

③その他届出を検討した経緯

(届出機関)

- 診療報酬の条件を見ておおよそクリアできそうだった (2 施設)
- ケースが増えていく中で具体的に考えることになった (2 施設)

(未届出機関)

- 訪問診療をしたい医師が自由に動けるようになった
- 不採算でも自由な枠組みで多職種チームをつくってやっているの、ある程度企画された枠組みで試してみたいと思った

診療報酬の条件を満たし、担当可能な看護師が多いため医療機関単独での実施を検討した機関があった。また、24 時間体制を強化しようという考えだが、対象者が少ないため現時点では当直体制の強化で対応し、対象者が増えていく中で制度を利用していくこととし、現時点では届出のみ出している機関があった。

④ (未届出機関) 届出を取りやめた理由

(未届出機関)

- 病院幹部会議で検討、条件を全て満たす対象者がほとんどおらずやめることになった
- 管理料より再入院させない入院時の集中ケアが大事だと判断した
- 医師の体制が変わり体制が取りづらい
- 都道府県でアウトリーチ事業が継続になったのでそちらでよいということになった
- 地域の中にネットワークがあり、入院時に治療、家族支援、心理教育、地域生活のための支援などを行っているので必要性を感じない
- 1800 点で縛りにあわせて訪問するより既存の精神科訪問看護の方がよいという判断

届出を取りやめた理由として、施設要因では、基準を満たす体制が取れない、入院時のケアを優先する、対象患者がほとんどいない、ということがあげられた。また、地域の特性として、すでにあるネットワークを利用できる、すでにある事業を活用する、という理由もみられた。運用方法の制限を理由に届出していないのは 1 施設であった。

(7) 算定ケースの概要

表 3. ケース 1

| | |
|----------|--|
| 診断名 | 統合失調症 |
| 類型 | 入退院を繰り返す者 |
| 算定料導入の経緯 | 医療に対して拒否が強く、服薬中断による症状再燃を繰り返すことで、入退院を繰り返していた。退院にあたり、定期的に通院することは難しいと予想されていた。 |
| 支援導入時 | 主治医による往診を週 1 回、訪問看護を週 4 回のペースで導入し、主に服薬支援を実施した。 |
| 導入後 | 1 か月半ほどは安定して服薬を継続していたものの、次第に訪問しても不在のことが多くなり、規定である週 2 回の訪問ができなくなってしまったため、算定を終了した。 |

表 4. ケース 2

| | |
|----------|---|
| 診断名 | 統合失調症 |
| 類型 | 1 年以上精神病床に入院して退院した者 |
| 算定料導入の経緯 | 1 年以上医療保護入院をしており、しばしば入退院を繰り返している。家族の退職をきっかけとして、もう一回退院できないかという相談を受けたため、退院を目指すことになった。 |
| 支援導入時 | 往診を定期的に月 1 回、訪問看護を週 2 回のペースで導入している。 |

表 5. ケース 3

| | |
|----------|---|
| 診断名 | 双極性障害 |
| 類型 | 入退院を繰り返す者 |
| 算定料導入の経緯 | 生活上のストレスで容易に不眠になり、入退院を頻繁に繰り返したため、2 か月程度状況を確認する必要がある、本算定料による訪問をすることになった。また、退院後早期の段階で集中的に、服薬支援やストレスコントロール、クライシスプランの作成、自身の睡眠時間モニタリング、状態悪化時の対処方法などの心理教育が必要であった。 |
| 支援導入時 | 服薬支援、心理介入・心理教育（ストレスマネジメント、クライシスプランの作成、睡眠に関する行動療法）を週 2 回の訪問で実施。頻繁に訪問されることにやや抵抗があったようだが、生活支援や心理教育などを行っている間は、訪問の効果があつた。 |
| 導入後 | 不安定な時期はあつたものの、次第に状態は安定し、十分な睡眠もとれるようになった。また、クライシス時にも適切な対処行動がとれるようになった。週 1 回の定期訪問で安定生活可能と判断し、算定を終了した。 |

表1に示した通り、本算定料の届出機関であっても、実践例は非常に少ないのが現状である。上記の3ケース(表3~5)に共通する特徴として、1)入退院をこれまで繰り返しており、退院後の生活ストレスに対して上手に対処できない、2)退院時点において、通院が困難であろうことが予想される、3)服薬に対して積極的ではなく、安定して地域生活を続けるためには服薬支援が必要である、が挙げられた。

(8) 要件を緩和した場合の推計

A. 「①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者」の“1年以上”を緩和した場合

H23年6月に全国の精神科病院に入院した患者28,843人のうち、3カ月以上6カ月未満での退院6,924人、6カ月以上1年未満での退院2,757人、1年以上の入院が4,206人である²⁾ことから、仮に①の基準を“6カ月以上”に緩和した場合、該当する対象者数は単純に計算すると月間に2,757人増加すると考えられる。6カ月以上1年未満での退院の2,757人と1年以上入院の4,206人を合計すると6,963人であり、現行の基準である1年以上の入院の4,206人と比較すると、1.66倍の増加となる。

B. 「④障害福祉サービスを利用していない者」を廃した場合

現行の本算定料は、居宅介護・重度訪問介護・自立訓練（訪問による生活訓練に限る）以外の障害福祉サービスを利用していない者を対象としている。平成24年6月に退院した32,006人のうち、グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等に退院した患者が1,768人（5.5%）であり²⁾、外来患者のうち障害福祉サービスとの併用をしている者は10.4%（内訳：就労支援32.8%、グループホーム41.3%、ショートステイ2.1%、その他28.6%）³⁾である。退院後に備え入院中にケースマネジメントが行われるため、退院時点では、外来患者全数に比べ障害福祉サービス利用率が高いことが予想される。

