

<総説>

エビデンスに基づく心理療法とその基盤制度

—日本における医療・教育・福祉・司法・産業の臨床五領域について—

高橋 史	信州大学学術研究院教育学系
岸田 広平	同志社大学大学院心理学研究科・日本学術振興会特別研究員
栗林 千聡	児童発達支援センターにじいろキッズらいふ
武部 匡也	立正大学心理学部
松原 耕平	長野県教育委員会スクールカウンセラー

キーワード：心理士，公認心理師，精神療法，カウンセリング，法律

1. 背景と目的

エビデンスに基づく心理療法とは、広義には、現時点で得られている学術的知見と個別的情報、臨床判断等を総合して最善・最良の心理療法を提供することであり、狭義には、質の高い研究デザインによって有益な効果が繰り返し報告された特定の心理療法を指す。心理療法を担う専門職の代表例である公認心理師について、公認心理師法第四十三条によって「公認心理師は、国民の心の健康を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、第二条各号に掲げる行為（著者注：心理療法を含む）に関する知識及び技能の向上に努めなければならない」と資質向上の義務が定められており、これらの義務を遂行しながら臨床業務を行っている限りにおいて、広義のエビデンスに基づく心理療法は公認心理師の通常の業務に含まれると言える。

一方、狭義のエビデンスに基づく心理療法については、実社会・実臨床における実施と普及にはさまざまな障壁があることが知られている（Kazdin, 2015）。たとえば、エビデンスに基づく心理療法を提供するには多くの人的・経済的資源が必要であり、研究費等による経済的支援がない場合には必要十分な実施が非常に困難になるなど（Kazdin, 2018）、個人の努力のみで持続可能な業務であるとは言い難い。また、心理療法の実施・継続の有無は、個人的要因だけでなく環境的要因からも大きく影響を受けており（高橋他, 2018）、地域や法律といった社会的文脈の中で実践されることとなる。言い換えると、エビデンスに基づく心理療法の実践を支持・後押しする法律や制度を理解し、それらと適合する形での実践例を整理することで、エビデンスに基づく心理療法の実社会での実装の形が明らかになる可能性がある。ただし、エビデンスに基づく心理療法が提供される臨床現場には、医療、教育、福祉、司法、産業などさまざまな領域があり、それらのいずれにおいても異なる法律や制度が定められているため、エビデンスに基づく心理療法と法律や制度との関連性は各領域別に論じる必要がある。

そこで、本論考では、米国心理学会第12部会（臨床心理学部会）が報告している Research-

Supported Psychological Treatments (以下、RSPT) をエビデンスに基づく心理療法として定義し、各領域における実践例とその社会的文脈となる法律や制度等を概観することで、今後の実践と普及の方向性を示すことを目的とする。なお、本論考では、法律と制度の区別をせず、「基盤制度」という用語にまとめている。法的立場、あるいは制度立案の立場から本論考を参照される場合には、その点に留意されたい。また、基盤制度での記載と一貫させるため、本論考では「障害」「障害者」という記載を使用する。

2. 医療・保健領域

2.1 実践例

医療・保健領域では、認知行動療法と総称される心理療法（認知心理学および学習心理学に基づく非薬物療法）に関する研究知見が蓄積されており、特に、うつ病および不安症に対する有効性が繰り返し報告されている。たとえば、薬物療法で十分な有効性が示されなかった80名のうつ病患者（20-65歳）に個人認知行動療法（週1回16セッション）を実施したランダム化比較試験では、16週経過後の寛解率は42.5%（通常の治療による対照群の寛解率は20%）、12ヵ月経過後の寛解率は72.5%（対照群42.5%）であったと報告されている（Nakagawa et al., 2017）。同様に、社交不安症に対する国内のランダム化比較試験においても、薬物療法で改善しなかった社交不安症の患者42名を通常の治療と個人認知行動療法（週1回16セッション）にランダムに割り付けた結果、16週経過後において、通常の治療群では寛解した患者がいなかったのに対して、認知行動療法を受けた患者の47.6%が寛解したと報告されている（Yoshinaga et al., 2016）。その他、強迫症（Nakatani et al., 2005）や心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder: PTSD）の患者を対象としたランダム化比較試験でも（Asukai et al., 2010）、認知行動療法の有効性が支持されている。こうした研究知見の蓄積によって、現在では、一部の精神疾患については保険診療の範囲で認知行動療法を受けられるようになっている。

