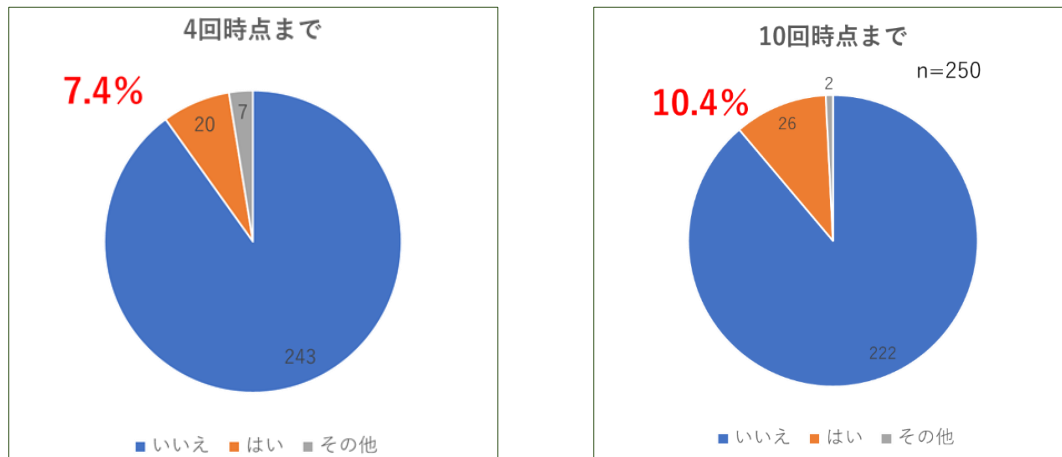


図 4-14 有害事象の発生の有無

④ CBT 実施過程における有害事象の内訳

有害事象の内訳は表 4-18 に示した。現病の悪化や行動化の他に、聞き取りや自身の問題への直面化という介入的要素に伴う気分の変化、問題の改善に向けたスキル実施時の回避行動等も挙げられており、これらは認知行動療法の治療プロセスにおける副反応と考えるのが妥当と考える。

表 4-18 有害事象の内訳

4 回時点まで	
気分の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 落ち込み、不安（経過の聞き取り時） ・ 悲しみ、抑うつ（性被害体験の聞き取り時）
行動の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過活動による疲労（行動活性化時） ・ 生活リズム改善の計画と実行の回避 ・ 引きこもり、人との接触を避ける
身体の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不眠（入眠困難、早朝覚醒） ・ 倦怠感 ・ 動悸、めまい ・ 食欲の増加・低下
認知機能の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 話題があちこちにとび、まとめられない

10 回時点まで	
気分の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 気分の悪化（自身の問題の直面化による） ・ 不安（人込みに出かける際） ・ 焦燥感（復職訓練時）
行動の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 回避行動（不安パニックを喚起時） ・ 自身の問題の直面化によるセッションのキャンセル ・ 仕事を休む ・ 生活リズム改善計画と実行の回避 ・ 外出を避ける ・ 過量服薬（嫌なことを忘れようとして眠ろうとした。自ら主治医に報告）
身体の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早朝覚醒 ・ 倦怠感 ・ 声が出づらくなる
認知機能の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集中力の低下

(9) ブラッシュアップワークショップに関する調査結果

① 各年度のブラッシュアップワークショップ参加者数

2011～2019 年度におけるブラッシュアップワークショップの参加者数は図 4-15、表 4-19 に示した。

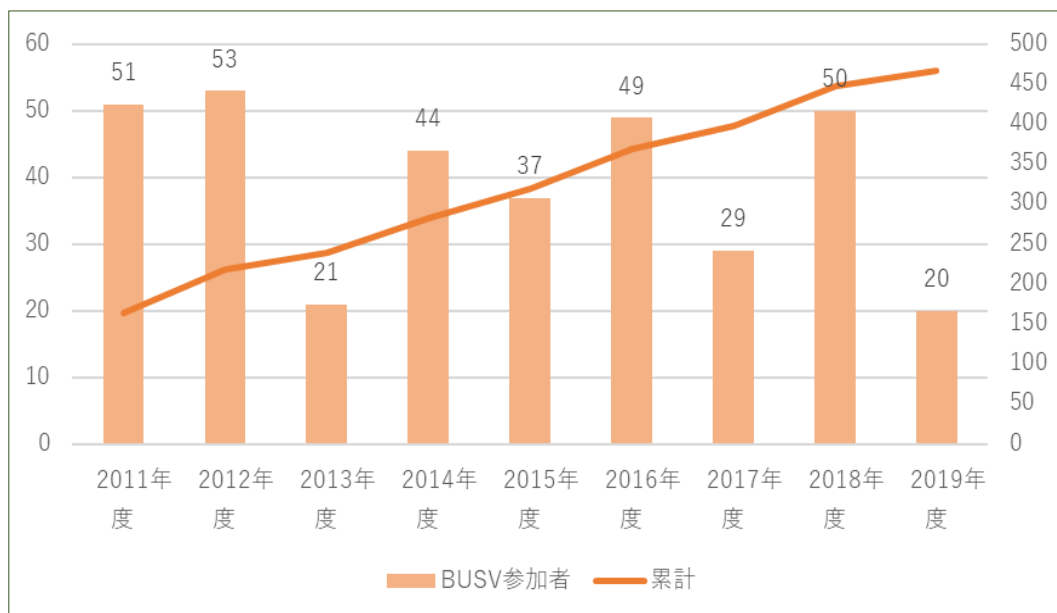


図 4-15 各年度のブラッシュアップワークショップの参加者数

表 4-19 各年度のブラッシュアップワークショップの参加者数

	人数	%
2011 年度	51	14.4
2012 年度	53	15.0
2013 年度	21	5.9
2014 年度	44	12.4
2015 年度	37	10.5
2016 年度	49	13.8
2017 年度	29	8.2
2018 年度	50	14.1
2019 年度	20	5.7
2011-2019 年度の総数	354	100.0

② ブラッシュアップワークショップの参加者の属性

ブラッシュアップワークショップの参加者の属性は表 4-20 に示した。平均年齢は 39.8 歳 (SD = 8.4)、平均精神科臨床歴は 10.2 年 (SD = 6.9)、認知行動療法の平均実践年数は 1.7 年 (SD = 2.9) であり、医師が 58.9%と最も多く、心理職が 29.4%、看護師が 8.7%、作業療法士が 1.3%、精神保健福祉士と保健師が 0.9%であった。

表 4-20 ブラッシュアップワークショップの参加者の属性

	人数	平均値	SD
年齢	222	39.8	8.4
精神科臨床歴 (年)	219	10.2	6.9
認知行動療法実践歴 (年)	216	1.7	2.9
認知行動療法実施症例数	213	4.2	12.8

	人数	%	
性別	男	122	52.8
	女	104	45.0
	不明	5	2.2
職種	医師	136	58.9
	看護師	20	8.7
	心理職	68	29.4
	精神保健福祉士	2	0.9
	作業療法士	3	1.3
	保健師	2	0.9
	不明 (無記名)	0	0.0

※アンケート回答者の 231 人を対象に集計

③ 2日間ワークショップ参加前とブラッシュアップワークショップ後の「CBT 施行に対する自信」の変化

「あなた自身、うつ病の患者に対して、認知行動療法を効果的に施行する自信はどの程度有りますか？」という設問で、認知行動療法施行に対する自信の程度を5段階で評価した。2日間ワークショップ参加前とブラッシュアップワークショップ終了後の得点を比較したところ、認知行動療法の施行に対する自信は平均的に0.8段階有意に向上していた（図4-16、表4-21）。

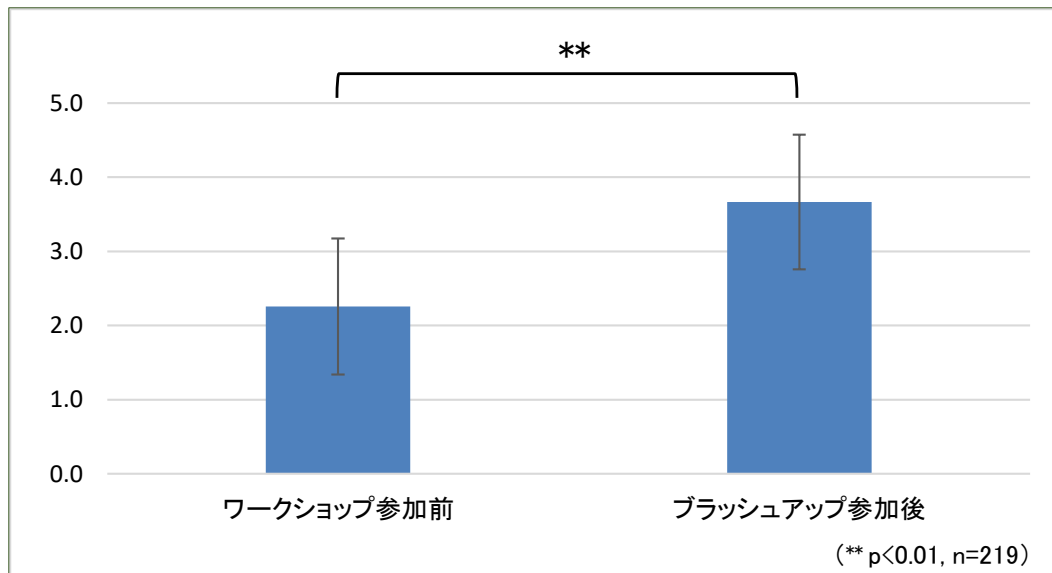


図4-16 ワークショップ参加前・ブラッシュアップ参加後（219名）の「CBT 施行に対する自信」の変化

表4-21 ワークショップ参加前・ブラッシュアップ参加後（219名）の「CBT 施行に対する自信」の変化

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
CBT 施行に対する自信	2.40	0.90	3.23	0.69	-12.725	0.000

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

④ 2日間ワークショップ参加前とブラッシュアップワークショップ後の「CBT 施行に対する希望」の変化

「個人またはグループ形式のいずれでも結構ですが、今後、うつ病に対して認知行動療法をどれくらい施行しようと考えておられますか？」という設問で、認知行動療法の施行に対する希望の程度を5段階で評価した。2日間ワークショップ参加前とブラッシュアップワークショップ終了後の得点を比較したところ、認知行動療法の施行に対する希望は有意な変化が示されなかった（図4-17、表4-22）。

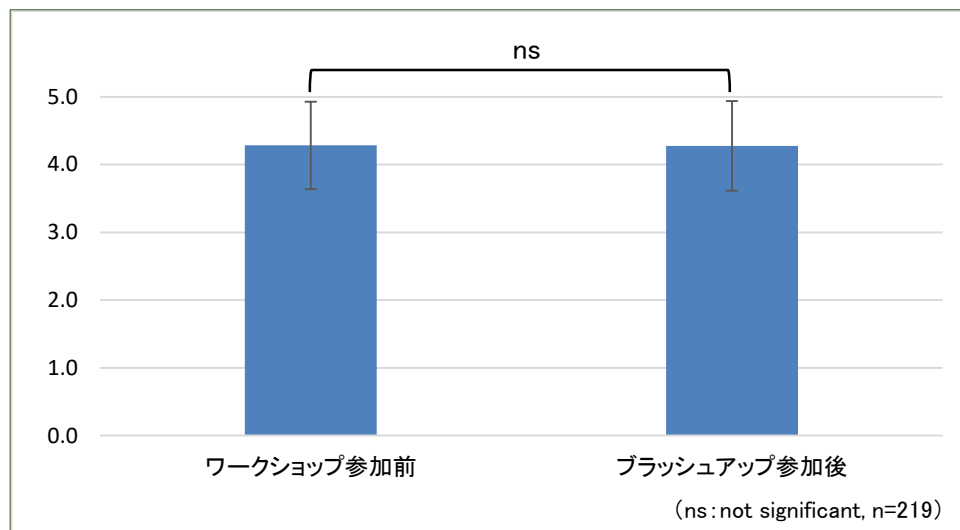


図 4-17 ワークショップ参加前・ブラッシュアップ参加後（219名）の「CBT 実施に対する希望」の変化

表 4-22 2 日間ワークショップ参加前・ブラッシュアップ参加後（219名）の「CBT 実施に対する希望」の変化

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
CBT 施行の希望	4.28	0.64	4.27	0.66	0.182	0.856

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

⑤ 2 日間ワークショップ参加前とブラッシュアップワークショップ後の「CBT に関する知識」

「CBT に関するスキル」「CBT 施行により患者が得た利益」の変化

「今回の研修（ワークショップ・スーパービジョン）で、うつ病の認知行動療法に関する知識は増えましたか？」「今回の研修（ワークショップ・スーパービジョン）で、うつ病の認知行動療法に関する技術は増えましたか？」「あなたが今までに認知行動療法で治療した患者は、どれくらいこの治療法から利益を得たと思われますか？」という設問を 5 段階で評価した。2 日間ワークショップ参加前とブラッシュアップワークショップ終了後の得点を比較したところ、すべての項目で有意な改善が示され、特に「認知行動療法に関する技術」や「認知行動療法施行により患者が得る利益」で変化が大きかった（表 4-23）。

表 4-23 2 日間ワークショップ参加前・ブラッシュアップワークショップ参加後の各得点の変化（5 段階評価）

	Pre		Post		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
CBT に関する知識(223 名)	4.22	0.58	4.51	0.51	-6.071	0.000
CBT に関するスキル(223 名)	3.65	0.81	4.36	0.54	-12.039	0.000
CBT 施行により患者が得る利益(88 名)	3.53	0.62	4.34	0.69	-8.455	0.000

※p 値の検定手法：対応のある t 検定

⑥ ブラッシュアップワークショップに対する満足度

「あなたが今までに受けられたことのある認知行動療法、精神療法あるいはその他の研修に比べて、今回のブラッシュアップワークショップの研修は、全体としてどのように評価されますか?」「自分の病院・大学等に戻られた後、あなたの同僚にこのブラッシュアップワークショップを勧めますか?」という設問で、本研修の満足度を5段階で評価した(表 4-24)。両項目の両平均値は4.0を超え、高い満足感を得られたと考えられた。

表 4-24 ブラッシュアップワークショップの満足度

	人数	平均値	SD
ブラッシュアップワークショップの満足度	222	4.27	0.68
ブラッシュアップワークショップを推薦するか	223	4.45	0.59

⑦ 厚生労働省認知行動療法研修事業全体に対する満足度

「これまでに受けたことのある認知行動療法、精神療法あるいはその他の研修と比べて、本事業による CBT 研修(ワークショップ、スーパービジョン、ブラッシュアップワークショップの全体を指します)は、全体としていかがでしたか?」という設問で、本研修事業の満足度を5段階で評価した(表 4-25)。本項目の平均値は4.61と高い満足感を得られた。

表 4-25 厚生労働省認知行動療法研修事業

	人数	平均値	SD
厚生労働省 CBT 研修事業全体(ワークショップ、スーパービジョン、ブラッシュアップワークショップ)の満足度	224	4.61	0.57

2 厚生労働省認知行動療法研修：2日間ワークショップ参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査

(1) 調査目的

厚生労働省認知行動療法研修事業「2日間ワークショップ」「インターネットを活用したうつ病の認知療法・認知行動療法ワークショップ」の参加者を対象に、研修の効果、研修後の認知行動療法の実施実績や活用等の波及効果等について調査を行う。これらの結果を踏まえて研修の効果を検証し、課題の整理および今後の認知行動療法の普及や人材育成等の体制整備に資する検討を行うことを目的とした。

(2) 対象と方法

① 調査対象

2011年度から2019年度までに厚生労働省認知行動療法研修事業「2日間ワークショップ」「インターネットを活用したうつ病の認知療法・認知行動療法ワークショップ」に参加した医療者またはメディカルスタッフ1,320名。

② 調査内容

- ・属性（職種、医療従事年数、勤務先の属性や所在地等）
- ・研修の効果（研修の役立ち度、研修で役立ったこと）
- ・研修の満足度や波及効果、認知行動療法の普及（研修の満足度、研修受講後の認知行動療法やその考え方に基づいた支援の利用・活用機会の変化、研修受講後の認知行動療法実施の有無、認知行動療法の活用場面等）
- ・認知行動療法実施における困難（認知行動療法を臨床現場で行うにあたっての困難、認知行動療法の考え方に基づいた支援を現場で行うにあたっての困難）
- ・スーパービジョンについて（スーパービジョン経験の有無、スーパービジョンを受けない理由、スーパービジョン実施後のスーパービジョン継続の有無、スーパービジョンを担当するうえで困難等）
- ・認知行動療法の診療算定方法（うつ病の認知行動療法（個人セッションのみ））の診療算定方法

③ 調査方法

研修実施機関である一般社団法人認知行動療法研修開発センターより、研修参加者に対して調査協力依頼をメールで送付した。メールには、調査の目的、方法、調査研究の倫理的配慮やプライバシーの保護等に関する説明に続きアンケートのリンクが張られており、調査に協力する対象者は記載リンクよりGoogleアンケートWebページにアクセスして回答した。アンケートはGoogle formを用いた匿名個別回答方式によるオプトアウト形式で実施され、回答者は、Web上で本調査協力を「同意する/しない」についてあらかじめ選択したうえで回答を進めた。回答にかかる所要時間は約10分で、回答受付期間は2020年12月25日から2021年1月15日であった。なお、本調査については、慶應義塾大学医学部倫理委員会の審査を受けて実施された（承認番号: 20200248）。

(3) 調査結果

【回答率や属性等】

① 有効回答率

調査依頼メールを送付した 1,320 名のうち、308 名から回答を得た。このうち 2 名は Web 上で本調査協力を「同意しない」を選択したため 306 名が解析対象となり、有効回答率は 23.2%であった。

② 回答者の職種や、医師の勤務先属性

回答者の職種や、医師主たる勤務先の属性は図 4-18 に示した。回答者の内訳は、医師が 145 名 (47.4%)、メディカルスタッフが 161 名 (52.6%) であった。

医師の主たる勤務先では、大学病院が 44 名 (30.3%)、クリニック・診療所が 34 名 (23.4%)、単科精神病院が 33 名 (22.8%) であった。メディカルスタッフの職種のうち、全体の 9 割以上を心理職 117 名 (72.7%) と看護師 34 名 (21.1%) が占めており、両職種の認知行動療法に対する高い関心が伺われた。その他の職種では、作業療法士が 5 名 (3.1%)、精神保健福祉士が 3 名 (1.9%)、保健師が 1 名 (0.6%) であった。

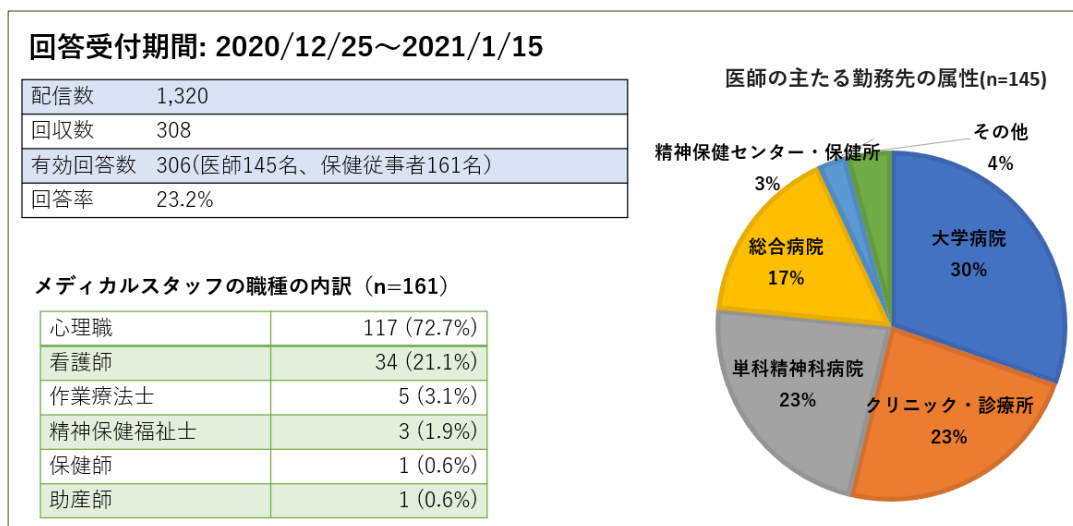


図 4-18 回答者の職種や勤務先の属性等

③ 医師の主たる勤務先の所在地

医師の主たる勤務先の所在地は図 4-19 に示した。勤務先の所在地をエリア別でまとめると、北海道・東北地方が 10.3%、東京を除く関東地方が 13.8%、東京都が 19.3%、北陸・東海地方が 13.1%、大阪府を除く近畿地方が 12.4%、大阪府が 6.9%、中国地方が 10.3%、四国地方が 2.8%、九州・沖縄地方が 11.0%であった。

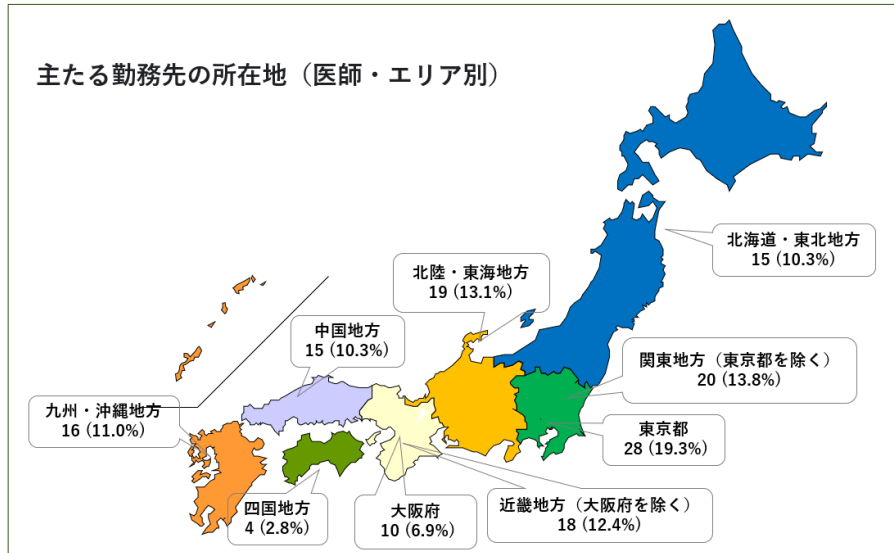


図 4-19 主たる勤務先の所在地（医師・エリア別）

【研修の有効性】（回答者数は、医師が 145 名、メディカルスタッフが 161 名）

① 研修の役立ち度

2 日間ワークショップの役立ち度は図 4-20 に示した。2 日間ワークショップが「大変役に立った」、または「役に立った」と答えたのは、医師では 89.7%、メディカルスタッフでは 90.1%であった。

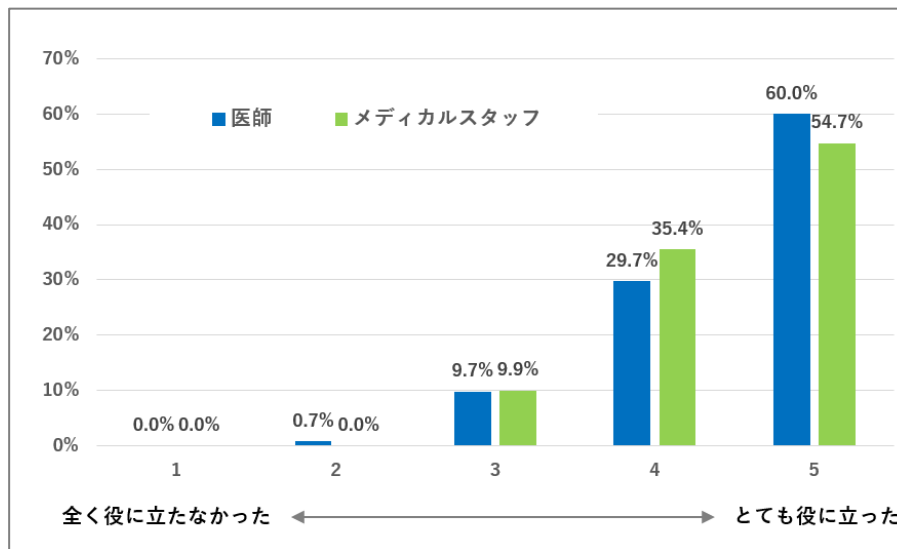


図 4-20 2 日間ワークショップはどの程度役に立ったか（医師 n=145, メディカルスタッフ n= 161）

② 研修で役立ったこと

2 日間ワークショップで学んだ内容で役に立ったと思うものは図 4-21 に示した。医師では、「認知行動療法の概要」が 86.2%と最も多く、次いで、「認知再構成法」が 66.2%、「行動活性化」と「コミュニケーションスキル」が 61.4%であった。メディカルスタッフでは、「セッションの構造」が 78.3%と最も多く、次いで、「症例の概念化」72.0%、「認知行動療法の概要」

64.0%であった。「その他」では、「来談者との関係づくり」、「ソクラテス式質問法」等があった。

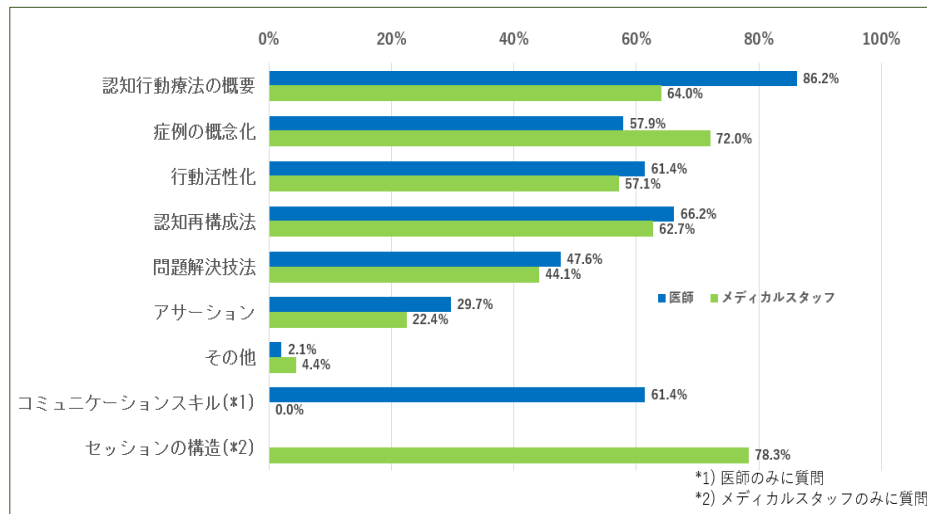


図 4-21 2日間ワークショップで学んだ内容で役に立ったこと（医師 n=145, メディカルスタッフ n= 161）

【研修の満足度】（回答者数は、医師が 145 名、メディカルスタッフが 161 名）

2日間ワークショップ受講後に認知行動療法を実施しようとして「とても思った」、または「思った」と答えたのは、医師では 83.7%、メディカルスタッフでは 87.2%であった。2日間ワークショップ受講後に本研修を同僚に薦めたいとして「とても思った」、または「思った」と答えたのは、医師では 88.0%、メディカルスタッフでは 82.5%であった（図 4-22）。

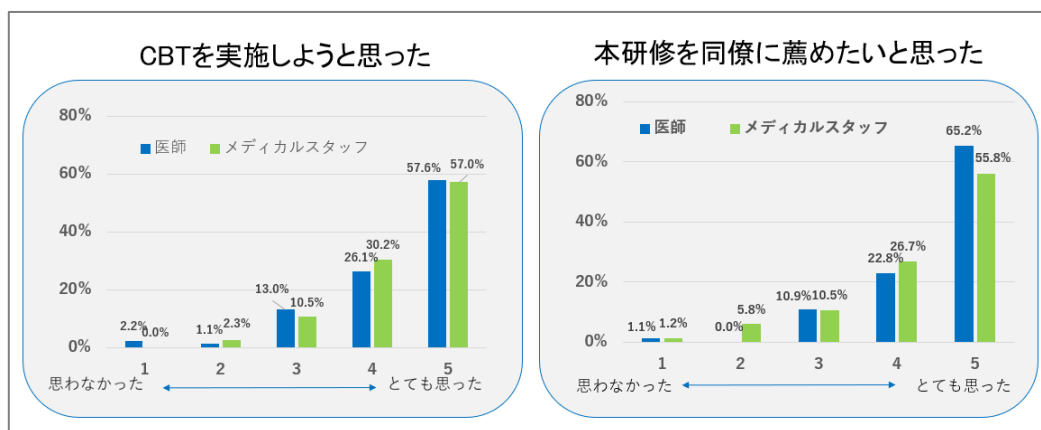


図 4-22 研修後の認知行動療法実施に対する意欲・研修を同僚に推薦する意欲
（医師 n=145, メディカルスタッフ n= 161）

【研修の波及効果】（回答者数は、医師が 145 名、メディカルスタッフが 161 名）

研修受講後の認知行動療法やその考え方に基づいた支援の利用・活用機会は図 4-23 に示した。機会が「とても増えた」、または「増えた」と回答したメディカルスタッフは 59.6%であった。

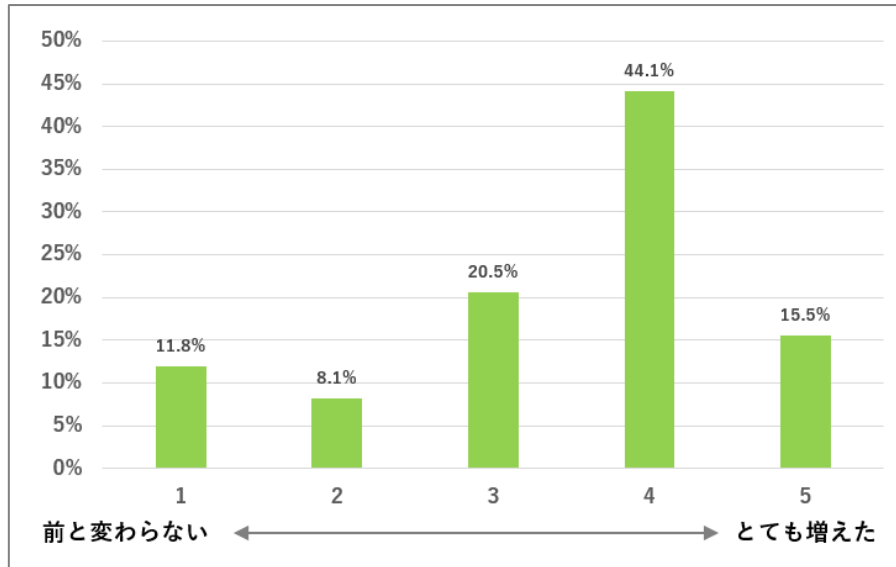


図 4-23 研修受講後の認知行動療法やその考え方に基づいた支援の利用・活用機会
 (医師 n=145, メディカルスタッフ n= 161)

【認知行動療法の普及】 (回答者数は、医師が 145 名、メディカルスタッフが 161 名)

① 認知行動療法実施の有無

現在の診療における認知行動療法（診療報酬対象）実施の有無と、勤務先における認知行動療法（個人セッション）実施の有無は図 4-24 に示した。診療で認知行動療法（診療報酬対象）を行っていると感じた医師は 36.6%、現在、勤務先で認知行動療法（個人セッション）を行っていると感じたメディカルスタッフは 62.1%であった。

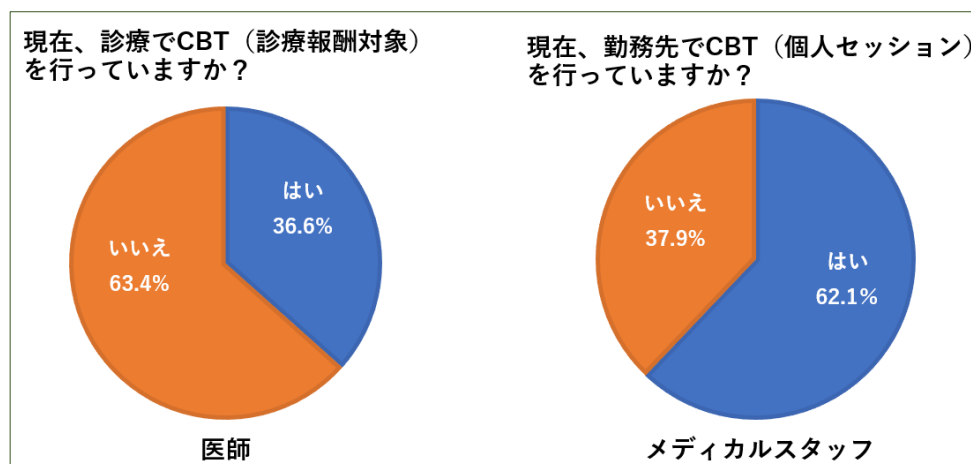


図 4-24 認知行動療法（診療報酬対象）/認知行動療法（個人セッション）実施の有無
 (医師 n=145, メディカルスタッフ n= 161)

② 保険診療以外の認知行動療法活用場面

医師が保険診療の「認知療法・認知行動療法」以外で認知行動療法を活用している場面は図 4-25 に示した。「一般診療の中でそのエッセンスを活用」が 96.6%と最も多く、次いで、「臨床場面において集団プログラムで活用」が 20.0%、「産業場面で活用」が 18.6%であった。