仮に④の基準を廃した場合、該当する対象者数は、少なく見積もっても、月間に3,329人増加すると考えられる。 $(32,006 \text{ (人)} \times 10.4 \text{ (\%)} = 3,328.6 \text{ (人)})$

D. 考察

1. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出状況

2014年4月に新設された「精神科重症患者早期集中支援管理料」について、2014年10月時点で、各地方厚生局への届出機関は6施設のみであった。またそのうち、実際の支援ケースは、2015年1月時点で2施設、計3名の患者についてであった。

しかし、診療報酬改定の結果検証に係る特別調査では、1,300病院対象の施設調査で回答のあった475病院のうち、2014年10月時点で、3.4%（16施設）で本管理料への届出意向があった²⁾。意向はあるが、届出に至っていない医療機関が少なくとも10施設存在する。このような施設が届出できるよう、制度を活用する仕組みを検討し、本インタビュー結果を今後の制度の有効活用につなげる必要があるといえる。

2. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」算定対象となる患者について

今回のインタビューからは①「1年以上精神病床に入院して退院した者」に該当する患者が多く挙がらなかった(表2)。この結果は、今回のインタビュー先に救急・急性期治療を推進している医療機関が多く含まれていたため、①に該当するケースは全国平均(49.2%)よりも救急病棟・急性期治療病棟における割合(4.2%、6%)が反映されたものと考えられる。常勤かつ多職種でチームを構成する必要がある本算定料は、スタッフを多く抱える救急・急性期病棟を持つ医療機関のほうが施設基準を満たす体制を構築しやすいため、対象患者と施設基準のミスマッチが起こっている可能性が考えられる。以上から、対象患者は、比較的短時間で退院する対象も含むことを検討する必要がある。患者要件の「1年以上の精神科病床入院」を「6か月以上」に緩和した場合の対象者の増加率を試算したとこ

ろ、対象者数は月間2,757人の増加(1年以上の入院に限る場合と比較し1.66倍)が見込まれる。

次に、本調査では「障害福祉サービスを利用していない者」に該当するケースはほとんどなかったが、支援の必要性が高い患者の退院時にケースマネジメントをし、障害福祉サービスを導入することは必要不可欠であり、障害者総合支援法による医療と福祉の提供は、地域移行の推進に伴いさらに増加が予想される。そのため本基準があることで、今後算定しにくい管理料になることが予想される。ひと月の退院患者が約32,000人、外来患者のうち障害福祉サービスとの併用をしている者は10.4%³⁾であることから試算すると、本要件が緩和されると、少なくとも月間3,300人程度対象者が増加することが予想される。

今後、本管理料が狙いとする患者層や本算定料の目的を周知するとともに、支援例を蓄積し、対象者が本制度の目的に合致しているのかについても、検証していく必要がある。

3. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の各施設の理解

本制度の報酬点数、算定要件、施設基準、患者要件について、届出機関と未届出機関にインタビューを行い、現状を尋ねた。その結果、報酬点数の改善、患者要件の緩和等、さまざまな要望があげられたが、一方で、本管理料活用のための、基準の解釈がわかりにくい、あるいは誤解しているという状況が認められた。

特に未届出機関において、制度の解釈への疑問が多くあげられた。具体的には、施設要件に関する内容(往診は指定医がするのか、地域の精神科救急医療体制の確保に協力とはどのような役割か、法人内のサテライトクリニックの場合に病院本体が要件を満たせばよいのか)、患者要件に関する内容(障害福祉サービスには何が該当するのか、GAFが常時

40 を超えない対象か、対象に未治療や治療中断が含まれないのか、本人との契約で行うのか、通院困難の判定方法とは)が主であった。また、届出機関のうちで、医師以外の夜間の電話対応が算定できないとらえている機関があったが、医師以外が電話対応をすることもあり、緊急対応体制についても、制度の説明が必要であると考えられる。

未届出機関では、本管理料の対象患者として想定する患者像として、「1年以上入院のGAF40以下の統合失調症患者」か「入退院を頻回に繰り返すGAF40以下の双極性障害の患者」で、「症状等で通院が中断されるもの」かつ「退院時に障害福祉サービスの導入を拒否する者」を挙げていた。インタビューでは、統合失調症患者は支援が整えば数か月間地域で生活可能であり、「入退院を頻回に繰り返す患者」には双極性障害がより当てはまるとの意見がみられた。未実施機関がとらえる対象患者像が、本管理料が狙いとする層と合致しているのかについて検証が必要であり、具体的な説明が必要である。未届出機関は、すべてアウトリーチ推進事業を経験したチームであり、すでに地域で治療を中断しやすい対象等への支援を経験しており、本管理料届出に移行しやすいと考えられるが、推進事業と本制度とのギャップに戸惑い、届出に至っていない施設が複数あった。対象が長期入院または頻回入院の患者に限られてしまうことで、行政から依頼があった未治療ケース等への訪問に活用できないことに不自由さを感じていた。該当チームや関連機関に、本管理料の目的を周知し、有効活用できるよう、制度の説明が必要と考えられた。

4. まとめ 本制度の普及に向けての提言

本管理料届出への意向がある病院は一定数あるものの、届出が6施設にとどまっており、普及のための方策が必要である。本調査で疑問点や誤解が見られたことから、制度をわ

かりやすく説明することがその一助となると考えられる。複数機関で周知されていない要件があり、これらを整理し、Q&Aとして配信することが想定できる。また、本管理料の患者要件についての意見が多く、制度の目的と対象像について、具体的に示していくことが必要といえる。

