

パニック障害の治療法の最適化と治療ガイドラインの策定

パニック障害を主とするストレス関連疾患に関する医療実態の調査

分担研究者	原井 宏明	独立行政法人国立病院機構菊池病院	臨床研究部
研究協力者	William T. O'Donohue	ネバダ大学レノ校	
	増田 暁彦	ネバダ大学レノ校	
	大内 清	ハートフル心療内科	
	橋本 加代	独立行政法人国立病院機構菊池病院	臨床研究部
	岡嶋 美代	独立行政法人国立病院機構菊池病院	臨床研究部
	尾澤 敬一郎	独立行政法人国立病院機構菊池病院	臨床研究部
	野口 由香	名古屋市立大学医学部精神科	

研究要旨

パニック障害などのストレス関連疾患は有病率が高く、“Common mental disorder”(一般によく見られる精神障害)と呼ぶことができる。一般には外来治療が可能な軽症精神障害であるが、有病率が多いこと、慢性に経過すること、身体疾患を含む他の疾患との合併が多く、合併することによって他の疾患の転帰を悪化させ、受診頻度の増加とそれに伴う医療資源の多用につながる事が知られている。

日本でも精神科外来受診患者、精神科クリニックが増加している。増加の大半はこれらの精神障害を理由とした受診者の増加によって説明ができる。一方、これらの疾患に対する治療は多様であり、不適切な治療が行なわれていることもある。

全体の計画に対して、SQIP(Stress related disorder treatment Quality Improvement Program, プライマリメンタルヘルスケアにおけるストレス関連障害のケアの質の改善)と名称をつけた。本年度はストレス関連障害の診療実態を知るために次のような研究、調査、事業を行った。1)メンタルヘルス関連に勤務する医師に対するアンケート調査、2)某心療内科クリニックについて診療状況の実態調査、菊池病院における診療状況調査、を行った。さらに、ネバダ大学医学部にて“統合的行動医学”を実践している、William T. O'Donohue教授を招聘し、今後の計画について議論した。

以上の結果から、ストレス関連疾患についての知識と医学知識を併せ持ち、認知行動療法を行うことのできる心理士を育成し、プライマリケア、プライマリメンタルヘルスケアの現場に配置する“統合的行動医学”の必要性があることが示唆された。

A. 研究目的

1) ストレスを理由とした受診者増加の問題

パニック障害のようなストレス関連障害は有病率の高いこと、日常生活に与える影響の大きいこと、また慢性化することが多いことから、生産性に対する影響・医療費に与える影響は大きい。またパニック障害のような身体症状が前面に現れる

精神疾患をもつ患者は身体疾患を心配するためにあちこちの医療機関を受診し、結果的に無駄な医療費が使われることになることが知られている(Roy-Byrne, Russo, Cowley, & Katon, 2003)。日本では国民医療費が高騰してきている(厚生労働省, 2005)。40代以下の年代層については、外来精神医療を受診する患者が増えている。過

去20年間の精神および行動症の障害に関する通院医療費の増加は顕著である(伊藤弘人2002)。

2) 必要な対処

これらのデータをまとめると、パニック障害のようなストレス関連障害をもつ多数の患者に対する安くて適切な治療が必要とされることになる。言い換えれば、これからの課題は、高度かつ高価な医療技術を開発することではなく、医療技術をどう配分し、その費用をどう負担するかを検討することである。これから必要な医療技術は治療効果が優れているだけでなく、医療費全体や社会が負担するコストを軽減することができるものである必要がある。

この研究は有病率や受診率が高いストレス関連障害に対して治療アウトカムの面でもコストの面でも適切な医療を提供できるようにするためのモデルを提示することを目的とする。従って疾患の重症度以外にも全体を見渡すような医療コストや診断別の受診率などの臨床指標のデータが必要である。必要なデータはなにか、コストとして計算すべきものには何があるかについて同様な目的の研究を探した。米国における試みを見出し、研究者を招聘した。モデルにした米国における試みを紹介する。次に、日本の現状を反映するデータを得るために、代表的な医療機関サンプルを2箇所選び、医療提供者の医療提供行動を調査した。その結果の解析の一部を示す。

