

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 14 日現在

機関番号：13601

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2015～2016

課題番号：15K13139

研究課題名(和文)日本の精神医療における認知行動療法提供の実態調査

研究課題名(英文)Actual condition survey on the implementation of Cognitive Behavioral Therapy at psychiatric clinics in Japan

研究代表者

高橋 史 (TAKAHASHI, Fumito)

信州大学・学術研究院教育学系・准教授

研究者番号：80608026

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,600,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、うつ病等の改善効果が実証されている非薬物療法のひとつである認知行動療法について、わが国の精神科診療所における実施状況および実施の阻害要因を明らかにすることであった。精神科、心療内科、およびそれに準ずる診療所を対象とした郵送調査をおこない、全6,265件のうち1,019件から回答データを得た(回答率：16.5%)。分析の結果、認知行動療法を導入していると回答した診療所数は386件(全診療所6,265件の6.2%、全回答者1,019件の37.9%)であった。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study is to identify the current state of dissemination of cognitive behavioral therapy (CBT) for several mental disorders, and highlighting some barriers inhibiting the implementation of CBT at the community mental health clinics. We send a survey form by direct mail to the entire universe of 6,265 psychiatric clinics across Japan and received a response rate of 16.5% (n=1,019). As a result, 37.9% (n=386) of participating clinics have introduced CBT in their practice. This represents 6.2% of all psychiatric clinics in Japan.

研究分野：行動臨床心理学

キーワード：認知行動療法 実態調査 医療 精神科 心療内科 診療所 クリニック

1. 研究開始当初の背景

認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: 以下, CBT) とは, 実験心理学, 行動科学, さらに認知科学の知見を積極的に臨床実践に応用し, 実証的な方法を用いて人間のさまざまな適応問題を改善しようとする心理療法である。現在では, CBT は治療の有効性が厳しく審査される欧米において心理療法の中核的地位を占めるに至っており, 米国精神医学会のガイドラインでは軽~中等度のうつ病への第一選択治療のひとつに CBT が挙げられている (American Psychiatric Association, 2000)。また, イギリスでは, Improving Access to Psychological Therapies (心理療法アクセス改善: IAPT) と呼ばれる, うつ病および不安障害に対する根拠に基づいた心理療法の治療計画推進を目的とした施策が進められている。

その一方で, 日本では CBT の普及のための政策はまだ進められておらず, 国家規模で CBT の教育や治療技法としての普及実態を報告している研究は見られない。諸外国で CBT 普及のために行われた施策は, 各国内のうつ病患者の割合や治療に必要な心理士の数などの基礎的データを収集するところから始まった。日本でも, CBT の効果が明らかにされた現在, 今後 CBT の普及につなげるために, 国内の CBT の普及状況や, CBT が現在の普及率に留まる要因の把握等, 基礎的データの収集を行う必要がある。

2. 研究の目的

このような学術的背景をふまえて, 本研究では, 日本の地域精神医療における認知行動療法の普及状況, 認知行動療法導入を阻害する要因の2点を明らかにする。

3. 研究の方法

3 - 1. 倫理的配慮

研究実施に先立って, 信州大学教育学部研究委員会倫理審査部会による審査を受けた。その結果, 研究倫理上問題はないと判定され, 研究実施の承認を得た (管理番号: H28-5)。

3 - 2. 分析対象データの選定

日本全国の医療機関のうち, 精神科または心療内科を含む無床診療所を対象として郵送調査を行った。厚生労働省 (地方厚生局) が公表している医療機関の公的情報 (オープンデータ) を用いて日本全国の医療機関リストを作成し, 「診療科目に精神科, 心療内科, およびそれに準ずるもの (例: 児童精神科) を含むもの」を精神医療機関と定義した結果, 9,176 件を得た。さらに, 「病床数が 20 未満であること」を診療所の定義としたところ, 6,265 件が調査対象機関として抽出された。調査依頼状, 調査用紙, および返信用封筒が同封された封筒を全調査対象機関へ郵送し, 回答済み調査用紙が返送された 1,019 件 (回答率: 16.5%) を分析対象データとした。

3 - 3. 調査内容

1) デモグラフィックデータ

回答者の性別, 年齢, 職種, 調査対象機関での勤続年数について, 回答を求めた。

2) 精神療法の実施状況

a) 調査対象機関で実施している精神療法: 代表的な精神療法として, Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, and Christel (2014) に掲載されている5つの精神療法 (掲載順に, CBT, 精神分析的心理学療法, 対人関係療法, クライアント中心療法, 家族療法) の実施有無について回答を求め, それ以外の精神療法については「その他」として自由記述による回答を求めた。本研究では, 「あなたの職場では, どのような精神療法を実施していますか? (複数回答可)」という教示を用いて上記精神療法の中から自由に選ぶよう求め, 実施している精神療法のひとつとして CBT を選んだ機関を, CBT 実施医療機関と定義した。