今後、本制度の普及のために、管理料の利用状況を継続的に評価していくことが必要である。まずは、構造の評価として、届出に至る施設の人員配置、チーム構成の工夫等を把握し、導入のための施設としてのノウハウを蓄積する。つぎに、プロセス評価として、届出機関の実施状況（支援対象者数、支援内容や量、かかわった職種）や、支援対象者の状況（基本属性、社会機能の変化等）、普及率を継続的に把握し、実態をモニタリングし、制度の目的と合致した運用がなされているのか、また普及状況についても検証が必要である。最後に、本支援の結果、患者が何らかの既存のサービスにつながる、地域で滞在できるようになるなど、効果評価が重要となる。本制度が、既存の障害福祉サービスや精神科訪問看護等医療サービスとどのように位置づけられ活用されるのかについて、継続的な調査が必要であると考えられる。

E. 結論

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出機関は全国で6施設のみであり、すべて院内完結型であり、別調査の届出意向施設数に比べ少ないという状況であった。

届出機関、未届出機関とも、病院の経営方針として導入を検討しており、特に医師の協力が得られる場合に届出に至っていた。アウトリーチ推進事業の効果を実感し、届出を検討している施設も複数あった。報酬点数は部門単独では持ち出しになるが、病院全体の経営として考え、届出に至っていた。算定要件では、GAF40以下の対象は多くいるものの、「1年以上入院している者」が少なく、「障害福祉サービスを利用していない者」の該当者がほとんどいなかった。これらの対象要件を緩和した場合を試算すると、各々月間で3,000人前後対象者増が見込まれた。施設要件では、小規模チームでは、24時間365日の対応に限界があるとの意見がみられたが、人員配置の工夫等によって運営されていた。

本インタビューでは、特に未届出機関から、要件の解釈について疑問点が報告された。本制度の普及のためには、具体的な疑問に応じたQ&A等を作成するなどの対策が必要であり、届出状況を継続的に把握する必要がある。また、患者要件について意見が多くみられたが、本制度の目的を周知した上で、目的とした支援対象に必要な支援が提供できるか、制度の評価を継続的に実施することが必要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

<引用・参考文献>

- 1) Kayama M, Kido Y, Setoya N, Tsunoda A, Matsunaga A, Kikkawa T, Fukuda T, Noguchi M, Mishina K, Nishio M, Ito J. (2014). Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project. *BMC psychiatry*, 14(1), 311.
- 2) 精神保健福祉資料 平成24年度6月30日調査の概要, 2014
- 3) 厚生労働省(2015), 適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査 結果概要(速報), 平成26年度診療報酬改定の検証結果に係る特別調査(平成26年度調査), 中央社会保険医療協議会 総会(第293回, 平成27年3月18日) 議事資料

伊藤班ヒアリング インタビューガイド

◎届出をしていない機関に対して

- ①「精神科重症患者早期集中支援管理料」について、貴機関ではどのような議論や検討がありましたか。
- ②「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定要件等について、貴機関における現状を教えてください。また、それぞれの要件に対してご要望やご提案がありましたら教えてください。

◎届出をしている機関に対して

- ①「精神科重症患者早期集中支援管理料」を届出するにあたり、貴機関ではどのような議論や検討がありましたか。
- ②「精神科重症患者早期集中支援管理料」の実施状況（対象者の人数や特徴）、チームの運営体制について教えてください。
- ③「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定要件等について、貴機関における現状を教えてください。また、それぞれの要件に対してご要望やご提案がありましたら教えてください。

ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての 評価に関する研究

研究分担者：○佐藤さやか¹⁾

研究協力者：梅田典子²⁾，富沢明美³⁾

- 1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 2) NPO 法人 NECST 障害者就職サポートセンタービルド
- 3) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院

要旨

本研究はアウトリーチチームの中でも、フィデリティが定められていることから支援内容が比較的統一されている Assertive Community Treatment (ACT)を実施するチームを中心に 1) チームにおける認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy : CBT)のニーズを把握すること、2)CBT のニーズがあった場合、望ましい研究内容を検討する事、3)対照群を設定したデザインによって、アウトリーチチームにおける CBT の効果検討を実施すること、の3点を目的とした。

初年度にあたる今年度は、ACT 全国ネットワーク研修会におけるアンケート調査の分析および分担研究者の臨床実践から、今後アウトリーチ活動において CBT の活用が期待される利用者の症状や問題行動とこれらにスタッフが対応するために必要な研修のあり方について考察した。

この結果、現状ではアウトリーチ支援における CBT の実施が多くないことが明らかとなる一方、今後ニーズのありそうな利用者の症状や問題として「幻聴をはじめとする精神症状の改善」などと並び「不安が中核と問題行動の改善」や「『考え方』の偏りに関する支援」が挙げられ、地域生活支援の場でも CBT のニーズの高ことが示唆された。

研修内容について本研究では地域生活支援の実践者と CBT 支援の経験がある分担研究者が話し合い、8つの支援要素を抽出した上で研修資料を作成した。研修実施後の参加者の評価としては、地域生活支援のニーズに即した内容であったためか「理解度」については高評価であった一方、多くの支援要素で実施や伝達についての自己効力感が理解度に比べて有意に低く「実施や伝達については自信がない」と考えていることが示唆された。来年度以降はアンケートの自由記述欄にもあった内容を絞ってゆっくり教えてほしい、といった感想も踏まえ、研修内容を組み立てる予定である。

A. 研究の背景と目的

平成26年4月の診療報酬改定は精神科における訪問（アウトリーチ）支援にとっては大きな転換点となった。精神科重症患者早期集中支援管理料や精神科訪問看護における精神

科複数回訪問加算の新設など、入院を前提としない精神科医療が理念だけでなく国の制度として具現化されつつある。医療、福祉の領域ともにアウトリーチ活動を行うためのシステム作りが進んでくる中で、次に検討課題と

