

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. 結論

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

要である。

E. 謝辞

本調査に当たり、米国で clinical psychologist のライセンスを取得した先生、これから米国の clinical psychologist の教育を受けようとする学生の皆さん、日本の医療現場で働く臨床心理士の先生方、愛知県内で SC として勤務している先生方、さらには取材に協力くださいました名古屋大学、藤田保健衛生大学各精神科教室の先生方に貴重な意見を頂きました。ここに深く感謝の意を表し、ますますの発展とご活躍をお祈り申し上げます。

F. 研究発表

F1. 論文発表

なし

F2. 学会発表

1. 吉川愛里、中野有美、認知行動療法教育研究会、大野裕
中学生のレジリエンス、情緒の安定に対する「こころのスキルアップ教育」の有用性、
日本認知療法学会 2014.9.12-14

2. 佐藤潮、中野有美、松本由紀奈、谷雅子、藤田潔 他

CBT 教育入院クリニカルパスにおける集団心理教育の評価

—重症度・慢性度の違いに着目した検討— 第 3 回日本精神病院学会学術大会 2014.10.

3. 中野有美、杉浦真弓、古川壽亮、明智龍男
反復流産患者の精神的苦痛と認知行動療法による精神的健康度の回復
日本女性学会 2014.11.1-2

参考文献

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

看護師の認知行動療法の実施および研修受講状況に関する調査

分担研究者：岡田 佳詠

筑波大学医学医療系

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

研究協力者

大野 裕 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. 研究期間：2015年1月～2月
2. 研究実施施設：全国の精神科医療施設の看護師、1,902名

3. データ収集方法

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

調査内容は、①個人対象および集団での CBT の実施の有無、②CBT のトレーニングや講習の受講の有無、③CBT に関する書籍（専門書）を読んだ経験の有無、④今後のトレーニングや講習の受講希望、⑤CBT の実施希望の有無、⑥個人 CBT を実施していない場合の理由などで、「はい」「いいえ」の 2 件法での回答を求めた。また、対象者の属性として、所属先の所在地、施設の種類、年代についても尋ねた。

4. データ分析方法

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

5. 倫理的配慮

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

C. 研究結果

1. 対象者の概要

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(表 4)。

4. 個人 CBT を実施していない理由

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

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

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

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

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

6. うつ病の CBT のトレーニング・講習の受講希望

「機会があれば CBT のトレーニングや講

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

7. うつ病の CBT の実施希望

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

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

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

D. 考察

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

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

CBT 実施の動機の高さも反映していると考えられる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

い。今後、サンプリングの工夫と対象数を増やすことが課題であろう。

E. 結論

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

(謝辞)

