

ることがあり、こうした症状の主観的側面の変化を量的に捕らえることを目的として PSYRATS は開発された。

B. 研究方法

まず、10名の精神保健専門家に PSYRATS-J 研修を実施し、その上で PSYRATS-J 面接の準逐語録（属性や個人名を削除／改変した逐語録）4例の PSYRATS-J 評価を行ってもらい、その結果から評価者間信頼性を算出した。

次に、平成26年度に報告した統合失調症の認知行動療法導入プログラムの前後比較試験のデータの2次解析のかたちで、PSYRATS-J と PANSS 下位尺度との相関係数を算出することで、併存的妥当性を検討した。また、PSYRATS-J の幻聴尺度と妄想尺度それぞれの Cronbach's α を求め、尺度としての内的一貫性を確認した。

PANSS 評価は主治医が行い、PSYRATS-J 評価は心理士が実施した。統計解析には、SPSSver21を用いた。

C. 研究結果

PSYRATS-J の評価者間信頼性の評価に参加した精神保健専門家は、職種としては、精神科医2名、臨床心理士8名であり、性別は男性対女性が5:5であった。臨床経験年数の平均は12.60 (SD=6.45) 年であった。評価者間信頼性としての級内相関係数は0.86であった。

尺度の内的一貫性および併存的妥当性の検討に用いたのは、20-65歳の統合失調症患者55名のデータであった。性別は男性対女性が39:16、平均年齢は35.69 (SD=8.68) 歳であった。PSYRATS-J 幻聴スコアの Cronbach's α は0.94、PSYRATS-J 妄想スコアの Cronbach's α は0.87 であった。

PSYRATS-J 幻聴スコアの合計は、PANSS

の「幻覚による行動」と有意な相関を示し (Spearman's ρ 0.55, $p < .001$)、PANSS 陽性症状の合計点とも、有意な相関を示した (Spearman's ρ 0.37, $p < .001$) (表1)。

PSYRATS-J 妄想スコアの合計は、PANSS の妄想スコアと有意な相関を示し (Spearman's ρ 0.38, $p < .001$)、陽性症状の合計点とも有意な相関を示した (Spearman's ρ 0.44, $p < .001$) (表2)。

D. 考察

CBTp の効果測定に関係した先行研究で用いられている PSYRATS-J は、評価者間で十分な高さ ($>.08$) の級内相関係数を示したことから、評価者間信頼性が認められた。

PSYRATS-J の幻聴尺度、妄想尺度の Cronbach's α が共に0.8以上を示したことから、下位尺度には十分な内的一貫性が認められた。

PSYRATS-J の幻聴スコアも妄想スコアも、PANSS の陽性症状スコアを有意な相関を示し、それぞれ該当する下位尺度同士 (PSYRATS-J 幻聴スコアと PANSS の「幻覚による行動」； PSYRATS-J 妄想スコアと PANSS 妄想スコア) が有意な相関を示したことから、PSYRATS-J には併存的妥当性が認められたといえる。

PSYRATS の外国版については、スペイン語版、マレーシア語版、ドイツ語版の信頼性妥当性が検討されており、いずれも内的一貫性と、下位尺度の PANSS ないし Krawiecka scale との併存的妥当性が確認されており、日本版でもほぼ同様の結果となった。

E. 結論

PSYRATS-J は、十分な内的一貫性、評価者間信頼性を示し、精神病測定尺度との併存的妥

当性を示した。今後の本邦における CBT for Psychosis の効果研究において有用なアウトカム尺度の一つになると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 朝波千尋、菊池安希子：精神病症状評価尺度日本語版（The Psychotic Symptom Rating Scales Japanese Version: PSYRATSJ）の信頼性および妥当性の検討.第 11 回日本統合失調症学会，群馬，2015.3.25.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

<参考文献>

- 1) Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. : Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). Psychol Med,29(4),879-889, 1999..
- 2) Wahab S, Zakaria MN, Sidek D, Abdul Rahman AH, Shah SA, Abdul Wahab NA : Evaluation of auditory hallucinations in patients with schizophrenia: A validation study of the Malay version of Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). Psychiatry Res 228(3), 462-467, 2015.
- 3) Kronmüller KT, von Bock A, Grupe S,

Büche L, Gentner NC, Rückl S, Marx J, Joest K, Kaiser S, Vedder H, Mundt

C.:Psychometric evaluation of the Psychotic Symptom Rating Scales. Compr psychiatry 52(1), 102-108, 2011.

- 4) Gonzalez JC, Sanjuán J, Canete C, Echánove MJ, Leal C.: Evaluation of auditory hallucinations:the PSYRATS scale. Actas Esp Psiquiatr 31(1),10-17,2003.

表1. PSYRATS-J幻聴項目とPANSS陽性症状項目との相関係数(N=30)

	PANSS陽性症状項目							
	陽性症状 合計	妄想	概念の統 合障害	幻覚によ る行動	興奮	誇大性	猜疑心	敵意
PSYRATS 幻聴スコア	.374*	.136	.360	.554**	.272	.089	.352	.049
頻度	.458*	.160	.428*	.579**	.352	.144	.432*	.121
持続時間	.396*	.154	.395*	.567**	.323	.095	.263	.245
場所	.395*	.270	.217	.734**	.230	.172	.137	.097
声の大きさ	.302	.136	.286	.449*	.147	.036	.156	.121
声の起源についての信念	.230	.127	.261	.438*	.186	.109	-.012	-.067
否定的声の割合	.313	.125	.187	.541**	.147	.116	.378*	.099
否定内容の程度	.388*	.107	.292	.432*	.414*	.206	.443*	.293
苦痛な声の割合	.312	.093	.306	.507**	.244	.104	.294	.111
苦痛の強さ	.276	.057	.297	.502**	.168	.118	.281	-.017
声による生活の支障	.352	.100	.383*	.482**	.259	.047	.349	.250
声のコントロール可能性	.086	.183	.229	.233	-.102	-.161	.134	-.291