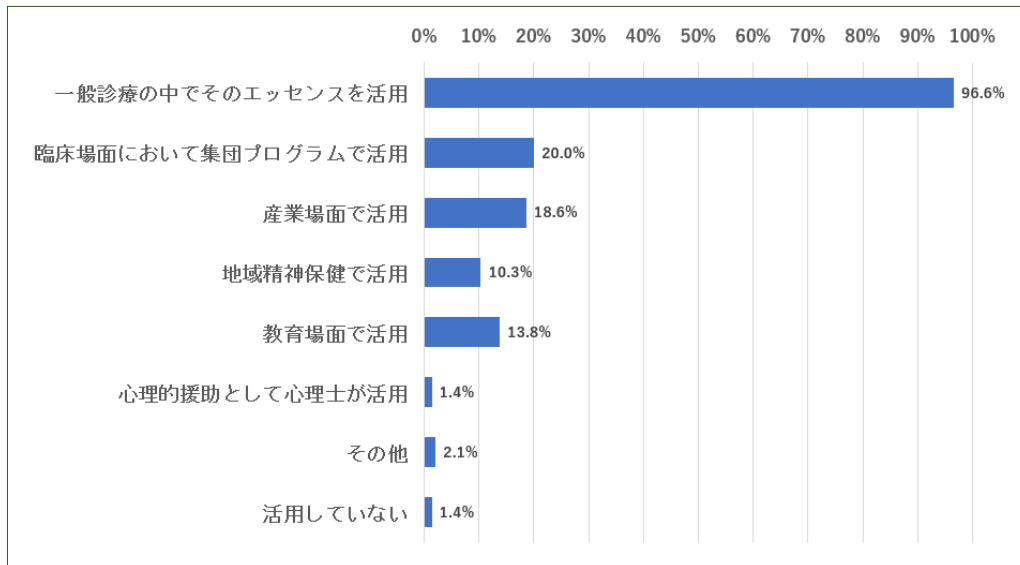


図 4-25 保健診療以外の認知行動療法活用場面（医師 n=145）

③ 認知行動療法やその考え方に基づいた支援の活用場面

メディカルスタッフが個人セッション以外で認知行動療法やその考え方に基づいた支援を活用している場面は図 4-26 に示した。患者支援（主に集団プログラム）が 62.1%と最も多く、次いで、「セルフケア」が 45.3%、「スタッフ支援」が 41.6%であった。「その他」には、大学での学生相談、看護学部での講義、ベッドサイド介入等があった。

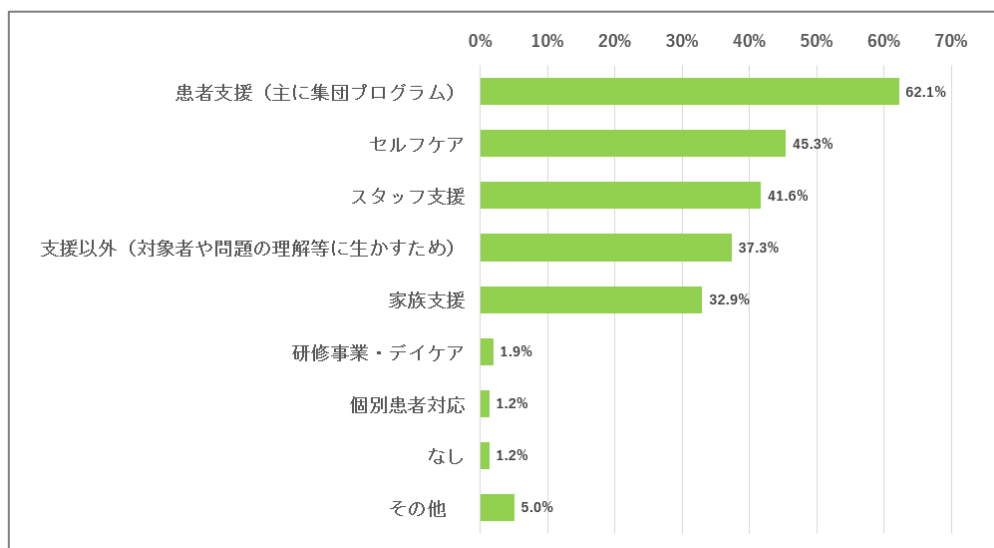


図 4-26 研修受講後の認知行動療法やその考え方に基づいた支援の活用場面（n=161）

【認知行動療法やその考え方に基づいた支援を行う際の困難】

① 認知行動療法を臨床現場で行うにあたっての困難

医師が認知行動療法を臨床現場で行うにあたっての難しさは図 4-27 に示した。「実施するための時間的な余裕がない」が 81.4%と最も多く、次いで「保険診療点数が通院精神療法（30分超）とさほど変わらない」が 69.0%、「適応できる患者が少ない」が 24.8%であった。「その他」では、「認知行動療法導入について患者に理解してもらうのが困難」、「周囲に認知行動

療法への関心をもってもらにくい」、「公認心理師との協働体制に対する診療報酬点数の問題」等があった。

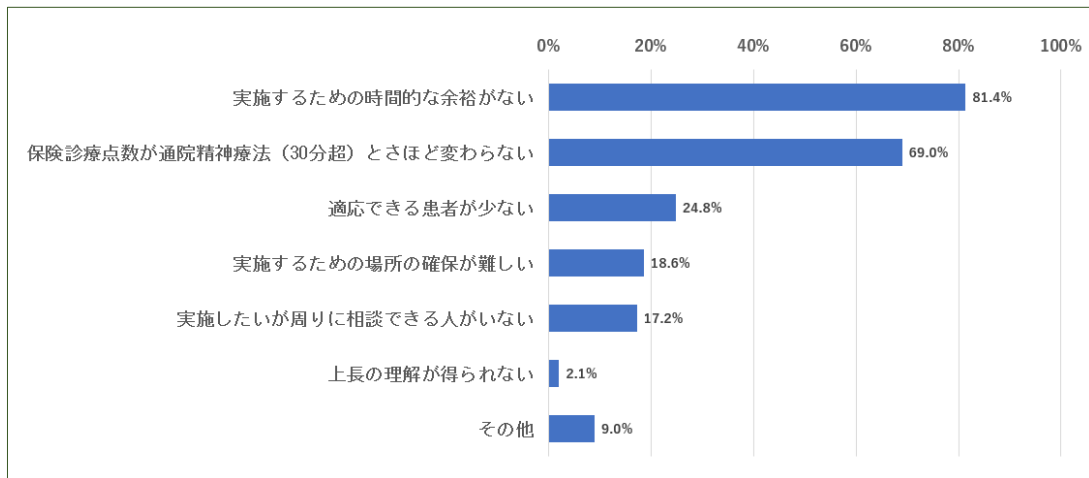


図 4-27 認知行動療法を臨床現場で行うにあたっての困難（医師 n=145）

② 認知行動療法やその考え方に基づいた支援を行うにあたっての困難

メディカルスタッフが認知行動療法やその考え方に基づいた支援を現場で行うにあたっての難しさは図 4-28 に示した。「職場の勤務体制から定期面接が難しい」が 37.3%と最も多く、次いで「実施するための時間的な余裕がない」が 36.6%、「実施したいが周りに相談できる人がいない」が 22.4%であった。「その他」では、「実績に結びつかない」、「ケースが回ってこない」、「自信がない」等があった。

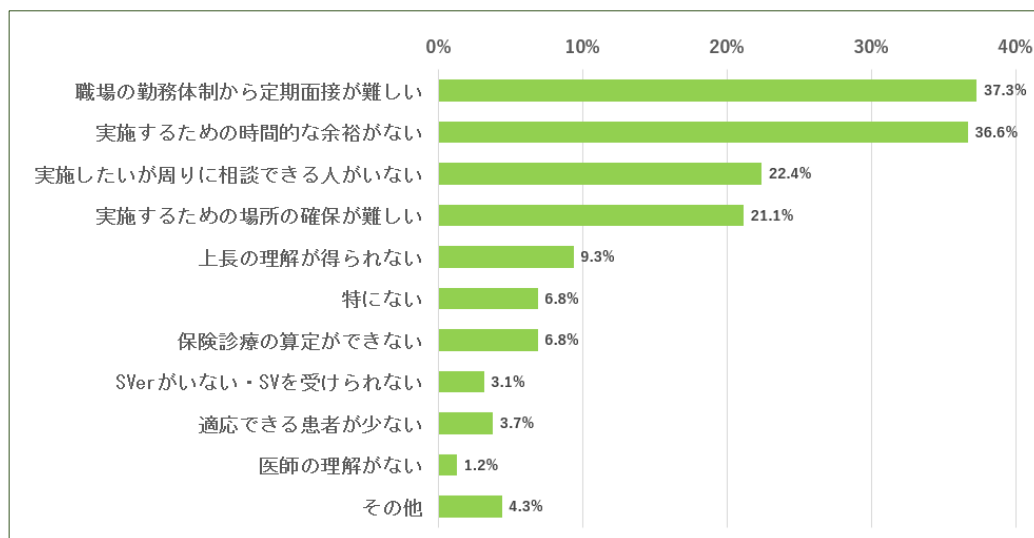


図 4-28 認知行動療法やその考え方に基づいた支援を現場で行うにあたっての困難（メディカルスタッフ n=161）

【スーパービジョンについて】（回答者数は、医師が145名、メディカルスタッフが161名）厚生労働省認知行動療法研修事業における認知行動療法のスーパービジョンを受けたかどうかは図4-29に示した。「受けた」と回答したのは、医師が63.4%、メディカルスタッフが53.4%であった。

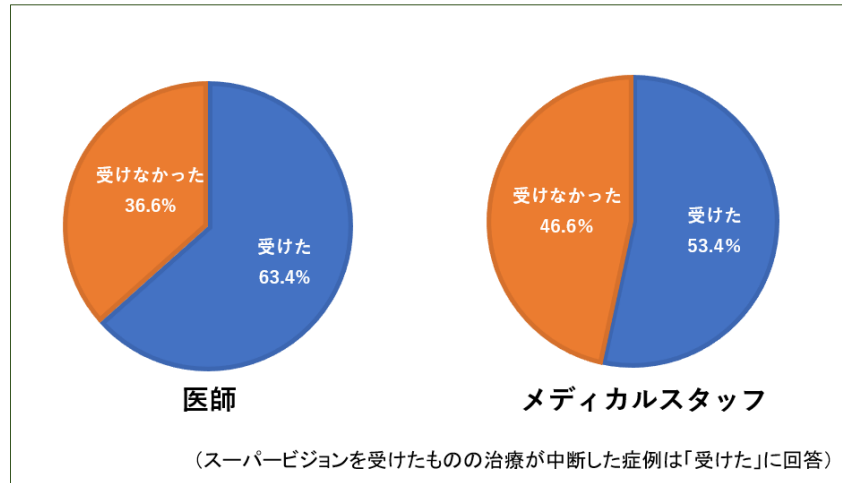


図4-29 認知行動療法のスーパービジョンを受けたか
（医師 n=145, メディカルスタッフ n= 161）

<2日間ワークショップ参加者からの回答>

① スーパービジョンを受けなかった/受けられなかった理由

研修受講後にスーパービジョンを受けなかった/受けられなかった理由は図4-30に示した。医師では「認知行動療法の実施時間を確保するのが難しかった」が64.2%と最も多く、次いで「適切な症例が確保できなかった」が50.9%、「スーパービジョンとその準備に必要な時間の確保が難しかった」が47.2%であった。メディカルスタッフのうち、看護師では、「適切な症例が確保できなかった」と、「スーパービジョンとその準備に必要な時間の確保が難しかった」が50.0%と最も多く、次いで「認知行動療法の実施時間を確保するのが難しかった」が38.9%であった。公認心理師や臨床心理士といった心理職では、「適切な症例が確保できなかった」が84.0%と最も多く、次いで「スーパービジョンとその準備に必要な時間の確保が難しかった」が32.0%、「認知行動療法の実施時間を確保するのが難しかった」が24.0%であった。

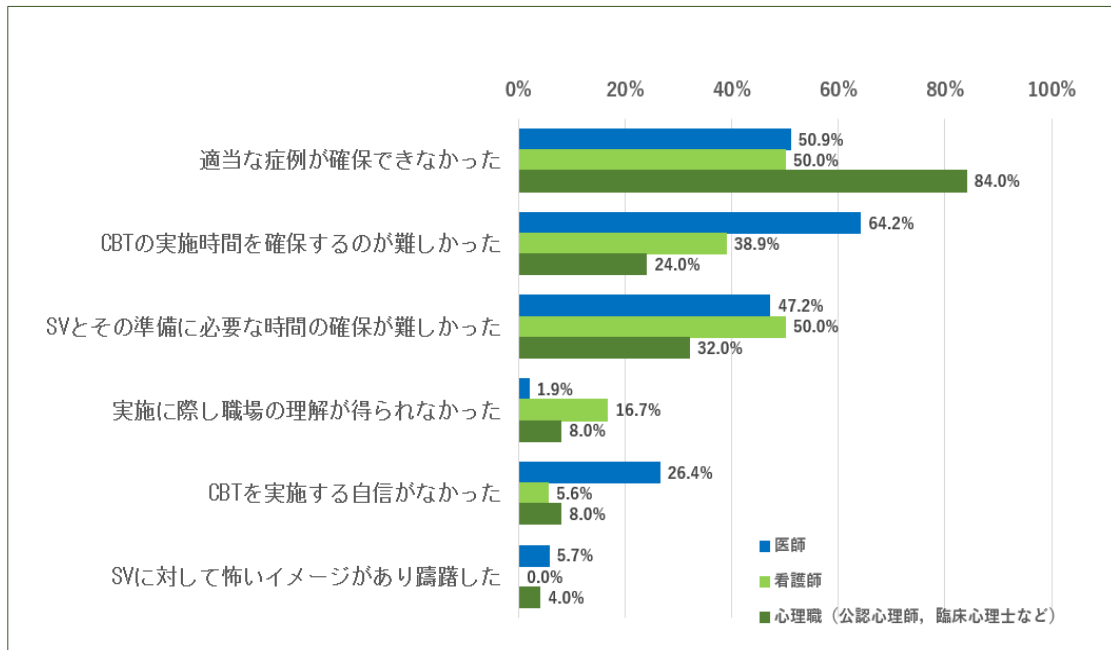


図 4-30 スーパービジョンを受けなかった/受けられなかった理由 (医師 n=53, 看護師 n=18, 心理職 n=50)

② スーパービジョン終了後の認知行動療法実施に対する意欲

スーパービジョン終了後の認知行動療法実施の意欲は図 4-31 に示した。認知行動療法を実施したいと「とても思った」、または「思った」と回答したのは、医師では 84.7%で、メディカルスタッフでは 87.2%であった。

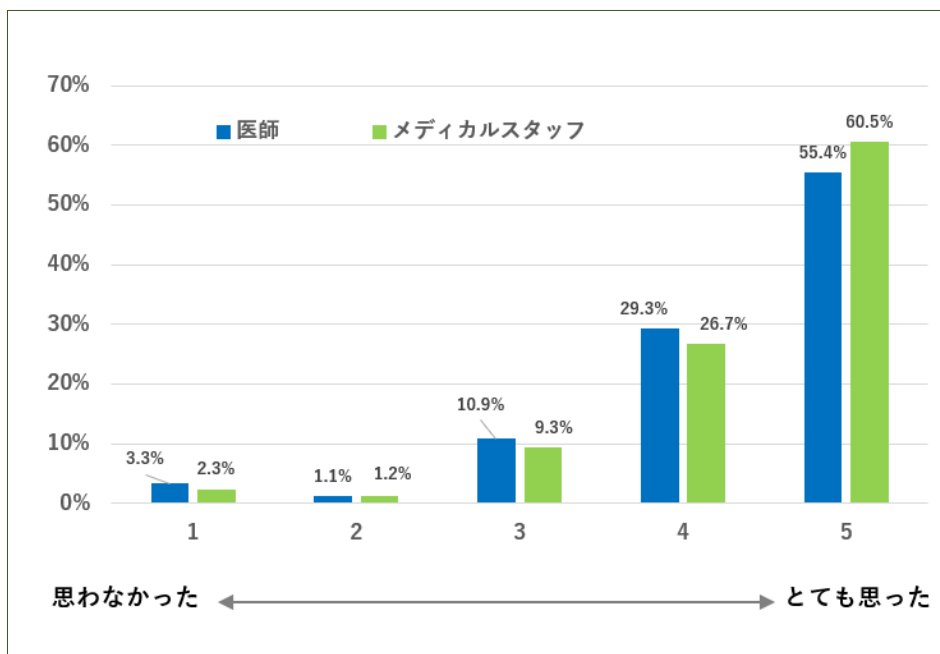


図 4-31 スーパービジョン終了後の認知行動療法実施に対する意欲

③ スーパービジョンの継続

研修事業としてのスーパービジョン終了後にスーパービジョンを継続して受けているのは、医師では 37.0%、メディカルスタッフでは 37.2%であった（図 4-32）。

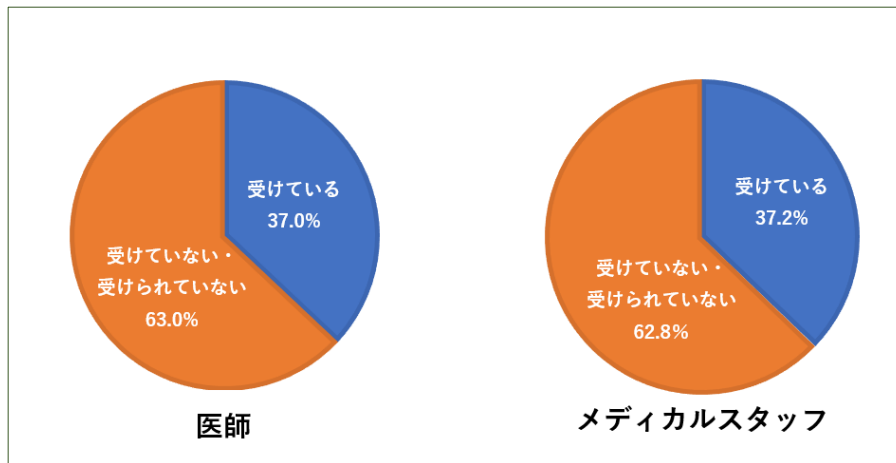


図 4-32 スーパービジョンの継続

<スーパーバイザーからの回答> (n=31)

④ スーパービジョンを担当する上での困難

スーパービジョンを担当する上での困難は図 4-33 に示した。「時間的な負担が大きい」が 71.0%と最も多く、次いで「スーパーバイザー(SVee)の対応で心理的負担が大きい」が 35.5%、「担当しても業績につながりにくい」が 29.0%であった。「その他」では、「本務との業務が大変」、「そもそもの一般的面接スキルが十分でない者もいる」、「年齢や経験年数が上の SVee とのやりとり」等があがった。

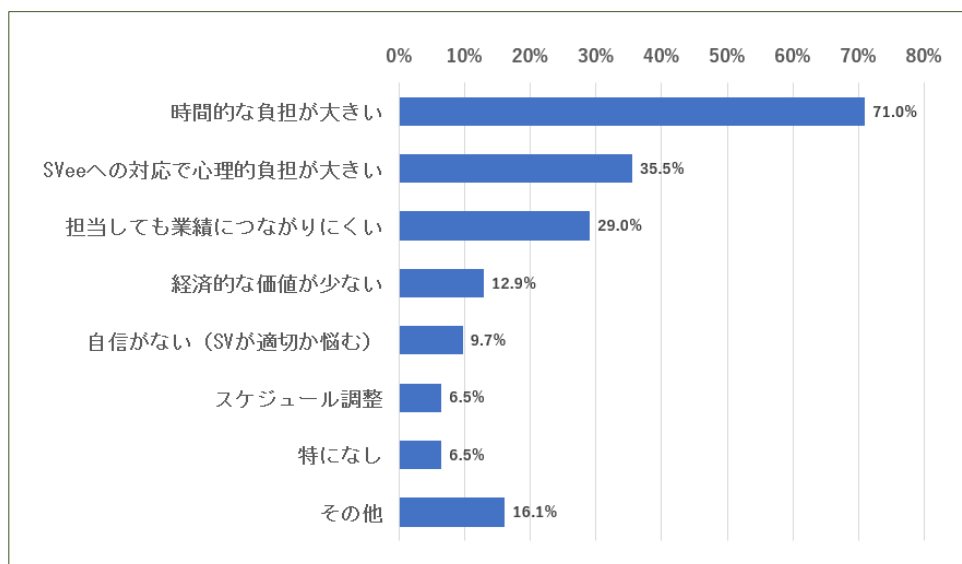


図 4-33 スーパービジョンを担当するうえでの困難 (n=31)

【診療報酬について】

研修受講後から質問回答日までに行ったうつ病の認知行動療法（個人セッションのみ）の診療算定方法は図 4-34 に示した。「通院精神療法（30分超）」が 39.3%と最も多く、次いで「認知療法・認知行動療法」が 19.9%、「自由診療」が 16.7%であった。

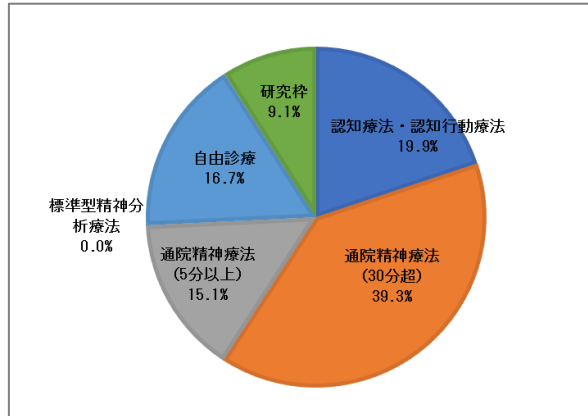


図 4-34 うつ病の認知行動療法（個人セッションのみ）の診療算定方法について (医師 n=107)

3 厚生労働省認知行動療法研修事業「うつ病の認知療法・認知行動療法研修（1日研修）」参加者を対象とした研修の波及効果に関するアンケート等の調査

(1) 目的

厚生労働省認知行動療法研修事業「うつ病の認知療法・認知行動療法研修（1日研修）」の回答者を対象に、研修の効果、研修後の認知行動療法の実施実績や活用等の波及効果等の調査を行う。これらの結果を踏まえて、研修の効果を検証し、課題の整理および今後の認知行動療法の普及や人材育成等の体制整備に資する検討を行うことを目的とする。

(2) 対象と方法

① 調査対象

2011年度から2019年度までに厚生労働省認知行動療法研修事業「うつ病の認知療法・認知行動療法研修（1日研修）」の参加者1,881名。

② 調査内容

- ・回答者の属性（職種、医療や保健従事年数、勤務先の属性や所在地等）
- ・研修の効果（研修で役立ったこと、研修前後の知識、技能や自信の変化等）
- ・研修の満足度や波及効果、認知行動療法の普及（研修の満足度、研修受講後の認知行動療法やその考え方に基づいた支援の利用機会の変化、認知行動療法やその考え方に基づいた支援を用いている場等）
- ・認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用・活用するにあたっての困難（認知行動療法やその考え方に基づいた支援を現場で利用・活用する際の困難、職域別の困難、職種別の困難）

③ 調査方法

研修実施機関である一般社団法人認知行動療法研修開発センターより、研修回答者に対して調査協力依頼をメールで送付した。メールには、調査の目的、方法、調査研究の倫理的配慮やプライバシーの保護等に関する説明に続きアンケートのリンクが張られており、調査に協力する対象者は記載リンクより Google アンケート Web ページにアクセスして回答した。

アンケートは Google form を用いた匿名個別回答方式によるオプトアウト形式で実施され、回答者は、Web 上で本調査協力を「同意する/しない」についてあらかじめ選択したうえで回答を進めた。回答にかかる所要時間は約 10 分で、回答受付期間は 2020 年 12 月 25 日から 2021 年 1 月 18 日であった。なお、本調査については、慶應義塾大学医学部倫理委員会の審査を受けて実施された（承認番号: 20200248）。

(3) 調査結果

【回答率や属性等】

① 有効回答率

調査依頼メールを送付した 1,881 名のうち、557 名から回答を得た。このうち 15 名は Web 上で本調査協力に「同意しない」を選択したため 542 名が解析対象となり、有効回答率は 28.8%であった。

② 回答者の個人属性

回答者の平均年齢は 47.4 歳 (SD=10.8)、医療および保健従事年数は 15.4 年 (SD=9.9) であった。

③ 回答者の勤務先属性や職種

回答者の主たる勤務先属性や職種は図 4-35 に示した。勤務先属性は、医療が 48.9%と最も多く、次いで産業が 19.0%、教育と福祉が 12.7%であった。職種では、公認心理師や臨床心理士といった心理職が 34.5%と最も多く、次いで看護師が 17.2%、医師が 14.0%であった。その他は、キャリアコンサルタント、企業内カウンセラー、介護支援専門員、管理栄養士、衛生管理者、サービス管理責任者等であった。

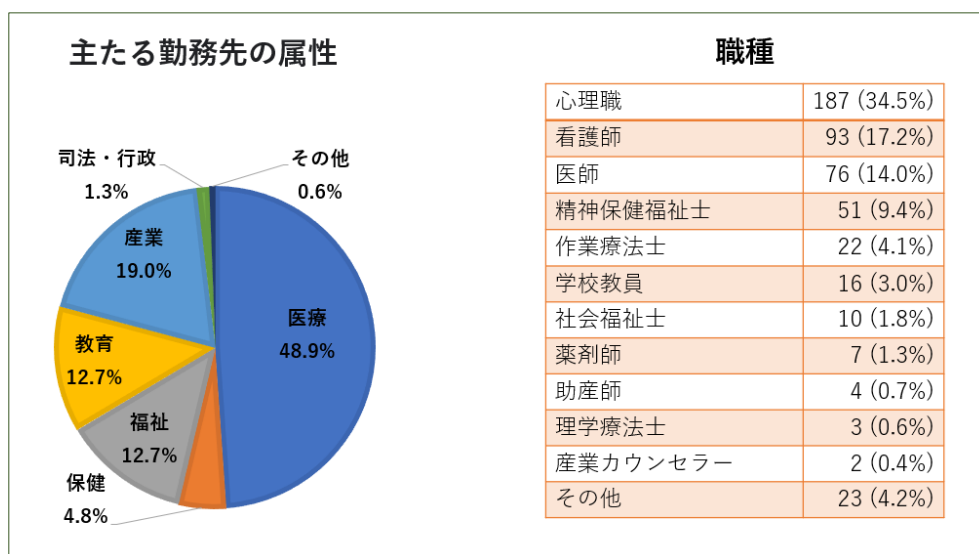


図 4-35 回答者の主たる勤務先の属性や職種

④ 主たる勤務先の所在地

主たる勤務先の所在地は図 4-36 に示した。北海道・東北地方が 10.5%、東京を除く関東地方が 28.8%、東京都が 28.6%、北陸・東海地方が 13.5%、大阪府を除く近畿地方が 3.1%、大阪府が 4.6%、中国地方が 4.4%、四国地方が 0.7%、九州・沖縄地方が 5.7%であった。

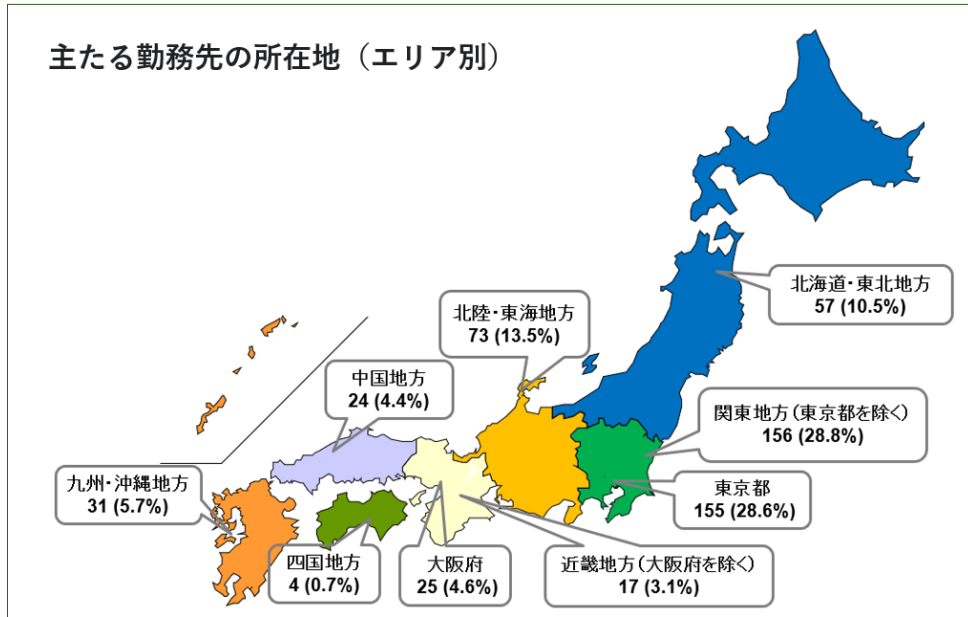


図 4-36 主たる勤務先の所在地（エリア別）

【研修の効果】

① 研修の役立ち度

研修の役立ち度は図 4-37 に示した。研修が「大変役に立った」、または「役に立った」と答えたのは、全体の 74.7%であった。

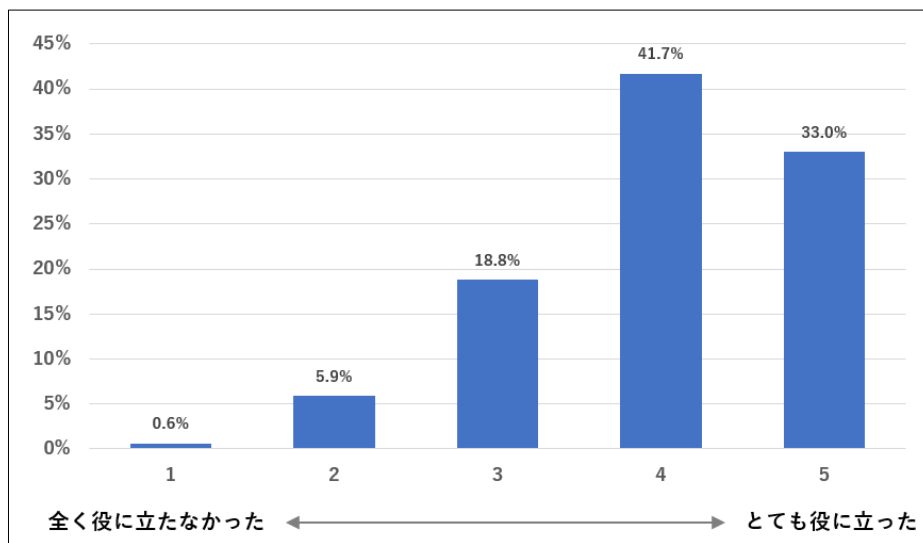


図 4-37 研修はどの程度役に立ったか (n=542)

② 研修で役立ったこと

研修で学んだ内容で役に立ったと思うものは図 4-38 に示した。役に立ったと思うものは、「認知行動療法の概要」が 76.8%と最も多く、次いで「認知再構成法」が 48.2%、「セッションの構造」が 41.5%であった。「その他」では、「クライアントとの関係作り」、「アメリカでの研修の様子」等があった。

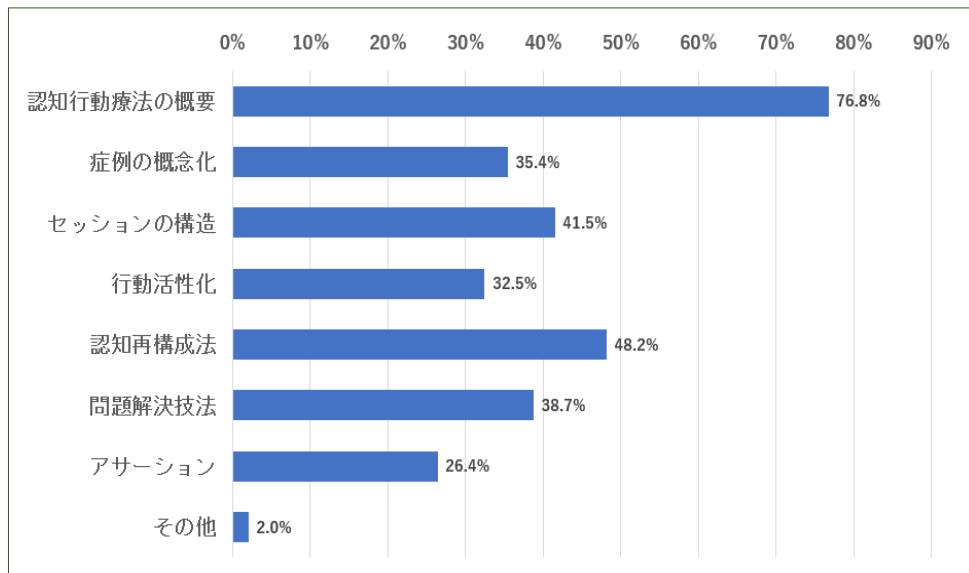


図 4-38 研修で学んだ内容で役に立ったこと (n=542)

③ 研修前後における知識、技能、及び自信の変化

研修前後における認知行動療法に関する知識、技能の変化は図 4-39 に示した。認知行動療法の知識の変化では、回答者の 74.7%が「とても増えた」、または「増えた」と回答した。認知行動療法の技能の変化では、回答者の 45.4%が「とても向上した」、または「向上した」と回答した。