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

引用文献

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

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

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 対象者の所属施設の所在地

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

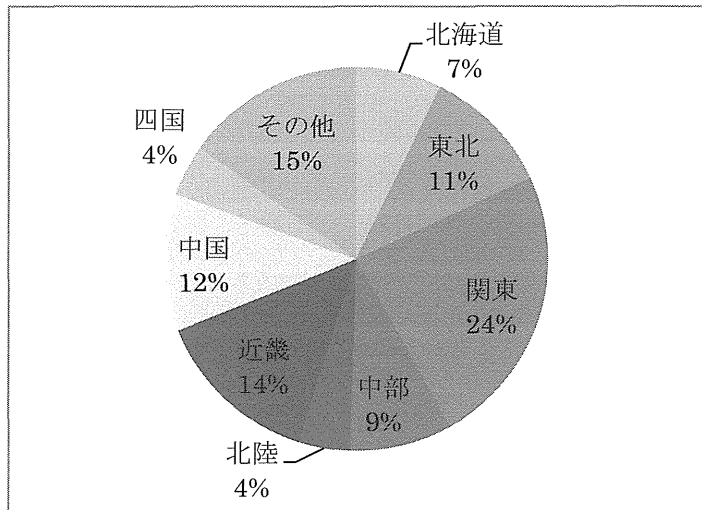


図 1. 対象者の所属施設の所在地

表 2. 対象者の所属施設

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

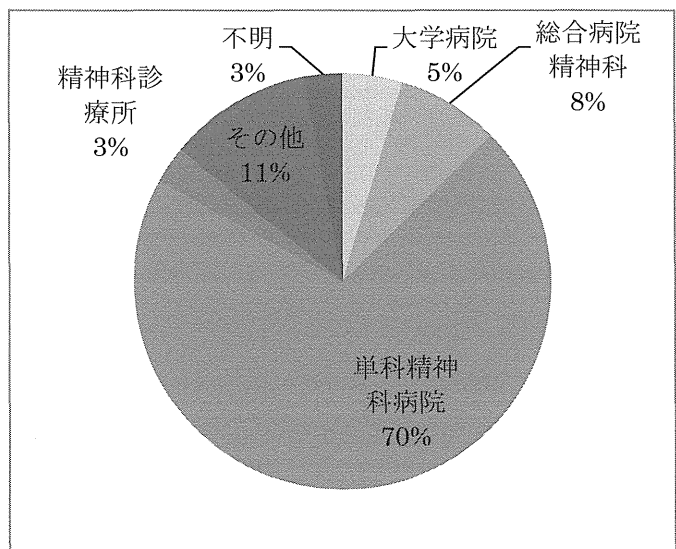


図 2. 対象者の所属施設

表3. 対象者の年代

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

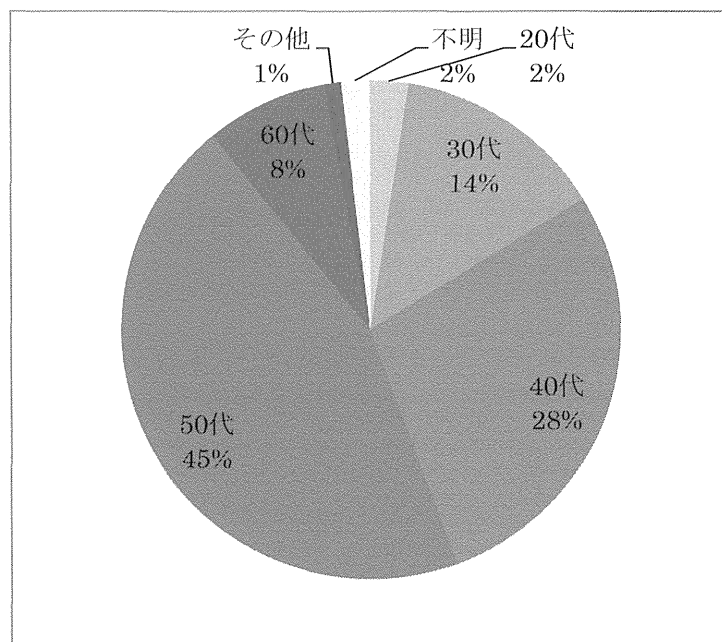


図3. 対象者の年代

表4. 個人 CBT の実施と CBT トレーニング・講習受講経験との関連

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

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

表 5. 個人 CBT の実施と CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連

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

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

表 6. 個人 CBT を実施していない理由

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

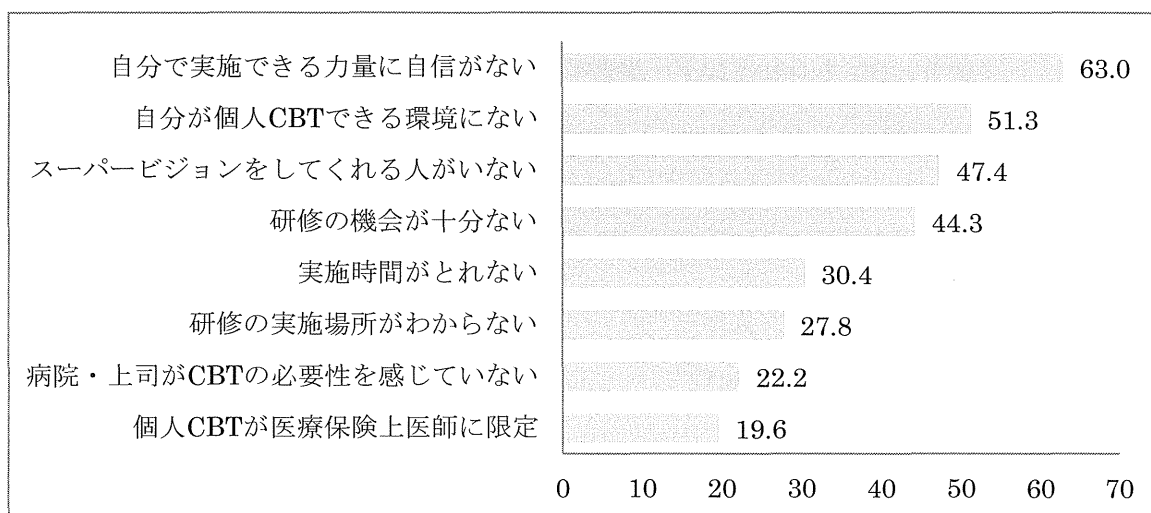


図 4. 個人 CBT を実施していない理由

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

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

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

表 8. 集団 CBT の実施と CBT 関連の書籍を読んだ経験との関連

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

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

表 9. CBT トレーニング・講習受講経験と CBT 実施希望との関連

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

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

資料 1. 「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」

認知行動療法実施状況に関する調査【看護師用】

下記の設問で該当するものに○を付けてご回答ください。

1. 貴施設の所在地をお教えてください

- ①北海道 ②東北 ③関東 ④中部 ⑤北陸 ⑥近畿 ⑦中国 ⑧四国 ⑨九州

2. 貴施設の種類を教えてください

- ①大学病院 ②総合病院精神科 ③単科精神科病院 ④精神科診療所
⑤その他 ()

3. 回答者の年代を教えてください

- ①20代 ②30代 ③40代 ④50代 ⑤60代 ⑥それ以外 ()

4. うつ病の認知行動療法 (CBT) に関する以下の質問にお答えください

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

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

- ① 自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない
② 実施するための時間がとれない
③ 患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない
④ CBT に関する研修の機会が充分にない
⑤ CBT に関する研修がどこで実施されているのかわからない (情報が無い)