** $p < .001$ * $p < .05$ Spearman's rho

表2 PSYRATS-J妄想項目とPANSS陽性症状項目との相関(N=48)

	PANSS陽性症状項目							
	陽性症状 合計	妄想	概念の統 合障害	幻覚によ る行動	興奮	誇大性	猜疑心	敵意
PSYRATS 妄想スコア	.443**	.379**	.237	.599**	.139	.150	.210	.141
妄想の心的占有度	.222	.125	.161	.382**	.077	-.009	.124	.039
妄想の持続時間	.287*	.197	.192	.422**	.060	-.029	.181	.142
確信度	.273	.259	.202	.373**	.125	-.002	.065	.118
苦痛な妄想の割合	.441**	.374**	.164	.558**	.138	.239	.276	.157
苦痛の強さ	.465**	.423**	.195	.551**	.148	.172	.283	.100
妄想による生活の支障	.287*	.251	.208	.336*	.004	.269	.163	.078

** $p < .001$ * $p < .05$ Spearman's rho

看護師の認知行動療法の実施における課題

研究分担者 岡田 佳詠

筑波大学医学医療系

研究要旨：本研究は、看護師の認知行動療法（以下、CBT）の実施における課題について明らかにすることを目的とした。43名の看護師に対して、2日間の看護師を対象としたCBT教育プログラムの受講後に、フォーカスグループインタビューによりデータ収集し、グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を用いて質的に分析した。その結果、《知識・スキル》面での課題として《知識・スキルの蓄積》《効果をあげる方法》、また《安全性》への配慮も認識していた。CBT実践に向けては看護師自身の《モチベーション》の保持が課題として挙げられたが、CBT《実践の困難感》や《実践への不安》もみられた。そこで、継続的な《研修参加》や《スーパービジョン》を受けること、《仲間を増やす》ことが挙げられたと同時に、医療チーム内で《連携》を図ること、職場でのCBT実践が可能となる《組織体制》の構築に関する課題もあった。看護師のCBT実践のためには、看護師の個人レベルでの努力のみならず、組織レベルでのCBT実践体制の整備が必要であろう。

研究協力者

白石裕子 宮崎大学医学部看護学科

地域・精神看護学講座教授

國方弘子 香川県立保健医療大学保健医療

学部・大学院保健医療学研究科教授

北野進 東京都立松沢病院 医療観察法病

棟看護師長

矢内里英 埼玉県立精神医療センター

精神看護専門看護師

中野真樹子 メンタルヘルスマネーagemen

トオフィス IMS 精神看護専門看護師

A. 研究目的

本研究は、2日間の看護師を対象としたCBT教育プログラム受講後の看護師の認知行動療法（以下、CBT）の実施における課題について、フォーカスグループインタビ

ューでのデータ収集および質的分析により、明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究期間：2013年10月～2015年12月

2. 対象

看護師対象のCBTの教育プログラムに参加を希望する看護師50名をホームページ上で募集した。参加条件は、臨床経験が3年以上、CBTを臨床に活かすという動機があること、教育プログラムすべてに参加可能、研究への同意が得られることとした。

3. 看護師のCBT実践者の養成のための教育プログラム

岡田ら（2011）が厚労省のCBTマニュアルをもとに看護師用に改変して作成した

CBT プロトコルを教育プログラムのベースとした。また、厚労省 CBT 研修事業、国外の CBT のスーパービジョンに関する文献、看護師対象の CBT 研修経験も踏まえ、最終的に教育プログラムを作成した。

1 クールは 4 日間、約 2 ヶ月で構成された。第 1 日目は CBT の講義 (CBT の概要、進め方、アセスメント、認知再構成法、問題解決技法、統合失調症の CBT) と個人演習、第 2 日目は、認知・行動スキルの進め方とデモロールプレイング、グループ演習 (ロールプレイ) を組み合わせて行った。第 3・4 日目は CBT の実践例を用いたスーパーバイザーによるグループスーパービジョン (以下、GSV) を実施した。ディスカッションを通して各事例のアセスメントを深め、ロールプレイを実施し、スキルの確認や修正・補足をした。

教育プログラムの講師・スーパーバイザーは、CBT の実践・研究に数年携わり、学会等での研修経験を持つ、修士以上の学位を有する看護師で、事前に研修を実施し、対象者に効果的なかかわりができる工夫をした。

4. データ収集方法

教育プログラムの第 2 日目終了後に、対象者を 4 名程度のグループに分け、フォーカスグループインタビューを実施した。インタビュアーは、当該グループを担当していない別の研究協力者が担当した。CBT の実践に関する対象者の課題・目標、実践に関する不安、GSV への期待等について約 1 時間のインタビューを行った。

5. データ分析方法

グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を用いた。まず逐語録を作成し、CBT を実施するにあたっての課題や目標、GSV への期待、2 日間の研修の効果等の観点から、コード化、カテゴリー化を行い、類似するカテゴリーと対極するカテゴリーとの比較分析をしながらカテゴリーを精練した。

6. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学「医の倫理委員会」(第 799 号) の承認を得て実施した。対象者に、研究の目的と方法、研究協力は自由意思であること、個人情報保護を徹底すること、学会等での発表時は個人が特定できない処理をすること等を、文書を用いて説明し、文書で同意を得た。