B. ストレス関連障害に関するコスト研究

1) “統合的な行動医学”によるコストオフセット

米国ではプライマリケアの段階で適切な行動保健サービスを専門にトレーニングを受けた心理士が提供することによって全体にかかる医療費を

削減することができることが証明されている(O'Donohue, Ferguson, & Cummings, 2002)。この現象をコストオフセットと呼び、どのような場合にこのような費用対効果の優れた医療が提供できるかについて検討が行われている。

医療経済学に関する米国におけるこれまでの研究によると次のようなことが分かっている。

- (1) 精神疾患は精神科専門医に、循環器疾患は循環器専門医に、内分泌代謝性疾患は内分泌専門医に、というような水平分業式の治療提供構造をとると、全体の医療費が増える。
- (2) 一部の患者が多くの医療費を使う傾向がある、具体的には6%の患者が全体の6割の医療費を使う。
- (3) 身体疾患に精神疾患が合併すると医療費を多く使う。
- (4) メタボリックシンドロームのような身体疾患の多くは生活習慣病であり、行動医学のアプローチによって管理することができる、すなわち適切な行動医学のアプローチによって身体的治療の医療費を削減できる。
- (5) 一カ所の医療機関において、医師と行動医学のトレーニングを受けた行動療法士がチームをつくって治療を行なうこと(垂直分業)によって医療費の削減と治療アウトカムの改善、患者満足度の向上、また医師の診療効率の向上をはかることができる。

この最後のような垂直分業の方法を、“統合的な行動医学”(Integrated Behavioral Healthcare)と呼び、米国において注目を受けるようになった。米軍と契約しているマネジドケア会社がこの方法を採用している(O'Donohue 2001)。このような方

法によって、1)患者の満足度が2.9から4.9に向上した(1まったく不満足、5完全に満足の5点リカートスケール)、2)医師の満足度は4.9であった(5が完全満足)、3)うつ病などの症状指標が改善した、3)医療費が20-40%減少した、ことが分かっている。医療費の減少の大半は、とくに救急や予定外の医療機関の利用が減少した結果であった。もともと医療をよく利用する高使用者については医療費の40%削減があった。具合が悪い、すぐに受診しないと大変なことになる、と考えて非計画的に受診する行動が減少し、計画的な受診が生活習慣のひとつとして維持されるようになったといえる。

循環器内科の請求書の30%はパニックの患者に使われているといわれている。これは医師側の行動、よくわからない訴え、なかなか良くならない訴えに遭遇したらとていえず直ぐにできることをする行動と関連している。すなわち、その場でできる診断や検査を総当たり式に行う、という行動である。パニック障害の患者が循環器内科を受診した場合にも同様なことが起こり、結果的に医療費の高騰につながる。内科医としては患者の不安や心配を解消するために行っていることであるが、逆に言えば医師が診断が不明な病態に接したときに感じる自分自身の心配や不安から逃れるために行っている診療行為であるとも言える。

統合的な行動医学によってコストオフセットと患者の満足度と治療成績の向上を実現するためにはこのような医師の行動をコントロールする必要がある。具体的には、1)医療行為のアウトカム(治療成績と患者の満足度)をモニタリングする、2)医師の医療行動をコントロールする、が必要である。後者に関しては、マネジドケア会社では、

ペイ・フォー・パフォーマンスと呼ばれる方法が用いられている。これは、診療成績が優れた医師、治療ガイドラインに沿って医療上の指示を行なう医師に対してボーナスを与え、不良な医師に対しては減給するというものである(植岡 2006)。

2) 日本の現状

一方、こうした研究や試みは日本語論文を検索する限り、日本ではあまり見られていない。日本は認知行動療法のような心理社会的治療の導入、普及が遅れ、世界の潮流から孤立している。このような遅れの原因として、専門技能を持つ人材の不足がある。認知行動療法を実践する主体としては通常は臨床心理士が考えられる。心理士の研修に関して、米国では臨床心理系大学院が約200あり、そのうち約半数が認知行動療法のプログラムを提供している。そして、その数は増え続け、若い教官ほど認知行動療法を専門にするようになっている。一方、日本では、同様な大学院教育プログラムが150程度あるが、教官が認知行動療法を知っているところが約10箇所程度であり、実際の臨床教育もできる場所は1,2箇所しかないことがわかった(神村栄一, 新潟大学 談)。この背景には明治時代から、先端技術そのものの進歩は欧米にゆだね、日本としてはそれらの最先端の医学技術を当たり前のものであり、普及が促進されるようにすればよいとしてきた日本の文化伝統がある。