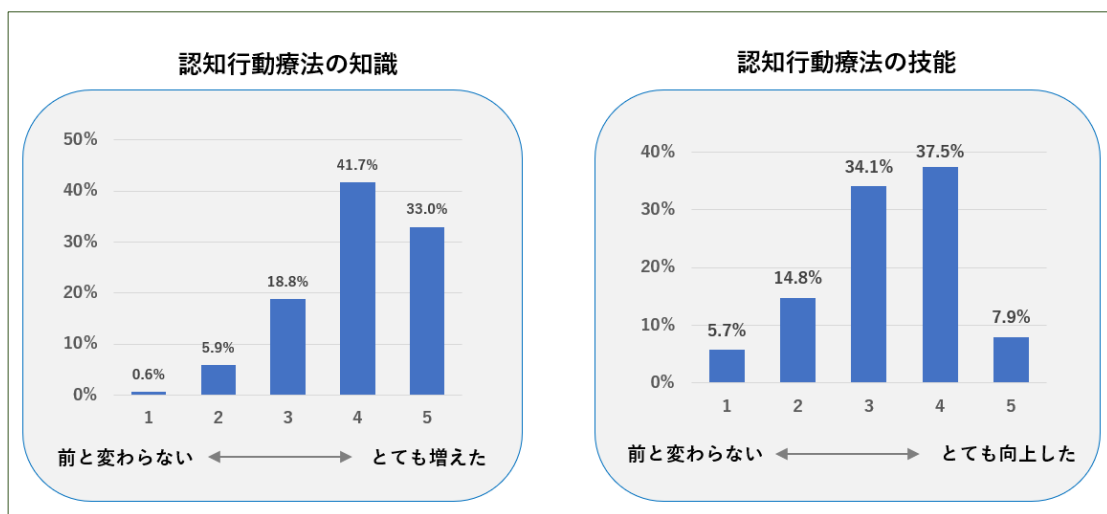


図 4-39 研修前後における知識・技能の変化 (n=542)

研修前後における認知行動療法やその考え方に基づいた支援の自信は図 4-40 に示した。全体の 42.2%が「とても自信がついた」、または「自信がついた」と回答した。

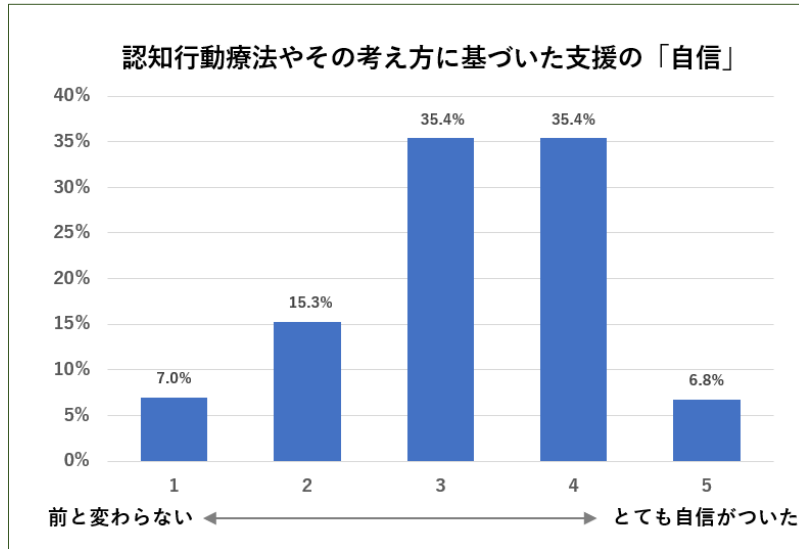


図 4-40 研修前後における自信の変化 (n=542)

【研修の満足度】

研修受講後の認知行動療法実施に対する意欲や、研修を同僚に推薦する意欲は図 4-41 に示した。研修受講後に「認知行動療法を実施しようと思ったか」については、「とても思った」または「思った」と回答したのは、全体の 75.4%であった。研修受講後に「本研修を同僚に薦めたいと思ったか」については、「とても思った」または「思った」と回答したのは、全体の 62.8%であった。

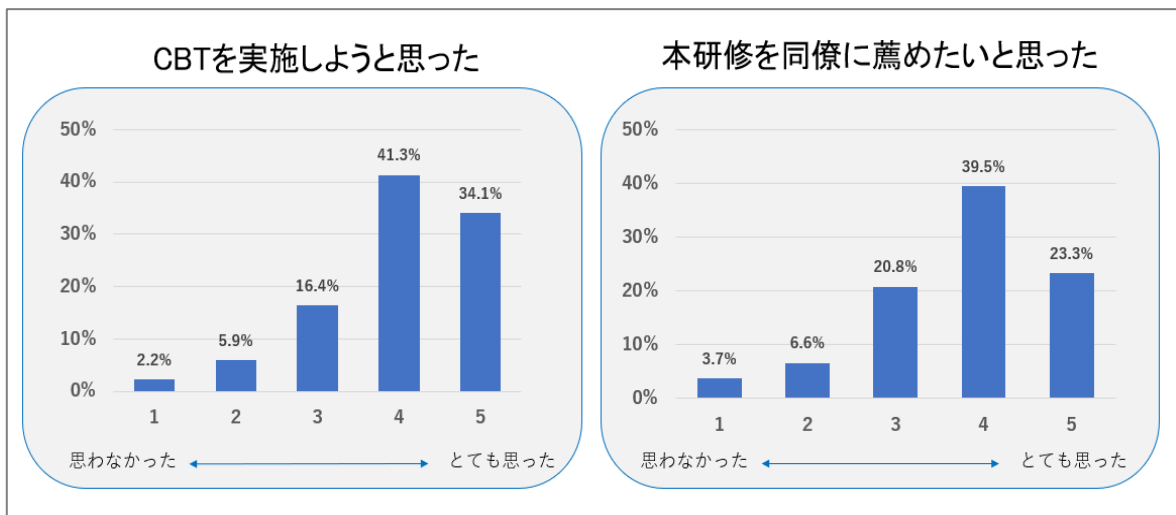


図 4-41 研修後の認知行動療法実施に対する意欲・研修を同僚に推薦する意欲 (n=542)

研修の長さをどう思ったかは図 4-42 に示した。全体の 42.6%が研修の長さは「普通」と回答し、48.7%が「とても短い」または「短い」と回答した。

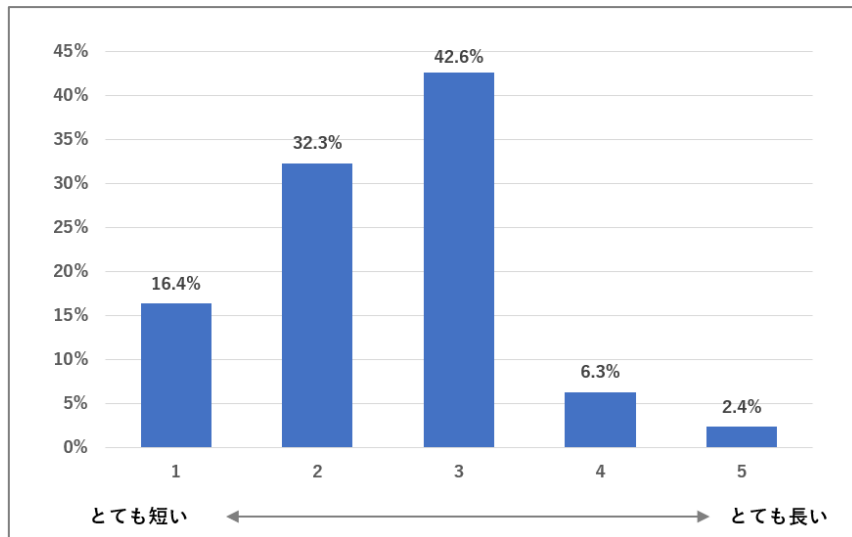


図 4-42 研修の長さについてどう思ったか (n=542)

【研修の波及効果】

認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用する機会、または活用する機会は研修受講後に増えたかについては図 4-43 に示した。全体の 50.7%がそのような機会が「とても増えた」、または「増えた」と回答した。

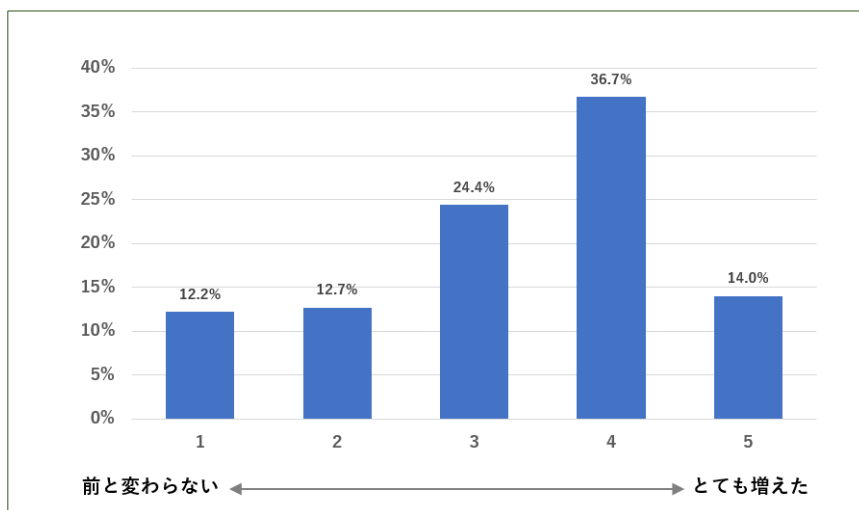


図 4-43 研修後の認知行動療法やその考え方に基づいた支援をする機会 (n=542)

【認知行動療法の普及】

① 認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用・活用する頻度

認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用する頻度、または活用する頻度は図 4-44 に示した。「週 2-3 回」が 27.1%と最も多く、次いで「週 1 回」が 24.5%、「月 1 回」が 14.2%であった。

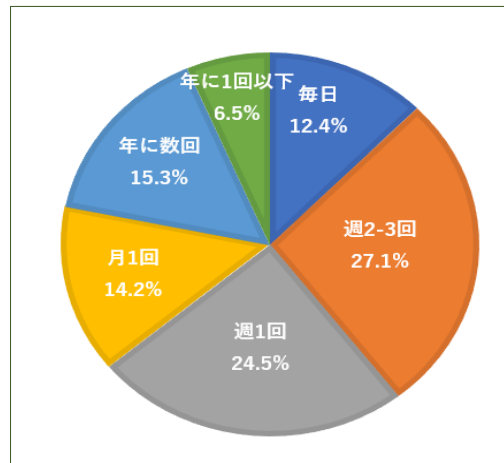


図 4-44 認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用・活用する頻度 (n=542)

② 認知行動療法やその考え方に基づいた支援を用いている場

認知行動療法やその考え方に基づいた支援（うつ病対象以外も含む）を用いている場は図 4-45 に示した。「患者や対象者の支援（主に個人対象）が 85.6%と最も多く、次いで「セルフケア」が 42.4%、患者や対象者の支援（主に集団プログラム）が 29.9%であった。「その他」では、「講義」、「研修」、「企業カウンセリング」、「地域支援」、「ボランティア」等があった。

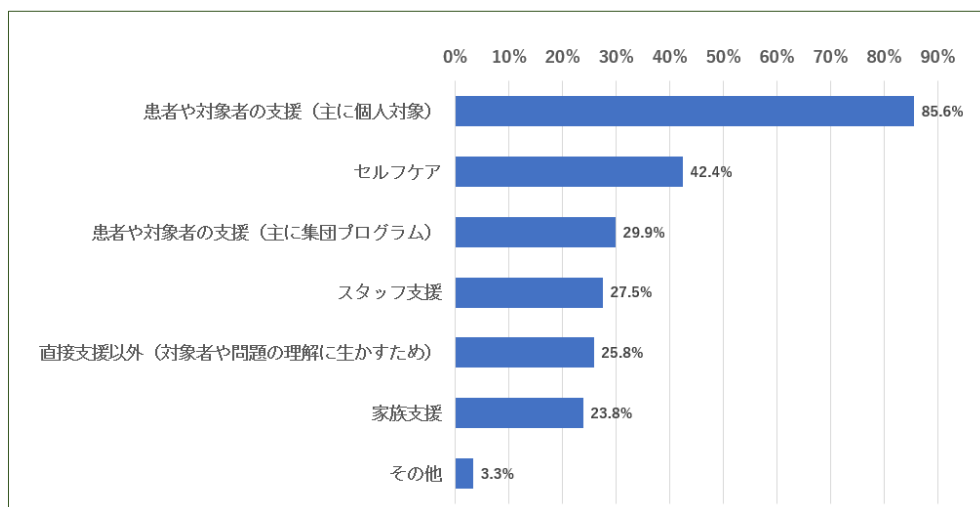


図 4-45 その考え方に基づいた支援を用いている場 (n=542)

③ 認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用・活用する機会を増やしたいか

今後、認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用する、または活用する機会を増やしたいと思うかについては、全体の 73%が「とても思う」、または「思う」と回答した（図 4-46）。

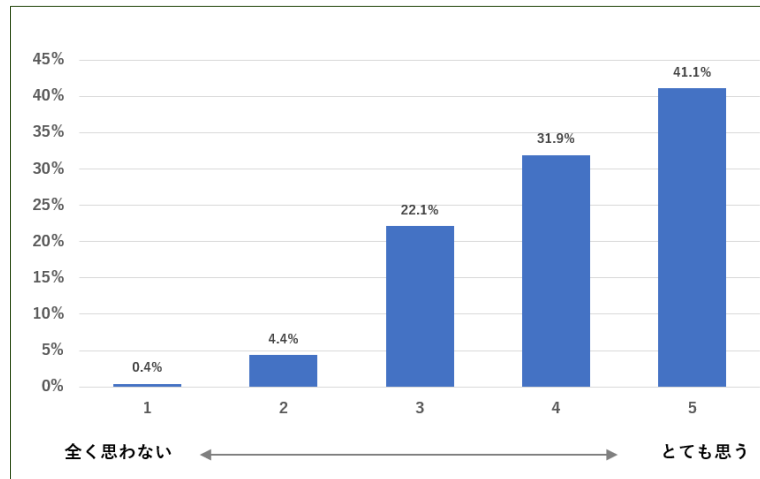


図 4-46 認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用・活用する意欲 (n=542)

【認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用・活用するにあたっての困難】

認知行動療法やその考え方に基づいた支援を現場で利用する、または活用するにあたっての困難は図 4-47 に示した。「実施するための時間がない」が 41.1%と最も多く、次いで「職場の勤務体制から定期面接が難しい」が 35.2%、「実施したいが周りに相談相手がない」が 30.3%であった。「その他」では、「ブラッシュアップ研修が少ない」、「スーパーバイザーがない」、「認知行動療法の適用かどうかの判断が難しい」等があった。

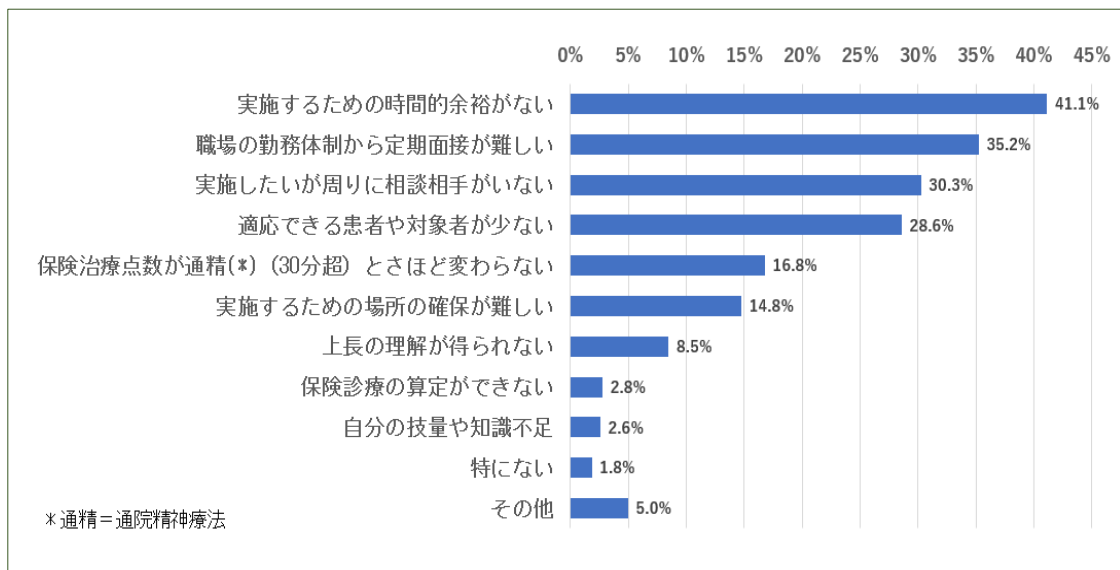


図 4-47 認知行動療法やその考え方に基づいた支援を利用・活用するにあたっての困難 (n=542)

<職域別で見た困難>

職域別で見た困難事項は図 4-48-1 から図 4-48-7 に示した。「実施するための時間的な余裕がない」は、医療領域（44.2%）、保健領域（42.3%）、産業領域（41.7%）の順で多く、「職場の勤務体制から定期面接が難しい」では、保健領域（53.8%）、産業領域（51.5%）、医療領域（30.9%）の順で多かった。「実施したいが、周りに相談できる人がいない」では、保健領域（42.3%）、福祉領域（36.2%）、教育領域（34.8%）の順で多く、「適応できる患者や対象者が少ない」では、教育領域（31.9%）、保健領域（30.8%）、医療領域（30.2%）の順で多かった。「実施するための場所の確保が難しい」では、保健領域（23.1%）、福祉領域（18.8%）、医療領域（16.2%）の順で多く、「上長の理解が得られない」では、保健領域（11.5%）、医療領域（10.6%）、産業領域（5.8%）の順で多かった。そして、「保険診療点数が、通院精神療法（30分超）とさほど変わらない」では、医療領域（28.7%）が最も多く、他領域においては 3.8%から 7.2%であった。

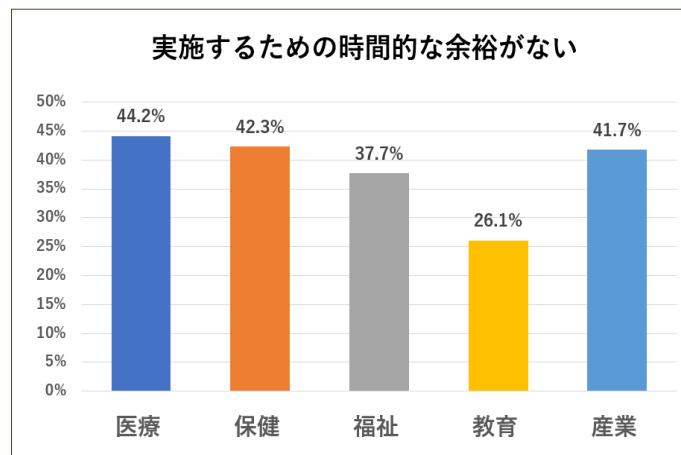


図 4-48-1 職域別の困難「実施するための時間的な余裕がない」(n=542)

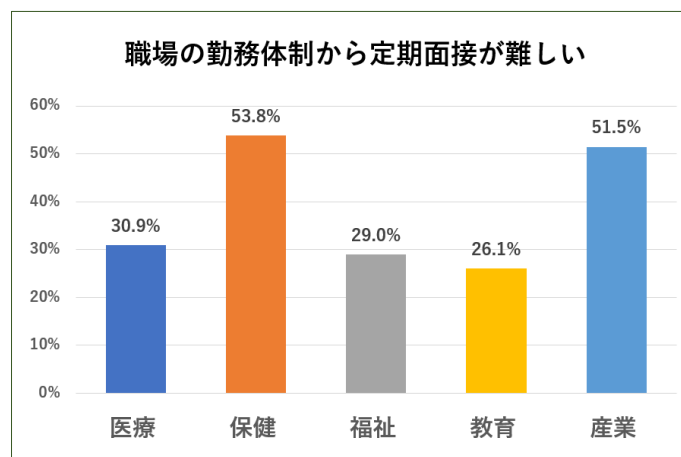


図 4-48-2 職域別の困難「職場の勤務体制から定期面接が難しい」(n=542)

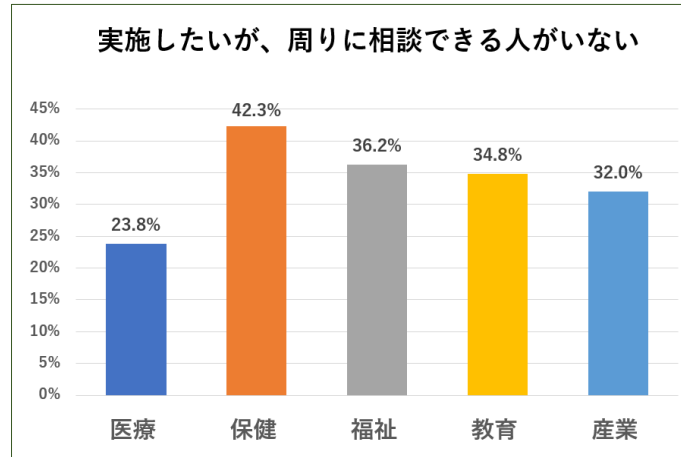


図 4-48-3 職域別の困難「実施したいが、周りに相談できる人がいない」(n=542)

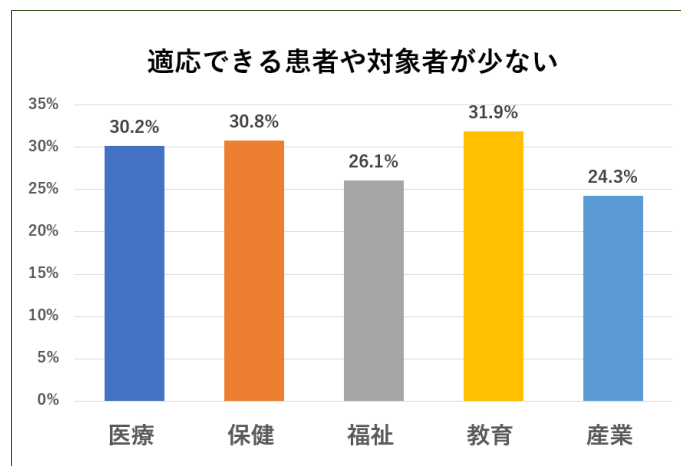


図 4-48-4 職域別の困難「適応できる患者や対象者が少ない」(n=542)

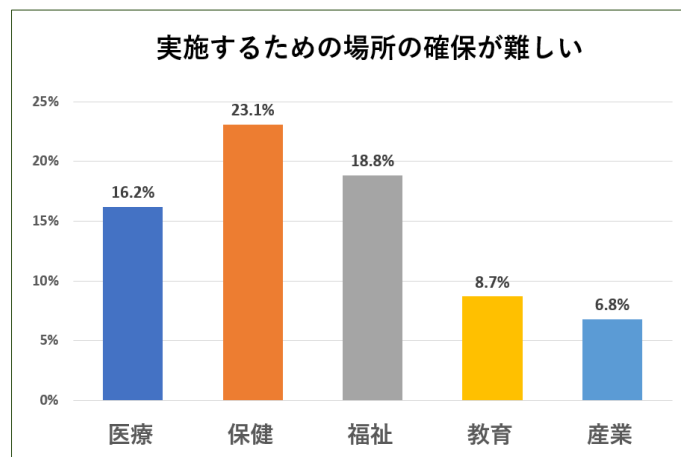


図 4-48-5 職域別の困難「実施するための場所の確保が難しい」(n=542)

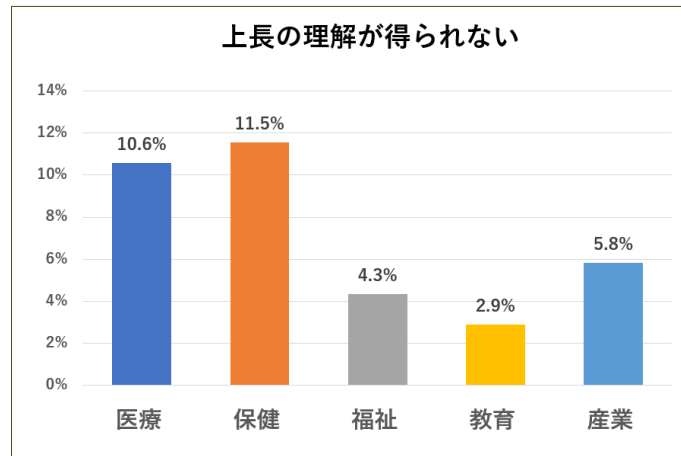


図 4-48-6 職域別の困難「上長の理解が得られない」(n=542)

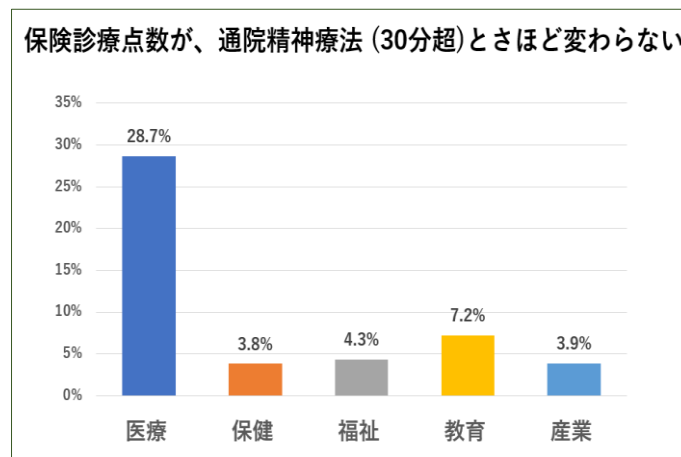


図 4-48-7 職域別の困難「保険診療点数が、通院精神療法 (30分超)とさほど変わらない」(n=542)

<職種別で見た困難>

職種別で見た困難事項は図 4-49-1 から図 4-49-7 に示した。「実施するための時間的な余裕がない」は、医師 (71.4%)、看護師 (54.9%)、精神保健福祉士 (50.0%) の順で多く、「職場の勤務体制から定期面接が難しい」では、精神保健福祉士 (50.0%)、看護師 (39.4%)、医師 (28.6%) の順が多かった。「実施したいが、周りに相談できる人がいない」では、精神保健福祉士 (41.7%)、看護師 (38.0%)、公認心理師や臨床心理士といった心理職 (23.7%) の順で多く、「適応できる患者や対象者が少ない」では、心理職 (35.5%)、看護師 (32.4%)、作業療法士 (26.7%) の順が多かった。「実施するための場所の確保が難しい」では、精神保健福祉士 (33.3%)、看護師 (28.2%)、医師 (19.6%) の順で多く、「上長の理解が得られない」では、看護師 (22.5%)、精神保健福祉士 (16.7%)、心理職 (8.6%) の順が多かった。そして、「保険診療点数が、通院精神療法 (30分超)とさほど変わらない」では、医師 (53.6%)、心理職 (33.3%)、精神保健福祉士 (25.0%) の順が多かった。

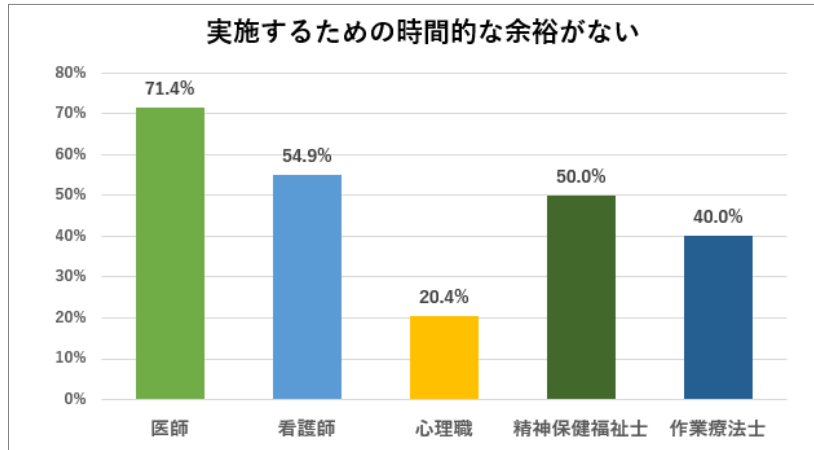


図 4-49-1 職種別の困難「実施するための時間的な余裕がない」(n=542)

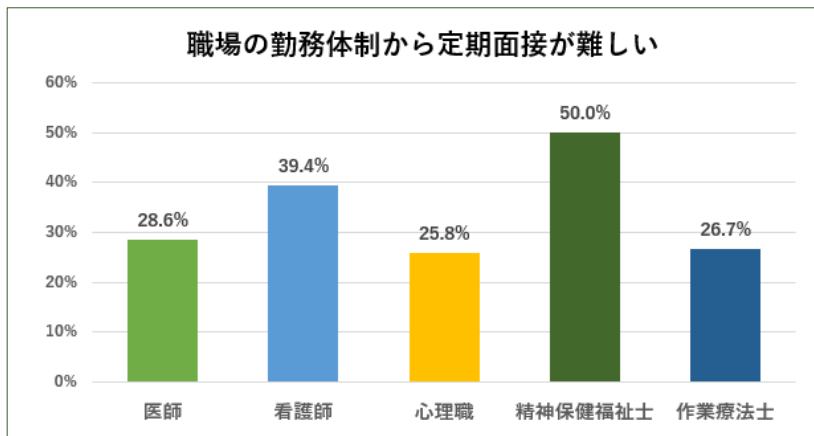


図 4-49-2 職種別の困難「職場の勤務体制から定期面接が難しい」(n=542)

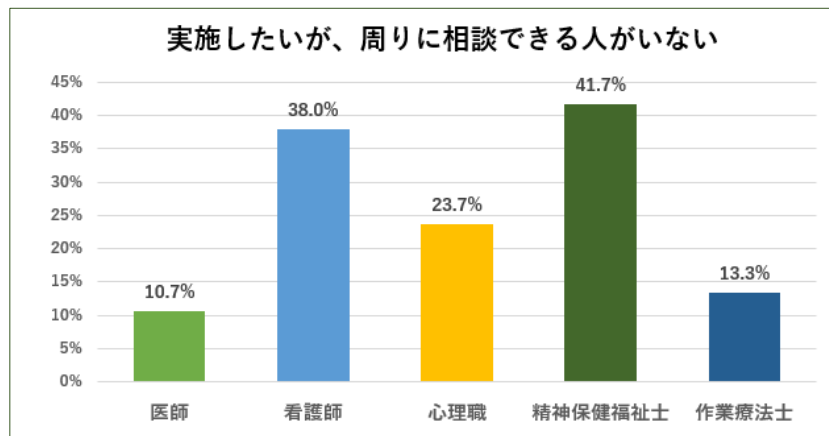


図 4-49-3 職種別の困難「実施したいが、周りに相談できる人がいない」(n=542)

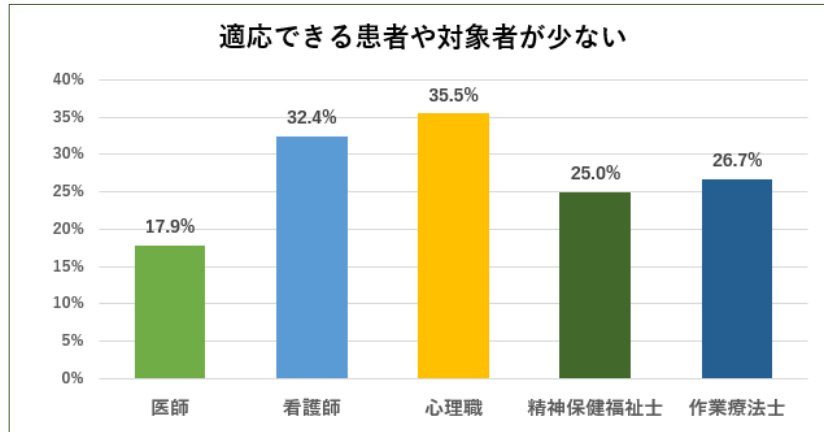


図 4-49-4 職種別の困難「適応できる患者や対象者が少ない」(n=542)

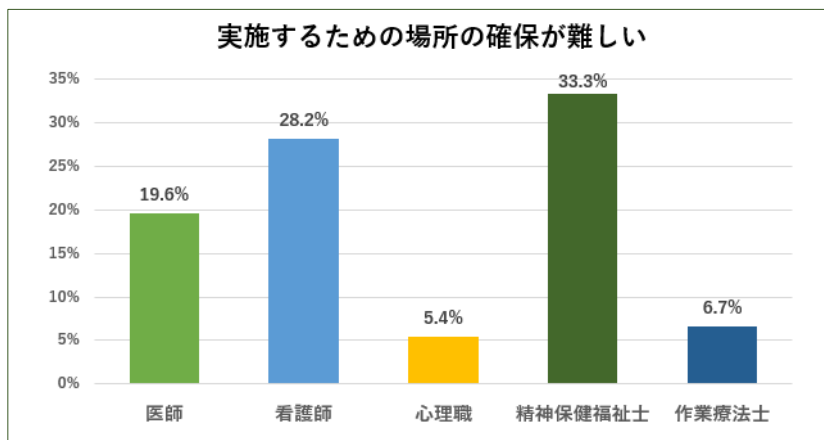


図 4-49-5 職種別の困難「実施するための場所の確保が難しい」(n=542)