⑥ CBT 面接実施時にスーパービジョン (指導) してくれる人がいない
⑦ 個人 CBT の実施が (医療保険上) 医師のみに限定されている
⑧ 病院 (経営陣) や職場の上司が CBT の必要性を感じていない
⑨ その他 ()

～ご協力どうもありがとうございました～

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

分担研究者：田島 美幸

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

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

研究協力者

大野裕 独立行政法人国立精神・神経医療
研究センター認知行動療法センター

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. 調査対象

作業療法士を対象とした調査では、一般社団法人日本作業療法士協会の協力を得て

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

精神保健福祉士を対象とした調査では、公益社団法人日本精神科病院協会の協力を得て実施し、同協会の役員会の決裁を経て、会員医療施設の名簿を入手した。まずは、

会員医療施設の院長宛に調査協力依頼書を送付し、調査に協力してもらえる場合には、同封した調査票を院内の精神保健福祉士の代表者1名に渡して回答してもらおうこととした。

2. 調査項目

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

3. 調査方法

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

4. 解析方法

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

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

1. 作業療法士の調査結果

（1）調査対象者の概要

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

（2）うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験（個人）

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

また、うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験（個人）と他項目の χ^2 検定で有意差が認められたのは、集団療法の実施経験（ $\chi^2=140.75$, $df=1$, $p=0.000$ ）、トレーニングや講習の受講経験（ $\chi^2=94.536$,

df=1, p=0.000)、専門書籍の読書経験 ($\chi^2=55.99$, df=1, p=0.000)、認知療法・認知行動療法の実施希望 ($\chi^2=11.22$, df=1, p=0.000)であった。

(3) うつ病の認知療法・認知行動療法の実施経験 (集団)

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

(4) うつ病の認知療法・認知行動療法に関する学習状況

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

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

(5) うつ病の認知療法・認知行動療法トレーニングに対するニーズ

「機会があれば認知療法・認知行動療法のトレーニングや講習会を受けてみたいですか」という設問に対して、「はい」と回答した人は695名(90.2%)、「いいえ」と回

答した人は66名(8.6%)であった。なお、所属施設所在地別、所属施設種別、年代別は表5、表6、表7の通りである。

(6) うつ病の認知療法・認知行動療法実施に対するニーズ

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

(7) うつ病の認知療法・認知行動療法を実施していない理由

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

2. 精神保健福祉士の調査結果

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

D. 考察

本研究は、本邦における作業療法士および精神保健福祉士の認知療法・認知行動療法施行の現況を調査するために実施した。

作業療法士に対するアンケートでは、回収率が53.1%と高かったことから、本結果は作業療法士の認知療法・認知行動療法の実施状況や学習状況、今後のニーズをある程度、適正に反映していると考えられた。