2.2 基盤制度

医療・保健領域の心理療法と最も密接に関連する基盤制度は、「公的医療保険制度」と「診療報酬」である。公的医療保険制度とは、病気や怪我などをしたとき医療費の一部が公的負担となる制度のことであり、サラリーマンなどが加入する職域保険とこれに関する法律である健康保険法、自営業者などが加入する地域保健とこれに関する法律である国民健康保険法、75歳以上の方が加入する後期高齢者医療制度等が関連する。診療報酬とは、個別医療サービスの公的価格を点数で表示したものであり、1点につき10円に換算される。診療報酬が算定されるということは、その医療サービスの価格が不当に高額になったり地域差

が生まれたりしないように国が定めた上で、さらに医療費の一部を国が支援することを意味する。

心理療法はさまざまな診療報酬と関連があり、特に RSPT としては、指定された特定のマニュアルに沿って実施された認知療法・認知行動療法に対して診療報酬が算定される。2010年に診療報酬が算定されるようになったうつ病をはじめとして、2016年には社交不安症、パニック症、強迫症、PTSD に保険適用対象が広がり、2018年には神経性過食症が加わった。実施医療機関や実施者、実施内容等についてさまざまな条件はあるものの、2019年9月現在では、医師による認知療法・認知行動療法には480点、医師及び看護師が共同して行うものには350点が算定される。その他にも、「精神科専門療法」に区分されるさまざまな診療報酬は、医療・保健領域における公認心理師の業務および心理療法と深く結びついている。

医療・保健領域における公認心理師の業務は、認知行動療法のような特定の心理療法にとどまらない。多職種連携のひとつである医師との協働については、公認心理師法の第42条において、公認心理師が保健医療との密接な連携を保つことや、担当する相談者に主治医がいる場合には主治医の指示を受ける必要性があることが明記されている。また、深刻な自傷・他害行為を含む重大かつ緊急性の高い行動が見られる場合には、非自発的入院（例：医療保護入院、措置入院）や行動制限（例：隔離、身体拘束、解放処遇の制限）などの処遇が行われる中で心理支援業務に携わることもある。これらの処遇には、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とした法律である、精神保健福祉法が深く関連している。その他、健康づくりや疾病予防を推進する運動として「健康日本21」が2000年に開始され、これを推進するための一環として健康増進法が施行された。健康増進法は、自殺対策基本法、アルコール健康障害対策基本法などとともに、国民全体を対象とした心の健康づくり支援の基盤制度であるといえる。

3. 教育領域

3.1 実践例

教育領域における心理支援は、1次的援助サービス（すべての子どもを対象とした開発的・予防的な援助）、2次的援助サービス（一部の子どもを対象とした早期対応・予防的配慮）、3次的援助サービス（特定の子どもを対象とした個別の教育計画に基づく援助）の3つに大別される（石隈, 1999）。RSPTは原則として精神科診断分類に基づく対象者の分類と治療効果の関連づけを行っているため、1次的または2次的援助サービスは必ずしもRSPTに該当するとは言い難い。しかしながら、いずれの援助サービスも学校教育の文脈において総合的に実施されるものであり、効果を支持するエビデンスが基盤となることには変わり

がない。

1 次的援助サービスの代表例としては、ふれあい体験や自他理解に重きを置く構成的グループエンカウターの実践例が繰り返し報告されている（藤田・西川, 2002; 佐々木・菅原, 2009）。また、学級や学校に所属する児童生徒全員を対象として社会的スキルの底上げを図る集団社会的スキル訓練の実践報告も多く（後藤他, 2000; 石川他, 2010; 金山他, 2000）、向社会的スキルの向上という点で弱～中程度の効果が報告されている（高橋・小関, 2011）。2 次的援助サービスについては、一部の児童生徒のみを抽出して早期対応をするということへの倫理的配慮もあってか、研究論文として実践例が報告されたものは見受けられない。3 次的援助サービスの代表例は、自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD）、限局性学習症などの診断のある児童生徒を対象とした学校内外における実践報告である（道城他, 2008; 野田・松見, 2014; 塩見・戸ヶ崎, 2012）。特に、自閉スペクトラム症と ADHD については、応用行動分析に基づく行動支援が RSPT として国内外で広く適用されており、日本の教育領域においても 3 次的援助サービスとして RSPT が活用されているといえる。

