

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

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

研究分担者 堀越勝 認知行動療法センター センター長

平成 25 年：看護師・精神保健福祉士等の職種の個人認知療法・認知行動療法の
方法論の開発：海外の研修をわが国に応用するための方法論の検証と看護職へ
の教育の留意点と方法論の開発

平成 26 年：認知療法・認知行動療法のニーズおよび施行状況に関する調査

平成 27 年：看護師、精神保健福祉士等の職種の個人認知療法・認知行動療法研
修の方法論の開発：海外の研修をわが国に応用するための方法論の検証と看護
職への教育の留意点と方法論の開発

研究要旨

認知療法・認知行動療法（以下、CBT）を希望するうつ病の患者のニーズに
応えられているか調査したところ、行政機関の70%、医療機関の75%が、
充分に対応できていないと答えた。CBTを今後普及させるための手段として
コ・メディカルスタッフによるCBTの実現がある。精神科看護師がCBTを実
施するためには、訓練の充実、周囲の理解、人員と場所の確保、
介入側と被介入側の時間の確保、費用、資格と責任の準備が必要であ
ることが明らかとなった。CBTを実施している施設では、医師と臨床心理士
間でCBTの効果の差はなく、CBT前後でCBTの効果がありかつ抗うつ薬・抗不
安薬・睡眠薬の減量がなされていた。

研究協力

大江悠樹

国立精神・神経医療研究センター病院

田島美幸

国立精神・神経医療研究センター病院

認知行動療法センター

蟹江絢子：

国立精神・神経医療研究センター病院

精神リハビリテーション部

全体としては、

平成 25 年度には、コ・メディカルである看
護師が医療現場で実施するために必要なこ
とを調査した。平成 26 年度は、行政機関や
医療機関に対して、患者の CBT のニーズに
応えられているかを調査した。平成 27 年度
は、実際に CBT をコ・メディカルスタッフ
である臨床心理士が行った場合、医師と同
等の効果があるかや、医師や臨床心理士が
CBT を行った場合、症状改善や減薬に効果が
あるかなどを調査した。

各年度では、

平成 25 年：

看護師が CBT を医療現場で実施する際に
必要な環境的、技術的な必要について検証
するとともに、看護師が CBT を習得するた
めに必要なシステムの構築や訓練資材の作
成などを目的とした。

平成 26 年：

行政機関や医療機関に認知療法・認知行動
療法のニーズや施行の現況を調査した。

A．研究目的

医療現場には、間違いなく CBT が浸透
してきている。しかし、CBTの担い手が
医師のみでは、CBT で扱える患者の数
に限りがある。CBTのニーズを満たすた
めの解決策の一つとして考えられるの
が、コ・メディカルスタッフによる CBT
の提供を医療現場で実現することであ
る。

平成 27 年：

国立精神・神経医療研究センターにおいて CBT 実施し、医師と臨床心理士の CBT の効果の差や、CBT の前後及び終了後 3 か月における効果や減薬効果(ベンゾジアゼピン系抗不安薬ならびに睡眠薬と抗うつ薬の処方量)を調査した。

B．研究方法

平成 25 年

まず看護師の CBT に対する意識調査を実施することとした。2 段階の予備調査を実施し、看護師が CBT を実施する際に満たされるべき環境的な必要などを浮き彫りにした。

予備調査：CBT に精通した専門家グループによりたたき台としての質問項目と自由記述の質問項目を合わせた質問紙を作成し、その質問紙を用いて精神科看護師およびその他の診療科に属する看護師を対象に CBT を実施する際に必要となる事柄についてのアンケート調査を実施した。回収した質問紙の結果を検証するとともに、KJ法を用いて看護師の CBT 実施に関わる障害に関して暫定的に幾つかの因子を特定した。