C. 研究結果

1. 対象者の概要

教育プログラムは 4 クール実施し、勤務の都合等で欠席した者を除く 43 名を分析対象とした。1 クールは、6~13 名であった。女性 29 名、男性 14 名で、年代は 20~50 代、看護師経験年数は平均 14.6 年 ($SD=8.7$)、精神科看護経験年数は 7.8 年 ($SD=7.1$) であった。教育プログラム開始前の CBT の研修受講時間の平均は 19.3 時間 ($SD=21$) で、CBT の実践経験は 9 名 (21.4%) があり、そのうち 24 ヶ月の経験が 5 名 (11.9%) であった。最終学歴は、大学以上が 21 名 (50%) であった。

2. 教育プログラム第 2 日目終了時点での CBT 実践における課題

今回、教育プログラムの第 2 日目終了時点、つまり GSV に入る前の基礎的な CBT 研

修を受けた段階での看護師の CBT 実践における課題について、質的な分析結果を提示する。301 コーディング、41 カテゴリーが抽出された。《》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリーを表す。

まず、CBT を実践するために、《知識・スキル》面での課題には〈知識・スキルの蓄積〉〈効果をあげる方法〉、また看護の臨床のなかで〈少しずつ（CBT を）する〉〈できる範囲で（CBT を）する〉などの《CBT 実践のための工夫》も挙げた。実践にあたっては《安全性》への配慮も認識していた。

CBT の実践の基盤となる患者との関係については、〈患者が考えを導き出せるような声かけ〉など、《患者とのコミュニケーション》を工夫し、《患者との関係構築》を図るという課題を持っていた。また、CBT 実施の際に《患者の承諾》を得る必要性も認識していた。

看護師が CBT をどのような場面で実践したいと考えているかについては、まず通常の《看護場面への応用》に関心があり、それ以外には《看護師自身への活用》、がんや糖尿病などの《身体疾患患者への適用》があった。また、CBT 実践の際には、他職種とは異なる《看護職の強みを出す》ことも必要だと考えていた。

また、CBT 実践に向けての看護師自身の心構えとして《モチベーション》を保持することも課題として挙げられた。しかし一方で、CBT を〈実際にするのは難しい〉などの《実践の困難感》、まだ〈不十分な知識・スキル〉しかなく、〈病棟の受け入れ体制〉が整わないなか、〈一人でやらなければならない〉状況に置かれることなどから

《実践への不安》がみられた。

そこで、個人レベルでできることとして継続的に《研修参加》し、《スーパービジョン》を受けることが必要と捉えていた。また、CBT に関心のある《仲間を増やす》ことも挙げられた。

医療チーム内で《連携》を図り、そのなかで看護師が CBT を実践する体制を作るという課題も挙げられた。具体的には、CBT についての積極的な《医師のかかわり》、医師や心理職等の《他職種の承認》、《看護師間での共有》と《同職種の理解》など、CBT 実践に関する《周囲の理解》が必要であること、また CBT 実践に関して《一緒に考えてくれる人の存在》や《支援者の存在》、チーム内での《相談体制》の整備も課題として挙げた。

看護師が CBT を実践するための職場の《組織体制》の構築に関する課題もあった。まずは看護師の CBT 実践について《組織の承認》が得られること、看護師の CBT の《実施体制の整備》としては、実施の《時間の確保》、《マンパワー》の確保が必要であることが挙げられた。そのために、看護師が実施した場合にも《診療報酬での評価》を得られることが必要と考えていた。

D. 考察

今回、看護師対象の 2 日間の基礎的な CBT 研修を受講した後に実施したフォーカスグループインタビューでのデータを、グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を用いて質的に分析し、その結果を示した。

まず対象者の年代や看護師および精神科看護師としての経験年数等からみると、精

神科看護師全体のなかでは中間層に位置づき、比較的学歴は高い者が占めていた。また、以前に別の CBT 研修を受講した経験が平均で 19 時間程度あり、病棟等での実践経験のある者も 20% 近くを占めたことから、今回の対象者は CBT 実践のレディネスがすでにある、あるいは個人で CBT 実践の課題を持った上で、今回の教育プログラムに臨んでいた者の割合が高い傾向があった。

そのような対象者の課題としてまず挙がるのは、CBT 実践の《知識・スキル》に関するもので、それらの蓄積と効果をあげる方法は実践の開始あるいは継続において必須であること、また同時に、安全性の担保が重要課題だとの認識もみられた。これらは、看護師の CBT 実践の質の担保と実践力の向上のためには不可欠で、看護師もその点を十分に認識していることが伺える。また、このような課題が挙がる背景には、看護師の勤務する〈病棟の受け入れ体制〉が不十分で、同僚や医師等の周囲の理解や協力が得にくいなかで〈一人でやらなければならない〉状況に置かれていること、それが CBT《実践の困難感》や《実践への不安》へとつながり、安全性を担保した上での知識・スキルを強く求める傾向にもつながっていると考えられる。

これらを踏まえると、看護師が CBT を安全にかつ効果的に実践するために注目すべきことは、CBT《実践の困難感》や《実践への不安》に適切に対処することで、それは今回の結果でも得られた、看護師の《モチベーション》の保持にもつながると考えられる。このうち、《実践の困難感》には、研修で学んだことを実際に臨床に適用

することの難しさが示されており、研修内容が臨床現場と解離している可能性は否めない。より一層、看護の臨床を意識した題材や課題を盛り込んだ研修内容への修正が求められる。