現代の医療水準はそうした医学先進国からの技術の輸入で解決するレベルを超えている。日本語を話す心理士を海外から輸入することはできず、自前で育成する他にない。育成のためのコストは国民が負担しなくてはならない。医療技術の高度化とそこから生じる医療コストを国民の

間でどのように配分し負担するかという問題に対応していくのが医療保険システムであり、それについての医療経済学的研究が必要である。

医療技術そのものを医療経済学の視点から、積極的に改変していく試みが必要である。このような試みは行政から行われるのが望ましい。一方、行政としては実験的な試みを主体的に行うことは行政の原則に馴染まない。このような試みが実際に行われるようにするためには患者や家族側が積極的にイニシアティブをとることが必要だと考えられる。

平成18年2月6～19日にネバダ大学医学部のWilliam O'Donohue教授を招聘した。O'Donohue教授は健康行動に関わる医療を扱う健康管理機構(HMO)のパイオニアであるカミングズ財団の中心的なスタッフである。健康行動に関わる医療を扱う健康管理機構(HMO)におけるカウンセラーに対するスーパーバイズを行っている。不安障害に関する医療経済に詳しく、関連する論文を多数発表している。今回のわれわれの研究に関してもスーパーバイズを受けた。実際の行動医学の訓練に必要な資料の提供を受け、その一部を日本語に翻訳した。それを別紙資料1として最後に添付する。

C. 研究方法

1) 診療実態アンケート調査

ストレス関連障害診療に関するアンケートを作成した(別紙資料 2)。ストレス関連障害に関する医師や心理士を対象にした講演会を数回実施し、その場所で配布し、結果を集積するようにした。講演会は、2005年10月から岐阜市や熊本市、広島県三原市、広島市などで行った。それぞれの講演会には20～60名の参加があった。

2) 診療実態調査

熊本市内の精神科・心療内科開業Hクリニックを対象に、2004年4月から2005年3月までの新患について、診療内容の調査を行った。面接スタイルについての行動観察を行った。診断、処方について診療記録から調べた。

菊池病院について、2004年4月から2005年3月までのストレス関連障害の新患について診療記録から調査を行った。

D. 研究結果

1) 診療実態アンケート調査

心療内科、一般内科、脳神経外科など25名から回答があった。年間の新患数は55～600人、ストレス関連障害の患者の割合 20～90%であることがわかった。精神科、心療内科と同様に脳神経外科にも同じ割合にてストレス関連障害の受診者がいることが分かった。治療法としてはSSRI、ベンゾジアゼピン、スルピリドの併用が一般的であることが分かった。認知行動療法を使っていると述べる例が3人いたが、実際に行われている内容はわからなかった。特定の疾患や問題に特定の認知行動療法を用いている例はなかった。

2) Hクリニック調査

新患数は1031名であり、18～64歳が840人であった。主病名は、パニック障害が65名、不安障害が95名、抑うつ神経症、うつ病、うつ状態が704名であった。7割が“うつ”関連に診断されていることが分かった。院長によれば“レセプト病名”の意味合いが強い、ということであった。処方については、スルピリドが538名に主剤として処方されていた。他の抗うつ薬が主剤である場合に追加で出ている場合も含めると6割の患者にスルピリドが処方されていた。7割の患者には3種類以

上の向精神薬が処方されていた。

診療スタイルは特定の認知行動療法などを用いるものではなかった。粘り強く患者の訴えを聞き、その内容を聞き返すスタイルであり、クライアント中心療法に分類できるものであった。

院長に上記の結果をフィードバックすると次のような意見が得られた。

- スリピリド少量は開業クリニックにとって必須である。この処方ならば、2回目に患者が来てくれる。スルピリドを処方した患者は飲んだその日から少し良くなったという。初回にSSRI, TCAを出すと2回目は来ない。
- 治療ガイドラインについての希望については、パニックやうつは治せる自信がすでにあるし、患者もすでに病名を良く知っている。一方、これらの患者で、診療が慢性長期化する。治療を終結させる方法を知りたい。
- 診断分類では、強迫性障害、身体表現性障害、慢性うつに困っている。こうした患者を紹介できることを確保しておきたい。
- 個人立のクリニックであり、手間をかけずに効率良く診療したい。