予備調査：予備調査の結果から判明した幾つかの障害に対する質問項目を設け、新たな質問紙を作成し、その質問紙を用いて全国の看護師に対してアンケート調査を実施した。CBT に対する看護師の立ち位置、また看護師が CBT を実施する際に直面する問題点などを明らかにした。

平成 26 年

調査対象：行政機関(および、精神科医療機関を調査対象とした)。

調査項目：行政機関の主な調査項目は、CBT に関する問い合わせ状況、うつ病の CBT を希望する患者に対して紹介できる医療機関の充足度、うつ病以外に診療報酬の対象になった方が良い考える疾患等で構成した。また、医療機関の主な調査項目は、うつ病の CBT を希望する患者のニーズへの対応状況、CBT の実施が充分でない場合の理由、うつ病以外に診療報酬の対象になった方が良い考える疾患等で構成した。

調査方法：行政機関 617 ケ所(精神保健福祉センター68 ケ所、保健所 549 ケ所)および、精神科医療機関 3339 ケ所(病院 1868 ケ所、クリニック 1471 ケ所)に対して返信用葉書を送付し、返送された結果を解析した。統計解析ソフトウェア SPSS Statistics ver.22 にてを用いた。

平成 27 年

2014 年 4 月から 12 月までにうつ病の診断で国立精神神経医療研究センターで CBT を 8 回以上受け、抗うつ薬と抗不安薬、または睡眠薬の処方があったもの 20 例を対象に調査した。処方医と CBT 実施者は異なった。

解析としては線形混合モデルを用い、アウトカムとしては抗不安薬と睡眠薬と抗うつ薬の処方量とした。測定時期としては治療直前、終了後、終了後 3 か月後とした。

独立変数は時間とし、共変量として年齢、性別、罹患期間、合併症、薬物や環境調整への抵抗性、CBT 実施回数、自殺未遂歴、治療前 3 ヶ月間における薬物療法の変更なく安定しているかどうかとした。

どの年度も倫理的問題に配慮した。

C．研究結果

平成25年

今回の対象のうち、精神科看護師は 160 名、それ以外の科の看護師は 1490 名であった。精神科に限ってみれば看護師における CBT の認知度は65%と比較的高いという結果が示された。しかし、それでもまだ十分な値ではないかもしれない。また、CBT を実施した経験のある看護師は7%程度と非常に少なかった。看護師は CBT に興味を持ち、トレーニングを受けてみたいと考えているものの、実際に CBT を実施する事に関してはややためらいがちである傾向があることが明らかとなった。また、精神科看護師の方が基本的なコミュニケーションのトレーニングに対するニーズをより強く感じていることが示された。

平成 26 年

行政機関に対する調査結果では、CBT の問い合わせ状況は、7 割の機関が「3 年前と比較して変わらない」と回答したが、「うつ病の CBT を希望する患者へ紹介出来る医療施設が不足している」と感じている機関は 70%を超えていた。また、行政機関の約半数が、患者から CBT の問い合わせがあった際に活用できる「医療機関のリストの整備」を希望していた。

一方、医療機関に対する調査結果では、「CBTを希望する患者のニーズに充分に対応できていない」と感じている機関は75%を超えていた。内訳では、大学病院や診療所は「ニーズに応えられている」と回答する機関が多かったものの、総合病院精神科の約80%、単科精神病院の約75%が不足を感じていた。

平成27年

抗不安薬の処方量はジアゼパム換算でCBT実施直前 mean9.45 (SD7.87) から終了後 7.54 (8.45)、終了後3ヶ月で 4.43 (6.72) とジアゼパム換算で平均 5.01 mg 減少 ($P < .05$)

睡眠薬の処方量はジアゼパム換算でCBT実施直前 mean8.53 (SD5.8) から終了後 6.06 (4.6)、終了後3ヶ月で 4.16 (6.04) と

ジアゼパム換算で平均 4.37 mg 減少 ($P < .01$)。

抗うつ薬の処方量はイミプラミン換算でCBT実施直前 mean108.78 (SD99.8) から終了後 96.71 (76.17)、終了後3ヶ月で 88.71 (77.23) とで平均 20.02 mg 減少傾向だった ($P < .10$)