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

一方、1割以上の作業療法士が「個人療法として認知療法・認知行動療法を実施している」と回答しており、これらの実態が高強度の認知療法・認知行動療法（50分×16回）を指すのか、もしくは、作業療法やデイケア等でのうつ病患者との短時間の面接（例えば、うつ病休職者を対象としたリワークプログラム内で実施する個人面接など）で、部分的に認知療法・認知行動療法の技法を用いた面接を実施したことを指すのかは、本調査の設問からは十分に把握で

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

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

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

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

E. 結論

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

(謝辞)

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

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

1. 作業療法士を対象としたアンケート調査結果

表 1 調査対象者の所属する医療機関の種別

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

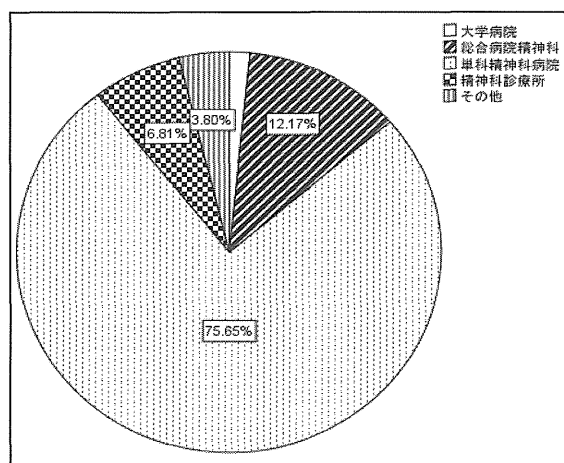


図 1 調査対象者が所属する医療機関の種別

表 2 調査対象者の所属する医療機関の所在地

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

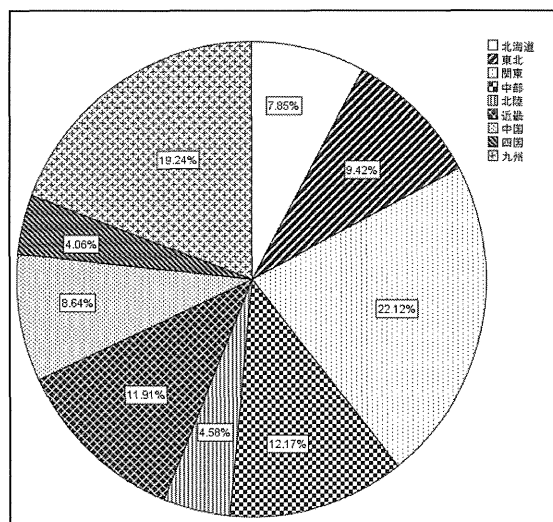


図 2 調査対象者が所属する医療機関の所在地

表 3 調査対象者の年代

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

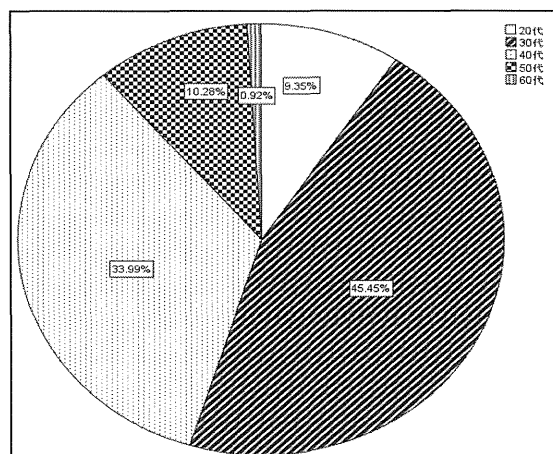


図 3 調査対象者の年代

表 4 認知療法・認知行動療法の実施経験、トレーニング経験

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

8

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

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