3) 菊池病院調査

新患は569名、18～64歳は249名であった。ストレス関連は144名であった。主病名は、パニック障害が32名、抑うつ神経症、うつ病、うつ状態が95名であった。病名、処方医師ごとの差が著しく、全体の傾向を読み取ることが出来なかった。スルピリドについては、ほぼ全員の患者に処方する医師と、まったく使用しない医師とに別れ

た。

E. 考察と今後の計画

われわれはKatonらが示すように(Katon, Roy-Byrne, Russo, & Cowley, 2002), パニック障害のようなストレス関連障害に対してプライマリケアのその場所で効果的な認知行動療法の治療プログラムを導入することにより、専門医に紹介するような通常治療と比べて医療費を削減することができると考えている。熊本地域において実践できる体制を地域のクリニックや病院と作ることを計画している。具体的には行動医学のトレーニングをした心理士をプライマリケアのクリニックに派遣し、患者の治療へのアドヒアランス、生活習慣の変容などの行動医学的カウンセリング、並存する心の問題のカウンセリングを行うように計画している。

O'Donohue教授らが作成した、プライマリケアでも実行可能な、またプライマリケアでよく遭遇する痛みや身体症状、うつ、不眠などの問題に対する対処マニュアルを翻訳した。今後の研究計画についても継続的なサポートを得られる予定である。

治療は開始と維持だけでなく、終結も重要な課題である。心理社会的治療法の終結の仕方について、O'Donohue教授と検討することを計画している。

ストレス関連障害の特徴はさまざまであるが、患者自身で自分を治療する部分、セルフコントロールする部分があることが共通している。実際に受診する、専門家の援助をもとめる患者の場合は、セルフコントロールできる自信がない、必要と感じても方法が分からない、ことが多い。言い換えれば、セルフコントロールがうまくできないから

受診しにきた、と言える。

このような患者に対応するために、次のような特徴をもったマニュアルや資料を計画している。これらは、ストレス関連障害全体に関する資料と、個別の診断の資料からなっている。

1) 患者用資料

診断スクリーニングチェックリスト, 心理教育資料, 患者に出す宿題, セルフモニタリングシート

2) 医師用資料

面接のガイドライン, 診断ガイドライン, 服薬モニタリングチェックシート

3) カウンセラー用資料

認知行動療法の進行シート, 患者に示すフリップカード

4) アセスメント資料

疾患別に標準的な自記式, 面接による重症度評価があります。また全般的なQOL, 治療に対する患者満足度を評価する。

5) コミュニケーションスキルトレーニングビデオ
面接トレーニングビデオを作成する。

今回協力の得られたクリニックについて今後、前向きな介入研究を行う計画である。H16年度の診療実態と比較し、そのデータがどの程度改善するかを調査する。

F. 倫理面への配慮

この研究は平成 17 年度独立行政法人国立病院機構 菊池病院研究倫理委員会の審査を受け承認されている。

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表

1) 原井宏明 臨床技法別「してはいけないこ

と」認知行動療法 2 つのケーススタディ, 精神科臨床サービス 5,351-356, 2005

2) 原井宏明, 毛利伊吹. 社会不安障害の社会的コストへの影響. 社会不安障害治療のストラテジー. 小山司編 先端医学社, 東京. pp 27-33. 2005

2. 学会発表

1) 原井宏明ら.「OCD の会」(強迫性障害の患者サポートグループ) 他の患者の様子を観察することによって治療成績が改善するか? 第72回熊本精神神経学会, 熊本市. 2005/7

2) Harai, Hiroaki. Health Care Seeking Behaviors of Generalized Anxiety Disorder In Comparison With Other Anxiety; Treatment Implications From Behavioral Perspectives -Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder with problematic use of Anxiolytics; Case series- World Congress of Psychosomatic Medicine, Kobe, Japan. 2005/ 8

3) Harai, Hiroaki. Workshop on “MI for Anxiety”. MINT Forum, Amsterdam, Netherland. 2005/10

4) 原井宏明ら.「OCD の会」(強迫性障害の患者サポートグループ) 他の患者の経過を観察することによって治療成績が改善するか? 日本行動療法学会第31回大会, 広島. 2005/10