して挙げられるのはアウトリーチ活動の場でのような支援を実施するのか、またそのためにアウトリーチ活動を行うスタッフにどのようなスキルが求められるのか、という点である。

三品(2009)は、優れた臨床アウトカムを示す英国バーミンガムの ACT チームにグループインタビューを行い、地域生活支援において支援者に必要なスキルについて検討を行っており、認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: 以下 CBT)を実施することの必要性に言及している¹⁾。

Pinninti ら(2010)は ACT チームのスタッフに対して 6 か月 1 クール、合計 3 クールの CBT トレーニングを行った。この結果、CBT テクニックを使った支援数が時間経過とともに増加したことや、チームスタッフがクライアントの持つ問題についての理解、支援に対する自信、介入の質の改善を報告したことを明らかにしている²⁾。同研究グループは強迫性障害と大うつ病の診断をもつ 64 歳男性に対する ACT における CBT を用いた支援についてケースレポートもまとめている³⁾。これによれば心理士とケースネージャーが 2 人 1 組になって心理士は月 1 回の CBT を、またケースマネージャーは週 1 回の CBT のフォローと関連の支援を 18 か月間実施したところ、被支援者は介入開始当初は外出もできない状態だったが、CBT 終結時にはセルフケアと社会的機能が向上していた。心理士とケースマネージャーの役割分担の内容を表 1 に示す。さらに Turkington ら(2006)⁴⁾は 10 日間ほどの CBT の研修とその後の継続的なスーパーバイズを精神保健ナースに対して実施し、アウトリーチ活動における CBT の RCT デザインによる効果検討を行った。この結果、ベースラインから 12 か月後において対照群と比べて介入群のほうが有意に病識や陰性症状を表す得点が改善し、再発率が低く、再発率については 24 か月後の評価でも同様の結果であ

った⁵⁾。

以上の検討から今後我が国のアウトリーチ活動においても CBT の実践が望まれる。しかし、我が国のアウトリーチ活動、特に多職種によるアウトリーチ活動は土台となるシステムが制度化されたばかりであり、認知行動療法についてどのようなニーズがあるか明らかではない。

そこで本研究では、アウトリーチチームの中でも、フィデリティが定められていることから支援内容が比較的統一されている Assertive Community Treatment (ACT) を実施するチームを中心に 1) チームにおける CBT のニーズを把握すること、2) CBT のニーズがあった場合、望ましい研究内容を検討する事、3) 対照群を設定したデザインによって、アウトリーチチームにおける CBT の効果検討を実施すること、の 3 点を目的とする。

B. 方法

今年度は初年度であるため、下記の方法を用いてにチームにおける CBT ニーズの把握を活動の重点に置いた。

分担研究者の同所属のアウトリーチチームスタッフ(1 回)、およびアウトリーチチームと同様に地域において精神障害をもつ人の生活支援、就労支援に従事する地域支援機関スタッフ(全 6 回)とともに CBT に関する勉強会を実施し、心理職を対象としたオフィススペースで実施するための CBT 研修資料について改訂のための意見交換を行った。得られた意見を取り入れた上で研修資料を作成した(資料 1)。

その上で、全国の ACT チームで活動するスタッフが一同に会する第 6 回 ACT 全国ネットワーク研修福岡大会(2014 年 11 月 8-9 日)において「アウトリーチでできる認知行動療法」と題する研修会を実施し、CBT 実施に関する現状や今後の希望、研修の理解度等についてアンケートを実施した(資料 2)。

C. 結果／進捗

研修に参加したものの35名のうち、24名から回答を得た（回答率68%）。回答者の属性を表1に示す。

所属している機関におけるCBTの実施について尋ねたところ、実施4名、未実施18名、不明2名であった。未実施と回答したものにその理由を複数回答可として尋ねたところ、「チーム内に実施できるスタッフがいない」（12名）がもっとも多く、「（自分は関心があるが）チーム全体における関心が薄い」（5名）、「実施できるスタッフはいるが、訪問での利用が難しい」（2名）、との回答があった一方で「ニーズのあるケースが少ない」を選択したものは0名であった。

次に今後CBT支援のニーズがありそうな利用者の症状や行動について複数回答可として尋ねると「不安が中核と問題行動の改善」（16名）、「『考え方』の偏りに関する支援」（13名）、「幻聴をはじめとする精神症状の改善」（10名）などの選択肢を多くの回答者が選択していた。選択した回答者がもっとも少なかったのは「違法薬物やアルコールへの対処」（3名）であった。

最後に研修参加後に、回答者自身の研修の「理解度」、今後回答者自身がアウトリーチ支援の際に研修内容で取り上げたCBT的な技法を実施できそうかを意味する「実施に対する自己効力感」、研修に参加しなかったスタッフへ伝達できそうかを意味する「伝達に対する自己効力感」の3点について回答を求め、支援要素ごとに上記の3項目の間に差があるかどうか検討を行った。

CBTにはさまざまな支援技法が含まれているが⁶⁾、当然のことながら、そのすべてについて研修で触れることは不可能である。そこで今回の研修では、先述のように地域におけるアウトリーチ活動の利用者にとってニーズのありそうな支援についてあらかじめ地域支援者との勉強会で検討を行い、1)「相談