b) 調査対象機関での CBT の導入ステージ: Prochaska and DiClemente (1982) が提唱した Transtheoretical model における行動変容のステージの枠組みを用いて, 各調査対象機関における CBT の導入ステージを定義した。「1: すでに実施し始めて, 3年以上経過している (維持期)」「2: すでに実施し始めて, 3年未満である (実行期)」「3: 実施し始める予定がある。または, CBT を実施できるスタッフを雇用する予定がある (準備期)」「4: 実施したいと思うが, 具体的な実施開始やスタッフ雇用等の予定はない (熟考期)」「5: 実施するつもりはない (前熟考期)」の5つの選択肢の中から1つを選ぶよう求めた。

c) CBT 実施の阻害要因: A 大学病院精神科に勤務する臨床心理士4名, B 精神科病院に勤務する医師1名と臨床心理士1名, および C 心療内科クリニックに勤務する医師1名と臨床心理士1名を対象に, CBT 実施の阻害要因に関する非構造化面接を実施した。面接は各参加者が所属する医療機関の一室にて実施し, ICレコーダーを用いて音声データを記録した。面接の所要時間は, 15分~70分であった。音声データをもとに, CBT 実施の阻害要因に関する項目を作成し, A 大学病院に勤務する臨床心理士4名に項目の整理と分類を求めた。その結果, 「認知行動療法を学ぶ時間がない」をはじめとする12の要因が調査項目として選定され, 「個人的要因」(治療者個人に帰着される要因) および「組織的要因」(治療環境に帰着される要因) に分類された。

d) 患者からの CBT 実施ニーズ: 「あなたの職場では, 患者様から CBT を受けたいと相談されたことがありますか?」という質問項目に対して, 「はい」「いいえ」の2択での回答を求めた。

e) CBT を実施するスタッフの職種: 「CBT を実施しているのは, どのようなスタッフですか? (複数回答可)」という教示を用いて,

5つの職種（医師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理士）の中から自由に選ぶよう求めた。また，選択肢にない職種については，「その他」として自由記述による回答を求めた。

3 - 4 . 分析計画

CBT の導入率については，調査用紙到達数に対する CBT 導入診療所数である「全体導入率」と，回答済み返送数に対する CBT 導入診療所数である「回答者内導入率」を算出する。

実施している精神療法に関する回答をもとに，各精神療法の実施の概況を分析する。実施している精神療法について，特定の精神療法にのみ該当した場合は「単独使用」に，そして複数の精神療法に該当した場合は「折衷使用」に分類し，さらに，各精神療法の実施件数に占める「折衷使用」の割合を「折衷率」と定義して算出する。

アメリカ心理学会第 12 部会（臨床心理学部会）の Web サイトにて公開されている「研究によって支持された精神療法（Research-Supported Psychological Treatments: RSPTs）」のリスト（Society of Clinical Psychology, 2016）を参考に，CBT が有効であるとされている精神疾患を特定し，各疾患に対する CBT の実施状況を調べる。「よく実施する」「たまに実施する」と回答された割合が大きい疾患については，CBT が広く提供されていると判断できる。

Prochaska and DiClemente (1982) が提唱した Transtheoretical model によると，行動変容のステージによって，行動変容を阻害する要因，ひいては効果的な支援が異なることが想定される。そこで，CBT の導入ステージと実施阻害要因への該当有無を用いたクロス集計を行い，2 分析を行う。回答のバラつきが有意であることを確認した後，残差分析によって該当頻度が多いセルを特定することで，各ステージに対する有効な支援，ひいては CBT 普及のための政策について考察を得る。

4 . 研究成果

4 - 1 . 回答者の特徴

回答者の 85.4% が医師であり，平均年齢 55.5 歳，平均勤続年数 27.1 年であった。

4 - 2 . 回答率と CBT 導入率の分布

回答率が最も高かったのは山陰地方の鳥取県（36.0%）と島根県（32.6%）で，それに続いて，長野県（26.0%），岐阜県（25.8%），岡山県（22.8%），滋賀県（22.2%）が高かった。一方，回答率が低く 10.0% を下回ったのは，兵庫県（9.7%），石川県（8.8%），徳島県（8.2%），山梨県（7.4%）の 4 県であった。

CBT の全体導入率については，中部地方や山陰地方において全体導入率がやや高く，10.0% を上回ったのが長野県（13.7%），滋賀県（13.3%），島根県（13.0%），鳥取県（12.0%），岐阜県（11.3%），北海道（10.7%），および秋田県（10.5%）の 7 道県であった。一方，特

に四国地方において全体導入率が低く，2.5% を下回ったのは香川県（2.4%），徳島県（2.0%），愛媛県（1.6%），群馬県（1.2%），高知県（0.0%），山梨県（0.0%）であった。