5) Harai, Hiroaki. Treatment Outcome of Obsessive Compulsive Disorder in a Japanese Mental Hospital - How does the system of health care provision affect

- empirically proven therapy?- 39th Annual Convention of Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington D.C. USA, 2005/11
- 6) 原井宏明. プライマリケアにおける認知行動療法とうつ. 第 45 回日本心身医学会九州地方会シンポジウムI心身医学におけるうつへの取り組み. 熊本. 2006/2
- 7) 原井宏明, William O'Donohue. 心身医学における認知行動療法の新展開, (1) 医療場面におけるコミュニケーションスキル: 健康行動の変化を起こすための面接, (2) ライフサイクルを通じた統合的行動医学: Biodyne モデル The Biodyne Model of Focused, Intermittent Psychotherapy throughout the Life Cycle. 第 45 回日本心身医学会九州地方会ランチョンセミナー. 熊本. 2006/2
- I. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし
- J. 参考文献
- O'Donohue, W. T., Integrated behavioral healthcare: Positioning mental health practice with medical/surgical practice. (2001). In N. A. Cummings, W. O'Donohue, S. C. Hayes & V. Follette (Eds.) (pp. xvi, 347). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Katon, W. J., Roy-Byrne, P., Russo, J., & Cowley, D. (2002). Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59(12), 1098-1104.
- O'Donohue, W. T., Ferguson, K. E., & Cummings, N. A. (2002). Introduction: Reflections on the medical cost offset effect. In N. A. Cummings, W. T. O'Donohue & K. E. Ferguson (Eds.), *The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you: A report of the First Reno Conference On Medical Cost Offset*. (pp. 11-25). Reno, NV, US: Context Press.
- Roy-Byrne, P. P., Russo, J., Cowley, D. S., & Katon, W. J. (2003). Panic disorder in public sector primary care: clinical characteristics and illness severity compared with "mainstream" primary care panic disorder. *Depress Anxiety*, 17(2), 51-57.
- 厚生労働省. (2005). 厚生労働省病院報告平成 14 年版. 東京.
- 植岡健一. (2006). 米国医療: 3 つの新潮流. *日経メディカル*, 459, 51-57.
- 伊藤弘人. (2002). 精神科医療のストラテジー 東京: 医学書院.

厚生科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
分担研究報告書

別紙 資料1

別紙 資料2

ストレス関連障害に関するアンケートのお願い

独立行政法人国立病院機構 菊池病院 原井宏明

不安やうつを主訴とし、対人関係に対する悩み、身体愁訴やパニック発作、さまざまな心配、恐怖を訴える状態は精神科や心療内科の日常臨床では、ありきたりの疾患です。患者様自ら不安や苦痛を訴え、医療機関に自ら治療を求めにやってくる患者様が毎年増加しています。外来に来られる患者様の診断の構成が一昔前とはすっかり変わりました。このように最近増えてきた症候群をストレス関連障害と呼ぶことにします。

一方、これらの領域の疾患の理解と治療の仕方は近年著しく進歩しました。従来は不安症状には抗不安薬を、うつ症状には抗うつ薬をという考え方が普通でした。現在は抗うつ薬が不安にも有効であることが知られるようになりました。また精神療法についても疾患や症状に特異的な認知行動療法などが有効だと考えられるようになりました。認知行動療法の中では、うつ病に対する認知療法、強迫性障害に対するエクスポージャーと儀式妨害、広場恐怖に対するエクスポージャーなどがよく知られています。

こうした疾患や治療について患者様の側も知識をもち、それらを希望して治療機関を訪れる方があります。また、こうした疾患や症状、治療方法に対する知識が医療関係者にいきわたっていない、あるいは教科書的な知識にとどまり、実際に使えるところまでには至っていない、ということがあるようです。医学研究と実践の間のギャップをどのようにすれば埋めることができるか、は医学研究者にとっての今日的な課題です。

今回の講演は、このようなギャップを埋めるためのものです。今回の講演が地域医療機関の皆様役に役立っているかどうか、また、皆様にとって、ストレス関連障害に対する治療としてどのようなものが求められているのかを調べることにいたしました。