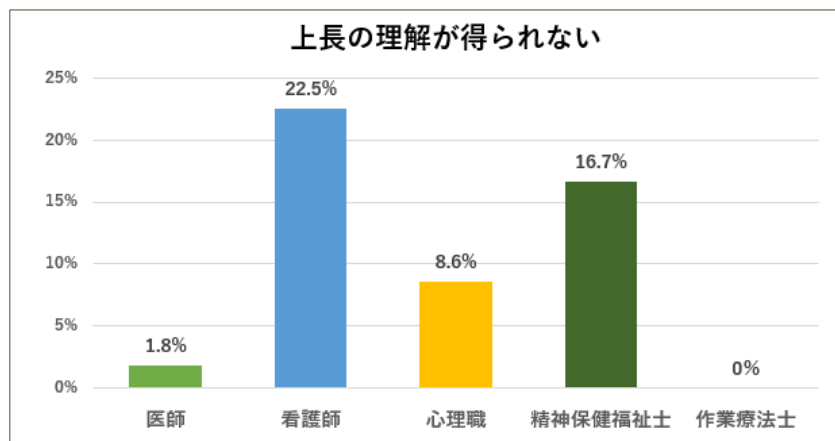


図 4-49-6 職種別の困難「上長の理解が得られない」(n=542)

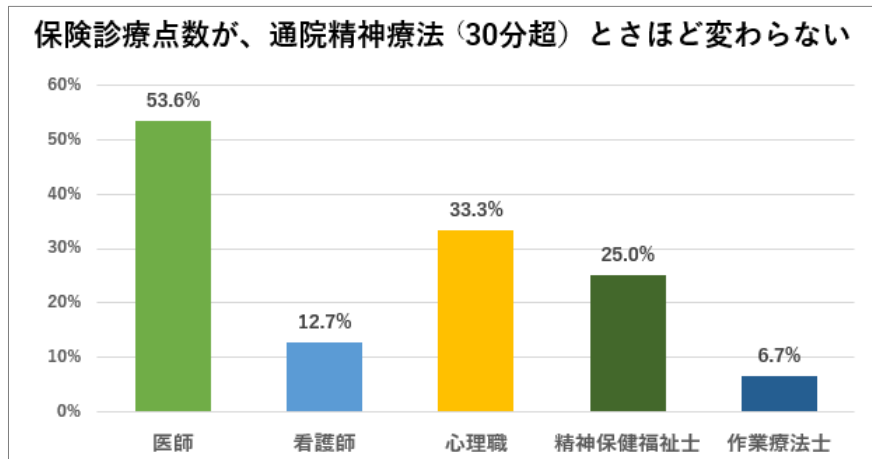


図 4-49-7 職種別の困難「保険診療点数が、通院精神療法（30分超）とさほど変わらない」(n=542)

【自由記述】

(1) 認知行動療法やその考え方に基づいた支援の活用等

<産業領域>

- ・産業保健の場では、医療現場よりも相談者との面談時間や回数を確保しやすく、基本的には相談者による費用負担もないため、非常に活用しやすい場と実感している。
- ・産業保健の場では、医療企業内での復職時等に活用している。

<教育領域>

- ・考え方は取り入れていることが多いが、プログラムの的にすることが、教育のフィールドだとなかなかできない。また、その導入がうまくできない。

<福祉領域>

- ・考え方は現場に応用できるが、改まってセッションを実行する機会が今の職場ではない。
- ・就労継続支援 B 型に勤務しており認知行動療法を取り入れたいと思っているが、仕事の提供がメインになるので、なかなかセッションの時間をとることが難しい。

<地域保健>

- ・認知行動療法の中でも様々な技法やアプローチがあり、より細分化した技法についても実践に活用できるような研修があってほしい。また、現場での活用例や導入例等の紹介も知る機会があるとよい。

<リハビリテーション>

- ・定期的に研修を受講し、臨床に活かせるようスキルアップしていきたい。

(2) 研修に関する要望

- ・体系的・継続的な研修・研鑽の機会があるとよい。
- ・場所や時間の制約が少ないオンライン研修を開催してほしい。
- ・より具体的な実践方法について、ワーク等を用いた研修があれば参加してみたい。
- ・産業分野で集団に向けて実施することに特化した研修を実施してほしい。

- ・技術習得のためのプロセスをさらに明確化し習熟できるような研修体制を希望。
- ・受講後の勉強会等、ブラッシュアップの機会提供がとても大切だと思う。
- ・1日の研修だけでは、プロとしての技術力が備わるはずもなく、臨床で技術磨く専門家同士の交流、勉強会のような機会がほしい。
- ・産業で認知行動療法を活用する保健師がスーパービジョンを受けられる機会がほしい。

(3)指導体制や勉強会に関する要望

- ・スーパービジョンの制度を作ってほしい。
- ・スーパービジョンを気軽に受けられる体制があるとよい。実施してそれなりに成果が出ていても、本当にこれでよいのか、独りよがりになっていないかと思ってしまう。成果が出ない時にはなおさら、自分のやり方が間違っているから成果につながらないのではないかと思悩む。本を見ても通りいっぺんのことしか書かれておらず、自分の理解力の問題もあるかもしれないが、目の前の”この患者さん”への”この事態への対応”をどうしたらよいかを一緒に検討してもらえるバイザーがいれば…、と思うことがある。
- ・産業で認知行動療法を活用する保健師がスーパービジョンを受けられる機会がほしい。

4 まとめ

本章では、厚生労働省認知行動療法研修事業において蓄積された2011～2019年度の研修データならびに当該研修参加者を対象に、研修の効果、研修後の認知行動療法の実践や活用等の波及効果等の調査を行い、研修の効果検証および課題整理を行った。

研修の教育効果としては、研修参加者において、認知行動療法の知識の向上と認知行動療法技能の向上が得られた。また、研修参加者による認知行動療法によって患者のうつ症状の改善が認められ、脱落率も約8%に留まり海外データと遜色ないものであった。一方で、約10%の割合で、現病の悪化や行動化の他に、聞き取りや自身の問題への直面化という介入的要素に伴う気分の変化や回避行動が認められることが報告され、認知行動療法の治療プロセスにおいて副反応が生じうることは留意すべきである。

研修参加へのアンケート調査から、研修後に認知行動療法やその考えに基づく研修への参加が増えたといった波及効果がみられた。一方で、いざ医療現場で認知行動療法を実施しようと思っても、診療報酬に見合うほどの時間を確保できない、職場で定期面接をすることに上司や周囲の理解が得られない、認知行動療法を実施する場所が確保できない、周囲に相談・指導体制がない等、実施体制やインセンティブの面での課題が明らかになった。

第5章 今後の認知行動療法普及に向けた検討

1 専門家会合第1部「疾患治療としての認知行動療法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」の開催

日時： 2021年2月12日（金）18:00-21:00
形式： オンライン形式（Zoom ウェビナー）
プログラム： （順不同・敬称略）

- 18:00-18:10 開会の辞・趣旨説明**
乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事/事務局長・CEO）
- 18:10-18:15 ご挨拶**
佐々木 孝治（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長）
- 18:15-18:30 基調講演1「認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る取組の現状」**
久我 弘典（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長補佐）
- 18:35-18:55 基調講演2「実装科学の観点から普及・社会実装の定義と要件について」**
島津 太一（国立研究開発法人 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室 室長）
- 19:00-21:00 ラウンドテーブルディスカッション「疾患治療としての認知行動療法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」**
- 調査報告「認知行動療法の研修の教育効果ならびに人材育成状況に関する調査結果」**
中川 敦夫（慶應義塾大学医学部 特任准教授）
- パネリスト：**
安藤 哲也（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
行動医学研究部 室長）
井上 雅彦（鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学講座 教授）
宇田川 健（特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構 コンボ 代表理事）
大野 裕（一般社団法人認知行動療法研修開発センター 理事長）
岡田 佳詠（国際医療福祉大学成田看護学部 看護学 学科長 教授）
金 吉晴（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長）
清水 栄司（千葉大学大学院医学研究院 認知行動生理学 教授）
丹野 義彦（東京大学 名誉教授）
中尾 智博（九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 教授）
古川 壽亮（京都大学大学院医学研究科・医学部 健康要因学講座
健康増進・行動学分野 教授）
古屋 範子（衆議院議員／公明党うつ病対策 PT 座長）
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 センター長）
松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
薬物依存研究部 部長）
吉永 尚紀（宮崎大学医学部看護学科 准教授）
- モデレーター：**
栗田 駿一郎（日本医療政策機構 マネージャー）

議事概要

(1) ラウンドテーブルディスカッション

「疾患治療としての認知行動療法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」

「テーマ1：認知行動療法が普及することの社会的、臨床的な重要性・意義」

認知行動療法の社会的な重要性・意義

◆認知行動療法に初めて触れたのは、特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構・コンボが発行している「こころの元気+」という雑誌の大野先生の連載記事であった。私は統合失調感情障害で、波があるため抗うつ剤は使用できない。海外出張や多忙が続いて体力を消耗し、うつ状態になると、医師には「しばらく休んでください」と指示されるのみである。そこで、大野先生の『はじめての認知療法』という本を読んだところ、うつ状態がすっかり解消されてしまった。2週間は休もうと思っていたが、たちまち解消してしまい、戸惑うほどであった。

この認知行動療法を、患者が暇をもてあましている入院中に受けることができれば、私と同じように入院期間も短縮することが予想される。認知行動療法に特別な機器は必要なく、紙と鉛筆さえあればいいため、心理職や看護師が実施してくれれば、より多くの患者が認知行動療法を受けることができる。

また、どこへ行けば認知行動療法を受けられるのか、実施医療機関のリストやマップがあれば、当事者は受診しやすい。動画や音声で認知行動療法を受けた人たちの体験談を視聴できるウェブサイトを立ち上げ、発信することで、認知行動療法の普及につながると思う。

◆うつ病に悩む当事者や家族の要望を受けて2008年4月、公明党内にうつ対策ワーキングチームを立ち上げ、座長として「総合うつ対策に関する提言」をとりまとめた。2010年には、要望を重ねてきた認知行動療法の保険適用が実現。翌2011年4月には、国立精神・神経医療研究センター内に「認知行動療法センター」が設立され、12年2月には研修用のサテライト施設として高田馬場研修センターが開設し、専門家・人材の育成が行われている。

新型コロナウイルス感染症の拡大により、コロナうつの課題が深刻となっている。そこでワーキングチームを拡充し、この対策に取り組んできた。インターネットによる認知行動療法の普及を含め、第2回目の提言をとりまとめたところである。今後も、診療報酬を含めた制度の拡充、人材育成の推進、地方自治体における認知行動療法をはじめとするメンタルヘルス対策の体制整備等、認知行動療法の普及に努めていく考えである。

◆「コロナうつ」関連と考えられる自殺者数の増加は、深刻な状況である。認知行動療法が診療報酬の対象になった背景に自殺対策があったことを鑑み、提供体制を充実すべきである。

◆薬物依存症の対策は、国際的にも「刑罰より治療」へと潮流が大きく変わっている。法務省のデータでも、刑務所に服役するほど回復が困難になるというエビデンスが出始めた。特に、覚せい剤の依存症に対する有効な薬物療法はなく、心理社会的療法の中でも、認知行動療法が大事である。

認知行動療法の臨床的な重要性・意義

- ◆強迫症（OCD: Obsessive Compulsive Disorder）は、生涯有病率約2%の非常に多い疾患である。さらに新型コロナウイルス感染症の影響による増加・悪化が懸念されている。強迫症は自然経過で改善が得られにくく、慢性化しやすい。うつ病、不安症の併存も多く、生活機能や社会機能の障害が出やすいことから、WHOは、強迫症を生活の質に影響を与える重大疾病として認定している。薬物療法に比べて認知行動療法の有効性の高さが証明されている疾患の1つであるが、日本の診療現場では、薬物療法が中心となっており、強迫症の認知行動療法を実践できる医療機関は少ない。
- ◆摂食障害は、若い女性を中心に発症頻度の高い疾患であり、受診患者数は年間20万人といわれている。一方で、未受診患者も多く、罹病期間が長いという特徴がある。その人の一生にわたる身体機能や健康への深刻なダメージを防ぐために、早期に治療して回復することが大事である。
- ◆PTSDに有効な薬物治療は確立していないため、最も確実かつ安全な治療法である認知行動療法の普及が望まれる。
- ◆社交不安症を含む不安症は、疾病による休職や退職といった社会的コストが非常に大きいといわれている疾患である。
- ◆現行の認知行動療法研修事業では、うつを主病態として付加的に不安症を扱っているが、今後、社交不安症に特化した認知行動療法をベースとした治療が普及していく必要がある。
- ◆オンラインによるスーパービジョンは、研修の実施場所が限られてしまうという問題をカバーするために有効である。
- ◆薬物依存症の治療には、依存症患者の治療意欲を高め、医療スタッフの陰性感情を和らげるために、ハームリダクションの視点を導入したプログラムが求められる。また、依存症集団療法（SMARPP: Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program）が国内各地で広まりつつあるが、質の向上・均てん化が課題となっている。
- ◆知的障害の5%に併存するといわれる強い行動障害を持つ患者数は、国内20万人以上と推計される。その多くが、適切な認知行動療法を受けていない。
- ◆障害のある子どもの家庭に対し、コアとなる医療機関がオンラインCBTを実施すべきである。米国の報告では、遠隔によるプログラム提供であっても、外来と変わらない効果が得られている。

エビデンス

- ◆摂食障害は、薬物療法の効果がほとんどないことが分かっており、心理社会的治療が主要な治療となる。摂食障害に焦点化された認知行動療法は、英国国立医療技術評価機構（NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence）ガイドラインをはじめ先進国の診療ガイドラインで推奨されている。特に、低体重がない神経性過食症に対する効果は高いことが証明されている。
- ◆海外では、不安症に対する認知行動療法は、薬物療法より有効性が高いというエビデンスがある。英国NICEガイドラインでは、治療の第一選択として認知行動療法が推奨され、薬物療法はセカンドラインの位置付けとなっている。日本でもオンラインCBTが増加しており、効果はほぼ変わらないと考えている。

- ◆英国 NICE ガイドラインでは、行動障害に対する治療として、薬物療法より先に認知行動療法を行うことが推奨されている。米国では、障害児の個別教育法において、認知行動療法の基本となる機能的アセスメントを実施することが定められている。
- ◆基本的な事実として、うつに対する治療効果は、認知行動療法と薬物療法でほぼ同じである。また、いくつかの特定の不安障害に対し、認知行動療法は薬物療法よりも効果が高いと思われる。急性期において、抗うつ薬と認知行動療法の併用は、それぞれの単独療法よりも有効である。
- ◆認知行動療法の実施形態として、個人、集団、また対面、オンラインのいずれであっても効果は変わらない。ただし、Unguided Internet-Based CBT は、Guided Internet-Based CBT よりも効果が劣る。この両者の差を決定する主要因は、ベースラインのうつの重症度である。つまり、軽症のうつに対する Unguided Internet-Based CBT の効果は Guided Internet-Based CBT と同等のため、集団全体における Unguided Internet-Based CBT の活用は有用と考えられる。
- ◆世界では近年、Process-Based CBT、Compassion Focused Therapy、Rumination-focused CBT といった認知行動療法の改良形が出てきている。まずは、基礎となる認知行動療法の日本におけるエビデンスを確立した上で、将来的には、別料金でそういった認知行動療法の改良形を提供できる仕組みにできればいい。
- ◆個人外来だけでなく、低コストのガイドドセルフヘルプやオンライン方式も開発されて海外では推奨されているが、日本では普及していない。

政策指針

- ◆医師が患者に治療法を提示する際、第一選択として認知行動療法について説明できているか、疑問がある。これについて例えば、認知行動療法について説明を行うと診療報酬が加算されるような制度の導入が考えられる。認知行動療法の実施医療機関への紹介や、医療機関における認知行動療法の提供体制充実に対する加算等もあり得る。
- ◆摂食障害の専門的な治療をどこで受けたらいいかわからないという人が多い。

評価・モニタリング

- ◆モニタリングについては、各医療機関が認知行動療法の実施患者数や実施セッション数等をウェブ上に公開するといった方策が考えられる。
- ◆平成 30 年から過食症の認知行動療法が保険収載されたものの、実施施設は非常に少ない。スタッフ不足や診療報酬のメリットが少ないといった問題が指摘されているため、効果検証や医療経済的な検証が必要である。

人材育成

- ◆スーパービジョンは大事であるが、それを担うスーパーバイザーの質の担保が難しい。施設内の顔が見える関係で、教育の一環として取り組んでいければいい。
- ◆PTSD の研修ではスーパービジョンへ進むのは全体の 10%程度、その後日常診療で実践する人はさらに少なくなる。実践する人とやめてしまう人で二極化している。
- ◆治療者がスーパービジョンを受けた後、孤立しないよう横のネットワークを維持する必要がある。専用データベースや患者レジストリシステム、追加研修等によって、治療者を支えていく枠組みが求められる。
- ◆現在の研修は単年度であるが、途中で駆け込み中断する例が多いため、より長い視点でスーパービジョンを実施できる体制が望ましい。
- ◆スーパービジョンはスーパーバイザーの負担が大きいため、集団でのコンサルテーションのような形態で実施できればいい。
- ◆宮城県や愛媛県のように、県のセンターで現地の人材教育の枠組みをつくり、専門家が随時参加するという形態が全国に広がればいい。
- ◆医学部教育において、薬物治療の知識だけでなく認知行動療法の基礎原理を教えるべきである。
- ◆ヒューマンサービスである認知行動療法の質の担保は、難しい課題である。

「テーマ2：治療者要件と人材育成に関する課題と打ち手」

政策指針

治療者要件

① 多職種による認知行動療法に関して

- ◆看護師は、医療職者全体の約半数を占める。その看護師が、認知行動療法をいかに提供できるようになるかが、普及に大きく貢献する。英国において、短時間 CBT を最も多く実施しているのは看護師である。
- ◆処遇改善や地位向上の観点においても、国家資格である公認心理師が多くの場で活躍し、実績を上げることが大事である。今後、災害時派遣やスクールカウンセラー、コロナうつなどの自殺予防といった場面において、認知行動療法を用いた活躍が期待される。
- ◆海外では、摂食障害に対する認知行動療法を心理職や看護師、社会保険福祉士が実施している。日本でも、現実的に医師が実施するのは難しいため、心理職が認知行動療法を実施できる体制整備が求められる。
- ◆医療従事者の燃え尽き症候群の予防や遺族のケアにも、認知行動療法のスキルが役立つ。
- ◆コラボラティブケア、また（コメディカルやトレーニングを受けた非専門家への）タスクシフティングを推進しなければ、社会全体の要請に対応できない。インドでは、トレーニングを受けた非専門家がマニュアル化された認知行動療法を実施し、十分な効果を生んでいる。

② 治療者要件の緩和に関して

- ◆看護師の算定要件（通院・在宅精神療法に係る面接等、認知・認知行動療法に係る面接以外の医師が行う面接も含む面接に 120 回同席）はハードルが高く、認知行動療法の普及が妨げられている。同様の要件が公認心理師に適用されても普及は難しいため、基準の緩和が求められる。
- ◆外来担当の常勤看護師という治療者要件をクリアするのは、現実的に困難である。
- ◆看護師が面談した後、医師が 5 分面接するという算定要件は、時間的な負担も大きく難しい。現実的な臨床に即して変更すべきである。
- ◆常勤・非常勤を問わず、一定のスキルを持つ看護師が認知行動療法を実施できるような要件にすべきである。
- ◆看護師の治療者要件が厳しい現状でも、通常の外来業務の中で年間 200 件の認知行動療法を算定している国内施設がある。要件が緩和されれば、看護師は認知行動療法の普及に大きく貢献することが予想される。
- ◆公認心理師は全国に約 4.5 万人いる。その公認心理師による認知行動療法を保険適用化することが、認知行動療法の実施件数を増やすための最も効果的な手段である。
- ◆依存症集団療法の算定要件では、心理職のみでの実施が認められていない。しかし算定要件に記載されている専門職（精神科医、看護師または作業療法士）を確保することは難しく、そのため依存症集団療法が広がりにくい。現実的に即して、心理職のみでの実施であっても診療報酬を算定できるようにすべきである。

- ◆認知行動療法は医行為であるため公認心理師が実施不可ならば、認知行動カウンセリングや認知行動相談といった形で保険適用化するのも1つの方策ではないか。2020年に創設された公認心理師による小児特定疾患カウンセリング料と同じ考え方である。
- ◆理学療法士や作業療法士のように、「認知行動療法師（士）」として、認知行動療法の提供をメイン業務とする専門資格が必要である。政策的には、認知行動療法師（士）法といった法律を制定すべきである。
- ◆安全性の観点から、認知行動療法実施者が医師に相談できる体制が必須である。

③ 診療報酬の算定に関して

- ◆退院支援や地域移行支援において、医師、看護師、公認心理師等がチームで認知行動療法を活用したケアを実施した場合に診療報酬を算定できるといった新たな枠組みが必要である。
- ◆訪問看護において、看護師が認知行動療法を実施できればいい。現在、統合失調症やうつ病の訪問看護において、認知行動療法を実施する検証を進めている。今後、訪問看護や地域包括ケアシステムを見据えた診療報酬のデザインが求められる。
- ◆診療報酬の算定は、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションと同じように、時間・回数を柔軟に組み合わせるべきである（例：25分1単位、治療開始より180日以内、最大50単位）。
- ◆入院中における認知行動療法の提供について、診療報酬の算定を含めて検討すべきである。

その他政策指針への示唆

- ◆当事者のエンパワーメントが必要である。メンタルヘルスの領域では、看護師要件といったサプライバリアよりも、実はデマンドバリアのほうが大きい。サービスを提供している施設等の情報をユーザーに提供し、ユーザーの要望を聞かなければ、質の高いケアは提供できない。デマンドバリアを低くするアプローチが大切である。
- ◆患者側にも認知行動療法に対するスティグマがあり、バリアをつくっている側面がある。
- ◆神奈川県立精神医療センターでは、認知行動療法に力を入れ、復職支援（リワーク）のプログラムも実施している。社会復帰に向けて、それぞれのフェーズに応じた政策が必要である。

人材育成

- ◆看護師は、診療報酬の算定に関わる研修を受ける機会が少ない。研修の幅を広げる必要がある。
- ◆臨床の中で、看護師がスーパービジョンを受けられるような体制や工夫が求められる。
- ◆看護教育において、認知行動療法をさらに取り入れていく必要がある。
- ◆自治体は、虐待やドメスティック・バイオレンス（DV: Domestic Violence）、犯罪被害者の心理支援を行うことが法律で義務付けられているが、そういった心理支援の専門家を育成するにあたっては、既にうつや不安障害等の認知行動療法を実施できる人を対象にしたほうが、はるかに効率的である。
- ◆本来、認知行動療法の基本的なスキルは、心理職等を養成する教育現場や研修機関において提供されるべきである。そのために制度を結び付けていく必要がある。

- ◆治療を最適化するには、スーパービジョンを充実しなければならない。アメリカでは、スーパーバイザー（上級セラピスト）で生計を立てることが可能である。
- ◆認知行動療法の人材育成は、全国の大学院、特に博士課程で実施すべきと考えている。大学院の教員がスーパーバイザーとして大学院生を指導することで、質が担保される。
- ◆行動障害や発達障害は早期の対応が重要視されており、親に対する介入が効果的といわれている。そこで、遠隔でも効果あるとされるペアレントトレーニングを公認心理師が実施できるようトレーニングしていく必要がある。
- ◆認知行動療法の人材育成においては、基本的な認知行動療法のスキルとともに、診療報酬が算定されるような特定疾患に特化したスキルの研修を受けられる体制づくりが重要である。
- ◆公認心理師法の縛りがあるため、公認心理師による診療の補助が難しい状況にある。そこで、大規模な精神科医療センターの中で、医療心理師といった上位資格の養成コースをつくり、公認心理師が一定のトレーニングを受けて取得できる仕組みがあればいい。
- ◆人材育成を安定して図っていくためには、看護師における助産師のように、公認心理師の上位資格を創設することが考えられる。
- ◆アーロン・ベックは、認知行動療法治療者の育成にはスーパービジョンをしっかり受けて、1年以上は訓練する必要があるとアメリカ国立衛生研究所（NIH: National Institutes of Health）に報告している。治療者の質を上げるためには、まず基本的なコミュニケーション能力、人間関係のスキルを身につけなければならない。
- ◆アメリカでは認知行動療法が行動医学に分類されているように、幅広い視点で学ぶことが大切である。Ph.D.が執筆した論文の翻訳を読んでいるだけでなく、現場の声を勉強する必要がある。
- ◆精神医療において、標準化や均てん化は無縁だと思っていた。それが実現できれば、認知行動療法が初めての成功事例になるのではないかと。標準化と均てん化のためにも、スーパービジョンの充実が必要である。
- ◆英国では、認知行動療法の人材を育成するため、ウェブを活用したトレーニングシステムが開発されており、成果を上げている。
- ◆ITの活用として、フォローアップ研修における e-learning の提供、面接のシミュレーション等が考えられる。
- ◆摂食障害について、治療者は摂食障害特有の病理に対する知識や経験があること、身体合併症、精神科併存症、また自殺も多く医学的知識を持っていることが望ましい。

提供体制

- ◆オンライン CBT は、研修・教育に役立つと同時に、中核の医療機関がへき地にでも認知行動療法を提供できるため、治療の均てん化につながる。
- ◆摂食障害は、高頻度の治療を要することが実施上の課題となっている。診療の一部でもオンラインに置き換えることができれば、通院等の負担が軽減する。
- ◆長期入院中の統合失調症患者に対する認知行動療法は、有意義と思われる。多職種協働のプログラムをつくり、実施することで、高い有効性が期待できる。
- ◆入院中だけでなく、入院後も認知行動療法を継続できる仕組みが必要である。

評価・モニタリング

- ◆英国で実施されているように、認知行動療法を受けた人のうつ・不安の症状を PHQ-9、GAD-7 といった尺度で測り、データベース化していくことが重要である。
- ◆コラボラティブケア推進の観点からも、PHQ-9 や GAD-7 といった指標でアウトカムを測定・記録し、常に振り返る機会を持つことが大事である。
- ◆他科では手術数を公開しているように、認知行動療法の実施件数を公開すべきである。明確なデータがなければ、崇高な理念が書かれた病院のホームページを見て、実際に行ってみたら期待外れということになりかねない。

(2) 「ウェビナー視聴者からのご意見・ご発言」

質問 1：退院支援や訪問看護の認知行動療法のエビデンスはあるのか。また実施例があればうかがいたい。

パネリストによる回答：

・退院支援の認知行動療法は、まだプログラムやエビデンスがない状況である。また、訪問看護は国によって実施形態が異なることもあり、まだ明確なエビデンスがない。英国では日本でいう保健師が訪問看護を実施するケースもあるため、十分に論文が見当たらないのが現状である。日本では、訪問看護によって再入院率が低下するというエビデンスはあるが、認知行動療法のエビデンスについては、現在、検証を進めているところである。

・最近、アロン・ベック著『Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions』が出版された。ベックのグループは、長期入院患者の退院支援における認知行動療法のエビデンスを出そうとしているが、まずは、スタッフに対して認知行動療法を実施し、「どうせ長期入院患者の退院は無理だろう」という認知を変えることが重要と指摘している。

・アロン・ベック著の同書は、Ph.D.ではなく、実際に現場にいる Doctor of Psychology が執筆しているという点で重要である。

質問 2：公認心理師の上位資格を新設するという提案は、現実的なのか。

パネリストによる回答：

・認知行動療法の技能を有する「認知行動療法師（士）」のような専門資格を、公認心理師をはじめ医師や看護師といった幅広い職種を対象に新設すれば、多くの人が積極的に取得すると思う。より現実的には、公認心理師の現在の養成カリキュラムにおいて認知行動療法教育を強化し、一刻も早く認知行動療法の技能や知識を本格的に身につける努力をすべきである。その上で、認知行動療法の資格ができればいい。英国では、認知行動療法の資格制度ができ、IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) にも大きく反映されている。日本でも、公認心理師の普及と認知行動療法の資格の新設について、どちらも取り組んでいくべきである。

・公認心理師は医療資格ではないため、公認心理師の中に医行為ができる資格を設けることで、法律上、認知行動療法を実施可能とするのが現実的である。

・看護師も、助産師資格を取得すれば、開業して保険診療が可能となる。公認心理師の上位資格にも、そのようなインセンティブを与え、それに見合った研修訓練をすべきと考える。

- ・助産師は、診療対象・目的が特化されており研修も行いやすい。同様に、認知行動療法全体を網羅するよりも特定の疾患を明確にした狭義の資格をつくるほうが、より現実的である。
- ・現在、認知行動療法の診療報酬は施設要件がメインになっているため、認知行動療法のスキルを有する人材の要件にしたほうが、認知行動療法は普及しやすいと思う。
- ・認知行動療法を普及するためには、まず、公認心理師が認知行動療法を保険点数で実施できることが大事である。

質問 3：看護師要件の緩和には、どのような政策プロセスが必要なのか。

パネリストによる回答：

- ・これまでの診療報酬改定のプロセスから考えると、正確なエビデンスに基づいて、専門の学会から要請していくことが基本になる。

(以上)

2 専門家会合第2部「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」の開催

日時： 2021年2月18日(木) 18:00-20:30
 形式： オンライン形式 (Zoom ウェビナー)
 プログラム： (順不同・敬称略)

- 18:00-18:10** **開会の辞・趣旨説明**
 栗竹 亮治 (日本医療政策機構 理事/事務局長・CEO)
- 18:10-18:15** **ご挨拶**
 佐々木 孝治 (厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長)
- 18:15-18:30** **基調講演1「認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る取組の現状」**
 久我 弘典 (厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長補佐)
- 18:35-18:55** **基調講演2「実装科学の観点から普及・社会実装の定義と要件について」**
 島津 太一 (国立研究開発法人 国立がん研究センター
 社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室 室長)
- 19:00-20:30** **ラウンドテーブルディスカッション「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」**

パネリスト：

石川 信一 (同志社大学 心理学部 教授)
 宇都宮 健輔 (産業医科大学 医学部 精神医学教室 非常勤講師)
 大嶋 伸雄 (東京都立大学 健康福祉学部 作業療法学科 教授)
 小林 圭吾 (メンタルヘルス当事者)
 菅原 誠 (東京都立中部総合精神保健福祉センター 副所長)
 田上 明日香 (SOMPO ヘルスサポート (株) 健康プロモート部
 産業保健シニアメンタルヘルス・コーディネーター)

中川 敦夫 (慶應義塾大学 医学部 特任准教授)
 福島 喜代子 (ルーテル学院大学 総合人間学部 教授)

モデレーター：

栗田 駿一郎 (日本医療政策機構 マネージャー)

(1) ラウンドテーブルディスカッション「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のこれまでと今後の普及・推進体制整備に向けて」

当事者としての体験と認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の意義

私は、高校3年生（18歳）の時、うつ症状で初めて精神科を受診した。その後、東日本大震災のあった2011年にうつが悪化して躁転し、幻覚や妄想、訳の分からない行動をとるようになり、精神科の保護室に入院した。その時は「もう生きられない」と思ったが、作業療法士さんをはじめ医療従事者の方々に支えられ、復職することができた。2015年にはパニック障害で再入院もしたが、現在は、一般企業の役員として勤務している。

初めて入院した際、外来作業療法の一環として認知行動療法入門講座を受講したのが、私と認知行動療法との出会いであった。2012年から現在までに1回1時間、計10回のプログラムを15回以上、受講している。

私が18歳でうつ病になった時、その前日まであたり前に動いていた心の働きが、その日を境に全く動かなくなってしまった。いろいろな感情は湧くものの、どれが自分の感情なのか分からず、どうやって自分の心と向き合えばいいのかも分からなかった。それ以来、「なぜこうなってしまったのだろう」と考え続けて、20年かかってようやく分かった答えがある。それは、「自分自身でいられなかった」ということである。

「自分自身でいる」とは、自分で感情を感じて、自分の行動を決めることだと思う。それは、まさに認知行動療法の内容であり、実際に心を整理するための手がかりが認知行動療法にあると感じた。そのため、私は今でも認知行動療法を繰り返し学んでいる。

認知行動療法という名称は、何となく宗教っぽく、普通の人には必要ないものを感じるかもしれない。しかし、認知して感情が湧き、行動が起こるという心の本来の働きを学べるというのは他になく、応用も利く。病気になった人だけでなく、一般の人々が活用できるスキルだと実感している。

最後に、強調してお伝えしたいことがある。それは、子どもの頃から自分の心や感情を知ることの大切さである。そして認知行動療法は、そのきっかけになり得ると思う。私は、高校生でうつ病になったが、それまで自分の心や感情について何も知らず、誰も教えてくれなかったため、自分を取り戻すまでに20年かかった。もし、現在の40代で病気になったとしたら、60歳である。

だから、人生のできるだけ早い段階で、心や感情について知っておく必要があるし、葛藤や困難にぶつかった時、それに対処するためのスキルを身につける必要がある。認知行動療法を活用することで、若い人たちが感情の種類を知り、「受け止め方や気持ちは選択できる」ということを知ること、多様な価値観が溢れている世界の中でも、自分を見失わずにいられると思う。若い人たちが自分らしく生きるための武器として、そして病気になった時に苦しまないように、その命綱として認知行動療法を学べる機会を広げるべきだと思う。

テーマ 1：各領域における認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の取り組みについて

<産業領域>

産業領域における認知行動療法の活用には、主に2つの視点がある。1つ目は、従業員個人へのハイリスクアプローチである。ストレスチェック等で高ストレス状態にある従業員への個別面談や、退職後に職場復帰する際の準備支援、また認知行動的な考え方の枠組みを用いて不調症状を分析し、その結果を共有しながらセルフケアとして改善点を検討するといったことが考えられる。2つ目は、職場全体へのポピュレーションアプローチである。ICT等を活用し、ストレスマネジメントの知識を一般従業員が身に付けることは、一次予防のためにも重要な視点である。こうしたハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチという2つの視点で、認知行動療法の枠組みを生かせるものと考えている。