また、《実践への不安》は〈不十分な知識・スキル〉等の個人レベルに関するものもあれば、〈病棟の受け入れ体制〉などの組織レベルに関するものもあり、両面からの対応が必要と考える。まず、個人レベルに対しては、多くの対象者が《研修参加》や《スーパービジョン》を受けることを挙げているように、看護師が参加できる質の担保された研修を増やすこと、CBT の事例検討会の開催、看護の臨床を踏まえたスーパービジョンの機会を数多く提供することなどが必要と考える。またそのなかで CBT 実践に携わる《仲間を増やす》ことが看護師の《モチベーション》の保持には有効ではないかと推察される。

組織レベルについては、まず看護師個人が医療チームに対してできることに、医師や心理職、同僚や上司等と密にコミュニケーションをとりながら、CBT を実践して効果をフィードバックすることを繰り返し、事例を積み上げることが挙げられる。時間がかかり根気のいることではあるが、徐々に《一緒に考えてくれる人の存在》や《支援者の存在》ができ、職種を超えたチーム内での《相談体制》が整備される可能性がある。

しかし、看護師個人の努力のみで医療チーム全体を変えることには限界がある。そもそも CBT を看護師が単独で提供するのには質の担保という点でも、チーム医療という点でも好ましいとは言えず、チーム全体

で共有し取り組むことで初めて CBT の効果が発揮されると考える。そのためには、CBT に直接携わる、携わらないにかかわらず、チーム全体あるいは組織全体で CBT の基礎的な知識を共有できる研修等の取り組みが必要であろう。特に、看護師長や看護部長、医局長、病院長等の管理職等の CBT 実践に関する《組織の承認》は CBT 実践を促進するチーム医療の構築には不可欠で、《時間の確保》や《マンパワー》の確保などの《実施体制の整備》は、管理職の采配によるところが大きい。今後、管理職を対象とした CBT 普及のための研修も考えていくことが大切であろう。

E. 結論

看護師の CBT 実践における課題には、知識・スキル等の個人レベルのものもあれば、医療チームあるいは組織全体の体制に関するものもあった。看護師が CBT を実践するためには、看護師の個人レベルでの努力のみならず、組織レベルでの CBT 実践体制の整備が必要であると考えられる。

(謝辞)

本調査にあたっては、ご協力いただきました看護師の皆様には心から感謝申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

岡田佳詠、田島美幸、大野裕：看護師へ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、第 12 回日本うつ病学会総会第 15 回日本認知療法学会

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

医療心理技術者等の個人認知療法・認知行動療法研修の方法論の開発 —医療現場に勤務する心理職に対する個人認知行動療法に対する意識調査—

研究分担者 中野有美 相山女学園大学人間関係学部心理学科 准教授

研究要旨

医療心理技術者等の個人認知療法・認知行動療法研修の方法論を探索する最終年は、医療機関に現在勤務している心理技術職員へ、うつ病の認知行動療法（cognitive behavioral therapy: CBT）個人セッションに関するアンケート調査を行った。現在、医療現場に従事する心理技術者は、そのほとんどがうつ病の CBT 個人セッションに何らかの関心を抱いていることが分かった。折しも、公認心理士法が成立し心理技術職は国家資格化の道を歩み始めた。今後は心理技術者と医療の距離が徐々に縮まっていくであろう。医療と相性が良い心理的支援法の 1 つである CBT について心理技術職に向けた良質の研修体制の確立が急務である。

A. 研究目的

2015 年 9 月、公認心理士法が成立し、いよいよ心理技術職が国家資格として認められる時代に突入した。2014 年度、筆者は、医師を主な対象とした厚生労働省の CBT 個人セッション研修を医療領域で働く心理技術職の職員をも対象として広げた場合、対象者の適格基準について、医療現場での臨床経験年数を中心に、養成大学院在籍中と卒業後の臨床研修体制を米国の臨床心理士研修体制や我が国の精神科専門医取得過程と比較しながら論じた。2015 年度は、医療機関に現在勤務している心理技術職員が、厚生労働省の CBT 個人セッション研修のような教育システムに対してどの程度関心があり、必要性を感じているかについて探索するために、彼らを対象として、うつ病に対する CBT 個人セッションに関する意見、必要性、実施状況について調査した。

B. 研究方法

医療に携わる心理技術職員がうつ病に対する CBT 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について把握するために、アンケートを実施した。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。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、A) 日本精神病院協会と B) 全国保健・医療・福祉心理職能協会からの協力が得られることになった。A は、私立の精神科病院を中心として 1949 年に設立され、現在、会員病院の精神病床総数は全国の 85% 以上を占める。B は、心理技術職の国家資格化を目指して 1993 年の設立された団体である。A について

は協会の会員病院 1208 施設の院長宛てに、施設内に勤務する心理技術職員のうち 1 名がアンケートを完成し返送するように依頼し、アンケートはがき 1 枚を同封した。B については、協会事務局へアンケートを印刷したはがきを 100 通託し、会員へ郵送してもらった。アンケートの質問項目は次の通りである。なお、A に依頼した調査では、項目 2 と項目 3 はアンケートから除外している。

【アンケートの内容】

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. 所属している診療科、もしくは主に対象としている診療科を教えてください
①精神科 ②心療内科 ③小児科
④産婦人科 ⑤その他の診療科
4. 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
5. うつ病の CBT に関する次の質問にお答えください
5-1. これまでに個人 CBT を実施したことがありますか
5-2. これまでに集団 CBT を実施したことがありますか
5-3. 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
5-4. 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

5-5. 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

5-6. 機会があれば CBT を実施してみたいと思いますか

6. 「5-1. 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)

6-1. 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

6-2. 実施するための時間がとれない

6-3. 患者に対して自分が個人 CBT を行える環境にない

6-4. CBT に関する研修の機会が充分にない

6-5. 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)