皆様からアンケートによってストレス関連障害についてのご意見をいただきたいと思います。よろしくご協力をお願いします。アンケートは会場にてお書きいただき、そのまま机の上においておかれてください。

調査の結果は、集計ができれば、ご希望の方法で送付させていただきます。2006年4月ごろをめどにしております。

なお、この研究は、厚生労働科学研究費補助金によるこころの健康科学研究事業「パニック障害の治療法の最適化と治療ガイドラインの策定」主任研究者熊野宏昭(東京大学心療内科)の研究費の補助を受けています。

連絡先

独立行政法人国立病院機構 菊池病院臨床研究部

原井宏明

861-1116 熊本県菊池郡合志町大字福原 208

電話 096-248-2111 ファックス 096-248-4559

e-mail hharai@kikuti.hosp.go.jp

ストレス関連障害診療実態アンケート

- 1) お名前 _____ 先生
- 2) 所属医療機関 _____
- 3) アンケート結果の連絡方法についてご希望のものに丸をつけてください。
①電子メール _____ @ _____ ②ファックス() - ③郵便
- 4) 主な診療科 _____ 科
- 5) 一年間に新患の患者はどのくらい診療されますか? _____ 人
- 6) 不安や気分の落ち込み, いらいらを主訴とし, 身体愁訴やパニック発作, ささまざまな心配, 恐怖を訴え, 自分から治療を求めて来院する患者(ストレス関連障害)は, 新患のうちどのくらいの割合ですか? 当てはまるところに印をつけてください。
-----0%-----20-----40-----60-----80-----100%
全くない 全員
- 7) 最初から, 自分の病名を自分で診断して治療を求めてくる方は, 新患のなかでどのくらいの割合ですか?
0%-----20-----40-----60-----80-----100%
全くない 全員
- 8) 上記の患者(ストレス関連障害)のうち入院する患者は一年間でどのくらいですか? _____ 人
上記のような患者様を診療される方にお聞きます。
- 9) 診断や評価についてはどのようにして行われていますか? また, 困難を感じられることはありますか?
- 10) 診断としてはどのような疾患が多いでしょうか。多い順序に書いてください。病名はどのようなものでもかまいません。
1 番 _____ 2 番 _____
3 番 _____ 4 番 _____
その他 _____
- 11) こうしたストレス関連障害には, どのような薬や治療法を主に使われますか?
- 12) こうしたストレス関連障害の患者様に対する診療の密度はどのくらいでしょうか。患者様自身が自分から急にこられる場合も含みます。普通の典型的な患者様を想定してください。
 - a) 診療密度(電話再診も含みます)について当てはまるものに○をしてください。
 - 1) 週に2回以上 2) 週に1回 3) 月に2回 4) 月に1回以下
 - b) 治療期間について当てはまるものに○をしてください。
 - 1) 1ヶ月以下 2) 3ヶ月以下 3) 1年以下 4) 期間を特にさだめず, 継続する

次のページにもお答えください⇒

13) 上記のような患者様をどのような場合に他の医療機関に紹介されますか？

14) 患者様から特定の薬や治療をしてほしい、と要求されることはありますか？

15) パニック障害の研究班(熊野班)では診断や治療、マネジメント全体についてのマニュアル(治療ガイドライン)の作成を検討しています。以下にストレス関連障害としてよく取り上げられる病名をリストにしています。これらの中で、治療ガイドラインが必要である、読みたいと思われる順番に()内に1から数字をつけてください。

パニック障害	順位	()
うつ病, うつ状態		()
適応障害		()
身体表現性障害(疼痛, 体感異常, 心気症など)	()	
社会不安障害, 社会恐怖, 対人恐怖		()
強迫性障害, 強迫神経症		()
自律神経失調症, 心身症		()
不安障害, 不安神経症, 全般性不安障害,	()	
不安抑うつ状態, 不安症		()
抑うつ神経症		()
不眠症		()

上記について、1をつけられたのは、どのような理由からでしょうか？

16) 治療ガイドラインがあるとしたら、どのようなものが必要だと思いますか？

17) ストレス関連疾患に対する認知行動療法についての研修会を企画しています。認知行動療法に関する教育や研修があれば、受けたと思われませんか？また、どのような内容があると良いと思われませんか？

18) その他、何かご意見があれば、お知らせください。

ご協力ありがとうございました