これからの産業領域、社会において、認知行動療法が果たす役割は大きい。認知行動療法を産業領域で活用・応用するとは、働く人々が、今この瞬間の思考・感情・行動をどう工夫しながら日常生活や仕事生活を過ごすかという視点に他ならない。認知行動療法が「生活の知恵」といわれる所以である。また、予防、健康管理における気持ちを立て直す習慣、習慣づくりが大切である。労働者が不快な感情、不安やイライラ等を感じた時に、それを悪化させずに気持ちを立て直すことができれば、労働者の生きづらさの軽減につながる。不安やストレスを感じている従業員への相談対応を行う場合、管理監督者、管理職は、従業員の感情面でのサポートを心がけることが大切である。

<教育領域>

世界中で心の健康（メンタルヘルス）に問題を抱える子どもたちは、30人学級であれば6人はいるといわれている。そうした子どもたちを10年追跡すると、健康、法、経済、社会的問題を示すリスクは6倍（40-60%）（Copeland et al., 2015）に高まることも欧米の研究で示されており、WHOは、学校が子どもの社会的・情緒的発達を促進するカギとなる役割を担うと呼びかけている。

子どものメンタルヘルスは、治療的支援から、症状のある人たちへの支援、リスクのある人たちへの支援、全ての人に対する支援を多角的に行っていくべきである。専門的な支援からよりユニバーサルな支援まで、エビデンスに基づく支援の普及が課題となっている中で、教育現場においては、まずエビデンスという考え方を根付かせていく必要がある。

私たちは、認知行動療法に基づく「子どもの不安改善プログラム」を行っている。その効果検証として、およそ50%の子どもが8回のセッションを受けることで改善を示し、6カ月後には67%が改善するという結果が得られている。これは海外データに匹敵する水準であり、こうしたエビデンスに基づく支援を普及させたいと考えている。子どものメンタルヘルス予防プログラムを実装するためには、認知行動療法の普及が重要な課題である。より多くの学校の協力を得てエビデンスを蓄積し、教育現場におけるメンタルヘルス対策を多面的に展開していくことが大切である。

<福祉領域>

社会福祉士や精神保健福祉士は、国際的な専門職名称ではソーシャルワーカーと呼ばれる。社会福祉士は、1987年の社会福祉士及び介護福祉士法施行により国家資格化され、資格取得登録者は約25万人となった。国家資格のカリキュラムの中で、アプローチの1つとして認知行動療法に基づいた支援方法を学ぶことになっている（ただし、行動変容アプローチ等）。精神保健福祉士は、1997年の精神保健福祉士法施行により国家資格化され、資格取得登録者は約9万人となっている。

全国で、こうした多くの資格取得者がさまざまな肩書で仕事をしている（相談員、主任ケアマネ、ケースワーカー、児童福祉司、就労支援員、ソーシャルワーカー、デイケアスタッフ等）。ソーシャルワーカーは、様々なアプローチ方法の一つとして、早くから認知行動療法を支援方法に取り入れてきた。こうした社会福祉領域の従事者が認知行動療法の研修機会を得ることで、認知症高齢者とその家族、精神・知的障害者とその家族、障害福祉サービス（就労継続支援事業、就労移行支援事業等）、社会的養護の領域（児童養護施設、放課後デイサービス等）、子育て支援（保護者）等、より多くの人々が恩恵を受けることが可能と考えている。

<地域保健領域>

東京都立中部総合精神保健福祉センターでは、働く人への認知行動療法として、気分障害や統合失調症、発達障害向けのプログラムを実施している。また、薬物乱用防止、ギャンブル障害支援の認知行動療法のプログラムも独自に作成している。認知行動療法の基本形として、まず行動を活性化するための簡単なプログラムから入って認知の再構成を図り、問題に対処するというプロセスで、現実的に行動の変容を狙うことを目標にしている。

特徴として、疾患や目的別の精神障害者トータルデイケアプログラム、軽症・慢性型うつ病求職者・離職者に対応するためのパッケージ型認知行動療法、ASAP（Autism Spectrum disorder Assistance Program）専門プログラム等提供している。薬物療法との併用による認知行動療法や、スキルに合わせたプログラムを提供していくことが必要と考えている。

依存症に対する認知行動療法の有効性は、よく知られるところである。当センターでは、薬物再乱用防止プログラム「OPEN」（ワークブックを主軸とする認知行動療法）を推進している。また、C-GAP（中部センターギャンブル障害回復支援プログラム）を2020年3月より開始した。

<リハビリテーション領域>

リハビリテーションの領域には、脳卒中後のうつや慢性疼痛等の患者さんが多く存在する。しかし、身体系の病院ではメンタルケアが提供されておらず、心理職がないケースも多い。ある時、病院でリハビリ中の患者さんたちに「リハビリは誰がやりますか？」という質問をしたところ、「担当の医師か、理学療法士や作業療法士」という回答が全体の7割を占めた。本来、リハビリテーションは本人が取り組むものであり、盲腸のように投薬や手術で改善するものではない。

考えてみれば、脳卒中のような人生の一大事に、自分の障害を治してもらおうと思うのは、無理もない。リハビリを受ける患者心理として、防衛機制的に「自分は必ず良くなる」という正常（恒常）性バイアスが働き、「麻痺した手足はひとまず置いて、動くほうの手足を使った生活の代償訓練をやりましょう」と提案しても、「嫌です。この手足の麻痺が治れば、そんな代償訓練はいらないじゃないですか。早く治してください」という患者さんが多い。そこで私たちは、2013年から認知行動療法を活用したリハビリテーションの研究を始めている。患者の「思考」と「運動・身体認知」に気づきを促すことで生活動作の改善を目指すもので、良好な経過がみられている。

テーマ2：普及要件（1～6）のうちご自身が専門とする領域において、特に課題と感ずる部分と打ち手について

- ◆病院を受診して初めて認知行動療法を実施するのではなく、症状が出る前に、教育機関や企業で認知行動療法の教育をする必要がある。そうすることで主体的な健康行動につながり、医療経済的な効果も期待できる。また、認知行動療法の考え方に基づくカウンセリングによって、高齢者が自分のボディイメージを認識できるようになれば、事故防止につながる。
- ◆「診療報酬が算定されないから、認知行動療法を使ってはいけない」と言うセラピスト（理学療法士、作業療法士等）もいる。幅広い職種に対する全般的な認知行動療法の教育が喫緊の課題と考えている。
- ◆ロンドン大学セント・ジョージ校（St George's, University of London）では、マネジメント教育や多職種連携教育の一環として、認知行動療法が必修化されている。
- ◆診療報酬について、リハビリテーションにおいて認知行動療法の考え方に基づいた支援を実施した場合に手厚く評価する等傾斜配分する方法も考えられる。
- ◆認知行動療法の点数が低い上、同日の精神科外来による診療報酬算定は不可とされている。さらに公認心理師等は、まだ診療報酬の対象となっていない。また、厚生労働省のマニュアルに準拠して実施しなければならず、対象疾患も限られている。しかも16回までしか算定できない。こうした縛りがあるため、結局は患者の費用負担が大きいカウンセリングとして提供する形となり、認知行動療法が普及する妨げになっている。
- ◆認知行動療法は、薬物療法で改善がみられない疾患に有用である。薬物療法と認知行動療法の併用が効果的な疾患もある。疾患やどのような行動変容を求めるのかによって治療は異なるため、多様性を持たせるべきである。また診療報酬の算定は16回までという考え方は、患者一人ひとりの理解度も異なる中で、横暴といえる。
- ◆自殺対策、引きこもり、孤独、災害時等の心のケアに認知行動療法をどのように活用するのか、行政に対して具体的に提示すべきである。幅広く対応できる政策が必要である。
- ◆精神障害者の推計値は約400万人、うつ病は約100万人である。全国、どの地域に住んでいても認知行動療法やその考え方に基づく支援の恩恵を受けられるようにしてほしい。そのためには、医師の指示に基づき、精神保健福祉士等が、相談面接で定期的に認知行動療法を実施できるようにしてはどうか。診療報酬の対象になれば、病院やクリニックは、精神保健福祉士や社会福祉士を研修に参加させ、実践するようになる。スーパービジョンを受けられる現実的な体制や、チームで事例検討等を行う体制の整備が求められる。
- ◆令和元年度における生徒指導上の諸問題の現状についてのデータ（文部科学省）を見ると、小・中学校の長期欠席（不登校等）の要因のうち無気力・不安が全体の39.9%を占めており、この傾向は15年以上続いている。一方で、不安症に対する認知行動療法の効果は、世界中で実証されている。このように、エビデンスのある認知行動療法をどのように活用していくかが課題である。
- ◆いじめや不登校、暴力行為が過去最悪の水準にある今、全ての人々に対するユニバーサル支援への社会的要請が高まっている。今後、スクールカウンセラーとして公認心理師が活躍するニーズも高まると考えられる。

◆学校教育課程のなかで情緒・社会的支援をどう位置付けるかが重要である。英国 NICE ガイドラインでは、情緒・社会的支援のプログラムを学校で推進することが定められている。現場の先生は問題意識はあるものの、多忙であることや心理支援が正式な活動ではないという認識があることから導入が出来ない。これまで取り組まれてきたソーシャルスキルトレーニングや抑うつ予防プログラムといった学校介入研究の効果検証やエビデンスを蓄積していくことで、学校で認知行動療法を活用するためのシステムが整備されていくものと考えている。

◆産業医や産業保健スタッフによる認知行動療法を活用した専門的ケアは、体調面、生活面、仕事面にわたる幅広い情報をカバーする必要がある。本人の考え方、価値観、心身のサイン、症状、診断、職場環境、サポート体制、周囲の関わり方や言動等、個人差や多様性が大きく、より臨機応変な対応が求められる。また、復職面談、復職後の面談、ストレスチェック面談、時間外面談、健康相談等、それぞれの特徴を踏まえた面談スタイルが重要になる。従業員の心を軽くすること、感情面のサポートと問題解決の手助けをすること、行動面のサポートを組み合わせることで、本人の主体性を促し、自己管理の意識や行動変容への有効な手助けになることが推測される。

◆一般労働者には e-learning とインターネット認知行動療法を組み合わせたもの、高ストレス労働者やうつ病復職者にはインターネット認知行動療法を主体としたもの、管理職にはオンライン研修を主体としたもの、産業医、産業保健スタッフにはオンライン研修にロールプレイやインターネット認知行動療法を組み合わせたもの等、対象者別に認知行動療法の教育を届ける仕組みを検討している。

◆効果検証は、産業領域において重要なテーマである。理論に基づいて、分かりやすく伝えていく工夫が求められる。また、年に1回のストレスチェックのタイミングを生かし、企業が受け入れやすい生産性（プレゼンティズム）等も測定しながら、認知行動療法の効果を示していくことが重要である。

◆産業領域で働いている心理職は4%に過ぎないというデータがある。その中で認知行動療法のスキルを持つ人はさらに限られるため、人材育成に力を入れる必要がある。大学が得意とするメンタルヘルス不調者に対する個人アプローチでなく、健康的な集団に対するアプローチを含めた教育の機会が増えれば良いと思う。

◆厚生労働省認知行動療法研修事業における1日ワークショップの参加者に対し、アンケート調査（n=542）を実施したところ、職種を問わず、多くの方が認知行動療法の考え方を実際の医療現場のさまざまな場面で活用していることが分かった。一方で、課題として、定期面接等を行う「時間がない」、研修を受けて各施設へ戻った後に「相談相手がいない」と回答している人が多い。そのため、研修後も継続して相談できる体制整備が必要と考えられる。また、職場で上長の理解を得るためにも、本日のように認知行動療法を必要としている当事者の声を医療現場に届けていくことが大切だと感じている。

◆認知行動療法を提供する側だけでなく、支援を受けるユーザー側の「こういう場所を実施してほしい」といったニーズを吸い上げ、全体の底上げを図りながら、普及に向けた体制整備を進めていく必要がある。

◆当事者として、健康な人が予防的に認知行動療法を利用できるようにすることが、メンタルヘルス領域の中でとても大切なことの1つだと感じている。その上で、当事者として感じる3

つの課題を挙げたい。1つ目は、ネーミングの問題である。「～療法」というと、何か問題がある人のものであって一般の人には必要ないものだと考えられがちである。認知行動療法を広めていく上で「認知行動療法」という名称は、少し伝わりにくい。例えば、子どもたちには「心を科学する」「受け止め方を変えると、気持ちは変わるのか？」等と工夫し、学校のさまざまな場面で認知行動療法モデルに基づく解決方法が定着すればいいと思う。

2つ目は、途中でやめてしまう人がいるという問題である。初期の段階で、地味な作業を継続できずに中断してしまう人がいるため、認知行動療法の効果や使い方をより短期間に、分かりやすく伝えることも必要だと感じている。

3つ目は、費用が高額で受ける機会が限られているという問題である。専門講座や一般の人が受ける場合は保険適用外のため、費用負担が大きい。フィードバックのための心理カウンセリングも高額である。健康な人でも安い費用で、利用しやすい補助制度が求められる。

(2) ウェビナー視聴者からのご意見・ご発言

質問1：日本では、カウンセリング費用が高額だという話であったが、今後、どのような取り組みが考えられるか。

パネリストによる回答：

- ・公認心理師による認知行動療法にも診療報酬を算定するといった要件緩和が必要である。そうでなければコストが見合わず、病院は認知行動療法に積極的にならない。診療報酬での認知行動療法はコストが見合わず、カウンセリングとして実施しているため、患者負担が高額になっている現状がある。
- ・健康な人に対しても、認知行動療法が重要だという共通認識を持ちながら、予防、治療、再発予防といったグラデーションを考えていく必要がある。

質問2：産業保健スタッフによる従業員の心理的支援を企業が推進するためのインセンティブとして、どのようなことが考えられるか。

パネリストによる回答：

- ・健康経営優良法人認定制度の評価指標に認知行動療法活用の項目を設けるといったことが考えられる。
- ・認知行動療法を日々の生活習慣や行動パターンに活用することが、従業員の生産性向上につながる。企業にそれが伝わるようフィードバックしていく必要がある。
- ・健康経営の指標とするためにも、大きなフィールドでの実証によって認知行動療法の強固なエビデンスを構築していく必要がある。
- ・個人の主観的健康観が、プレゼンティズムやアブセンティズム（健康問題による欠勤）、そして医療費と相関するというデータを経済産業省が発表している。コラボヘルスの観点でも興味深い。

(以上)

3 ヒアリングの実施記録

今後の認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及や人材育成等の体制整備に資する検討を行うにあたり、有識者へのヒアリングを実施した。ヒアリングでは、各領域における「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の活用場面」ならびに「普及にあたっての課題認識と今後の普及に向けた打ち手案」について、第3章で整理した6つの普及要件に即した形で意見を整理した。

本節は、日本医療政策機構がヒアリングで得られた意見について、机上調査によって必要な情報を加えた上で、取りまとめたものである。

(1) ヒアリング結果概要

「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」の活用場面

認知行動療法の考え方は治療のみならず、広くメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上や健康増進への活用が期待されている。現在、認知行動療法の考え方に基づいた支援方法は、医療機関等のみならず、産業保健領域、教育領域、地域保健、福祉、身体障害リハビリテーション、司法等、様々な領域で展開されている。今回のヒアリングでは、各領域における認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実践例を調査し、1次予防・2次予防・治療・3次予防の段階ごとに活用場면을整理した。

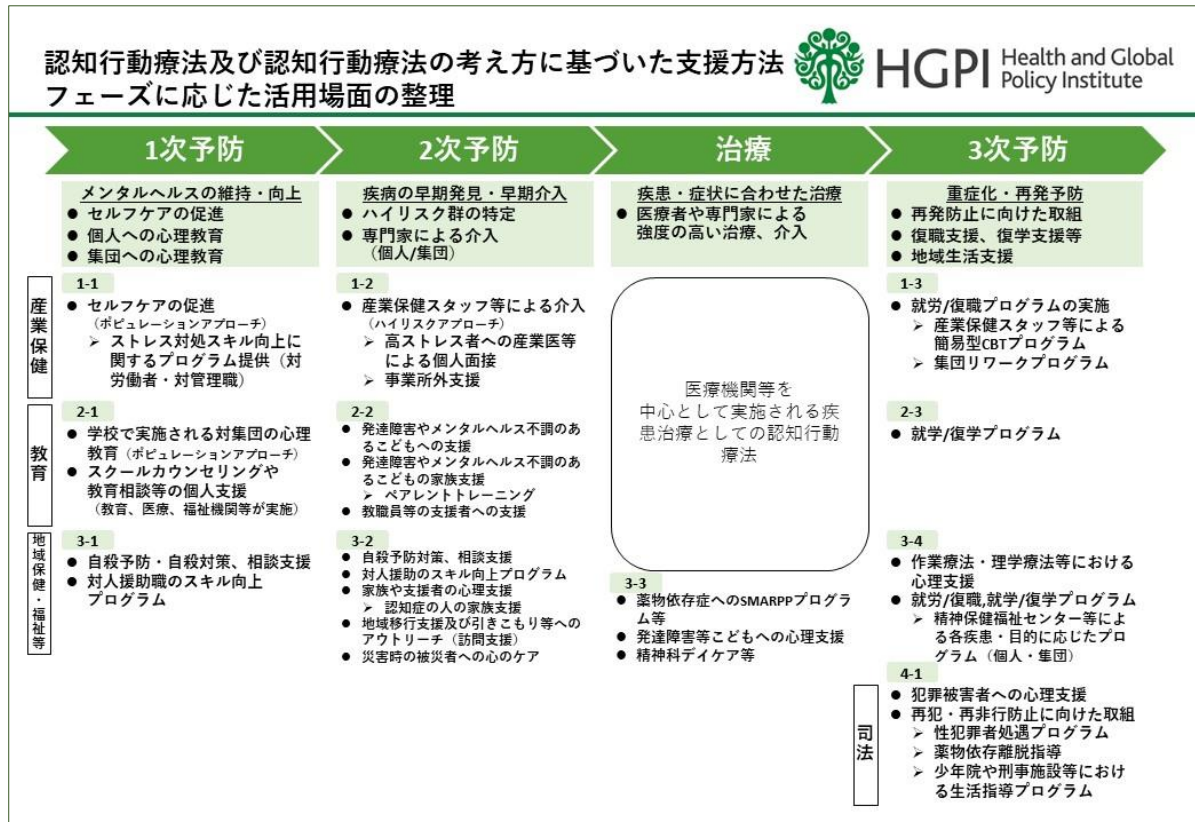


図 5-1 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法
フェーズに応じた活用場面の整理

1. 産業保健領域

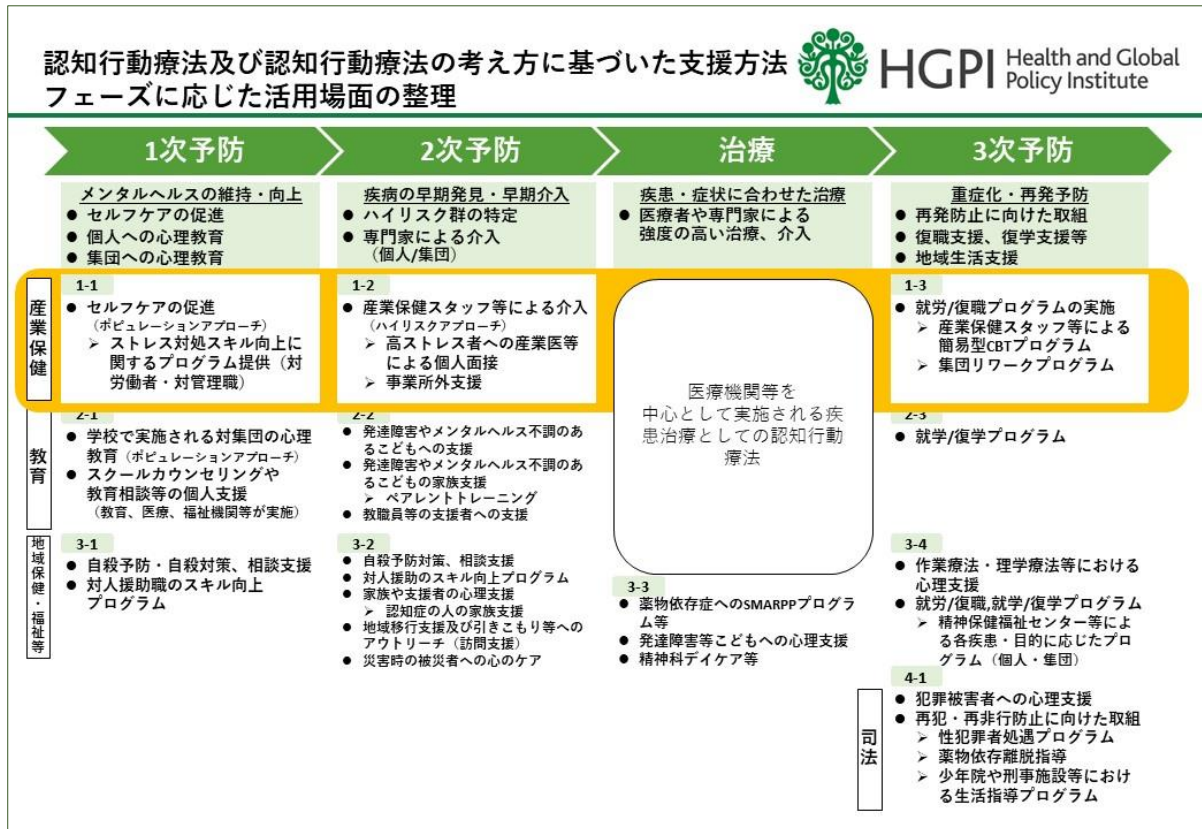


図 5-2 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法
フェーズに応じた活用場面の整理<産業保健>

産業保健領域におけるメンタルヘルスカでは、以下 4 つのケアを継続的かつ計画的に行うことが重要である¹。

- 1) セルフケア
- 2) ライン (上司-部下等の業務遂行上の関係) によるケア
- 3) 事業所内産業保健スタッフ等によるケア
- 4) 事業所外資源によるケア

1 次予防では、メンタルヘルス不調を未然に防止するため、セルフケアの促進が重視されている。その手段として認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が実践されており、労働者や管理職向けのストレス対処法研修等での活用例がある。

¹厚生労働省 (2020) 「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」 <https://www.mhlw.go.jp/content/000560416.pdf> (最終アクセス日：2021 年 3 月 31 日)

2次予防では、メンタルヘルス不調を早期に発見し、支援することを目的としたストレスチェック制度の活用である。ストレスチェック²における高ストレス者に対し、事業所内産業保健スタッフ等によるケア、あるいは事業所外資源によるケアとして認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が用いられている。

3次予防では、メンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰や再発予防のため、産業保健スタッフ等による個人面接や集団リワークプログラムにおいて活用されている。3次予防における活用例として、復職後の労働者を支援する「職域の3次予防簡易型CBTプログラム（WP-SKIP: Workplace-Skillup Program）」がある。このプログラムは、うつ病・適応障害による休職からの復職者の再発・再休職予防及び社会機能の向上を目的とし、復職者自身が産業保健スタッフ等の支援を受けながら、インターネット上のツール（こころのスキルアップ・トレーニング）を用いながら主体的に行うセルフケア教育プログラムであり、本領域における普及が期待される。

ヒアリングで得られた産業保健領域での認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の活用場面は以下の通り。

1-1： 産業保健領域における1次予防

- セルフケアの促進（ポピュレーションアプローチ）
 - ストレス対処スキル向上に関するプログラム（対労働者・対管理職）

1-2： 産業保健領域における2次予防

- 産業保健スタッフ等や事業所外支援による介入（ハイリスクアプローチ）
 - ストレスチェック 高ストレス者への産業医等による個人面接
 - ストレスチェック 高ストレス者への事業所外支援

1-3： 産業保健領域における3次予防

- 就労／復職プログラムの実施
 - 産業保健スタッフ等による簡易型CBTプログラム
 - 集団リワークプログラム

²労働安全衛生法第66条の10に基づく心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）。2015年12月から常時50人以上の労働者を使用する事業所に義務化された。

2. 教育領域

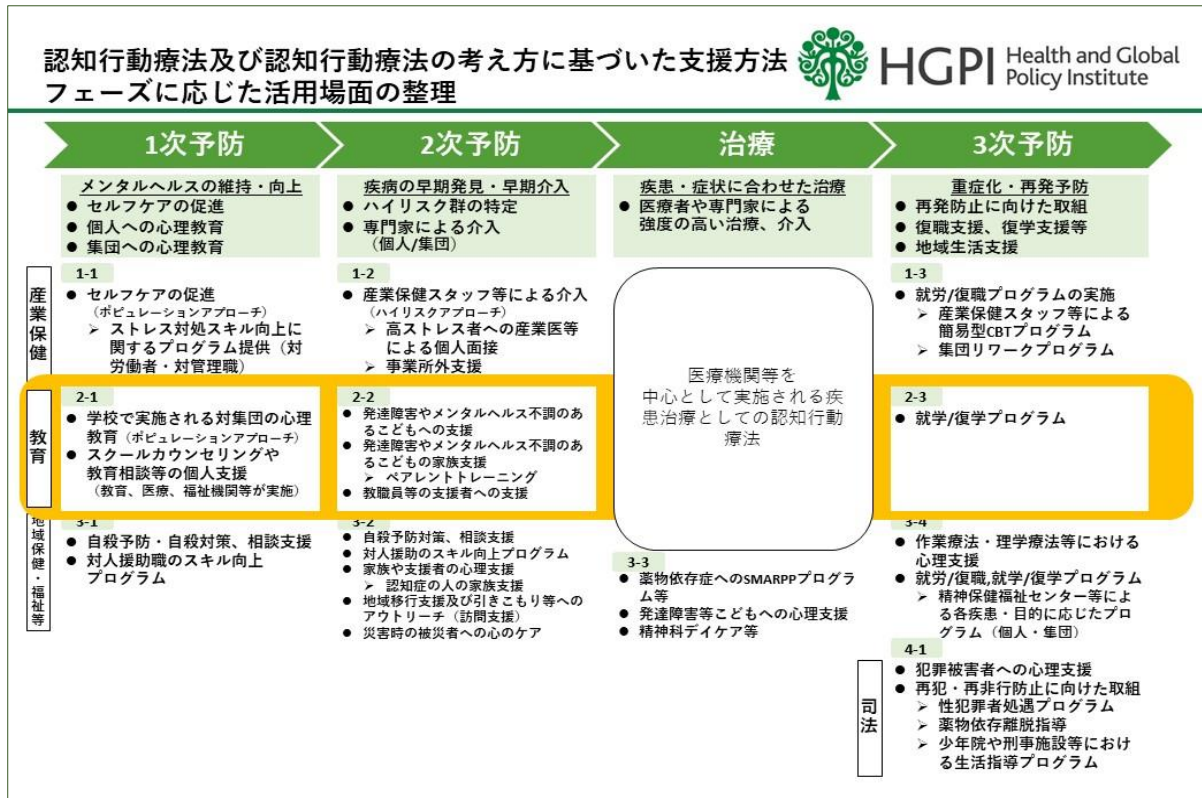


図 5-3 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法 フェーズに応じた活用場面の整理<教育>

教育と言ってもその範囲は、小学校・中学校・高等学校（初等・中等教育）から大学等の高等教育までと広い。支援対象となる児童・生徒・学生の年齢や置かれた環境は様々であり、本人はもちろん家族等のケアラーが抱える課題は、不登校、いじめ、虐待、非行、抑うつ等多岐にわたる。教育領域では、こどもの成長過程に応じて、教職員や養護教諭、スクールカウンセラー等の教育機関の職員のほか、医療、福祉、療育、司法等の専門家、私的相談機関や NPO 等の民間組織等複数のステークホルダーが関与し、領域横断的なメンタルヘルスケアが必要である。そのため、認知行動療法の考え方に基づいた支援方法も、支援者や対象者、形式等に応じて多様である。

ヒアリングで得られた教育領域での認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の活用場面は以下の通り。

2-1： 教育領域における 1 次予防

- 学校で実施される対集団の心理教育（ポピュレーションアプローチ）
- スクールカウンセリング・教育相談等の個人支援（教育、医療、福祉機関等が実施）

2-2： 教育領域における 2 次予防・治療

- 発達障害をもつこどもへの支援
 - 発達障害のコア症状に対する治療・支援プログラム
 - 精神症状の併存（二次障害）に対する支援プログラム

- 発達障害やメンタルヘルス不調のあるこどもの家族に対する支援
 - ペアレントトレーニング
- 教職員等の支援者への支援

2-3： 教育領域における3次予防

- 就学／復学プログラム

3. 地域保健・福祉、身体障害リハビリテーション領域

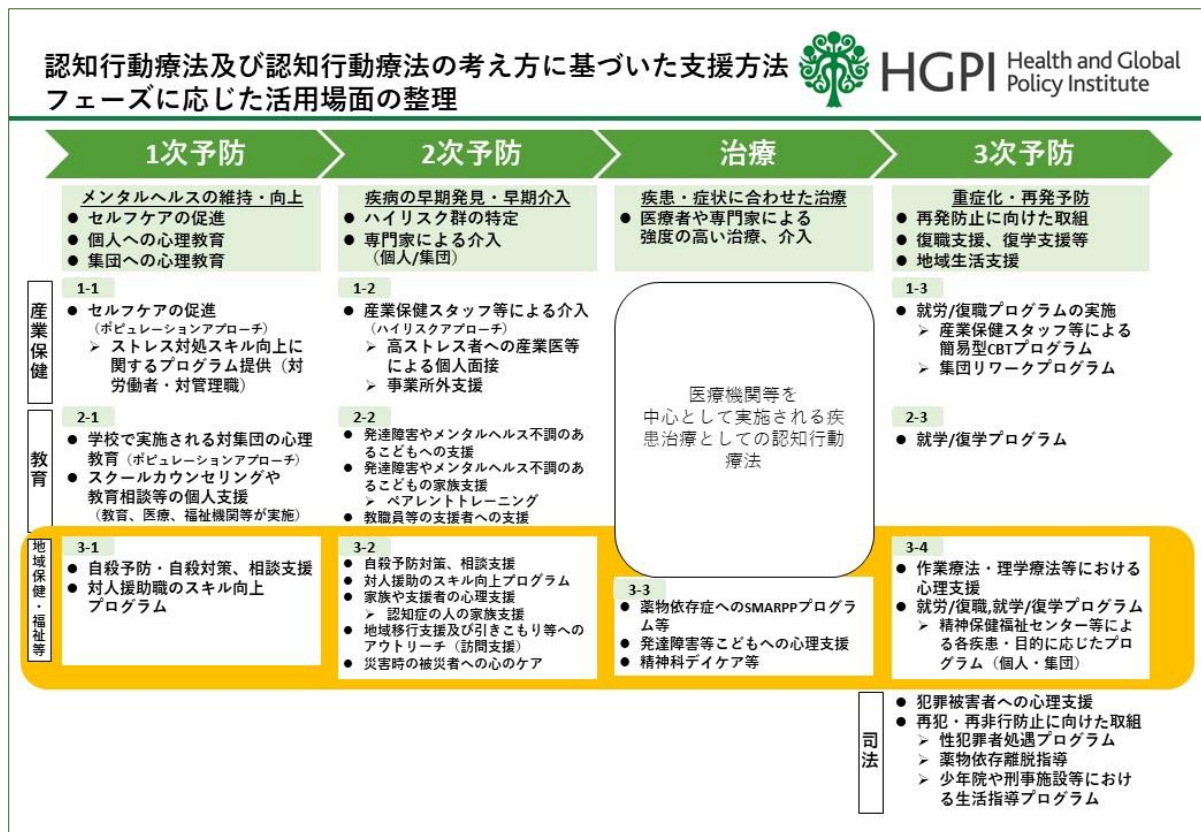


図 5-4 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法
フェーズに応じた活用場面の整理<地域保健・福祉、身体障害リハビリテーション>

地域保健では、地域保健法に基づき都道府県、政令指定都市、中核市等が設置する保健所や、精神保健福祉法に基づき都道府県、政令指定都市が設置する精神保健福祉センター等が、地域の人口構造や特性に応じて、住民にメンタルヘルスカケアを提供している。これらの機関では認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が取り入れられており、例えば東京都立中部精神保健福祉センターでは、疾患別（気分障害（うつ病・躁うつ病）、統合失調症等の精神障害、知的障害・学習障害を合併しない発達障害、高次脳機能障害・器質性精神障害、薬物依存、ギャンブル依存等）、目的別（就学、就職、復職等）にプログラムが提供されている。

また福祉領域においても、要支援者本人を対象とした訪問支援、就労/復職、就学/復学プログラム等や、介護者を対象とした支援、福祉施設の職員を対象としたスキル支援、発達障害のこどもの保護者への支援等、幅広く認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が取り入れられている。また認知症の人の家族支援にも認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が活用され、介護を行う家族のうつ症状や介護負担感等の抑制及び QOL の向上につながった事例も挙げられた。

身体障害リハビリテーションにおいても、当事者の身体障害に伴う抑うつ症状の改善、リハビリテーションへの目的意識や自身の運動・身体認知に関する気付きを促し、リハビリテーショ

ンの効果、ひいては当事者の QOL を向上させる目的で、認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が取り入れられている。