6-6. 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

6-7. 個人 CBT の実施が(医療保険上)医師のみに限定されている

6-8. 病院(経営陣)や職場の上司が CBT の必要性を感じていない

6-9 その他の理由

C. 研究結果

1) 日本精神病院協会でのアンケートの結果
返信されたはがきは 386 通、回答率は 32.0%であった。都道府県間で回答率に差は見られなかった。回答者の年代は図 1 に示した通りで、30 歳代が半数を占めた。次にうつ病の CBT に関する質問については、図 2 に示すとおりであり、同等性の検定の結果、地域によってその割合に予想を超えた差は見いだされなかった。ほとんどの回答者が一度は専門書を手にとったことがあると答えており、トレーニングや講習会の受講希望、臨床での実施希望共に 90%を超えた。一方で、5-1 で、実施したことがあると答えた約 60%、214 名の回答者を、年代で整理を試みた(図 3)。同等性の検定の結果、年代と実施率には p 値としては何らかの関連があるという結果になったが ($p=0.049$)、残差分析では予想を超えた差は見いだされなかった。

次に、5-1 で実施したことがないと答えた約 40%、154 名について、6-1~6-9 の回答状況を図 4 に示した。「6-1. 自信が無い」が圧倒的に多く、次に「6-6. 指導者がいない」「6-7. 保険点数が医師に限られている」が次に続いた。さらに、「自信が無い」と答えた 91 名を、年代別に整理し(図 5)、同等性の検定を試みたところ、年代と「自信が無い」と答えることとは何らかの関連があるという結果が得られた

($p=0.017$)。目視上、30 歳代以下と 40 歳代以上で「自信が無い」と答えた割合には差があるようだが、残差分析の結果においても、30 歳代

で「自信が無い」の割合が予想より多く、40 歳代では予想より少ない、という結果になった。

「6-9. その他」には 26 名から回答があり、興味がない、必要性を感じない、他のオリエンテーションを持っているためという意見の他、誘導的すぎるので好きになれない、効果があると思えないという意見も書かれていた。

2) 全国保健・医療・福祉心理職能協会でのアンケートの結果

返信されたはがきは 62 通、回収率は 62.0%であった。回答者は関東が圧倒的に多く(25 名、40.3%)、次に近畿(13 名、21.0%)であった。単科精神病院に勤務する者は 36 名(58.0%)、総合病院や大学病院所属が 23 名(37.1%)、クリニック所属は 3 名(5.0%)であった。年代は、40 歳代、50 歳代がそれぞれ 20 名ずつ(それぞれ 32.3%)で多数を占めた。

次に、5-1~5-6 については、日本精神病院協会でのアンケート結果と似た結果が得られた。5-1 で、実施したことがあると答えた者とないと答えた者は同数であった。

実施したことがないと答えた 31 名について、その理由を 6-1~6-9 で尋ねたところ、こちらも、回答者の割合日本精神病院協会でのアンケート結果と非常に似ており、回答者数の多さの順位はすべて一致していた。

図 1. 回答者の年代

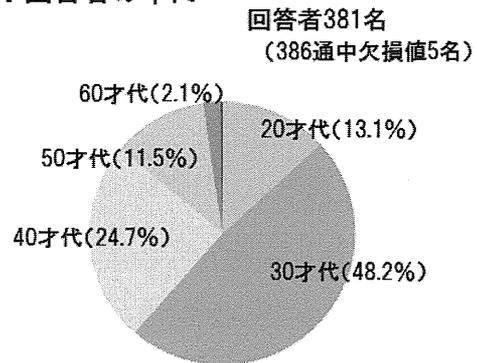


図 2 うつ病の CBT に対する以下の質問にお答えください

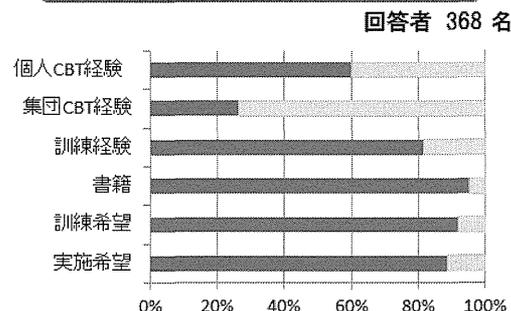


図3. これまでに、うつ病の個人CBTを実施したことがありますか
(50歳代までの372名を対象とした)

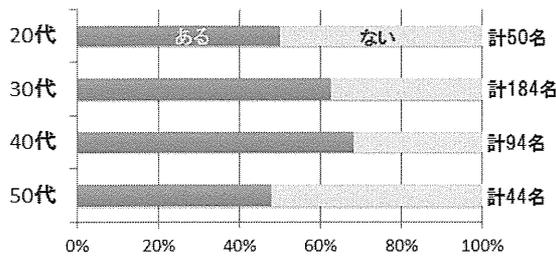


図4. 個人CBTを実施したことがない方へその理由は何でしょうか (複数回答可)

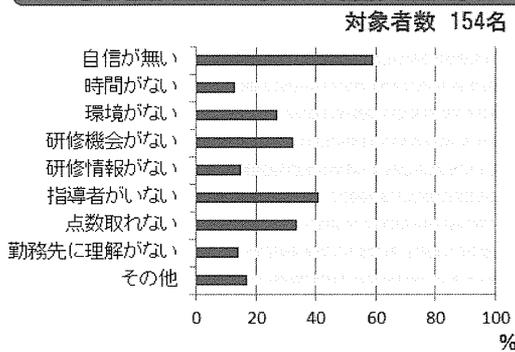
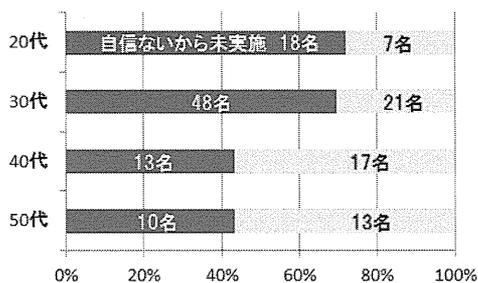