回答者内導入率については，北海道・東北地方において高い値が示されており，50% を上回ったのが秋田県（80.0%），岩手県（75.0%），宮崎県（66.7%），滋賀県（60.0%），北海道（52.8%），長野県（52.6%）の 6 道県であった。一方，四国地方において低い値が示される傾向があり，20.0% を下回ったのは和歌山県（16.7%），山口県（16.7%），香川県（16.7%），愛媛県（11.1%），群馬県（10.0%），山梨県（0.0%），高知県（0.0%）の 7 県であった。

4 - 3 . 精神療法の実施状況

各精神療法の折衷率は，家族療法（95.9%），対人関係療法（94.8%），クライアント中心療法（82.7%），精神分析的な心理療法（80.3%），CBT（79.5%）の順に高く，いずれも約 8 割以上が複数の精神療法を組み合わせで実施していた。

「その他」には，支持的な精神療法，森田療法，EMDR，ソリューション・フォーカスト・アプローチ，ふつうの精神療法，といった記述が見られた。また，他の精神療法への該当はなく「その他」のみに該当するとしながらも，複数の精神療法を組み合わせたものを実施している旨の記述がされる例が数多く見られた（例：「通常の」通院精神療法」です。いわゆる支持受容的なものから，生活にフィードバックを与えるもの，認知行動療法的に行うものなど含みます」。一方，「いろいろな要素を取り入れた自己流です」と記述した上で，複数の精神療法に該当すると回答した例もあった。

4 - 4 . 各精神疾患に対する CBT の実施状況

アメリカ心理学会第 12 部会の Web サイト（Society of Clinical Psychology, 2016）において CBT が有効であるとされている精神疾患について，CBT を「よく実施する」「たまに実施する」と回答された割合は，本調査が行われた 2010 年度の時点で診療報酬が算定されている精神疾患において大きな値が示されていた。具体的には，うつ病（DSM-5）（81.2%），社交不安症（71.9%），パニック症（71.3%），全般不安症（67.4%），強迫症（64.3%）が上位 5 疾患であった。これらの疾患と比べて，双極性障害および不眠障害については，「治療の機会がない」という回答の割合は 10% 前後と同程度であるにもかかわらず，「よく実施する」「たまに実施する」と回答した割合は低い値を示した（それぞれ，46.0%，42.6%）。「治療の機会がない」という回答の割合は，DSM-5 における「食行動障害および摂食障害群」と「物質関連障害および嗜癖性障害群」において大きく，神経性やせ症（30.9%），神経性過食症（28.2%），過食性障害（29.4%），アルコール使用障害（33.9%），タバコ使用障害（52.9%）が大きな割合を示した。

4 - 5 . 患者からの要望と CBT の実施の関係
有効回答者のうち 65.9%が「あなたの職場では、患者様から CBT を受けたいと相談されたことがありますか?」という質問項目に対して「はい」と回答していた。患者から認知行動療法の「要望あり」かつ CBT「実施あり」の機関は有効回答数の 29.5%であるのに対して、「要望あり」かつ「実施なし」の機関は 36.4%であった。

4 - 6 . CBT の導入ステージと実施阻害要因の関連性

CBT 導入ステージによる実施阻害要因の該当頻度の違いについて検討したところ、維持期および実行期に該当する医療機関では、個人的要因では「CBT を学ぶチャンスが少ない」「治療経過について相談する相手がいない」「以前に CBT を試してみたが効果的でなかった」、組織的要因では「採算が合わない」「CBT について相談できる外部機関との連携やつながりがない」が頻繁に挙げられた。熟考期に該当する医療機関では、個人的要因に「CBT を学ぶ時間がない」「CBT を学ぶチャンスが少ない」、組織的要因に「CBT を実施する時間がない」「CBT を実施できるスタッフがいない」「CBT について相談できる外部機関との連携やつながりがない」に回答が多く、CBT の学習機会に加えて、CBT を実施するスタッフがいないことと時間のなさが頻繁に挙げられた。

一方、前熟考期に該当する医療機関では、それ以外のステージとは異なる回答傾向が見られ、「CBT の考え方が自分には合わない」「患者様からのニーズがない」の 2 点においてのみ回答が多かった。

4 - 7 . CBT を実施するスタッフの職種

最も多かった回答は臨床心理士であり (23.6%), 次いで医師が多かった (21.0%)。「その他」への回答として、保健師、心理士 (カウンセラー)、保育士、言語聴覚士、管理栄養士などがあつた。

5 . 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[学会発表](計 1 件)

Takahashi, F. (2017). Current state of dissemination and implementation of cognitive behavioral therapy at the community mental health clinics in Japan: the data from the Japan CBT Map Project. Paper Presented at the 51st Annual Convention of the Association of Behavioral and Cognitive Therapies, San Diego. 発表決定 2017 年 11 月発表

6 . 研究組織

(1)研究代表者

高橋 史 (TAKAHASHI, Fumito)