内容の『構造化』、2)「認知再体制化の方法（認知療法シートの使い方）」、3)「オペラント条件づけを利用した行動分析（ABC分析用紙の使い方）」、4)「行動分析に基づいた心理教育」、5)「カードテクニック等をつかった支援目標の設定」、6)「スモールステップの原則に基づいた課題設定」、7)「セルフモニタリング」、8)「行動変容のための『強化』」の8つの支援要素を取り上げた。

これらの支援要素について「理解度」「実施に対する自己効力感」「伝達に対する自己効力感」をそれぞれ1点（まったく理解できない、実施できそうにない）～5点（非常によく理解できた、十分実施できそう）で評価するよう求め、支援要素ごとに3つの項目を独立変数、評価得点を従属変数として、一元配置分散分析を行った。この結果、1)「相談内容の『構造化』」、2)「認知再体制化の方法（認知療法シートの使い方）」、3)「オペラント条件づけを利用した行動分析（ABC分析用紙の使い方）」、5)「カードテクニック等をつかった支援目標の設定」、6)「スモールステップの原則に基づいた課題設定」、の5支援要素で「理解度」と他の2つの項目の間に有意差があった。また4)「行動分析に基づいた心理教育」と8)「行動変容のための『強化』」では「理解度」と「伝達に対する自己効力感」の間に有意差があった。7)「セルフモニタリング」については3つの項目間に有意差はなかった。

D. 考察

本研究の結果から、下記の点が示唆された。

まずACTチームにおけるCBTの実施状況であるが当該の質問に回答のあった22名のうち約82%(18名)が未実施と回答しており、現状ではアウトリーチ支援におけるCBTの実施が多くないことが明らかとなった。ただ、今後ニーズのありそうな利用者の症状や問題では、近年精神保健領域の専門家にACTの支援対象の多くを占める統合失調症に対する

CBTとして良く知られている「幻聴をはじめとする精神症状の改善」だけでなく「不安が中核と問題行動の改善」や『『考え方』の偏りに関する支援」にもニーズがあるとの回答が多かった一方で、「ニーズのあるケースが少ない」を選択したものはおらず地域生活支援の場でも CBT のニーズが強く認識されていることが示唆された。これらの検討から「チーム内に実施できるスタッフがない」ために CBT が実施できない状況を改善するため、定期的な研修が必要と考えられた。

次に研修内容についてであるが、本来であればフィデリティ尺度やプロトコルなど「これを実施すれば CBT」と言える基準に準拠して作成されるべきであるが、現状では支援の対象となる人の疾患や問題行動、また CBT 実践家個人の志向性（認知と行動のいずれを重視するか、等）によって多くの「認知行動療法」が存在しており、多くの専門家が支持する基準は定まっていないと思われる。このため、本研究では地域生活支援の実践者と CBT 支援の経験がある分担研究者が話し合い、8 つの支援要素を抽出した上で研修資料を作成した。これらの支援要素は、近年我が国でも普及しつつある、成人の感情障害や不安障害に対する支援の構成要素を比較すると、行動変容に関する技法が多く含まれていることが特徴と言える。これは、地域生活支援の場では、施設内での支援を比べて「どう考えているか、何を言っているか」が重要であると同時に「何かをできるようになる、もしくは何かをしなくて済むようになる」ことも重視されるためではないかと考えられる。

研修の「理解度」「実施に対する自己効力感」「伝達に対する自己効力感」に関する分析の結果をみると、回答者は「理解はできたが、実施や伝達については自信がない」と考えていることが示唆された。これはアンケートの最後に設けた自由記述欄における「多くの技法について説明されたため、時間がなく咀嚼

できなかった」、「もっと内容を絞ってゆっくり教えてほしい」、「もう一度同じ話が聞きたい」、などの感想とも一致するところである。こうした意見を来年度以降の研修内容に反映させていく予定である。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 佐藤さやか, 吉田光爾, 伊藤順一郎: 訪問型精神科医療の今後の展開. 精神科, 25, 649-653, 2014.
- 2) 佐藤さやか: 地域精神保健・リハビリテーションと生活支援-. 臨床心理学, 15, 49-53, 2015.

2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

文献

- 1) 三品桂子 (2009). 重い精神障害のある人の地域生活支援における援助者の実践スキル 英国バーミンガムの質的調査結果と結果が示唆すること 精神保健福祉, 40, 341-351.
- 2) Pinninti, N.R., Fisher, J., Thompson, K., & Steer, R. (2010). Feasibility and usefulness of training assertive community treatment team in cognitive behavioral therapy. *Community Mental Health Journal*, 46, 337-41.
- 3) Pinninti, N.R., Schmidt, L.T., & Snyder, R.P. (2014). Case manager as therapy extender for cognitive behavior therapy of serious mental illness: a case report. *Community Mental Health Journal*, 50, 422-426.
- 4) Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40.
- 5) Malik N, Kingdon D, Pelton J, et al. Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia (ア) delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 201.
- 6) Freeman, A., Felgoise, S.H., Nezu, C., Nezu, A.M., and Reinecke, M.A. (ed) (2005) *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. New York: Spinger. (内山喜久雄、大野裕、久保木富房他(監訳) (2010) 認知行動療法事典 日本評論社)
- 7) 佐藤さやか (2015). 地域精神保健-リハビリテーションと生活支援-. *臨床心理学*, 15(1), 49-53.