ヒアリングで得られた地域保健・福祉、身体障害リハビリテーション領域での認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の活用場面は以下の通り。

3-1： 地域保健・福祉領域における 1 次予防

- 自殺予防・自殺対策、相談支援
- 対人援助職のスキル向上プログラム

3-2： 地域保健・福祉領域における 2 次予防

- 自殺予防・自殺対策、相談支援
- 対人援助職のスキル向上プログラム
- 家族やケアラーへの心理支援
 - 認知症の人の家族支援
- 地域移行支援及び引きこもり等へのアウトリーチ（訪問支援）
- 災害時の被災者への心のケア

3-3： 地域保健・福祉領域における治療場面

- 薬物依存症への SMARPP プログラム
- 発達障害等、こどもへの心理支援
- 精神科デイケア

3-4： 地域保健・福祉及び身体障害リハビリテーション領域における 3 次予防

- 作業療法・理学療法等における心理支援
- 就労/復職、就学/復学プログラム
 - 精神保健福祉センター等による各疾患・目的に応じたプログラム（個人・集団）

4. 司法領域

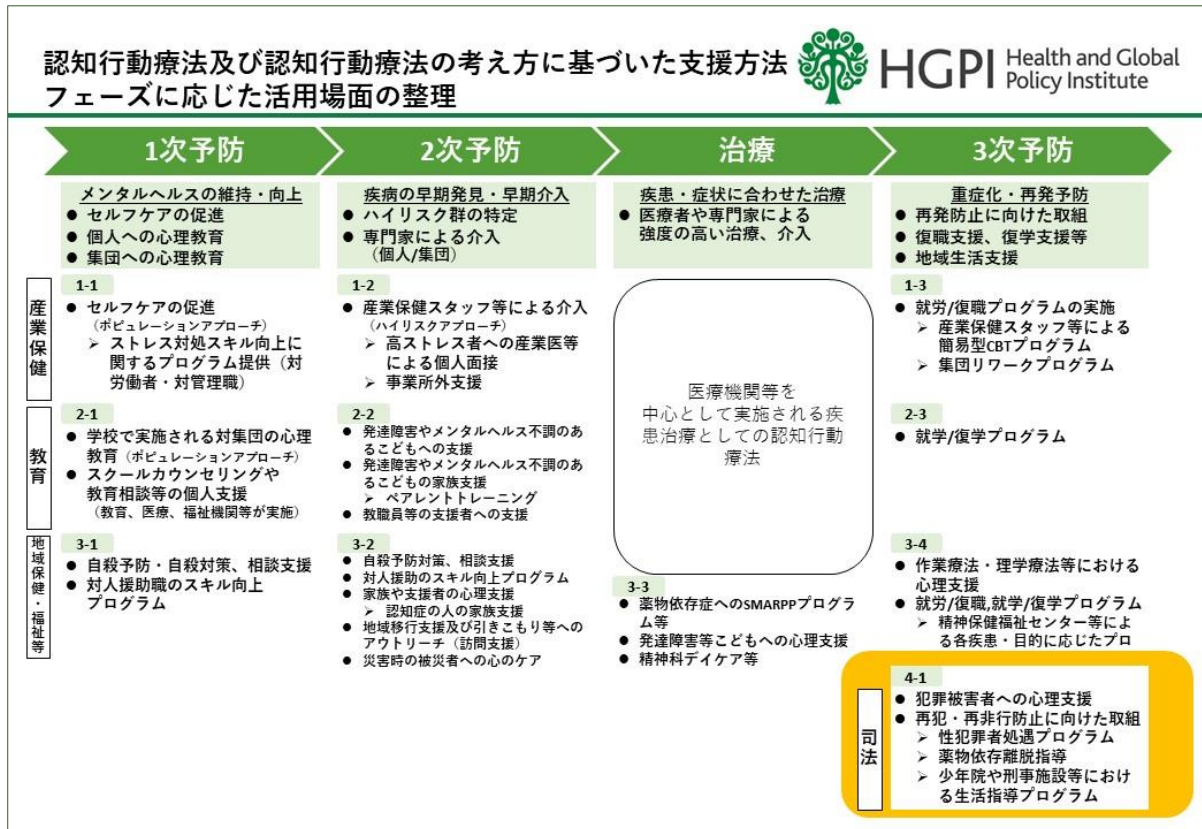


図 5-5 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法
フェーズに応じた活用場面の整理<司法>

司法領域では、諸外国において再犯・再非行防止を目的とした認知行動療法の活用に関する知見が蓄積されている。日本においても認知行動療法を基盤とした「性犯罪者処遇プログラム」や「薬物依存離脱指導」が提供されている。これらのプログラムは集団形式で実施され、グループワーク等を通して参加者間の相互作用の促進が重視されている。こうしたプログラムは全国の刑事施設、保護観察所等で犯罪加害者に対して提供されており、司法領域は集団認知行動療法が最も実践されている領域の一つとなっている。また医療観察法に基づき、指定入院医療機関及び指定通院医療機関で薬物療法に加えて、認知行動療法を含む心理社会的介入が実施されている。犯罪被害者については、犯罪被害を受けた後、PTSD等様々な精神的困難を抱えるため、医療機関を中心として犯罪被害者の心理支援として認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が実施されている。

ヒアリングで得られた司法領域での認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の活用場面は以下の通り。

4-1： 司法領域における3次予防

- 犯罪被害者の心理支援
- 再犯・再非行防止に向けた取組
 - 性犯罪者処遇プログラム
 - 薬物依存離脱指導
 - 少年院や刑事施設等における生活指導プログラム

(2) 現状の課題認識と今後の普及に向けた打ち手案について

1. エビデンス

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通する内容

「疾患治療としての認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」のエビデンスについて挙げられた意見を「基礎研究」「臨床研究」「実装研究」「市民の健康増進」という普及の段階ごとに整理した。

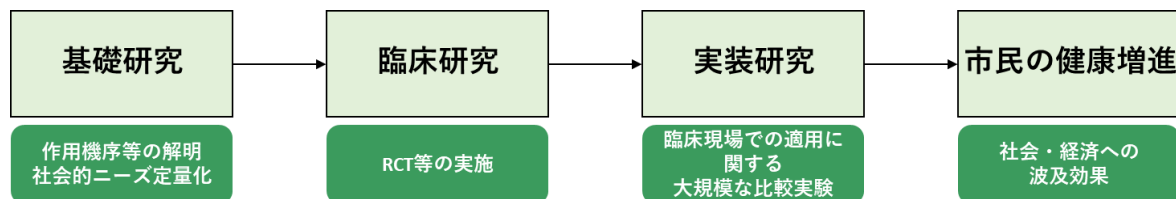


図 5-6 実装科学の考えに基づく「エビデンス」の整理

1-1: 基礎研究

他診療科や他領域への展開を行うことを見据え、バイオマーカー（生体内の生物学的変化を主に定量的に把握するための指標）を確立し、認知行動療法の効果や作用機序をより客観的に示す必要性について言及がなされた。また、それぞれの患者特性や症状に効果的な手法・アプローチを明らかにすることで、より効果的・効率的な認知行動療法の実施が可能となるため、そうしたエビデンス構築を今後も進めていくべきとの意見が挙げられた。

また、今後の普及にあたっては、臨床的な安全性・有効性を示す研究のみならず、メンタルヘルス不調を抱える国民のニーズや医療者・支援者の声を定性的・定量的に収集、分析する調査を実施し、社会的要請を可視化する必要があるとの意見が挙げられた。

1-2: 臨床研究

臨床研究については、現場の課題に即したエビデンスの不足が指摘された。具体的には、身体疾患や複数の症状（疼痛や不眠等）をもつ患者等に対する認知行動療法のエビデンス、他診療科や認知行動療法の専門家でなくても実施できる強度の低い認知行動療法（Low-Intensity CBT³）のエビデンス、より効率的に従来と同様の十分な治療効果を提供できる認知行動療法プログラム（短時間 CBT）のエビデンス、実施者の職種や研修受講有無等スキルと安全性・有効性への関連に関するエビデンスの必要性について言及がなされた。短時間 CBT については、現在厚生労働科学研究における障害者政策総合研究事業「認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及及び体制構築に向けた研究」が進められている。

1-3: 実装研究

認知行動療法に関する実装研究が十分になされていないとの意見が多く挙げられた。臨床的な効果のみならず、現場における実装アウトカム（実施者の認知行動療法への意識や患者・当事

³ 集団や、書籍、紙資料、インターネット等を活用して、少ないマンパワーで実施する効果的な認知行動療法

者の支援に対する意識やアクセスのしやすさ等)を検証するために、大規模比較実験が必要との意見が挙げられた。

1-4: 市民の健康増進

認知行動療法は、疾患の治療のみならず、広く市民社会におけるメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上や健康増進への活用が期待されている。また認知行動療法の実施による社会、医療経済的な波及効果を明らかにすることで、認知行動療法普及の重要性をより強く訴求できる。しかし、こうしたエビデンスを構築するには、大規模なデータを用いた研究、検証が必要となる。

産業保健領域においては、2015年12月から常時50人以上の労働者を使用する事業所に義務化されたストレスチェック制度のデータ利活用が考えられる。しかし有識者からは、ストレスチェックから得られたデータの利活用は十分になされていないとの認識が示された。その上で、例えばストレスチェック制度において、労働者のストレスの程度に加え、ストレスへの対処や考え方についての項目を追加し、事業所内外の心理支援の実施有無と労働者のストレスに対する考え方や意識の変化を検証することで、心理支援の効果を明らかにできる可能性があるとの指摘が挙げられた。

地域保健・福祉領域や教育領域については、産業保健領域におけるストレスチェック制度にあたる仕組みを充実させる必要性が指摘された。特に教育領域の有識者から、当該領域におけるメンタルヘルス制度の導入が必要であると言及された。例えば、学校の健康診断においてメンタルヘルスに関する調査を行い、その調査結果を学校でのメンタルヘルスケアに活かすとともに、調査で得られたデータを認知行動療法の考え方に基づいた支援方法も含めたメンタルヘルスケアの効果検証に用いるべきではないかとの意見が挙げられた。また教育領域における認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のメンタルヘルス予防効果については、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED: Japan Agency for Medical Research and Development）平成30年度「成育疾患克服等総合研究事業—BIRTHDAY」における「思春期健診およびモバイルテクノロジーによる思春期のヘルスプロモーション」において、認知行動療法の考え方に基づいたアプリケーションと思春期健診による介入により希死念慮発生の抑制の可能性が示されており、今後こうした研究がさらに推進されることが望まれる。

2. 政策指針

政策指針について、「疾患治療としての認知行動療法」に関してはメンタルヘルスに関わる専門職の活用の在り方や具体的な診療報酬点数や実施時間について、「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に関しては、各領域における心理支援に対するインセンティブ設計等について言及がなされた。

「疾患治療としての認知行動療法」に関して

疾患治療としての認知行動療法に係るすべての有識者から、診療報酬点数や算定要件に関する意見が挙げられた。ヒアリングで得られた診療報酬に関する意見の論点を下記4つの項目に整理した。

2-1: 診療報酬点数

疾患治療としての認知行動療法に係るすべての有識者から、現状の保険診療点数では認知行動療法を実施しても医療機関として採算が取れない状況があるとの意見が挙げられた。

2021年3月現在、「認知療法・認知行動療法」は外来患者に対して実施した場合に診療報酬で評価される。医師による場合には480点、医師及び看護師が共同して行う場合には350点を算定できる。ただし診療に要した時間が30分を超えたときに限り、また一連の治療について16回に限り算定できるものとされる。

医療機関の収益の視点で考えると、通院精神療法（30分未満）で330点を算定できるため、1人あたり30分以上を要する認知行動療法を実施するより、30分未満の通院精神療法で2人以上診察した方が時間あたりの収入が大きく、実施するメリットが少ないとの指摘が挙げられている。実際に、認知行動療法を実施する施設においても、定型の認知行動療法よりも短い時間で実施した上で、通院精神療法として算定している施設もあるという。実際には臨床現場での経済的インセンティブは乏しく、医師が外来診療において認知行動療法を行うケースはごく一部に限られるとの意見が挙げられた。

上述の課題に対して、ヒアリングで得られた打ち手案は以下の通り

✓ 「認知療法・認知行動療法」の診療報酬点数の傾斜設定

➤ 重症度や効果量に応じた傾斜設定

疾患や症状の程度ごとに効果量が異なることを考慮し、有効性が高いと考えられる認知行動療法の点数をより高く設定するのはどうか。また疾患の重複等の複雑性によって、臨床現場ではより慎重かつ丁寧な対応をするため、通常より時間をかけたり、多職種による対応が求められたりするケースがある。そうしたケースについては、より現場で対応しやすくするために個別の加算体制を整備してはどうか。

➤ **必要性を踏まえた傾斜設定**

何らかの理由で薬物療法が難しいと考えられる者（こどもや妊婦、薬物抵抗性の症状がある）等に対する認知行動療法の点数を高く設定するのはどうか。特にこどもの医療は採算が合わず、精神療法の導入が難しい。

➤ **治療トータルで点数増加となるようなパッケージ化**

症状に合わせ、認知行動療法と薬物療法の組み合わせをパッケージとして算定するのはどうか。

✓ **認知行動療法をはじめとした精神療法を実施できる体制への評価**

認知行動療法等の精神療法を多く実施する施設や認知行動療法研修を受けたスタッフを要する施設を評価するのはどうか。

✓ **エビデンスに立脚した疾患ごとの適切な実施回数の設定**

「摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル（平成 29 年度国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証）」では、半年間で初回セッションを含めて 21 回、CBT-E 開始前の評価セッションや終了後約 5 ヶ月後の再検討セッションを含めると 23 回のセッションを行うこととされている。しかし、診療報酬算定は 16 回を限度とされている。マニュアルで推奨されている実施回数は算定できるようにすべきではないか。

2-2： 1 単位あたりの実施時間

「認知療法・認知行動療法」は診療に要した時間が 30 分を超えたときにのみ算定できる。しかし、日本の精神科外来における 1 人あたりの診察時間は非常に短く、日常診療で 1 人の患者に対して 30 分以上を要する認知行動療法を実施するのは容易ではないとの意見が挙がった。

これに対し、より短時間で実施できる認知行動療法を開発する必要性が言及された。治療者の不足や偏在の問題も踏まえ、定型的な実施形式のみならず、Web サイト等インターネットを活用することで治療を効率化し、面接時間や回数を短縮する工夫が必要との意見が挙がった。一方で、現行のガイドラインやマニュアルにおいては、1 回のセッションは 50 分以上で行うものとなっており、30 分未満の認知行動療法については、有効性・安全性が十分に検証される必要があるとの意見もあり、精緻なエビデンスの構築が求められる。

2-3： 治療者要件

多くの有識者から現行の診療報酬算定要件において、治療者が実質的に医師のみに限定されていることへの課題認識が示された。臨床現場では、心理カウンセリングや集団認知行動療法等の形で、心理職（公認心理師及び臨床心理士、以下心理職）をはじめ医師以外の専門職が認知行動療法を実施している施設が多い。その一方で、医師、看護師以外の専門職による認知行動療法は診療報酬の対象外となっており、臨床現場と現行制度との乖離が指摘された。そのため現状、多くの医療機関では、心理職等が実施する認知行動療法については、予約料の設定や自

由診療での提供等の措置が取られており、患者・当事者の費用負担が大きい要因となっているという。

「認知療法・認知行動療法」の算定要件については、従来「医師による場合」のみに限定されていたが、2016年度より、医師の負担を軽減する観点から、医師の指示のもと一定の知識と経験を有する専任の看護師が各面接の一部分を実施する「医師及び看護師が共同して行う場合」にも算定できることとなった。また2018年度には、看護師が一部を実施する形式のものについて、施設基準の一部が緩和されている。

● 看護師に関する診療報酬算定要件について

看護師に関する要件については、下記が要件となっている。

- ① 認知療法・認知行動療法の届出医療機関における精神科の外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接⁴に120回以上同席した経験があること
- ② うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち4症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は研修の講師が確認し必要な指導を受けていること
- ③ 認知療法・認知行動療法について適切な研修を修了していること

しかし、実際には看護師が上記の算定要件を満たすには、依然として高いハードルがあり、現状看護師による認知行動療法が算定されているケースはごくわずかであるという。

特に外来勤務かつ常勤勤務の条件を満たすことが難しいとの意見が挙がった。若い世代を中心に看護師は病棟で勤務する割合が多く、「認知療法・認知行動療法」の算定要件から外れてしまう。また研修や指導を受けた後も、非常勤となると算定要件から外れることとなる。外来勤務／病棟勤務、あるいは常勤／非常勤に関わらず、認知行動療法を実施する上で必要なスキルを持つ看護師については、診療報酬の算定対象とすべきとの意見が挙げられた。また当該要件については、後述する医師、看護師以外の専門職が実施する認知行動療法の算定を検討する際にも考慮すべきということであった。

また上記①、②の要件について、外来の常勤として勤務しながら、これらの条件を満たすことは難しいとの意見が挙がった。上記③の要件「研修の修了」については、算定要件上の「適切な研修」として、厚生労働省認知行動療法研修事業が実施する研修（年に4回程度の開催）に限らず、関係学会、医療関係団体等が主催し、厚生労働省認知行動療法研修事業においてスーパーバイザーを経験した者が講師に含まれている研修についても認められている。看護師に関わる様々な団体が認知行動療法研修を実施しているが、各団体の経済的制約や条件を満たしていても算定要件上の「適切な研修」として認められるまでに相当の時間を要すること等から、

⁴ 通院・在宅精神療法に係る面接等、認知療法・認知行動療法に係る面接以外の医師が行う面接も含む。

診療報酬の算定要件を満たすための「適切な研修」を受講する機会は限られているとの意見も挙げられた。

● **医師、看護師を除くその他のメンタルヘルスに関わる専門職が実施する「認知行動療法」あるいは「認知行動療法の考え方に基づいた支援」の診療報酬化について**

2021年3月現在、医師、看護師を除くその他の専門職が実施する認知行動療法については、診療報酬の対象外となっている。しかし実際には臨床現場で、心理職をはじめとした専門職が認知行動療法を実施しているケースが多く、医師、看護師のみならず公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士等の専門職が実施する認知行動療法の診療報酬算定を認めるべきとの意見が多く挙げられた。一方、医師、看護師以外の専門職が実施する認知行動療法の質を不安視する声もある。

また中でも、心理専門職である公認心理師の更なる活躍に期待する声は多い。一方で、公認心理師の根拠法である公認心理師法（第42条第2項）において、「心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治の医師があるときは、その指示を受けなければならない」とされ、公認心理師は医行為や診療の補助ではなく、要支援者への「支援行為」を行うものと考えられている。そのため、公認心理師が主体的に行う「疾患治療としての認知行動療法」に対して診療報酬点数を算定できない。

こうした背景を踏まえ、医師、看護師以外の専門職による「認知行動療法」あるいは「認知行動療法の考え方に基づいた支援」の診療報酬化に向けた打ち手案として下記が挙げられた。

✓ **認知行動カウンセリング料または外来認知行動指導の創設**

令和2年度の診療報酬改定において、公認心理師が発達障害等、児童思春期の精神疾患に対して行うカウンセリングは「小児特定疾患カウンセリング料」として保険収載されている。公認心理師が医療機関等で実施する認知行動療法あるいは認知行動療法の考え方に基づいた支援についても、新たに「認知行動カウンセリング料」（仮）または「外来認知行動指導」（仮）といった名称で診療報酬化することができるのではないかな。

✓ **公認心理師の上位資格の創設（医療心理師（仮称））**

公認心理師による医行為あるいは診療の補助を認めるため、また公認心理師が実施する認知行動療法の質の担保を行うためには、公認心理師の上位資格として「医療心理師（仮称）」を創設し、当該資格を有する公認心理師による認知行動療法を診療報酬化すべきではないかな。

✓ **「認知行動療法師（士）」の創設及び単位制の診療報酬制度の導入**

公認心理師のみならず、医師や看護師、精神保健福祉士等のメンタルヘルスケアの有資格者を対象として、認知行動療法を専従的に実施する「認知行動療法師（士）」を創設し、診療報酬を算定できるようにする。また認知行動療法師（士）の創設に合わせて、リハビリテーションの診療報酬の枠組みと同様に、認知行動療法あるいは認知行動療法の考え方に基づいた支援方法についても、25分1単位の単位制で保険収載することで、疾患や症状、その他の患者特性に合わせた柔軟な支援を提供できるのではないかな。

多職種による認知行動療法の診療報酬化にあたっては、医師と認知行動療法実施者との連携体制の整備が重要となる。認知行動療法の質ならびに安全性の担保という観点から、医師と認知行動療法実施者との間で共有すべきアセスメント項目（重症度評価及び自殺リスク、虐待や生活困窮といった精神的、社会的に緊急で対応すべき問題の有無等）及び緊急時の連携体制（リスクマネジメント）について、ガイドラインの整備が求められるとの意見が挙げられた。

また、上述のような心理職に関する新たな資格や認定制度の創設については、医療職、心理職それぞれに多様な意見があり、公認心理師創設に約 10 年を要した背景も踏まえ、実現可能性を疑問視する声もある。そうした観点から、一定の研修を受けた公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士等の専門職が、特定の疾患や症状に対して行う認知行動療法について、疾患ごとに診療報酬を算定するのが現実的ではないかとの意見もある。

2-4： 対象者要件

2021 年 3 月現在、「認知療法・認知行動療法」で算定可能な対象疾患は、「うつ病等気分障害」「強迫性障害」「社交不安障害」「パニック障害」「心的外傷後ストレス障害（PTSD）」「神経性過食症」の 6 疾患となっている。

認知行動療法の普及に向けて、さらに対象疾患を広げる必要がある。「1. エビデンス」の項目でも記載の通り、特に身体疾患や複数の症状、例えば慢性疼痛や不眠等の症状を有する患者に対する認知行動療法は、臨床現場でのニーズが高く、ガイドライン開発及び診療報酬化の期待は大きい。

また精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築という観点から、外来患者のみならず、入院患者を対象とした認知行動療法の実施や、地域移行支援、精神科訪問看護等での活用ならびにそれに対する評価が必要であるとの認識も示された。

「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に関して

認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に関しては、各領域で心理支援を実施するインセンティブの必要性へ言及がなされた。

地域保健や福祉の領域の有識者から、特定の研修を受講した職員や精神保健福祉士や社会福祉士、リハビリテーション領域では理学療法士、作業療法士等の専門職が認知行動療法の考え方に基づいた支援方法を含めた心理支援を継続的に実施することで、そうした支援に対する何らかのインセンティブが設定されることが必要との認識が示された。

また産業保健領域についても、事業所が労働者に対して、認知行動療法の考え方に基づいた支援を含めた心理支援を行うインセンティブが乏しいことが指摘された。産業保健においては保険者の役割も大きいですが、現状として保険者による被保険者に対する健康増進の取り組みの中でメンタルヘルス・ウェルビーイングに関する取り組みは十分ではないとの意見が挙げられた。こうした課題に対して、認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のメンタルヘルス・ウェル

ビーイングの向上や健康増進への効果を検証した上で、経済産業省が認定する健康経営優良法人認定制度や厚生労働省が管轄する保険者努力支援制度（保険者インセンティブ）での評価指標において、認知行動療法の考え方に基づいた支援の実施有無を評価するのはどうかといった意見も聞かれた。

教育領域の有識者からは、認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の一つであるソーシャルスキルトレーニング（SST: Social skills training）が生徒指導提要へ記載されているものの、学習指導要領への記載がなく、教育現場で認知行動療法の考え方に基づいた支援が実施されるケースはごく一部に限られるとの意見が挙げられた。また、子ども自身は心身の不調を感じても自ら支援を求めることは難しいが、現状では産業保健領域で実施されているストレスチェック制度にあたる仕組みがなく、ハイリスク群の特定が難しいことが指摘された。また発達障害等、より個別的なアプローチが必要な子どもへの医療、支援は採算性が低く、保健、医療、福祉、教育の各ステークホルダーが心理支援の実施・継続に難しさを感じているとの認識が示された。

3. 人材育成

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通する内容

人材育成について、「疾患治療としての認知行動療法」と「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通して、「養成数」「教育機会」「フォローアップも含めた研修・支援体制」に関する意見が挙げられた。

3-1： 養成数

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法を実施できる人材がどの程度養成されるべきなのか、目標値や明確なビジョンがなく、どの程度不足しているのかが定量的に示されていないことが指摘された。一方で、各領域の有識者から人材不足という課題が指摘されており、対象とする疾患や地域によって提供者の偏在があるとの認識も示された。

3-2： 教育機会

「3-1：養成数」で記載の通り、今回のヒアリングではあらゆる領域で人材不足が指摘されたが、その要因として各専門職の養成課程及び現場での認知行動療法に関する教育機会の不足が挙げられた。

● 各専門職養成課程における認知行動療法の教育機会について

医師の養成課程については、認知行動療法を含めた精神療法に関する教育が十分になされていないとの指摘が挙げられた。認知行動療法は様々な精神疾患に対する有効な治療法として一定程度エビデンスが構築されており、精神疾患に関わるすべての医師が身に着けるべき基礎的なスキルとの認識が示された。また認知行動療法やその考え方に基づくアプローチについては、他診療科においても有用なスキルであるとの声も多い。一方、現状の医学部教育、臨床研修、専門研修のカリキュラムでは、精神疾患や精神症状を専門とする医師であっても精神療法に関するスーパービジョンを受ける機会はごく一部の大学や病院に限られており、後期研修医を経ても認知行動療法を含めた精神療法の習得は難しい現状にある。今後、医学部教育、臨床研修、専門研修の各教育課程における認知行動療法を含めた精神療法の位置付けについて、学会等でさらなる検討が必要との意見が挙げられた。

看護師については、養成課程で認知行動療法等の精神療法の基本的知識について教育が実施されている。さらに、精神看護専門看護師の教育課程でもカリキュラムに盛り込まれ、多くの大学院で認知行動療法に関する講義や演習が実施されている。

公認心理師の養成課程では、大学院教育における「心理支援に関する理論と実践」に含まれる事項として、認知行動療法は必修である。公認心理師が卒後、現場で認知行動療法を実施できるレベルのスキルを有しているかについては、有識者によって意見が分かれたが、公認心理師登録後の継続的な学習・実践機会の提供ならびにスーパービジョンを通じた心理支援の質の向上が必要であることについては共通して言及がなされた。さらに産業保健領域の有識者からは、公認心理師が産業・労働分野で十分に活躍できていないとの課題意識が示された。その理由として、産業保健領域では即戦力が求められるケースが多い一方で、インターンシップ等の実地経験の機会が限られていること、産業保健に関する法制度・企業文化といった産業領域独

自の習得すべき事項があることが指摘された。また産業・労働分野では集団に対する心理支援の実施が期待されるが、養成課程においては個人に対する支援技術の習得が中心となり、十分に研修の経験が積めないこと等が挙げられた。

● 現場で活躍する多様な専門職を対象とした認知行動療法に関する研修機会について

現場で活躍する多様な専門職を対象とした認知行動療法に関する研修機会が限られているとの指摘があった。また地域による研修機会の偏りも指摘されたが、昨今のオンラインでの研修の普及により、解消されつつあるもしくは今後の解消が期待できるとの意見もあった。

医療以外に目を向けると、認知行動療法の基本的な知識、基本技能に触れる機会はごく一部に限られている。こうした状況のなか、愛媛県心と体の健康センターでは、2011年度から認知行動療法の支援者向け研修を行っている。本研修は自殺予防・自殺対策の一環として開始され、初学者を対象とした「基礎研修」、現場経験を有し一定のスキルを持つ支援者を対象とした「フォローアップ研修」、より具体的な場面を想定したロールプレイを用いた「簡易型 CBT 研修」等、対象者の経験やスキルに応じた研修が実施されている。事業の開始から 10 年ほどが経ち、現在は教職員や地域の保健福祉従事者等、医療者に限らず幅広い領域の参加者が受講している。医療者のみならず、多くの人々が認知行動療法の考え方を学ぶ機会を提供することが、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向け重要な手立てとなる。

● 集団認知行動療法に関する研修について

厚生労働省認知行動療法研修事業では、対個人の認知行動療法に関する研修が中心だが、集団認知行動療法に関する研修も拡充すべきとの意見が挙げられた。集団認知行動療法は、支援者が複数の人へ認知行動療法的な介入ができ、効率性や費用対効果に優れているとされる。また参加者同士の相互支援関係の構築による効果が期待でき、すでに保健、医療、福祉、産業保健、司法領域等の様々な場面で活用されている。

集団認知行動療法を実施する支援者は、ファシリテーション能力や集団におけるセッションの留意点の理解等、認知行動療法に関する理解のみならず、個人面接の遂行時とは異なるスキルが求められる。一方、各専門職養成課程では個人への心理支援に関する教育・研修が多く、集団に対する心理支援スキルを身に着ける機会が少ないといった課題を指摘する有識者も多い。

3-3: フォローアップも含めた研修・支援体制

● 体系的な認知行動療法研修システムについて

研修体制全体に関する意見として、段階的な認知行動療法研修体制の整備の必要性が指摘された。現状では、各疾患や領域別に認知行動療法に関する研修が実施されているが、認知行動療法の基盤スキルは共通する部分も多く、非効率との指摘もある。またより高い専門性が求められる疾患や症状を対象とする研修については、基盤スキルに関する理解がなければ十分な研修効果は得られないといった課題もある。

こうした課題認識から、研修体制を 2 階建ての構造としてはどうかといった意見が挙げられた。「1 階部分」はうつ病や不安症への認知行動療法に包含される認知行動療法の基盤スキルに

関する基礎研修（これまでの厚生労働省認知行動療法研修事業で取り組まれてきたワークショップ・スーパービジョンによる研修体制）、「2階部分」はより専門性の高い対応が求められる疾患や臨床問題に対する認知行動療法の発展研修（例えば統合失調症や依存症に対する認知行動療法等）とする。さらに加えて集団認知行動療法の研修を設定する等、基礎研修受講後に、アドバンストな研修を受講する形で運用することで、より研修効果を高められるのではないかとといった提案がなされた。

認知行動療法の基盤スキル等についてはすでに、AMED 令和2年度障害者対策総合研究開発事業「各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発」において研究が進められている。

● スーパービジョンの実施体制について

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援の実践にあたっては、スーパービジョンを通じたスキル向上が必要である。しかし第4章で述べた通り、厚生労働省認知行動療法研修事業においてスーパービジョンを受けることができている人は全体の5～6割程度に留まっている。要因として、スーパービジョンの提供量の不足が挙げられた。

スーパービジョンの提供量が不足している背景として、スーパーバイザーの不足を指摘する声が多く挙がった。現在、うつ病等気分障害を中心に、厚生労働省認知行動療法研修事業のスーパーバイザーが認定されているが、その他の疾患を専門とするスーパーバイザーのより一層の育成が必要である。またスーパーバイザーの質の向上・標準化に向けた取り組みも必要との指摘もある。

またスーパーバイザーの増員に向けては、スーパーバイザーの負担軽減策も講ずる必要がある。ある有識者は米国の事例を挙げ、スーパーバイザーに対して十分な報酬が与えられる仕組みがスーパービジョンの拡充、ひいては現場における認知行動療法の質を高める上で不可欠であるとの認識を示した。スーパーバイザーの報酬に関しては、経済的報酬のみならず、関連学会における上位資格取得のための評価項目の設定や精神科専門医に認知行動療法のスーパーバイザー経験を要件とする等のインセンティブ設計が必要との意見が挙げられた。

また受講者側も、スーパービジョン受講へのハードルは高いとされる。こうした課題に対しては座学による研修とスーパービジョンとの間にロールプレイを用いた集団研修を設ける等、中間的なプログラムの創設やオンライン研修の拡充等の提案がなされた。

● 現場でのフィードバックの機会、支援者同士のネットワークについて

多くの有識者から、研修受講後の継続的なスキルアップの機会や支援者同士のネットワーク構築の不足が指摘された。

施設内や地域内に専門家がないために、現場で対応に苦慮した際に相談できず、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援の実施を敬遠してしまう支援者も多いという。また医療者は、製薬企業等からの情報提供が豊富な薬物療法に比べ、認知行動療法に関する情報

は関連学会を除いて最新の知見やスキルを定期的に得るチャンネルがほとんどないことも、認知行動療法に対する意識に影響しているとの意見も挙げられた。研修機会を増やすだけでなく、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援を実施する者同士で継続的に学びあえるネットワークが学会や地域内で形成されることを望む声は多い。

4. 提供体制

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通する内容

提供体制について、「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通して、「提供施設数の不足・偏在」、「実施主体間の連携体制」、「デジタルテクノロジーの活用」について言及がなされた。

4-1： 提供施設数の不足・偏在

すべての有識者から、「サービス・ギャップ」の存在、すなわち患者・当事者、メンタルヘルス不調を抱える人のサービスへの需要は高い一方で、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援を提供する施設が少なく、利用率が低い点が指摘された。また提供施設は疾患ごと、地域ごとに偏在している点も課題として挙げられている。

地域保健領域では、精神保健福祉センター等で認知行動療法の考え方に基づいた支援を実施する機関はごく一部に限られており、その要因としてマンパワーや資金不足に加え、一部の地域においては認知行動療法の活用可能性が十分に理解されていないことが挙げられた。これに対して、例えば薬物依存症治療プログラム SMARPP が全国の精神保健福祉センター等で普及が進んでいるように、疾患別や就労・就学等の目的別、自殺や引きこもり、さらには災害メンタルヘルスに関わる課題等の社会課題の解決に焦点を当てた個別プログラムの設計・パッケージ化の重要性が示唆された。