3.2 基盤制度

教育領域における心理療法に最も直接的に関連する基盤制度は、「発達障害者支援法」と「学習指導要領」である。2004 年に制定された発達障害者支援法は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進を目的としたものであり、発達障害の早期発見と発達支援の提供に関する国及び地方公共団体の責務や、学校教育における発達障害者への支援等について定めている。ここで言う発達障害とは、「自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するもの」と定義される。発達障害者とは発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者であり、発達障害児とは発達障害者のうち 18 歳未満の者を指す。3 次的援助サービスとして実施されている神経発達症のある児童生徒のための RSPT（応用行動分析に基づく行動支援）は、発達障害者支援法を含むさまざまな基盤制度によって支えられており、すべての学校において等しく提供されることが望ましい。

一方、構成的グループエンカウターや集団社会的スキル訓練などの 1 次的援助サービスは、授業時間を用いて通常教育実践の一環として実施されることが多い。こうした教育実践は、学校教育法などに基づいて定められたカリキュラム編成基準をもとに構成されており、このカリキュラム編成基準を学習指導要領と呼ぶ。ほぼ 10 年ごとに改定が繰り返されており、2019 年 9 月現在での最新版は 2018 年に改訂されたものである。それぞれの学校種に応じてそれぞれの教科等の目標や大まかな教育内容が記されており、心理支援の必要性について触れているものもある。たとえば、小学校学習指導要領においては、第 2 章第 2 節の 5～6 年生での教育目標に関する記述の中で、「・・・心の健康やけがの防止、病気の予防について理解するとともに・・・」と明記されている。同様に、中学校学習指導要領にお

いても、第2章第2節「保健体育」の記述の中で、保健分野の教育目標として「(3)生涯を通じて心身の健康の保持増進を目指し、明るく豊かな生活を営む態度を養う」と記述されている。さらに詳細な教育内容や指針を解説している学習指導要領解説でも、社会的スキル訓練を含む心理支援の必要性が記述されるようになった。このように、心理支援を通常教育実践の一環として実施する背景には、心の健康支援が学習指導要領で定められる教育内容に含まれているという点がある。

その他、いじめ防止対策推進法、学校保健安全法なども、教育領域における心理支援の必要性とそのあり方に影響する基盤制度である。特に学校保健安全法は、保健指導や健康相談などが児童生徒だけでなく職員にも実施されるよう義務付けており、学校教員のメンタルヘルスを支える心理支援を後押しする基盤制度である。

4. 福祉領域

福祉領域は、児童福祉、障害児・者福祉、そして高齢者福祉の3つの分野に大別される。

4.1 実践例

児童福祉分野では、主に子育て支援におけるRSPTの実践例が報告されている。Fujiwara et al. (2011)は、3歳児健診の一連の流れの中に、反抗挑発症・素行症をはじめとしてさまざまな行動問題の解消効果が報告されているRSPTである子育て支援プロトコル (Triple P: Sanders, 1999) を導入し、実社会におけるRSPTの効果を検証した。健診の中で「行動問題があると感じている」または「子育てに困難を感じている」と保護者が報告した場合と、子どもに行動問題があると健診担当の保健師が判断した場合に、Triple Pへの参加を保護者に呼び掛け、チラシを配布した。また、きょうだいに行動問題があると保護者が感じている場合も、研究参加可能とした。最終的には、91名が介入群、24名が対照群としての参加を希望した(いずれも母親)。介入群の参加者は、週1回、全8回の集団Triple P(1グループあたり10~12名)に参加し、応用行動分析に基づく子どもの行動理解と対応、電話セッションによるサポートなどを受けた。その結果、子どもの「行為の問題 (conduct problems)」の減少、保護者の抑うつ減少、「子育ては難しい/ストレスフルである」といった回答の減少、そして子育てへの自信の向上といった効果が認められた。