表 1 ACT チームにおける CBT 実践時の心理療法士とケースマネージャーの役割分担

| 介入 | 心理療法士 | ケースマネージャー |
|--------------------|---------------------------------------|---|
| ラポール形成 | 心療療法士自身でも実施 | すでにクライアントとのラポールは形成されている |
| ケースフォーミュレーション | アセスメントとプランニングの実施 | 心理療法士による見立てを踏まえ、その修正を助けるため、自宅でのクライアントの行動を観察し、情報を提供 |
| 心理療法とCBTの概念に関する紹介 | 心理療法士による指導 | クライアントに提供された紙資料をつかった振り返りを含め、心理療法士が(クライアント)に伝えたことを強化 |
| 自動思考/中核的な信念の変容 | 心理療法士による指導 | 当事者が自動思考を同定し、感情を評価することを助ける |
| 服薬に対するアドヒアランスの改善 | アセスメントと服薬に関連する不合理な信念に対する働きかけ | 服薬状況の振り返りと服薬不遵守と観察される行動の変化の関係についての教育を実施 |
| 外出のための系統的脱感作 | クライアントとともに実施する不安階層表の作成と段階的な脱感作 | 現実の環境下での暴露のすべてのステップに一義的な責任を持ち、必要に応じて心理療法士と情報交換を行う |
| セルフケアの改善と儀式的な行動の低減 | セルフケアに関するプランニングの実施 | 毎週計画を振り返り、セルフケア行動を妨げる不合理な信念を同定し変化させることを助ける |
| 余暇活動のためのスキルの促進 | 最近の活動や可能性のリストを振り返り、協働で計画を立てる | 計画を実行し、クライアントが活動に対する障壁に対処することを助け、余暇活動に参加することの後押しを行う |
| 家族の不一致への対処 | 家族のためのセッションをもち、適応的でない家族の反応について話し合いを実施 | 家族を支え、家族や当事者のための資源について情報を提供する |
| 再発予防 | 心理療法士による取り組み | 連携をはかり、心理療法終了後もクライアントと取り組みを続ける |

Pinninti NRら(2014)を改変

表 2 アンケート回答者の属性 (n=24)

| | カテゴリ | 度数 |
|------------------|-------------------|----|
| 性別 | 男性 | 9 |
| | 女性 | 15 |
| 年代 | 20代 | 4 |
| | 30代 | 7 |
| | 40代 | 7 |
| | 50代 | 5 |
| | 60代 | 1 |
| 職種 ¹⁾ | 看護師 | 5 |
| | 精神保健福祉士 | 10 |
| | 作業療法士 | 4 |
| | 臨床心理士 | 1 |
| | 資格無 ²⁾ | 5 |

- 1) 精神保健福祉士と臨床心理士を同時に所持しているもの 1 名をダブルカウント
- 2) 精神保健関係の資格がないものをカウント (秘書検定などは「無」としてカウント)

表3 現在、CBTを実施していない理由

| | |
|-----------------------------|----|
| a チーム内で実施できるスタッフがいない | 12 |
| b 実施できるスタッフはいるが訪問での利用が難しい | 2 |
| c ニーズのあるケースが少ない | 0 |
| d (自分に関心があるが)チーム全体における関心が薄い | 5 |
| e その他 | 3 |

表4 今後 CBT 支援のニーズがありそうな利用者の症状や課題となる行動

| | |
|-------------------------------|----|
| 「考え方」の偏りに関する支援 | 13 |
| 幻聴をはじめとする精神症状の改善 | 10 |
| 服薬や受診行動の促進、意思決定 | 8 |
| 怒りのコントロール | 8 |
| 不安が中核となる問題行動の改善 | 16 |
| (怒りや不安以外の)問題行動の改善(※2) | 6 |
| 周囲の人をうまく付き合うためのスキル習得(個別SSTなど) | 7 |
| 違法薬物やアルコールへの対処 | 3 |

表5 研修参加後の理解度、実施に対する自己効力感、伝達に対する自己効力感

| n=21 | 理解度 | | 支援での実施 に対する 自己効力感 (b) | | チームへの 伝達に対する 自己効力感 (c) | | F値 | | |
|-------------------------------------|------|------|--------------------------------|------|---------------------------------|------|-------|-----|-------|
| | (a) | | | | | | | | |
| | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD | | | |
| 相談内容の「構造化」 ¹⁾ | 4.13 | 0.76 | 3.57 | 0.98 | 3.43 | 1.03 | 8.231 | *** | a>b,c |
| 認知再体制化の方法 (認知療法シートの使い方) | 4.09 | 0.85 | 3.55 | 1.06 | 3.36 | 1.00 | 8.475 | *** | a>b,c |
| オペラント条件づけを利用した行動分析 (ABC分析用紙の使い方) | 4.17 | 0.83 | 3.55 | 1.01 | 3.45 | 1.10 | 9.000 | *** | a>b,c |
| 行動分析に基づいた心理教育 | 3.78 | 1.00 | 3.41 | 1.05 | 3.27 | 1.12 | 5.041 | * | a>c |
| カードテクニック等をつかった支援目標の設定 | 4.17 | 0.83 | 3.55 | 1.06 | 3.55 | 1.06 | 8.072 | *** | a>b,c |
| スモールステップの原則に基づいた課題設定 | 3.83 | 0.89 | 3.41 | 1.01 | 3.32 | 0.99 | 6.424 | *** | a>b,c |
| セルフモニタリング ¹⁾ | 3.78 | 0.90 | 3.36 | 0.95 | 3.38 | 1.02 | 2.577 | | |
| 行動変容のための「強化」 | 3.83 | 0.89 | 3.41 | 1.01 | 3.36 | 1.09 | 3.796 | * | a>c |