また、CBTの実施前後の重症度評価の改善効果に、医師と臨床心理士間で顕著な違いは検出されなかった。

D. 考察

平成25年

看護師全体に対してCBTを普及するよりも、特定の看護師にターゲットを絞り、CBTの訓練を施す方が現実的だと言えるのではないかと考えた。CBTの訓練を受け、実施可能と認められた看護師にCBT業務を託す、または、医療の中に助産師のような独立した職を設け(例えばCBT療法士のような)、看護師を含めたコ・メディカルの中で十分なCBT訓練を受けた専門職をその職に任命するなどの方法が出来るのではないかと考えた。

平成26年

総合病院精神科の約80%、単科精神病院の約75%が不足を感じていた。充分にCBTのニーズに応えられない理由として、医療機関の約半数が、「CBTを実施する時間が取れない」ことを理由として挙げ、続いて、「実施に見合う力量を持ったスタッフがいない」「診療報酬の実施が医師に限定されている」等が理由に挙げた。

この結果から、CBTを実施できるスタッフを増やすために関連の研修を充実させたり、診療報酬の算定基準を医師以外のスタッフに拡げる等の改訂が必要であると思われる。

平成27年

結果はCBT実施においてナチュラルスティックな形で減量されたということを示しているため、CBTを併用したことにより、どうして減薬が可能となるのかについては推測にとどまる。1) CBTの初診の効果としては、主診断や併存疾患の見直しと概念化による薬物投与の再検討ができること。2) グループスーパービジョンの効果としては、CBTの質の担保ができ、患者の症状が改善すること。3) CBTは実生活に汎化することや再発予防にも力をいれている治療法であることから、CBT後の再発予防につながり減薬を維持できるのではと考えた。今後の課題としては、日常診療のCBT外来において、どのようにすると有効に向精神薬の減量につながるかなど、今後も調査していきたい。

E. 結論

平成25年

精神科看護師はその他の看護師に比べCBTに感心を持ち、CBTを習得するための意欲も高い。訓練の充実、周囲の理解、人員と場所の確保、介入側と被介入側の時間の確保、費用(患者側、及び介入側の費用)、資格と責任の6分野について、看護師がCBTを実施するためには準備が必要となる。

平成26年

CBTのニーズや施行の現況に関する調査では、「うつ病のCBTを希望する患者に紹介できる医療施設が不足している」と感じている行政機関は70%を超え、「うつ病の認知療法・認知行動療法を希望する患者のニーズに充分に対応できていない」と感じる医療機関は75%を超えていたことから、CBTを希望する患者のニーズに、充分に対応できていない現状が浮き彫りになった。

平成 27 年

対象事例が少なく、CBT直前が常用量であり、問題となっているほどの多剤併用ではなかったが、CBT直前からCBT終了後3か月を比較すると抗不安薬と睡眠薬と抗うつ薬の処方量が減量していた。

具体的には、睡眠薬の処方量は CBT 実施直前が 8.5 mg、実施後 6.1 mg、実施後 3 ヶ月 4.2 mg とでジアゼパム換算で平均 4.3 mg 有意に減少した ($p < 0.1$)。抗うつ薬の処方量は CBT 実施直前 108.7 mg、実施後 96.7 mg、実施後 3 ヶ月 88.7 mg とイミプラミン換算で平均 20 mg 有意に減少した ($p < .10$)。

また、CBT の実施前後の重症度評価の改善効果に、医師と臨床心理士間で顕著な違いは検出されなかった。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

平成27年度

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

平成27年

蟹江絢子:多剤併用を防ぐ精神療法的関わり「認知行動療法による向精神薬減量の試み」

第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会 MD/CT 合同企画シンポジウム

東京,2015.7.18

H．知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

平成25年-27年

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