図5. 個人CBTを実施したことがない方でその理由は、自信が無いから、という方91名



D. 考察

CBTに関するこの度の意識調査において、日本精神病院協会でのアンケート結果で地域差が見いだされなかったことから、普及、啓蒙が明らかに遅れている具体的な地域は特になんとも言える。また、日本精神病院協会でのアンケートでは、20歳代から50歳代まで4つの世代で、うつ病のCBT個人セッションの実施家健を問うたところ、40歳代では70%近くが実施経験ありと答え、その割合が一番少なかった50歳代ですら50%近くが実施経験を持っていた。他の分析結果を考えあわせると、ほとん

どの人がCBT個人セッションに関心があり、半数以上が実施経験があると述べている、ということになる。しかし、厚生労働省が行っているCBT個人セッションの研修事業では、実際に個人セッションのスーパーヴァイズを行うとその多くがCBTの個人セッションと呼ぶには厳しい場合が多いことが分かりつつある。従って、「すでに実施している」と回答している者をも対象とした研修体制を整え、セッションの質の担保に努めることが急務であると言える。一方で、うつ病のCBT個人セッションを実施したことがないと答えた154名については、自信が無いことを挙げた者が多かった。しかも、30歳代以下の若年層に多く見られた。ここからも、研修体制を待ちわびている若い世代が浮き彫りとなった。さらに、実施したことがないその他の理由として、セッションが誘導的すぎる、効果があるとは考えにくい、という意見を挙げた者がいた。これは、CBT個人セッションの進め方に対する誤解が残っていることを示している。これらを解消するためにも、良質な研修を供給できる全国的な体制が必要であると言えるであろう。

E. 結論

精神科医療と相性の良いCBTは、医療の中の面接技法、心理社会的支援法として、今後、不動の地位を確立していくと考えられる。折しも心理技術職の国家資格化が決まった。そのような状況を背景として行った今回ののがきアンケートでは、多くの心理技術職はうつ病のCBT個人セッションに関心を示し、機会があれば勉強したいと考え、すでに実施している者も半数以上であった。彼らのCBTへの関心、意欲を無駄にしないように、質の整った研修体制を一刻も早く用意することが重要である。

F. 研究発表

F1. 論文発表

1. こころのスキルアップ授業が行われている学校環境における中学生のこころの成長—抑うつレベルが高い生徒の変化と、抑うつレベルに問題のない生徒の変化—
中野有美、森崎智子、吉川愛里、中川敦夫、大野裕、精神療法 (査読あり)、金剛出版 2016 (in press)
2. 学校 (中学校・高校) における認知行動療法を用いた教育への取り組み
中野有美、精神科治療学 特集: 認知療法・認知行動療法の広がり 31(2)227-232、2016 星和書
3. Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized

controlled trial. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, Ito Y, Katsuki F, Nakano Y, Nishiyama T, Katayama Y, Akechi T. Psychooncology. 2015 Oct 9

F2. 学会発表

1. こころのスキルアップトレーニングの授業実施回数についての一考察 (ポスター)
中野有美, 吉川愛里, 森崎智子, 認知行動療法教育研究会, 大野裕、第 15 回日本認知療法学会 2015.7.17-18 (東京)
2. こころのスキルアップトレーニングの中での抑うつと怒りの関係 (ポスター)
森崎智子, 中野有美, 認知行動療法教育研究会, 大野裕、第 15 回日本認知療法学会 2015.7.17-18 (東京)
3. 医師が望む CBT 多職種連携のあり方
中野有美 (シンポジウム: 精神科医療におけるコメディカルスタッフの認知行動療法実施の現状および今後の教育体制) 第 15 回日本認知療法学会 2015.7.17-18 (東京)
4. 認知療法・認知行動療法アプローチによる職場のメンタルヘルス支援 —Web サイトを利用したメンタルヘルスケアプログラム—
佐藤 潮、中野 有美、大野 裕、松本由紀奈、谷雅子、磯谷 さよ、丹羽まどか、都 真代、葛嶋枝里子、相馬 徳子、林 彩、代田 渉、西村 明人、松平 有加、山本みゆき、藤田 潔、第 4 回日本精神科医学会学術大会, 2015.10.8-9 (沖縄)
5. こころのスキルアップ教育 —認知行動療法を用いた予防的支援— (シンポジウム: 学校での予防的支援、心理教育プログラム) 第 19 回日本精神保健予防学会, 2015.12.12-13 (仙台)

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

国立研究開発法人 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（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、490カ所から回答を得た（回答率40.6%）。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414名（84.5%）、「機会があればCBTを実施してみたい」と考える人は361名（73.7%）である一方、「CBT実施経験あり」と回答した人は32名（6.5%）と少なく、「CBTのトレーニングを受けたことがない」人は385名（78.6%）であった。また、CBTを実施したことがない理由（複数回答）としては、「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」と回答した人は276名（56.3%）と最も多く、「患者に対して自分がCBTを実施できる立場にない」が194名（39.6%）、「CBTの研修の機会が充分にない」が193名（39.4%）、「CBT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173名（35.3%）等であった。CBTに関するトレーニングや臨床場面でのCBT実施に関心がある精神保健福祉士は多い一方で、CBT実施状況は1割を切る現状があり、CBTに関する知識やスキルを学習する機会を作っていくことが期待される。