1) n=20

⑥-4 ⑥-3における ※1と※2について具体的に教えてください。

※1 : _____

※2 : _____

⑥-5 上記以外で認知行動療法の二ーズのある困りごと、支援内容があれば教えてください。

⑦講義内容に関する理解度、実施や伝達に対するセルフエフィカシー

1（まったく理解できない、実施できそうにない）～5（非常によく理解できた、十分実施できそうだ）の当該の目もりに○をお願いします。

| | 講義の中で理解はできた (理解度) | 今後、支援の中で使って みられそうか | 持ち帰ってチームの他メ ンバーに説明できそうか |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 相談内容の「構造化」 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 認知再体制化の方法 (シートの使い方) | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| オペラント条件づけを利用した行動分析 (ABC分析用紙の使い方) | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 行動分析に基づいた心理 教育 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| カードテクニック等をつ かった支援目標の設定 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| スモールステップの原則 に基づいた課題設定 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| セルフモニタリング | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 行動変容のための「強化」 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |

⑧その他、今回の講義や今後の認知行動療法の研修についてご意見やご要望を教えてください。

アウトリーチでできる認知行動療法

ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価に関する研究

(独)国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会復帰研究部 佐藤さやか

今日お話ししたいこと

- 認知行動療法、その前に…
支援の基本は「聞き上手」!
- 認知行動療法とは?
- 認知行動療法における…
 - ・問題の見立て方
 - ・最初の支援ターゲットは?
 - ・「行動」の理解
 - ・問題解決
- 認知行動療法をアウトリーチ支援に活かす
 - ・関わりのコツ

認知行動療法、その前に…

「聞き上手」になれていますか?

支援には大きく3つの関わり方がある

技術的支援者

食堂の調理師など、食べたいメニューは相手が知っている、その実現のために技術を提供する

CBT

診断的支援者

医師など、状況の把握を本人に委ねて行い、状況に応じた決定も行い、物事の円滑な解決を目指す

協働的支援者

状況の整理や混乱した心情の受け入れなど、本人にとって不都合な状況を協働して整理する。本人が解決へのエネルギーを持つ場合は協働する

ACT

安保雅明:ケアリング哲学に立脚したコンコルダンスの向上, 保健の科学, 58(12):837-843, 2013

— アウトリーチにおける認知行動療法は飛び道具にすぎない

・どんな支援技法も信頼関係ありき? 信頼関係を築くためには?

- ・「この人といると安心できる(自分を脅かしたりしない)」
- ・「この人とお話をできて楽しい」
- ・「この人は私のことをわかってくれている」

⇒「聞き上手」はCBTの大前提!

— 「聞き上手」のためのチェックリスト

- ・相手の目を見て話していますか?
- ・相手のほうに身体を向けて話していますか?
- ・うなずきやあいづちなどをつかっていますか?
- ・相手のペースに合わせて話していますか?
- ・話題にあった表情で話していますか?
- ・相手の話を自分の話のバランスがとれていますか?
- ・沈黙を避けずに、相手が話だすのを待てますか?



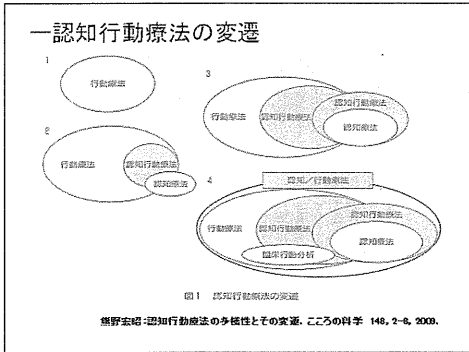
認知行動療法とは?

さまざまな認知行動療法

— 認知行動療法とは?

- ・個人の行動と認知の問題に焦点を当てている
- ・行動, 認知, 感情や情緒, 身体, そして動機づけの問題を扱う
- ・構造化された治療(支援)法である
- ・自己理解に基づく問題解決を志向している
- ・セルフコントロールに向けた学習のプロセスである
(坂野, 1995を改変)

→うつや不安への支援法として普及・定着し、近年は精神病にも援用されるように



一 認知行動療法と関連の深い支援法

| 行動療法 | 認知療法 |
|------------|---|
| 応用行動分析 | Acceptance and Commitment Therapy (ACT) |
| 弁証法的行動療法 | マインドフルネスストレス低減法 / 認知療法 |
| 機能分析的心理学療法 | メタ認知療法 |
| 行動活性化 | |

・「行動」と「認知」、どちらに焦点を当てるかはケースや状態、状況によって異なる
 ⇒問題や困りごとを構造化し「見立てる」ことが重要！

認知行動療法における問題の見たて方

複数ある問題を「構造化」する

一 認知行動療法における問題の見たて方

★支援をうける人の問題を構造化して考える

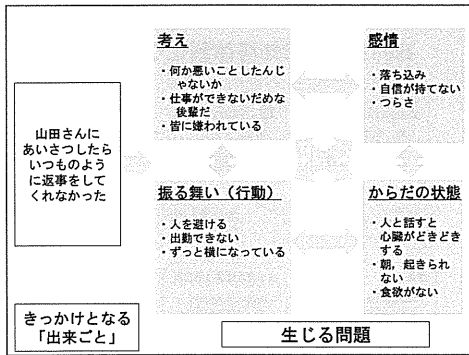
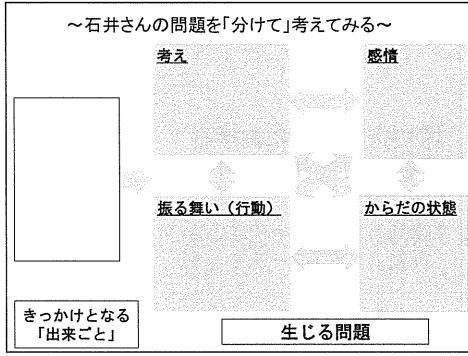
問題を相互に関係している
 「認知」「行動」「感情」「身体」の
 4側面に分けて考える