また産業保健領域では、企業によって従業員研修や高ストレス者への介入対応に差が大きいことが指摘された。打ち手として、ストレスチェック後の支援につながる体制づくりが必要である点が示唆された。

教育領域では、教員やスクールカウンセラー等が心理支援を行う学校は一部に限られる点、早期療育やペアレントトレーニングを行う施設はごくわずかである点が挙げられた。

4-2： 実施主体間の連携体制

● 当事者のリスク・重症度に応じた対応について

すべての領域で、当事者のリスク・重症度に応じた対応、すなわちどの程度の症状であれば自施設で対応し、どの程度からは医療機関に繋げるべきかという基準が明確でない点が課題として挙げられた。予防、治療、あるいは予後等、適応する段階に応じて役割を整理するとともに、異なる実施主体間での連携体制の構築が重要とされる。

さらに、医療以外の領域における認知行動療法プログラムの実施にあたっては、専門家による助言や監修が必須であるにもかかわらず、十分な連携体制が構築できているケースは限られていると指摘された。認知行動療法を提供できる医療機関の地域偏在を無くすとともに、各地域での指揮命令システムを機能させられる専門家の育成、配置が必要である。

● 他診療科やかかりつけ医との連携について

特に医療機関での認知行動療法の普及にあたって、各医療機関の連携体制の重要性が指摘された。プライマリケアを担う「かかりつけ医」や一般精神科診療所等と大学病院等の高度な医療を提供する医療機関等が連携体制を構築するために、症状の程度や疾患の複雑性に応じて役割分担を定めたガイドライン等が必要であるという意見が挙げられた。またかかりつけ医に対して、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法についての研修を実施すべきとの意見が挙げられた。かかりつけ医自身が日々の診療スキルとして活用することが期待されるほか、専門的な認知行動療法の実施が必要と考えられる場合に適切な医療機関・支援機関を紹介する等の連携体制の構築にもつながる。

さらに認知行動療法は精神科、心療内科等のみならず、整形外科や歯科、麻酔科等の痛みに関わる治療、小児科におけるメンタルヘルス不調の訴え、がん治療に伴う精神症状、内科診療における不眠や過敏性腸症候群、耳鼻科のめまいや耳鳴りの治療、また高齢者に対する診療場面等様々な診療科での活用が期待されている。他診療科に受診した患者の精神症状等に対して非専門家が実施可能な簡易的な CBT プログラムを開発し、必要に応じて適切な医療機関、支援機関を紹介する仕組みを構築する等の対応がなされることで、患者・当事者の QOL の向上につながるという意見も挙げられた。

4-3： デジタルテクノロジーの活用

上述のサービス・ギャップの解消に向けて、ビデオ会議システムやアプリケーション等を活用した CBT（以下、オンライン CBT）の提供体制の重要性について多くの有識者から意見が挙げられた。

オンライン CBT には様々な形式があるが、専門家によるサポートを受けながら行うガイドつきのもので、利用者が一人で取り組むガイドなしのもので、大きく 2 つに分類できる。いずれの方法にあっても、オンライン CBT は対面で実施されるものに比べ、患者・当事者がアクセスしやすいとされ、コスト面でも、実施者のコスト（施設の家賃等）、被支援者にかかるコスト（交通費、相談費）の双方を抑えやすいといったメリットがある。

提供体制の構築にあたっては、デメリットについても把握し、十分な配慮が必要である。例えば、ビデオ会議システム等を活用したオンライン CBT では、患者・当事者の動きや表情から非言語的情報が得られにくいことやプライバシー管理への懸念等が指摘されており、提供する上ではこうした課題をどのようにフォローするかも検討が必要である。またアプリケーションの活用では、単にアプリケーションを処方するだけになり、医師のフォローが疎かになるリスクもある。

ICT やアプリケーションの活用は、提供者側の効率性を主目的とするのではなく、あくまで上述のような提供上の課題を補完するものであることに留意が必要である。またエビデンスの構築にあたっては、実際にオンライン CBT を利用した当事者がどのように感じ、どのような効果があったか等、患者・当事者視点が求められる。

● ビデオ会議システム等を用いたオンライン CBT について

医療者が提供する認知行動療法の一つとして、ビデオ会議システム等を用いたオンライン診療について言及がなされた。日本では 2018 年度診療報酬改定によって、対面診療を原則としつつ情報通信機器を活用した診療を「オンライン診療料」として算定できるようになった。精神医療では「精神科在宅患者支援管理料」を算定している患者がオンライン診療料の算定対象となる。2020 年度改定では算定要件の変更があったほか、同年 4 月 10 日には新型コロナウイルス感染症の流行を受け、限定措置として初診でのオンライン診療が認められている。なお、オンライン診療での向精神薬の処方とは認められていない。オンライン診療の実態としては、2020 年 10 月末の時点で全医療機関数 110,916 件のうち、電話・オンライン診療を実施できる体制があるとして登録した医療機関数は 16,587 件と全体の約 15%に過ぎない⁵。また 2020 年 7～9 月のオンライン診療の受診者のうち、精神科への受診は全体の 0.95%に留まっている。

ビデオ会議システムを用いた認知行動療法については、千葉大学医学部附属病院が強迫症・パニック障害・社会不安障害を対象としたオンライン CBT の効果研究を実施しているほか、慶応義塾大学医学部精神・神経科学教室がうつ病患者を対象として、ビデオ会議システムとインターネット上の web プログラム「こころのスキルアップ・トレーニング（こことレ）」を用いたオンライン CBT の効果研究を実施している。日本においても特定の疾患に対するオンライン CBT の安全性、有効性が検証されつつある。認知行動療法はオンライン診療との親和性が高く、今後は海外事例や他科における実施事例も踏まえながら、オンライン診療における認知行動療法のエビデンス構築ならびに普及が必要との認識が多くの有識者から示された。

● 医療機器としての「認知行動療法アプリ」の開発について

現在うつ病治療用の医療機器として「認知行動療法アプリ」の研究開発が進んでいることについても言及がなされた。今後は、医師が治療薬を処方するように、治療のためのアプリケーションを処方し、薬物療法や対面での診療等と適宜組み合わせながら治療を行うことも治療の選択肢として考えられる⁶。

なお普及にあたっては、上述の通り、処方して終わりになることがないよう、医師および多職種によるフォロー体制の構築も重要な課題として指摘されている。

● 支援者の介入を前提としないセルフケアを促すプログラムについて

上述のような高強度の介入のみならず、支援者の介入を前提としないセルフケアを促すプログラムの開発も重要となる。こうしたプログラムが開発されれば、アプリケーションやオンラインサービスを通じて、多くの人に対して、一定の質が担保された認知行動療法の考え方に基づいた支援を届けることが可能になる。これまで、専門家監修による様々なオンライン CBT ツールが開発されており、例えば上述の「こころのスキルアップ・トレーニング」や、うつ状態

⁵ 厚生労働省（2020）「令和 2 年 7 月～9 月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000690548.pdf>

⁶ Mantani A et al. (2017). Smartphone Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct to Pharmacotherapy for Refractory Depression: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2017 Nov 3;19(11):e373.

の方を対象としたソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS: Social Networking Service）の「U2plus」、セルフケアを促すことを目的とした「Awarefy」、「emol」、また産業保健領域におけるうつ病予防を目的とした e-learning プログラム⁷やアバターを活用したオンライン心理支援サービス等の研究開発が行われている。

⁷ Imamura K et al. (2015). Does Internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) prevent major depressive episode for workers? A 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(9), 1907-1917.

5. 患者・当事者視点

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通する内容

患者・当事者視点に関して「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通して、「認知行動療法に関する情報の不足」「取り組むまでの障壁」「継続への負担」の3点が主に言及された。

5-1: 認知行動療法に関する情報の不足

情報の不足に関しては、治療の選択肢として認知行動療法があることを知らない当事者が多いという点、受けられる医療機関・施設についての情報がないという点が挙げられた。

5-2: 取り組むまでの障壁

取り組むまでの障壁として、「療法」という名称は、あくまでも「治療のため」という意識を強く持たせてしまい、診断に至っていない人にとっては自分には関係のないものと認識されてしまうといった意見も挙げられた。解消するための打ち手として、例えば名称を「ストレス対処法」「心を科学する」等、一般の人が自分事として捉えられるような名称に変更することも一つの手段であるとの意見が挙がった。

5-3: 継続への負担

継続していく上での負担についても課題として言及された。認知行動療法を長時間、複数回のプログラムに継続的に取り組む身体的負担に加え、特に保険診療外の支援プログラムでは経済的負担も考慮すべきとの指摘が挙がった。

まず身体的負担に対しては、対面に限定せずオンラインによる認知行動療法も選択肢として提供されることで、通院の負担を軽減できるとの意見が挙げられた。また経済的負担の軽減策では、行政や学会等が定める一定の要件を満たしたカウンセリングルーム等で提供されるカウンセリングを「セルフメディケーション税制⁸」と同様の枠組みを構築し費用負担が軽減される制度を導入するのはどうか、といった具体的な提案もなされた。

⁸ 特定の医薬品購入額の所得控除制度：健康の維持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組を行う個人が、要指導医薬品及び一般用医薬品のうち、医療用から転用された医薬品をドラッグストア等で購入した際に、その購入費用について所得控除を受けることができるもの

6. 評価・モニタリング

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通する内容

評価・モニタリングについては、「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通して、「提供体制」「研修体制」の2点へ言及があった。

6-1: 提供体制

多くの有識者から、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けて、現時点でどの程度認知行動療法が実施されているのか、また提供されているサービスの質にどの程度のバラつきがあるのか、といった実態を把握する必要があるとの認識が示された。

● 都道府県による各地域の認知行動療法実施状況の実態把握について

第7次医療計画における認知行動療法に関する指標を採用した都道府県が一部に留まっていることが指摘された。具体的には、指標例「認知行動療法を実施する医療機関数」を採用した都道府県は8/47、「認知行動療法を外来で実施した患者数」は7/47、「依存症集団療法を外来で算定された医療機関数」及び「依存症集団療法を外来で実施した患者数」の採用は3/47に留まる。今後は、2020年の第7次医療計画の中間見直しで「認知行動療法を外来で実施した医療機関数」及び「認知行動療法を外来で実施した患者数」の各指標が重点項目に指定されたこと、また精神医療における認知行動療法の重要性を踏まえ、各都道府県は医療計画における各指標について実態把握を行うべきであるとの意見が挙げられた。

● 各領域で実施される認知行動療法の考え方に基づいた支援の実態把握について

「認知療法・認知行動療法」「依存症集団療法」等医療機関で保険診療として実施される認知行動療法以外は、全国の実施状況を把握できていないとの意見が挙げられた。各領域において、どのセクターがどの程度、認知行動療法の考え方に基づく支援方法を実施しているのか、疾患治療としての認知行動療法と同様、今後の調査研究事業等で実態把握が必要であると示唆された。

● 集団認知行動療法の実施状況の実態把握について

集団認知行動療法は個人の定型的な認知行動療法に比べて、様々な領域で展開され、普及しているとの認識が示された。これまでのヒアリングの記録でも記載した通り、医療機関であれば通院集団精神療法や精神科デイケア、作業療法等、また産業保健や教育、司法領域での展開がなされている。一方でその実態調査はこれまで実施されておらず、今後の実態調査を求める意見も挙げられた。

6-2: 研修効果

認知行動療法に関する研修効果の十分な検証がなされていないとの認識が示された。研修体制の継続的な改善に向けては、研修の受講後、受講者の認知行動療法に関する知識がどの程度向上しているか、また研修受講がどの程度現場で実践に寄与しているか等について、中長期的な視点で分析を行う必要があると指摘された。

また認知行動療法に関する研修は、個人面接による定型的な認知行動療法の実施にはつながらずとも、認知行動療法の考え方を学ぶことで普段の看護ケアの質の向上に寄与しているとの意見が挙げられた。研修効果の検証にあたっては、研修後の定型的な認知行動療法の実施有無のみならず、通常の外来診療、入院医療、看護ケア、訪問看護、作業療法等の他、様々な領域における心理支援にどの程度研修が活かされているか、より広い視野で検討すべきとの意見が挙げられた。

第6章 今後の普及に向けた考察と提言

本事業では第3章で紹介した通り、実装科学の考え方にに基づき、今後の認知行動療法の普及に向けた要件を「エビデンス」「政策指針」「人材育成」「提供体制」「患者・当事者視点」「評価・モニタリング」の6つに分類した。また、第4章の通り、厚生労働省認知行動療法研修事業において蓄積された10年分の研修データならびに研修参加登録者を対象に、研修の効果、研修後の認知行動療法の実施実績や活用等の波及効果等の調査を行い、研修の効果検証および課題整理を行った。さらに第5章では、より広い視点で普及に向けた検討を進めるために関係者へのヒアリング、専門家会合を開催し、その記録をまとめている。

本章では、これまでの調査・分析、検討の経緯を踏まえ、今後の認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた提言を取りまとめる。ここでは、普及に向けた6つの要件に基づき提言を整理し、それぞれにおいてさらに「疾患治療としての認知行動療法」と「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通する項目と、それぞれに特有の項目に整理し記載するほか、本事業の検討過程でより具体的な打ち手の提案があったものについては、それぞれのステークホルダーの具体的なアクションについても言及する。

1 提言の概要

以下では、本章で記載する普及に向けた提言の概要を記載する。詳細およびステークホルダーごとの打ち手については、次節に詳しく記載する。

	共通	疾患治療としての認知行動療法	認知行動療法の考え方に基づいた支援方法
1. エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 社会におけるニーズ調査・医療経済評価 各領域における現場での実装可能性の検証 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床現場の課題に応えることのできるエビデンス 適切な認知行動療法の実施回数に関するエビデンス 	<ul style="list-style-type: none"> 各種プログラムのメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上への効果の検証
2. 政策指針	<ul style="list-style-type: none"> メンタルヘルスの包括的な支援に向けた政策指針の策定 地域における認知行動療法の活用に向けた多様な施策 	<ul style="list-style-type: none"> 重症度・複雑性や必要性に応じた診療報酬点数の傾斜設定 看護師がより参画しやすい体制の構築 医師から公認心理師等の多様な専門職へのタスクシフティング・シェアリングに向けた論点整理 	<ul style="list-style-type: none"> 各領域における普及の促進に向けたインセンティブの設計
3. 人材育成	<ul style="list-style-type: none"> 段階的な認知行動療法研修システムの整備 継続的なスキルアップや情報提供のためのネットワークの構築 認知行動療法の基礎を医師・看護師等のメンタルヘルスに関わる専門職のベーシックスキルとして位置付ける 		
4. 提供体制		<ul style="list-style-type: none"> 他診療科やかかりつけ医との連携体制の構築 ICTやアプリケーションを活用した提供体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 支援者の介入を前提としないセルフケアを促すプログラム開発 医療との役割分担に向けて、各領域で当事者のリスク・重症度に応じた対応及び実施主体を規定したフローチャートの整理
5. 患者・当事者視点	<ul style="list-style-type: none"> 患者・当事者目線の情報発信 患者・当事者が支援を継続的に受けるための体制づくり 		
6. 評価・モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 実施状況と質に関するモニタリング 厚生労働省認知行動療法研修事業の効果検証の継続的な実施 		

図 6-1 提言の概要

(1) エビデンス

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- 社会におけるニーズ調査・医療経済評価の必要性
- 各領域における現場での実装可能性を検証する必要性

「疾患治療としての認知行動療法」に関する提言

- 臨床現場の課題に応えることのできるエビデンスの必要性
- 適切な認知行動療法の実施回数に関するエビデンスの構築の必要性

「認知行動療法の考え方に基づいた支援」に関する提言

- 各種プログラムのメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上への効果を検証する必要性

(2) 政策指針

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- メンタルヘルスの包括的な支援に向けた政策指針の必要性
- 地域における認知行動療法の活用に向けた多様な施策の必要性
 - 入院医療・地域移行支援・精神科訪問看護等における活用促進施策

- 集団やデジタルテクノロジーの活用も含めたセルフヘルプ等強度を下げた実施形式によるプログラムの提供促進施策
- 多種多様な支援機関におけるプログラムの提供促進施策

「疾患治療としての認知行動療法」に関する提言

- **重症度・複雑性や必要性に応じた診療報酬点数の傾斜設定の必要性**
 - 重症度・複雑性に応じた傾斜設定
 - 必要性を踏まえた傾斜設定
 - 治療トータルで点数増加となるようなパッケージ化
- **看護師が認知行動療法により参画しやすい体制を構築する必要性**
- **医師から公認心理師等の多様な専門職へのタスクシフティング・タスクシェアリングに向けた論点整理の必要性**

「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に関する提言

- **各領域における普及の促進に向けたインセンティブ設計の必要性**
 - 地域保健や福祉領域における加算算定のための研修プログラムに認知行動療法の考え方に基づいた支援方法を含める
 - 健康経営優良法人認定制度や保険者インセンティブにおける評価指標への追加
 - 学習指導要領で、認知行動療法の考え方に基づいた支援に関する記述の検討

(3) 人材育成

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- **段階的な認知行動療法研修システムの整備の必要性**
- **継続的なスキルアップや情報提供のためのネットワーク構築の必要性**
- **認知行動療法の基礎を医師・看護師等のメンタルヘルスに関わる専門職のベーシックスキルとして位置付ける必要性**

(4) 提供体制

「疾患治療として認知行動療法」に関する提言

- **他診療科やかかりつけ医との連携体制の構築の必要性**
- **ICT やアプリケーションを活用した提供体制整備の必要性**

「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に関する提言

- **支援者の介入を前提としないセルフケアを促すプログラム開発の必要性**
- **医療との役割分担に向けて、各領域で当事者のリスク・重症度に応じた対応及び実施主体を規定したフローチャートを整理する必要性**
 - **ハイリスク群特定のための仕組みの導入**

(5) 患者・当事者視点

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- 患者・当事者視点の情報発信の必要性
- 患者・当事者が支援を継続的に受けるための体制づくりの必要性
 - 実施継続率を考慮したインセンティブ設計
 - 地域において低負担で利用できる支援プログラムの提供
 - カウンセリング等のセルフケアに対する所得控除制度を活用した経済的支援

(6) 評価・モニタリング

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

- 実施状況と質についてモニタリングする必要性
- 厚生労働省認知行動療法研修事業の効果検証を継続的に実施する必要性

2 提言の詳細

(1) エビデンス

本事業では第5章に既述の通り、実装科学の考え方に基づき、「エビデンス」を「基礎研究」「臨床研究」「実装研究」「市民の健康増進」という普及の段階ごとに整理した。

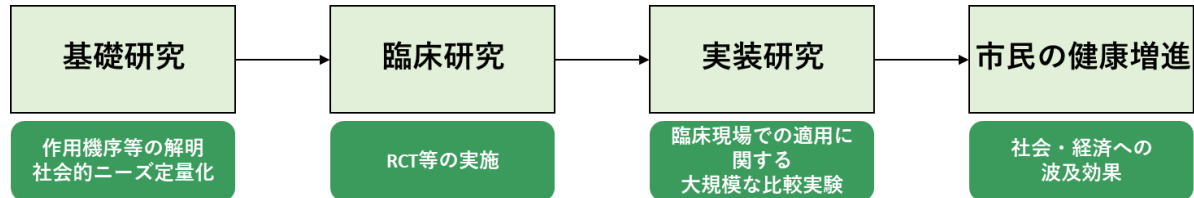


図 6-2 実装科学の考え方に基づく「エビデンス」の整理

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

● 社会におけるニーズ調査・医療経済評価の必要性

今後の認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及及び体制整備を検討するにあたり、社会におけるニーズや医療経済効果の把握は十分とは言えず、今後の進展が期待される。

メンタルヘルス不調を抱える国民のニーズや認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法を実施する支援者の声を定性的・定量的に収集し、分析することで社会的要請の程度を可視化することができる。また、認知行動療法の実施により、減薬や精神・身体症状の低減による受診数の減少等の医療資源の適正配分に対する有用性、さらには治療効果によって社会的損失をどの程度カバーができるのかといった、医療経済評価が示されることで、認知行動療法普及の重要性をより強く訴求できる。日本でも、不安症に対する認知行動療法等一部の領域では医療経済評価に関する研究が進められているが、今後益々研究が進展することが求められている。

【行政（国）に対して】

- ✓ アカデミアや当事者団体等と連携し、患者・当事者ならびに支援者のニーズを定性的・定量的に収集し、分析する調査事業を実施すべき
- ✓ 認知行動療法の医療経済評価研究を推進するための研究事業を実施すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 当事者団体等と連携し、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のニーズを定性的・定量的に収集し、発信すべき
- ✓ 認知行動療法の医療経済評価研究を推進すべき

【患者・当事者を中心とした市民社会に対して】

- ✓ 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援の経験やその意義について積極的に発信すべき
- ✓ アカデミアと連携し、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のニーズを定性的・定量的に収集し分析する研究へ協力すべき

● 各領域における現場での実装可能性を検証する必要性

認知行動療法を専門とするアカデミアを中心として、患者・当事者視点に基づき、実装科学の知見を取り入れながら、医療現場、また各領域の現場での実装可能性を検証する大規模研究の実施が必要である。

【行政（国）に対して】

- ✓ 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実装可能性を検証するための大規模な研究事業を実施すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 医療機関や地域保健・福祉、さらには産業（健康保険組合等を含む）、教育、司法領域等のフィールドと連携し、実装科学の専門家も交えて、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実装可能性を検証する大規模研究を推進すべき

「疾患治療としての認知行動療法」に関する提言

● 臨床現場の課題に応えることのできるエビデンスの必要性

臨床現場では、身体疾患や複数の臨床問題（疼痛や不眠等）をもつ患者等複雑な症状への対応が求められる。また、他診療科や認知行動療法の専門家でなくても実施できる強度の低い認知行動療法（Low-Intensity CBT）も求められている。認知行動療法の普及にあたっては、こうした臨床現場の課題に応えることのできるエビデンスが必要である。

特に臨床現場では、認知行動療法の提供に必要な時間を確保することは決して簡単ではなく、また治療者の確保にも限界があることから、より効率的に従来と同様の十分な治療効果を提供できる認知行動療法プログラム（簡易型 CBT や短時間 CBT 等）の開発を求める声は多い。こうした状況は認知行動療法が盛んな欧米諸国でも同様で、従来の認知行動療法のアプローチを踏まえながら、より効率的に実施できる認知行動療法が普及している。日本においても、現在厚生労働科学研究における障害者政策総合研究事業「認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及及び体制構築に向けた研究」が進められており、こうしたエビデンスの蓄積が求められる。

（※Low-Intensity CBT：集団や、書籍、紙資料、インターネット等を活用して、少ないマンパワーで実施する効果的な認知行動療法）

● 適切な認知行動療法の実施回数に関するエビデンスの構築の必要性

診療報酬における「認知療法・認知行動療法」の算定については、「一連の治療について 16 回に限り算定できるもの」とされている。しかし現在、実施回数は一律の設定となっており、治療効果の最大化に向けて疾患ごと等に応じた設定が必要であろう。そのためには、認知行動療法の適切な実施回数に関する研究を推進し、エビデンスを構築することが求められる。

【行政（国）に対して】

- ✓ 身体疾患や複数の臨床問題（疼痛や不眠等）をもつ患者等複雑な症状への認知行動療法や、短時間 CBT 等効率的に実施できる認知行動療法のプログラム開発及びエビデンス構築に向けた研究事業を引き続き実施すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 身体疾患や複数の臨床問題（疼痛や不眠等）をもつ患者等複雑な症状への認知行動療法や、短時間 CBT 等効率的に実施できる認知行動療法のプログラム開発及びエビデンス構築に向けた研究を推進すべき

「認知行動療法の考え方に基づいた支援」に関する提言**● 各種プログラムのメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上への効果を検証する必要性**

本章では WG での議論を踏まえ、主に医療的な視点から精神面の健康を捉えている「メンタルヘルス」という考え方に加え、より本人の主観的な感情も含めた精神的な健康・幸福の状態を意味する「ウェルビーイング」を併記している。患者・当事者視点のヘルスケアシステムを構築する上で、患者・当事者自身の主観的な健康観・幸福感は重要な視点であり、従来のメンタルヘルスに加えてウェルビーイングの向上が目指される必要がある。

認知行動療法は、疾患の治療のみならず、広く私たちのメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上や健康増進への活用が期待されている。認知行動療法の考え方に基づいた支援方法によるメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上をはじめ、健康増進への効果を示すためには、デジタルテクノロジーの活用も含めた各種プログラムについて大規模なデータを用いた研究、検証の実施が求められる。

【行政（国）に対して】

- ✓ 認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が、メンタルヘルス・ウェルビーイングの向上や健康増進にもたらす効果を検証する大規模な研究事業を実施すべき
- ✓ 厚生労働省のみならず、経済産業省や文部科学省、さらには AMED 等関係省庁・組織が横断的に必要なエビデンスを議論、整理し、効率的・効果的な研究事業推進体制を構築すべき
- ✓ 認知行動療法に関連する各種データの取得・利用に関して、データを研究に利用することが国民の健康の維持・増進に寄与することについて、丁寧かつ明確な説明を義務付けるとともに、当該データの利活用に向けた同意取得の枠組み作りを進めるべき

【企業・保険者に対して】

- ✓ 行政やアカデミアと連携し、ストレスチェック制度のデータ等を活用し、認知行動療法の考え方に基づいた支援プログラムが、労働者の健康増進への程度寄与するかの効果検証に積極的に協力すべき

【学校等の教育機関に対して】

- ✓ 行政やアカデミアと連携し、現在教育領域で取り組まれているメンタルヘルス・ウェルビーイング向上のためのプログラムを整理し、特に認知行動療法の考え方をういているものについては、その効果検証に積極的に協力すべき
- ✓ エビデンスに基づくメンタルヘルスケアを実施するために、アカデミアと連携し、現場の教員が従来取り組んでいる声かけ等の児童・生徒指導の「経験知」をエビデンス化していく取り組みを推進すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 行政、医療機関、民間企業、保険者、教育機関、保健所等と連携し、認知行動療法の考え方に基づいた支援プログラムが、メンタルヘルス・ウェルビーイングの向上や健康増進への程度寄与するかの効果検証を推進すべき

(2) 政策指針

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

● メンタルヘルスの包括的な支援に向けた政策指針の必要性

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けては、メンタルヘルスの包括的な政策指針を策定し、その中で幅広く認知行動療法の位置づけを示すことが必要と考える。

メンタルヘルス政策は世界的に進展を見せ、WHO が定めるメンタルヘルスアクションプラン（2013-2020 年）等を通して、国際連携や国際比較のなかで、好事例の共有等が進展してきた。日本においても、2004 年に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念が掲げられ、その実現に向けた施策が推進されてきた。また 2013 年からの第 6 次医療計画においては、重点疾病のひとつとして位置づけられ、精神障害に罹患した人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が進みつつある。今後のメンタルヘルス政策を考えるにあたっては、精神疾患に罹患しているか・いないかのどちらかではなく、症状の程度という連続的な見方を持ち、さらにはメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上という視点が必要となる。さらに、幼児期から成人期へのライフステージ縦断的なアプローチを推進するには、それを見通した包括的な政策が必要となる。

こうした症状の程度、そしてライフステージ縦断的な取り組みを進めるためには、より大きな枠組みでメンタルヘルスを捉える包括的な政策指針が必要となる。そのための子どもから青年、大人への医療サービスのトランジションに関する政策は異なる部署間、さらには厚生労働省のみならず経済産業省や文部科学省をはじめとした関係省庁が情報を共有して横断的な情報統合が必要になる。また近年、人々のメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上や健康増進に寄与するデジタルテクノロジーを開発するアカデミアや民間企業も増えており、こうしたステークホルダーとの情報共有・意見交換も欠かせない。また何より、政策指針が患者・当事者にとってより良い暮らしにつながるよう、検討においては初期段階から患者・当事者と共に検討することが不可欠である。

政策指針においては、認知行動療法について、予防～診断～治療～予後に至るまでの段階、介入の必要度に応じた各実施主体の役割整理、必要な提供施設数、人材養成数についての目標、各実施主体間の連携体制といった観点も含め策定されることが望ましい。

また政策指針の策定にあたっては、WHO のメンタルヘルスサービスの最適な組み合わせのためのピラミッド「WHO service organization pyramid for an optimal mix services for mental health」や、英国 NHS（National Health Service）が 2008 年より実施しているエビデンスに基づく心理療法へのアクセス改善を進めるプログラム「IAPT（Improving Access to Psychological Therapies）」が参考となる。その他にも、最先端の研究に取り組む学会・研究機関や、認知行動療法の第一人者と呼ばれるアカデミアからの知見や情報も積極的に取り入れるべきである。

【行政（国）に対して】

- ✓ 政策指針の策定にあたっては厚生労働省のみならず経済産業省や文部科学省をはじめとした関係省庁が横断的に議論し、患者・当事者視点を踏まえて検討すべき
- ✓ 検討過程においては、本人や家族等の当事者、各領域のアカデミア、医療機関や福祉事業所、民間企業といったマルチステークホルダーが参集し、フラットに議論を行う場を設けるべき

● 地域における認知行動療法の活用に向けた多様な施策の必要性

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」では、地域のレベルでより包括的な体制づくりに向けた議論が進められている。認知行動療法については、精神保健医療福祉施策において包括的にその普及方法が検討されるべきである。

さらには、従来の医療モデルの枠にとどまらず、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方に基づき、精神疾患の予防に資する取り組みや地域住民への普及啓発等も一体的に実施することが求められる。そうした中、令和3年度より始まる心のサポーター養成事業では、各人がベーシックなスキルとして認知行動療法の考え方に基づいた支援、自己対処法を理解することも期待されており、こうした取り組みの推進は重要である。

➤ 入院医療・地域移行支援・精神科訪問看護等における活用促進施策

外来診療における認知行動療法のみならず、入院患者を対象とした認知行動療法の実施や、地域移行支援、精神科訪問看護等での認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実施、普及が必要である。一方で、各場面における認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の効果については、十分にエビデンスが確立されていないとの意見もあり、今後の活用促進と合わせて、エビデンスの蓄積が期待される。

また入院患者が地域生活に移行する際等、環境が変わるタイミングで認知行動療法の提供者同士のコミュニケーションの仕組みを構築することで、患者にとって最適な支援環境を継続することが期待できる。

➤ 集団やデジタルテクノロジーの活用も含めたセルフヘルプ等強度を下げた実施形式によるプログラムの提供促進施策

人々のメンタルヘルス・ウェルビーイングの向上や健康増進にあたっては、専門家による強度の高い介入のみならず、集団やデジタルテクノロジーの活用も含めたセルフヘルプ等を推進し、効果を維持しながらも、より多くの人へアプローチできるプログラムの提供も重要である。

集団認知行動療法は、支援者が複数の人へ認知行動療法的な介入ができ、効率性や費用対効果に優れるとされている。また参加者同士の相互支援関係の構築による効果が期待でき、すでに保健、医療、福祉、産業保健、司法領域等、様々な場面で活用されている。今後、地域レベルで利用者がよりアクセスしやすい、集団やデジタルテクノロジーの活用も

含めたセルフヘルプ等強度を下げた実施形式による認知行動療法のプログラム施策の充実が求められる。また合わせて、より質の高いエビデンスの蓄積も重要である。

また米国では積極的に活用されているとされるピアサポートによる患者本人とその家族・ケアラーを対象としたオンラインサポートコミュニティの構築も、集団に対するテクノロジーの活用方策として有用と考えられる。

➤ 多種多様な支援機関における支援プログラムの提供促進施策

人々のメンタルヘルス・ウェルビーイングを支える支援機関は、精神保健福祉センターや支援 NPO をはじめ多種多様に存在する。それらの組織において、認知行動療法の考え方に基づいた支援プログラムが提供されることで、多くの人アクセスできるようになる。一方、マンパワーや資金不足に加え、一部の地域においては認知行動療法の活用可能性が十分に理解されていないとの指摘もある。今後は、疾患別や就労・就学等の目的別、自殺や引きこもり、さらには災害メンタルヘルスに関わる課題等の社会課題の解決に焦点を当てた個別プログラムの設計・パッケージ化により、普及につながると考えられる。すでに薬物依存症治療プログラム SMARPP が全国の精神保健福祉センター等で普及が進んでいるほか、地方自治体や NPO 等が設置している自殺予防ホットラインにおいても活用が期待できる。

「疾患治療としての認知行動療法」に関する提言

● 重症度・複雑性や必要性に応じた診療報酬点数の傾斜設定の必要性

本事業における現状把握では、現状の認知行動療法の保険診療点数では採算が取れない医療機関が多く、普及の障壁となっている状況が窺えた。一方で、依然として日本の医療給付費は増加傾向にあり全体最適化の観点や、その他の精神科専門療法を含めた精神医療における認知行動療法の位置づけを考慮し、解決策として単に診療報酬を引き上げることについては現実的ではないとする意見も多く挙がった。

本事業を通じて得られた打ち手の選択肢は以下の通り

➤ 重症度や複雑性に応じた傾斜設定

症状の程度といった重症度や疾患の重複等の複雑性によって、臨床現場ではより慎重かつ丁寧な対応をするため、通常より時間をかけたり、多職種による対応が求められたりするケースがある。そうしたケースについては、より現場で対応しやすくするために個別の加算体制を整備してはどうか。

➤ 必要性を踏まえた傾斜設定

何らかの理由で薬物療法が難しいと考えられる者（子どもや妊婦、薬物抵抗性の症状がある等）に対する認知行動療法の点数を高く設定してはどうか。特に子どもの医療は採算が合わず、精神療法の導入が難しい。