研究協力者

大野裕 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター・一般社団法人認知行動療法研修開発センター

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. 調査対象

本調査は、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2月上旬に、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）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、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. 精神保健福祉士の調査結果

（1）調査対象者の概要

精神科医療施設1,208カ所に送付した結果、490カ所から回答を得た（回答率40.6%）。調査対象者の所属する施設の内訳は、単科精神科病院が453カ所（92.4%）、総合病院精神科21カ所（4.3%）、大学病院1カ所（0.2%）、その他12カ所（2.4%）、回答なし3カ所（0.6%）であった（表1・図1）。調査対象者の所属する施設の所在地は、表2・図2の通りである。九州地域が125カ所（25.5%）と最も多く、続いて、関東地域が98カ所（20.0%）、東北地域が56カ所（11.4%）、近畿地域が48カ所（9.8%）の順であった。調査対象者の年代は、30代が235名（48.0%）と最も多く、続いて40代が132名（26.9%）、20代が55名（11.2%）

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精神保健福祉士の認知療法・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32名（6.5%）、「実施したことがない」と回答した人は458名（93.5%）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（ $\chi^2=104.590$, $df=1$, $p=0.000$ ）、トレーニングや講習の受講経験（ $\chi^2=65.363$, $df=1$, $p=0.000$ ）、専門書籍の読書経験（ $\chi^2=40.290$, $df=1$, $p=0.000$ ）、認知療法・認知行動療法の実施希望（ $\chi^2=11.105$, $df=1$, $p=0.001$ ）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49名（10.0%）、「実施なし」が440名（89.8%）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105名（21.4%）、「受けたことがない」と回答した人は385名（78.6%）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 211 名 (43.1%)、「読んだことがない」と回答した人は 278 名 (56.7%) 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。トレーニングや講習の受講経験が多いのは、関東地域が 22 名 (21.0%)、続いて東北地域 12 名 (11.4%)、近畿地域 12 名 (11.4%) であったが、有意差は認められなかった ($\chi^2=4.163$, $df=8$, $p=0.842$) (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 414 名 (84.5%)、「いいえ」と回答した人は 73 名 (14.9%) 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 361 名 (73.7%)、「いいえ」と回答した人は 121 名 (24.7%) 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 276 名 (56.3%) 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 194 名 (39.6%)、「認知療法・認知行動療法の研修の機会が十分でない」が 193 名 (39.4%)、「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 173 名 (35.3%) 等であった (表 8)。

D. 考察

精神保健福祉士は医療機関に限らず、児童指導員、老人施設の指導員、生活相談員等の広い現場を有するが、今回の対象は精神科領域の医療施設に勤務する精神保健福祉士を調査対象とした。

本調査結果では、認知療法・認知行動療法に関するトレーニング (研修等) を希望すると回答した人は 84.5%、「機会があれば認知療法・認知行動療法を実施してみたい」と回答した人は 73.7% と多い一方、「認知療法・認知行動療法実施経験あり」と回答した人は 6.5% と 1 割を切り、「認知療法・認知行動療法のトレーニングを受けたことがない」人は約 8 割であった。また、認知療法・認知行動療法を実施したことがない理由として、「自分が実施できるだけの十分な力量を持っているという自信がない」と回答した人が半数を超え、「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」、「認知療法・認知行動療法の研修の機会が十分でない」、「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」と続いた。このことから、認知療法・認知行

動療法に関するトレーニングを希望したり、実際に臨床場面で認知療法・認知行動療法を実施してみたいと考える精神保健福祉士は多い一方で、実際には精神保健福祉士が精神科医療現場で認知療法・認知行動療法を実施する機会は、まだ少ないことが明らかとなった。

精神保健福祉士は、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的な知識や技術を持って、精神科病院やその他の医療施設で医療を受けたり、精神障害者の社会復帰促進施設を利用する者に対して、地域相談支援や社会復帰に関する相談に応じたり、助言、指導、日常生活への適応訓練や援助を行うことが主な業務となる。そのため、認知療法・認知行動療法を用いたカウンセリング業務を行える環境には置かれていない場合も多いと考えられる。また、リワークデイケアなどの一環として行われることの多い、集団認知行動療法など、低強度の認知療法・認知行動療法を実践する者は少しずつ増えてきていると考えられる。さらに、定型的に行う高強度の認知療法・認知行動療法に対する敷居は高いが、日頃の相談業務には認知療法・認知行動療法のスキルを取り入れたいと考える精神保健福祉士も少なくないと考えられる。これらをきっかけに、認知療法・認知行動療法に関心を持ったり、正しい知識を得ていくことで、実施に対する自信を付けることができると考える。

精神保健福祉士を対象とした認知療法・認知行動療法の研修や指導は、それを希望する人のニーズと比較すると不足している現状がある。また、認知療法・認知行動療法の診療報酬は、現在、実施者が医師に限定されているが、今後、他のコメディカル

スタッフもその対象になるべく改訂される可能性がある。その場合にも、精神保健福祉士が認知療法・認知行動療法の知識やスキルを十分に習得していることが前提となると想定される。精神保健福祉士がさまざまな場で、適切に患者に対して認知療法・認知行動療法を提供できるようになるためには、認知療法・認知行動療法を学ぶ機会を広く提供する必要があると考えられる。

E. 結論

認知療法・認知行動療法のトレーニングを希望する人は8割を超える一方、研修を受けたことがない人も約8割存在した。また、認知療法・認知行動療法の実施を希望する人は7割を超えるが、実際に実施した経験がある人は1割を切っており、ニーズと現状にギャップが生じている現状があると推察された。