→利用者自身にとって自分の状況が理解しやすくなる
 →支援者にとって、利用者と状況が共有しやすくなり、支援の方針が立てやすくなる
 ※一定のレベルの臨床家であれば、だれでも実施できる
 ※4側面を個別に考えることで客観的な測定が可能に
 →常に治療効果を検討しながらかかわることができる
 =エビデンスに基づいたかわり

「分けて考える」練習

～うつ病で時短勤務中の石井さんの場合～

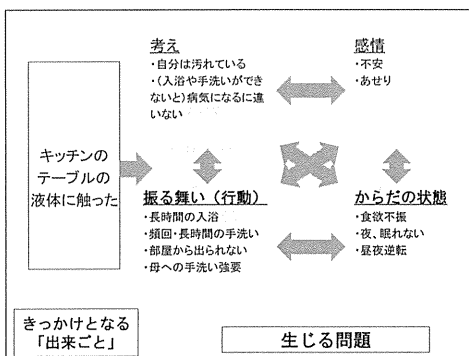
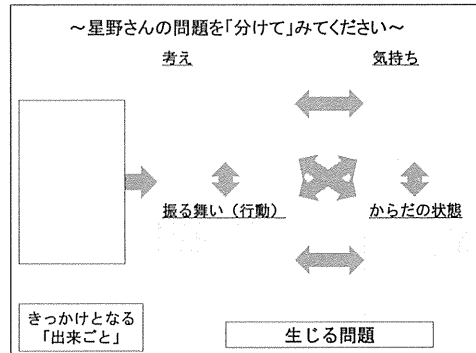
10日ぐらい前の朝、会社について自分の席に荷物を置いたとき、たまたま先輩の山田さんが通りかかったので「おはようございます」とあいさつしたんです。山田さんはいつもお世話になっている方で女性同士で話も合うし、先月も仕事の後にいっしょに食事に行きました。
 山田さんはいつも明るい方で朝も「おはよう！」って返事をしてくれるのに、そのときは難しい顔をしながら「おはよう」だけで足早に部屋を出て行ってしまったんです。
 私、なにか山田さんに悪いことをしたんじゃないかと思って、どきどきしました。それから何か変わるようなことをしたんじゃないかと考え続けていたら、半年前に私が仕事でミスをして、迷惑をかけたことを思い出しました。
 あれ以来、本当は山田さんはずっと私を仕事ができないだめな後輩だ、役立たずだと思っていたんじゃないかと思いました。山田さんは仕事もできるし職場の人気者なので、山田さんが「石井さんはだめね」と言えばみんなそう思うと思います。そう言えば同じ部署の渡辺さんや伊藤さんも私にはあまり仕事を頼んで来ないような気がして、自分のやることに自信がもてなくなりました。
 今は気持ちが落ちこんで、人と話すとき相手と関わっているような感じがして心臓がどきどきするのなるべく話さないようにしています。ごはんもあんまり食べないで、なにを食べてもつまらないです。最近は早起きのおくうで仕事を休みがちになってしまいました。今週は結局1日しか出勤できなくて、ずっと部屋で横になっていました。



演習1

利用者の問題を構造化してみる

「分けて考える」練習
 ～統合失調症で自宅に引きこもっている鈴木さんの場合～
 3か月ぐらい前なんですけど、台所のテーブルに何か液体のようなものがこぼれていて何気なくさわってしまったんです。その時はそれほど気にならなかったのですが、後からもしひかすときさっきの液体は誰かの「つば」ではないか、という気がしてきて、TVでエボラ出血熱のことを見たので、自分が病気に感染してしまうのではないかとすごく不安になりました。
 気になったのですぐに手を洗って、その後にお風呂に入ったのですが、あんまりすっきりしなくて、次の日も起きてからすぐににお風呂に入りました。考えてみるとそれ以来お風呂の時間が長くなっているような気がします。最初は1時間くらいだったんですが、今は3-4時間くらいは入っていますね。お風呂に入れないと「自分は汚れているんじゃないか、病気になるんじゃないか」って考えてしまって、いつもその考えが頭の中にあるような感じがします。お風呂から出た後も1日に10数回、1回30分以上も手を洗うようになりました。トイレの時にたくさんトイレペーパーを使うので1日で7ロールとか使ってしまう。家族に怒られるからやめたんですけどすっきりしないんです。あのと、私だけでなく家族もみんな液体に触ったかもしれないので、今はお母さんにも手を洗ってもらっています。お母さんも大変そうだけど、みんなが病気になると思うとすごくイライラして焦ります。部屋からでるものもなく不安です。
 ここから先はごはんも食べたくないし、夜眠れません。昼夜逆転の生活を送っています。



－「分けて」考える際のポイント

- ◆ 「考え(思考)」と「感情」を区別する
- ・見分けるコツは
「考え(思考)」は文章やせりふ、「感情」は単語
- ・「考え(思考)」の例
「またやっちゃった」「俺ってだめだなあ」
「口口なんだから〇〇するべき」
- ・「感情」の例
「怖い」「不安」「いらいら」「ゆううつ」「おっくう」

認知行動療法における最初の支援ターゲットは？

「認知」にアプローチするか
 「行動」にアプローチするか

－「構造化」した4つの要素に対応する支援法

| | |
|----------|---|
| 考え(思考) | 「認知的再体制化シート」による ・「認知の歪み」の修正 |
| 感情 | ・認知の変化にもなる感情の変化の確認 |
| 振る舞い(行動) | ・セルフモニタリングによる 「自分の行動・状態や環境」の相互作用の理解 ・オペラント条件付け(強化)による行動変容 |
| からだの状態 | 自律訓練法、筋弛緩法、運動療法その他による身体的なリラクゼーションの獲得 |