➤ 治療トータルで点数増加となるようなパッケージ化

症状に合わせ、認知行動療法と薬物療法の組み合わせをパッケージとして算定するのはどうか。

いずれの打ち手案についても、国民の負担、医療の質、アクセス、財源等を多面的な視点で議論し、検討がなされる必要がある。

【行政（国）に対して】

- ✓ アカデミアや臨床で認知行動療法を実施する専門家等とコミュニケーションを図りながら、現状のエビデンスを整理し、「認知療法・認知行動療法」の診療報酬の点数について、重症度・複雑性や必要性に応じた傾斜設定等、関係部局と検討を進めるべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 医療機関と連携し、患者特性や強度に応じた認知行動療法に関するエビデンスを構築すべき
- ✓ 患者・当事者団体や医療機関等と連携し、認知行動療法の社会的、経済的必要性を訴求すべき

● 看護師が認知行動療法により参画しやすい体制を構築する必要性

看護師による認知行動療法は、2016年に診療報酬算定が認められ、その要件についても2018年の診療報酬改定で見直しを実施されたが、依然として提供の拡大にはつながっていないのが現状である。その要因の1つとして外来勤務かつ常勤の看護師のみに算定が認められていることが指摘されている。今後は、外来勤務／病棟勤務、あるいは常勤／非常勤に関わらず、認知行動療法を実施する上で必要なスキルを持つ看護師であれば、認知行動療法を提供できるよう、診療報酬の算定要件緩和をはじめ、より参画しやすい体制構築が必要である。海外の有識者からも、看護師は医師よりも患者と接する時間が長く、より総合的に患者を診ることができるとの指摘も挙がった。

その他、医師の面接（通院・在宅精神療法に係る面接等、認知療法・認知行動療法に係る面接以外の医師が行う面接も含む）に120回以上同席することや、10症例120回以上の認知行動療法の手法を取り入れた面接の実施、またその内容のうち4症例60回以上専任の医師又は研修の講師による指導を受けることが要件とされている。しかし現状として、外来の常勤として勤務し、これらの条件を満たすことは難しいとの声もある。

加えて、要件とされる「研修の修了」についても機会の拡充が望まれる。算定要件上の「適切な研修」としては、厚生労働省認知行動療法研修事業が実施する研修（年に4回程度の開催）に限らず、関係学会、医療関係団体等が主催し、厚生労働省認知行動療法研修事業においてスーパーバイザーを経験した者が講師に含まれている研修についても認められている。看護師がより参画しやすい体制の構築にあたっては、看護関連学会等が認知行動療法に関する研修を継続的に実施しそれらの受講をもって認知療法・認知行動療法の算定要件として認定される看護師を増やすことも必要な方策と考えられる。

要件の見直しや拡充にあたっては、現在認知行動療法を提供している看護師の勤務形態や経験年数、研修の受講回数等による認知行動療法の効果への影響に関するエビデンスや、要件が緩和されることでどの程度の供給拡大につながるのかといったデータが示されることが望ましい。

【行政（国）に対して】

- ✓ アカデミアや臨床で認知行動療法を実施する専門家とコミュニケーションを図りながら、現状のエビデンスを整理し、看護師が認知行動療法により参画できるような諸制度の改革や構築に向けた検討を進めるべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 行政の関係部局とコミュニケーションを図りながら、今後求められるエビデンスやデータについて検討し、関係学会が連携し、調査研究を進めるべき
- ✓ 各学会・関連団体において、看護師を対象とした認知行動療法研修を継続して実施できるよう体制を構築すべき

● 医師から公認心理師等の多様な専門職へのタスクシフティング・タスクシェアリングに向けた論点整理の必要性

2021年3月現在、医師、看護師を除くその他の専門職が実施する認知行動療法については、診療報酬の対象外となっている。しかし臨床現場では、心理職（公認心理師及び臨床心理士、以下心理職）をはじめとした専門職が認知行動療法を実施しているケースも多く、実態と診療報酬の算定要件に乖離があるとの声も多い。認知行動療法の普及にあたっては、医師、看護師のみならず公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士等の専門職が実施する認知行動療法の診療報酬算定を認める等、タスクシフティング・タスクシェアリングに向けた論点整理を進める必要がある。

中でも公認心理師の更なる活躍に期待する声は多い。一方で、公認心理師の根拠法である公認心理師法では、公認心理師が行うのは「支援行為」とされている。この「支援行為」の定義においては、公認心理師が主体的に行う「疾患治療としての認知行動療法」に対して診療報酬点数を算定できない。そのため、公認心理師が実施する「認知行動療法の考え方に基づいた支援」に対し診療報酬点数を算定できるよう、道筋を早急に考える必要がある。また中長期的には、そもそも公認心理師法の「支援行為」の定義についても議論が必要といえる。

認知行動療法の診療報酬算定対象を拡充する議論においては、質をいかに担保するかも重要な視点である。特に、医師と認知行動療法実施者との連携体制の整備が重要となる。認知行動療法の質ならびに安全性の担保という観点から、医師と認知行動療法実施者との間で共有すべきアセスメント項目（重症度評価及び自殺リスク、虐待や生活困窮といった精神的、社会的に緊急で対応すべき問題の有無等）及び緊急時の連携体制（リスクマネジメント）について、ガイドラインの整備が求められる。

また、本事業でも様々な意見が挙げられている心理職に関する新たな資格や認定制度の創設については、医療職、心理職それぞれに多様な意見があり、公認心理師創設に約10年を要した背景も踏まえ、丁寧な議論と検討が必要である。また、資格や認定制度の整備に加え、一定の研修を受けた公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士等の専門職が、特定の疾患や症状に対して行う認知行動療法について、疾患ごとに診療報酬を算定するのが現実的ではないかとの意見もある。以上の背景を踏まえ、検討の過程においては、心理領域、医療領域における多様なステークホルダーが参集し、フラットに議論を行う場を設け、論点の十分な整理と患者・当事者のニーズを踏まえた判断が必要である。

【行政（国）に対して】

- ✓ 公認心理師等の多様な専門職が実施する認知行動療法に対して診療報酬を算定できるようにするために、精神医療関連学会、精神科病院関連団体、精神科看護に係る団体、精神保健福祉士に関係する団体の他、心理学関連学会、保険者、患者・当事者、一般市民等を含めた議論の場を設けるべき
- ✓ 認知行動療法の治療者要件を拡大する場合、医師と認知行動療法実施者との間で共有すべきアセスメント項目及び緊急時の連携体制の在り方について検討すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 公認心理師等の多様な専門職が認知行動療法を実施することについて、臨床場面に即したエビデンスを構築し、行政や職能団体と連携し、必要なガイドラインや医師との連携体制について検討すべき

「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に関する提言

● 各領域における普及の促進に向けたインセンティブ設計の必要性

➤ 地域保健や福祉領域における加算算定のための研修プログラムに認知行動療法の考え方に基づいた支援方法を含める

地域保健や福祉領域では、定められた研修を修了し、専門的な知識及び支援技術を持つ相談支援専門員が実施する計画相談支援に対して精神障害者支援体制加算を設ける等、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを充実させるための相談支援体制の整備が進められている。今後はこうした相談支援業務においても認知行動療法の考え方に基づいた支援方法が活用されるよう、効果に関するエビデンスの整理と共に、加算の算定に必要な研修内容に盛り込む等の対応が必要である。

また地域保健や福祉の現場で支援を行う精神保健福祉士や社会福祉士が、日常的に認知行動療法の考え方に基づいた支援方法を活用できるよう、認知行動療法研修への参加を推奨することも重要と言える。

➤ 健康経営優良法人認定制度や保険者インセンティブにおける評価指標への追加

産業領域においては、認知行動療法の考え方に基づいた支援方法のメンタルヘルス不調への予防効果を検証した上で、経済産業省が認定する健康経営優良法人認定制度や厚生労働省が管轄する保険者努力支援制度（保険者インセンティブ）での評価指標において、認知行動療法の考え方に基づいた支援の実施有無を評価することも、認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた取組として検討すべきである。

➤ 学習指導要領で、認知行動療法の考え方に基づいた支援に関する記述の検討

教育領域においては、教育現場における認知行動療法の考え方に基づいた支援の有効性を検証した上で、効果が明確になれば、生徒指導提要のみならず、学習指導要領で認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実施が盛り込まれることが期待される。教職員が授業や普段の教育指導の中で認知行動療法の考え方を取り入れられることが一定程度ルール化されることで、全国あまねく認知行動療法の考え方に基づいた支援を普及させることが期待できる。

(3) 人材育成

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

● 段階的な認知行動療法研修システムの整備の必要性

認知行動療法の研修体制については、段階に応じた研修システムの整備を行うべきである。研修体制を2階建ての構造とし、1階部分はうつ病や不安症への認知行動療法に包含される認知行動療法の基盤スキルに関する基礎研修（これまでの厚生労働省認知行動療法研修事業で取り組まれてきたワークショップ・スーパービジョンによる研修体制）、2階部分にはより専門性の高い対応が求められる疾患や臨床問題に対する認知行動療法の発展研修（例えば統合失調症や依存症に対する認知行動療法等）さらに集団認知行動療法の研修を設定する等、基礎研修受講後に専門性の高い研修を受講する形で運用することで、より効果的・効率的な研修の実施が可能となり、受講者のスキルアップが期待される。認知行動療法の基盤スキル等については、AMED 障害者対策総合研究開発事業における「各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発」等の研究成果を踏まえ、研修体制の再整備が必要である。

特に基盤スキルの習得の観点では、継続的なスーパービジョンの機会確保が重要である。研修体制の整備にあたっては、スーパービジョンの機会が全国あまねく提供されるよう、スーパーバイザーの確保に向けたインセンティブ設計やオンライン等の研修体制の整備等、スーパーバイザー側・スーパーバイジー側双方の負担軽減に向けた対応が求められる。

また研修の実施体制の観点では、双方向のコミュニケーション機会の担保を図る等、研修効果に注意しつつ、オンラインによるセミナーも効果的に活用し、より効率的な実施体制を構築することが求められる。

【行政（国・自治体）に対して】

- ✓ 継続的な研修事業を行うためにエビデンスに基づきスキルの構造化を進め、2階建て構造（基礎研修・発展研修）等段階的な認知行動療法研修体制の構築を推進すべき
- ✓ スーパービジョンの機会創出・均質化に向け、学会や研究機関と連携し、インセンティブの在り方や提供体制に向けた検討を進めるべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 行政と連携し、認知行動療法の基盤スキルの整理を行い、マニュアル等のガイドラインを策定すべき
- ✓ 諸外国の事例や他疾患領域の研修体制を参考としつつ、行政と協力しながら研修体制を整備すべき
- ✓ スーパービジョンの機会創出・均質化に向け、行政と協力しながら、スーパーバイザーの確保や教育機会を積極的に創出すべき

● 継続的なスキルアップや情報提供のためのネットワーク構築の必要性

研修受講後にも、自身のスキルアップや専門性を高め続けることのできる機会、最新情報を得られる地域のネットワーク構築が求められる。研修を受け実践を始めたものの、行き詰まった際に相談できる人や機関がなく、結果として認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援の実施を敬遠してしまう医療者、支援者も多い。特に医療者は、医薬品・医療機器については企業から最新の情報を得られる一方で、認知行動療法については関連学会以外に最新の知見やスキルを定期的に分得るチャンネルが少ないことも、認知行動療法の普及に影響しているとの声も多い。

これまでも、日本精神科病院協会が年に2回の頻度で、病院に勤務する医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士、薬剤師を対象として「認知行動療法研修会」を行っており、こうした取り組みが様々な関係団体・関係機関で広がることが期待される。

また単に研修機会を増やすだけではなく、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援を実施する者同士で継続的に学び合えるネットワークが、精神保健や精神医療の関連学会や地域内で形成されることが望まれる。

【行政（国・地方自治体）に対して】

- ✓ 各地域で認知行動療法研修を継続的に実施し、職種を超えた専門職同士のネットワーク形成を推進すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 行政と連携の上、各地域・領域における認知行動療法研修に対して講師の派遣やオンラインセミナーを含めた研修コンテンツの企画・監修等への協力を積極的に行うべき

【医療提供者に対して】

- ✓ 関係団体が中心となり、医師や看護師等の医療職及び医療機関に対して認知行動療法研修を実施し、医療機関等における認知行動療法への理解の促進、環境整備を引き続き推進すべき

● 認知行動療法の基礎を医師・看護師等のメンタルヘルスに関わる専門職のベーシックスキルとして位置付ける必要性

認知行動療法は様々な精神疾患に対する有効な治療法として一定程度エビデンスが構築されており、医師・看護師をはじめ、精神保健福祉士や社会福祉士、作業療法士や理学療法士等のメンタルヘルスに関わる全ての専門職が身に付けるべき基礎的なスキルといえる。

例えば、医師にとっては、認知行動療法やその考え方に基づくアプローチは他診療科においても有用なスキルであるとの声も多く、基礎的な認知行動療法のスキルについては、より多くの医師が習得できる機会の創出が必要となる。一方、現状の医学部教育、臨床研修、専門研修のカリキュラムでは、精神疾患や精神症状を専門とする医師であっても精神療法に関するスーパ

ービジョンを受ける機会のごく一部の大学、病院に限られており、後期研修医を経ても認知行動療法を含めた精神療法の習得は難しい現状にあるとの意見もある。今後、医学部教育、臨床研修、専門研修の各教育課程における認知行動療法やその考え方に基づくアプローチの位置付けについて、学会等で検討を行い、精神療法に関するスキル向上に向けたカリキュラムの策定が求められる。

また「疾患治療としての認知行動療法」を処方する医師に対する認知行動療法の基本研修の整備や連携体制の構築が必要である。連携体制については、AMED 障害者対策総合研究開発事業における「各精神障害に共通する認知行動療法のアセスメント、基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発」や「認知行動療法の治療最適化ツールと客観的効果判定指標の開発」等の研究成果を踏まえ、整備が必要である。

【行政（国）に対して】

- ✓ 厚生労働省や文部科学省その他関係機関が連携し、医学部教育をはじめとした専門職養成課程において、包括的なメンタルヘルスケアに関する教育を推進し、認知行動療法やその考え方に基づくアプローチについても基礎的なスキルとして習得する機会の創出を行うべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 医師や看護師等が広く習得すべき認知行動療法やその考え方に基づくアプローチのスキルについて、エビデンスも含めた整理を行い、行政と連携してカリキュラム構築を推進すべき
- ✓ 治療者のみならず教育に携わることのできる専門職の養成も推進すべき
- ✓ 認知行動療法の多職種連携のマニュアルや連携ツールを整備すべき

(4) 提供体制

「疾患治療としての認知行動療法」に関する提言

● 他診療科やかかりつけ医との連携体制の構築の必要性

認知行動療法は精神科、心療内科等のみならず、整形外科や歯科、麻酔科等の痛みに関わる治療、小児科におけるメンタルヘルス不調の訴え、がん治療に伴う精神症状、内科診療における不眠や過敏性腸症候群、耳鼻科のめまいや耳鳴りの治療、また高齢者に対する診療場面等様々な診療科での活用が期待されている。

またプライマリケアを担う「かかりつけ医」に対しても認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法についての研修を実施することで、かかりつけ医自身が日々の診療スキルとして活用できる。また専門的な認知行動療法の実施が必要と考えられる場合に適切な医療機関、支援機関を紹介する等の連携体制の構築も期待できる。

【行政（国・地方自治体）に対して】

- ✓ 関係団体と連携し、かかりつけ医による認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法について理解を深める研修の実施を検討すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 認知行動療法を専門としない医師が実際の臨床場面で認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法を効果的に提供する方策について研究を推進すべき

【医療提供者に対して】

- ✓ 職能団体が中心となり、精神科と他診療科との連携体制や多職種間での連携体制の構築を進めるべき

● ICT やアプリケーションを活用した提供体制整備の必要性

認知行動療法をはじめとした精神療法の提供については、サービス・ギャップ（サービス需要は高いのに対して利用率が低い）の存在、提供施設の不足、地域偏在といった課題が指摘されている。こうした課題に対しては、ICT やアプリケーション等を活用し対応することが必要である。こうした提供体制を整備する上では、患者・当事者のニーズを満たし、治療効果が十分に発揮されるよう、丁寧なプロセスによる研究開発が求められる。

ビデオ通話やアプリケーション等を活用した CBT（オンライン CBT）には様々な形式があるが、専門家によるサポートを受けながら行うガイドつきのものと、利用者が一人で取り組むガイドなしのものとの、大きく 2 つに分類できる。いずれの方法にあっても、オンライン CBT は対面で実施されるものに比べ、患者・当事者がアクセスしやすいとされ、コスト面でも、実施者のコスト（施設の家賃等）、被支援者にかかるコスト（交通費、相談費）の双方を抑えやすいといったメリットがある。

また疾患治療としての認知行動療法については、ビデオ会議システム等を使用した面接やインターネット上のセルフヘルププログラムと対面診療を組み合わせたオンライン CBT の活用が考えられる。日本においても一部の精神疾患に対するオンライン CBT の安全性・有効性の検証が進んでおり、今後も諸外国の事例も踏まえたエビデンスの構築が求められる。また現在、うつ病治療用の医療機器として「認知行動療法アプリ」の研究開発が進んでいる。今後エビデンスが蓄積され、安全性・有効性が示されれば、医師が治療薬を処方するように治療アプリを処方し、薬物療法や対面での診療等と適宜組み合わせながら治療を行うことも選択肢として考えられる。

提供体制の構築にあたっては、デメリットについても把握し、十分な配慮が必要である。例えば、ビデオ会議システム等を活用したオンライン CBT では、患者・当事者の動きや表情から非言語的情報が得られにくいことやプライバシー管理への懸念等が指摘されており、提供する上ではこうした課題への対処方法の検討が必要である。またアプリケーションの活用では、単にアプリケーションを処方するだけになり、医師のフォローが疎かになるリスクもあるとされる。

ICT やアプリケーションの活用は、提供の効率化を主目的とするのではなく、あくまで上述のような提供上の課題を補完するものであることに留意が必要である。またエビデンスの構築にあたっては、実際にオンライン CBT を利用した当事者がどのように感じ、どのような効果があったか等、患者・当事者視点も求められる。

【行政（国）に対して】

- ✓ 精神医療におけるオンライン CBT の活用について、アカデミアや患者・当事者と連携し、活用の推進に向けた検討を引き続き進めるべき
- ✓ 医師がアプリケーションを処方する仕組みについて、患者・当事者の視点を十分に踏まえ、他領域での活用事例も検証しながら、必要なデータやエビデンスの収集体制について検討すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ オンライン CBT に関するエビデンスの構築を継続するとともに、より患者・当事者視点に基づいた実装研究を推進すべき
- ✓ ICT やアプリケーションを活用した治療について、安全性・有効性に関するエビデンスを構築し、臨床現場での活用の在り方についてガイドライン等を検討すべき

【企業に対して】

- ✓ ICT やアプリケーション等のデジタルテクノロジーの開発にあたっては、アカデミアと連携し、その安全性や有効性を十分に検証するとともに、開発プロセスにおいて初期段階から患者・当事者と連携すべき

「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に関する提言

● 支援者の介入を前提としないセルフケアを促すプログラム開発の必要性

認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及ならびにサービス・ギャップの解消の観点から、支援者の介入を前提としないセルフケアを促すプログラムの開発、普及が重要である。すでに専門家の監修による様々なオンライン CBT ツールが開発されているが、今後のさらなる発展が望まれる。

【行政（国）に対して】

- ✓ 厚生労働省や経済産業省等の関係省庁が連携してプラットフォームを構築し、官民の連携、民間企業・団体ならびに研究機関等のマッチング、関係者のネットワーク形成に役立つ情報共有・情報発信等を推進すべき

【アカデミア（学会・研究機関）・企業に対して】

- ✓ セルフケアのためのオンライン CBT ツールの効果検証に留まらず、患者・当事者と連携して、ユーザビリティの観点も重視した研究開発を進めるべき

【患者・当事者を中心とした市民社会に対して】

- ✓ オンライン CBT の研究開発へ積極的に参画し、適切なフィードバックを行うとともに、研究結果の情報や知見を研究機関や民間企業とともに発信すべき

● 医療との役割分担に向けて、各領域で当事者のリスク・重症度に応じた対応及び実施主体を規定したフローチャートを整理する必要性

項目 2「政策指針」においてメンタルヘルスの包括的な支援に向けた政策指針の必要性について言及したが、包括的なアプローチを進める上では、医療との境界が曖昧になることが懸念される。予防、治療、予後の段階あるいは介入の必要度や強度に応じた各実施主体の役割分担ならびに各実施主体間の連携体制が整備される必要がある。

当事者のリスク・重症度に応じた対応、すなわちどの程度の症状であれば自施設で対応し、どの程度からは専門の医療機関に繋げるべきかという基準を明確にする必要がある。こうした観点から、各領域において当事者のリスク・重症度に応じた対応及び実施主体を規定したフローチャートを策定すべきである。

➤ ハイリスク群特定のための仕組みの導入

精神疾患の発症予防や自殺予防対策の観点から、ハイリスク群の特定は特に重要である。産業保健領域では労働安全衛生法に基づき、2015 年より労働者 50 名以上の事業所でストレスチェックの実施が義務化されている。高ストレス者と認定された場合は、労働者からの申し出に応じて医師の面接が受けられるようになっている。

地域保健・福祉領域においても、産業保健領域で実施されているストレスチェック制度にあたる仕組みを広く整備することが必要と言える。例えば、母子保健領域では、基礎自

治体による産婦健康診査事業において、精神状態を把握するために「エジンバラ産後うつ病自己質問票（EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale）」が活用されている。その他の地域保健・福祉領域においても、専門職が予防的なアプローチで住民と接する機会を活用し、ハイリスク群を早期に特定し、円滑に医療等の適切な支援につなげることが求められる。

教育領域においても同様である。こどもは心身の不調を感じても自ら支援を求めることが難しい。例えば、学校の健康診断においてメンタルヘルスに関する調査を実施し、メンタルヘルス不調のリスクの高いこどもについては、上述のフローチャートに基づき必要な介入を実施するといった予防的アプローチが望まれる。

すでに個々の制度の枠組みの中で取り組まれているが、上述のストレスチェック制度のような統一指標を用いて測定することで、データとしての蓄積が可能となり、より早期の診断・介入に活かすことも期待できる。

【行政（国・地方自治体）に対して】

- ✓ フローチャートの策定にあたっては、政策指針を踏まえ、関連するステークホルダーが参集し、方向性についてフラットに議論を行う場を設けるべき

【アカデミア（学会・研究機関に対して）】

- ✓ こうしたフローチャートにおいて、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法がどのように活用できるかについて、エビデンスも含め、積極的な議論や検討を進めるべき

(5) 患者・当事者視点

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

● 患者・当事者視点の情報発信の必要性

本事業では、患者・当事者の視点として、認知行動療法に関する情報が得られにくいという課題も多く挙げた。実際に体験した人の経験談を知ることや、いざ認知行動療法や認知行動療法の考え方に基づいた支援を受けようと思ってもアクセス先が分からないという課題も多く指摘されている。こうした課題の解決に向けて、患者・当事者視点での情報発信が必要不可欠と言える。また海外の有識者からも、実施者は継続的に患者・当事者視点でのフィードバックを得ることが必要であるといった指摘も挙げた。

また当事者の立場から「療法」という名称が、あくまでも「疾患治療のため」という意識を強く持たせてしまい、診断を受けていない人にとっては自分には関係のないものと認識されてしまうといった意見も挙げられた。一方で、早くから認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に触れることは、自らのメンタルヘルス・ウェルビーイングに大きく寄与することが期待されるため、プログラムの名称を「ストレス対処法」「心を科学する」等、より社会全体にとって親しみやすい名称に変更することも一案といえる。

患者・当事者視点の情報に触れる機会を増やすことは、メンタルヘルスの問題を誰しもが自分事として捉えることにつながる。市民のメンタルヘルスリテラシーを向上させることで、地域や職場や学校といった様々な領域において、人々が相互に支え合う仕組み、そして必要に応じて支援や相談が気軽に行える仕組みが構築されやすくなる。

【行政（国・地方自治体）に対して】

- ✓ メンタルヘルスに関する情報発信の媒体において、認知行動療法に関する患者・当事者の体験を動画等も活用したマルチメディアを通じて掲載する等、患者・当事者視点の情報を発信すべき
- ✓ 自治体ごとに、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援を受けられることができる医療機関や各種施設について、検索機能を備えた情報発信をすべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 各地域、領域における認知行動療法の実施実績に関する調査研究を推進すべき
- ✓ 当事者団体や医療機関、行政、民間企業、保険者等と協働し、認知行動療法の基礎的な情報や認知行動療法の実施機関に関する情報提供を実施すべき

● 患者・当事者が支援を継続的に受けるための体制づくりの必要性

認知行動療法や認知行動療法の考え方に基づいた支援方法は、継続的にプログラムを実施することで高い効果を発揮するため、患者・当事者が継続できるような工夫、仕組みが重要となる。

本事業で得られた打ち手の選択肢は以下の通り

➤ 実施継続率を考慮したインセンティブ設計

実装科学の観点も踏まえ、実施継続率を考慮したインセンティブ設計が必要ではないか。疾患治療としての認知行動療法については、診療報酬の算定において、禁煙治療の例を参考に、認知行動療法の継続率が低い場合には点数を下げる等の方法が考えられる。

➤ 地域において低負担で利用できる支援プログラムの提供

精神保健福祉センターやNPO等の公的な財政支援を受けている地域レベルの支援機関において、無償もしくは低コストでのプログラム提供が拡充されることで、患者・当事者はアクセスしやすくなる。既に述べた通り、地域における認知行動療法の考え方に基づいた支援プログラムを拡充させることは、患者・当事者にとって大きなメリットがあると考えられる。

➤ カウンセリング等のセルフケアに対する所得控除制度を活用した経済的支援

診断を受けていない段階でも、セルフケアとしてカウンセリングルームに通い、認知行動療法や認知行動療法の考え方に基づいた支援を受けやすくすることは重要である。一方で、継続的にカウンセリングを受ける場合にはそのコストが負担となり、中断や頻度を減らすといったことが想定される。

その際、行政や学会等が定める一定の要件を満たしたカウンセリングルームで提供される支援については、医療費控除の枠組みを用いた「セルフメディケーション税制」（特定の医薬品購入額の所得控除制度：健康の維持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組を行う個人が、要指導医薬品及び一般用医薬品のうち、医療用から転用された医薬品をドラッグストア等で購入した際に、その購入費用について所得控除を受けられるもの）と同様の枠組みで、費用負担が軽減される制度を導入するといったことも考えられる。

また対面面談が生じさせる心理的負担、あるいは施設までの移動といった身体的負担にも配慮が必要である。これらに対しては前述したようなオンライン CBT による支援の拡充が求められる。

【行政（国・地方自治体）に対して】

- ✓ 診療報酬算定要件や様々な領域における認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援へのインセンティブ設計について、実施継続率を考慮し検討すべき
- ✓ 各都道府県は地域における精神保健福祉センターやNPO等の支援機関における認知行動療法プログラムの拡充を検討すべき
- ✓ 保険診療やその他公的な補助等の対象でない支援に対しては、セルフメディケーション税制と同様の枠組みを用いて患者・当事者の費用負担を軽減する仕組みの導入を検討すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 認知行動療法へのアクセスならびに継続率を向上させる仕組みを構築するため、実装科学の視点を取り入れた実装研究を推進すべき

【患者・当事者を中心とした市民社会に対して】

- ✓ 認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援の経験やその意義について積極的に発信すべき
- ✓ 行政、民間企業、保険者等と協働し、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に関する情報を発信すべき

(6) 評価・モニタリング

「認知行動療法」及び「認知行動療法の考え方に基づいた支援方法」に共通の提言

● 実施状況と質についてモニタリングする必要性

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けては、まず現時点での程度認知行動療法が実施されているのか、実態を把握する必要がある。また提供されている支援方法についても、その質にどの程度のバラつきがあるのかを把握する必要がある。実施状況（量）と質それぞれの現状と地域差の把握は、政策指針の策定・アップデートにも有益である。

他領域では、心臓血管外科や消化器外科等をはじめた外科領域における NCD（National Clinical Database）等、疾患や領域ごとの大規模な臨床データベースの構築が進んでいる。こうした国内の先行事例を参考しながら、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実施状況と質のモニタリング実施に向けて、基盤となる情報データベースの構築が必要である。特に、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法では、実施する医療機関・支援機関や専門職の多様性が顕著である。データベースの構築にあたっては、同様のデータベースが乱立することで一体的な分析の妨げにならないよう、行政・学会・研究機関をはじめ、ICTやアプリケーションを提供する企業、さらには患者・当事者組織とも連携し、産官学民一体的なデータプラットフォームの構築を進めるべきである。

【行政（国）に対して】

- ✓ アカデミア、医療機関等と連携し、基盤となる情報データベースの構築に向けた研究事業を実施すべき
- ✓ 厚生労働省は他省庁や関係機関とも連携し、医療機関、福祉、産業、教育、地域保健、司法等各領域における認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実施状況を把握する調査事業を実施すべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 各地域、領域における認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の実施実績及びその効果に関するエビデンスを収集、分析する調査研究を推進すべき

● 厚生労働省認知行動療法研修事業の効果検証を継続的に実施する必要性

本事業では、厚生労働省認知行動療法研修事業開始以来、初めてその振り返りが行われた。今後、より効果的な研修事業を構築するにあたっては、研修受講後に受講者の認知行動療法に関する知識がどの程度向上しているか、また認知行動療法を実際に現場で活用できているか等、研修効果の中長期的に調査・分析を行う必要がある。また研修効果の検証にあたっては、研修前後における個人や集団に対する定型的な認知行動療法の実施有無のみならず、通常の外来診療、入院医療、看護ケア、訪問看護、作業療法等の他、様々な領域における心理支援にどの程度研修が活かされているか、より広い視野で検討すべきである。

本事業では厚生労働省認知行動療法研修事業の効果検証を行ったが、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた人材育成を効果的なものとし、質の高い支援を保証するためにも、今後も継続的に認知行動療法研修の効果検証を実施し、PDCA サイクルを回していくことが望まれる。

また研修事業の効果検証に際しては、諸外国で提供されている最先端の知見も積極的に取り入れ、今後の研修体制のアップデートに活かすことが求められる。国際的な学会・研究機関、さらには認知行動療法の第一人者と呼ばれるアカデミアとも連携を図り、日本にとって最適な研修体制の構築が必要である。

【行政（国）に対して】

- ✓ 認知行動療法研修事業の効果検証を実施する事業を継続的に実施し、諸外国の状況も踏まえながら、学会・研究機関と連携し、研修事業のアップデートを進めるべき

【アカデミア（学会・研究機関）に対して】

- ✓ 行政と協働し、厚生労働省認知行動療法研修事業の効果検証を踏まえ、研修体制のアップデートを行うべき
- ✓ 国際的な学会・研究機関、さらには認知行動療法の第一人者と呼ばれるアカデミアとも連携を図り、最新の知見・ネットワークを研修事業に活かすべき

成果の公表計画

本報告書を中心とした本事業の成果は、事業報告書として印刷し、関係者に配布するほか、実施主体である日本医療政策機構の web サイトおよび連携する機関等の web サイト等で公開し、広く社会一般からアクセス可能なものとする。

また今後の当機構のプロジェクトにおいても積極的に活用し、事業終了後も広く社会一般への周知を行う。

おわりに

本事業は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が落ち着きを見せ始めたかに見えた 2020 年 10 月下旬から開始した。しかしながらその後状況は悪化し、本事業におけるヒアリングや専門家会合、また WG における打ち合わせ等は、そのほとんどがオンライン会議システムを活用して開催された。誰もが慣れない日々を過ごす中、また医療従事者として臨床の現場でご活躍の皆様方も多くいらっしゃる中、ワーキンググループメンバーとして、専門家会合の登壇者として、また各種ヒアリング・アンケート調査にご協力いただいた皆様方に改めて御礼を申し上げたい。

本事業の検討過程では、非常に多数かつ多様な関係者にヒアリングやアンケートを通じ、認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法の普及に向けた課題や打ち手を伺うことができた。それぞれのお立場やご経験により、多様な考え方が明らかとなったが、誰もが患者・当事者の QOL の向上に寄与するにはどうあるべきかを、真摯に考えて行動していることに改めて感銘を受けた。

日本医療政策機構（HGPI）も非営利・民間の政策シンクタンクとして「市民主体の医療政策の実現」を掲げ、17 年目を迎えようとしている。私たちの目指すところとして、引き続き中立的なシンクタンクとして、エビデンスに基づく市民主体の医療政策を実現すべく、市民や当事者を含む幅広い国内外のマルチステークホルダーによる議論を喚起し、政策提言やアドボカシー活動に邁進していきたい。

令和 3 年（2021 年）3 月
日本医療政策機構（HGPI）
メンタルヘルス政策プロジェクトチーム

厚生労働省令和 2 年度（2020 年度）障害者総合福祉推進事業

認知行動療法及び認知行動療法の考え方に基づいた支援方法に係る実態把握及び
今後の普及と体制整備に資する検討

報 告 書

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004

東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3
階

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/>

Health and Global Policy Institute (HGPI)

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,

Global Business Hub Tokyo

1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo

100-0004 JAPAN

TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378

Info: info@hgpi.org

Website: <https://www.hgpi.org/en/>

不許複製