精神保健福祉士が臨床場面で認知療法・認知行動療法を広く実施できる環境を整えるためには、まずは認知療法・認知行動療法の知識やスキルを提供する研修やスーパービジョンなどのトレーニングを提供する必要があると考えられた。

(謝辞)

本調査の実施にご協力いただいた公益社団法人日本精神科病院協会の役員の方々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

1) 田島美幸：精神科医療におけるコメディカルスタッフの認知行動療法実施の現状および今後の教育体制 日本のコメディカルスタ

ツフの CBT 教育と実施の現状、第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会、東京、2015.07.18、シンポジウム

2) 田島美幸、大野裕：作業療法士および精神保健福祉士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、第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会、東京、2015.07.17-18、ポスター発表

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

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 【精神保健福祉士用】

下記の設問で該当するものに○を付けてご回答ください。

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 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～

1. 精神保健福祉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類

	度数	比率 (%)
大学病院	1	0.2
総合病院精神科	21	4.3
単科精神科病院	453	92.4
その他	12	2.4
回答なし	3	0.6
合計	490	100.0

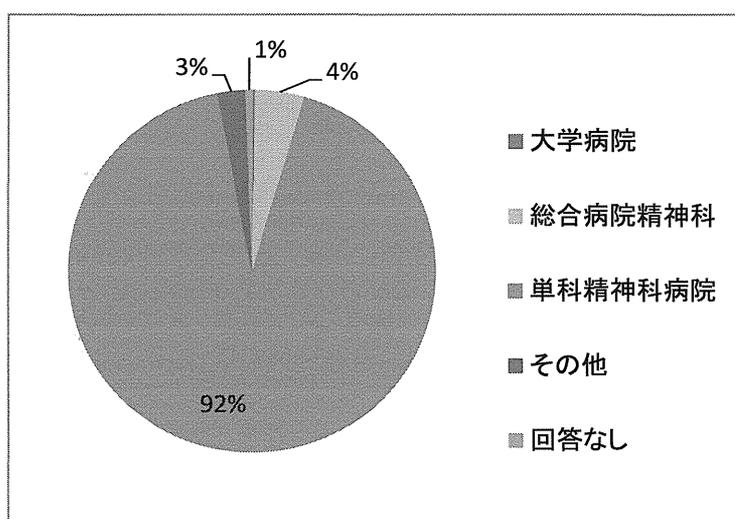


図 1 調査対象者の所属する医療機関の種類別

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	29	5.9
東北	56	11.4
関東	98	20.0
中部	45	9.2
北陸	26	5.3
近畿	48	9.8
中国	36	7.3
四国	27	5.5
九州	125	25.5
合計	490	100.0

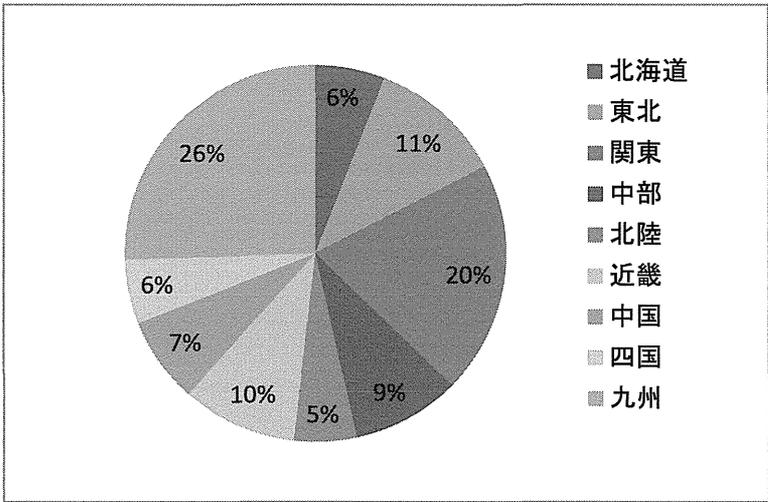


図 2 調査対象者の所属する医療機関の所在地

表 3 調査対象者の年代

	度数	比率 (%)
20代	55	11.2
30代	235	48.0
40代	132	26.9
50代	50	10.2
60代	9	1.8
回答なし	9	1.8
合計	490	100.0

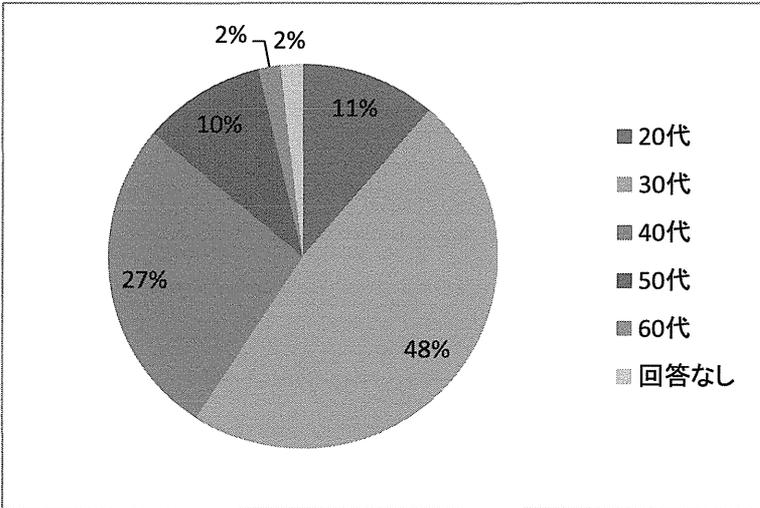


図 3 調査対象者の年代