障害児・者福祉分野については、教育領域における3次的援助サービスとして、自閉スペクトラム症やADHD、限局性学習症などの診断のある児童生徒を対象とした学校内外における実践例が報告されている(道城他, 2008; 野田・松見, 2014; 塩見・戸ヶ崎, 2012)。国外においては、成人期におけるADHDに対するRSPTのひとつである認知行動療法の実践例が数多く報告され(Emilsson et al., 2011; Hirvikoski et al., 2011; Safren et al., 2010; Weiss et al., 2012)、その適用可能範囲は思春期へと広がり始めているものの(Bikic et al., 2017; Chan et al., 2016)、日本国内においてはそうした実証研究例は非常に限られている。

高齢者福祉分野では、うつ病に対するRSPTのひとつである認知行動療法を69歳のうつ病患者に適用した症例報告がある(陳他, 2008)。約15ヶ月間で21回の個別認知行動療法

セッションが実施され、抑うつ症状と不安症状の減少が確認された。また、3ヶ月後と6ヶ月後のフォローアップにおいても生活改善は維持され、抑うつ症状と不安症状はさらに減少していた。また、うつ病に対するRSPTに含まれる問題解決療法の観点から、問題志向（問題への心的態度）と問題解決スキル（問題への具体的対処）の推移を測定したところ、積極的な問題志向の向上と、合理的問題解決の大幅な向上が確認された。AB法による単一事例研究であるという点で、高齢者に対する心理療法の効果を支持する根拠として強固であるとは言えないものの、高齢者福祉分野においては数少ない貴重な実践例である。

4.2 基盤制度

児童福祉分野のさまざまな実践を支える土台となっているのは、「児童福祉法」である。同法第一条「全て児童は、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、適切に養育されること、その生活を保障されること、愛され、保護されること、その心身の健やかな成長及び発達並びにその自立が図られることその他の福祉を等しく保障される権利を有する」、および第二条「全て国民は、児童が良好な環境において生まれ、かつ、社会のあらゆる分野において、児童の年齢及び発達の程度に応じて、その意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮され、心身ともに健やかに育成されるよう努めなければならない」の2つは、その他のさまざまな基盤制度につながる原則である。児童福祉においては、児童虐待の予防と即時対応、要保護児童の生活基盤の提供、要支援児童の保護者のためのさまざまなサービスの提供など、個別療法を主とするRSPTの前段階または前提となる緊急対応や社会的支援が多くを占める。それに加えて、国民運動計画として開始された「健やか親子21」が『育てにくさ』を感じる親に寄り添う支援と「妊娠期からの児童虐待防止対策」を重点課題とするなど、個別療法を含む子育てに関連する困難への対策が進められている。Fujiwara et al. (2011)による3歳児健診との連携によるRSPTの社会実装や、その他の子育て支援の取り組みは、こうした基盤制度に支えられているといえる。

障害児・者福祉分野における基盤制度としては、教育領域の心理療法の基盤制度でもある「発達障害者支援法」に加えて、「障害者基本法」の2011年改正において「第17条 療育」という項目が初めて導入されたことが重要点となる。これに続いて2014年に厚生労働省から提出された「障害児支援のあり方に関する検討会」の報告書では、子育てにおける家族支援と地域連携の重視・推進が明記された。すなわち、障害の本質を個体に帰属させて治療・リハビリテーションの対象とする医学モデルによる療育から、障害の本質を個体と環境の相互作用に帰属させることで地域社会への参加・包容（インクルージョン）を推進する社会モデルによる療育へと、方向性の転換が求められたといえる。また、産業領域の基盤制度でもある「障害者雇用促進法」とそれに基づく障害者差別禁止指針、合理的配慮指針なども、障害児・者本人の症状・特性といったものを治療対象とする医学モデルだけでなく、環境調整を通して生活困難解消と社会参加促進を展開する社会モデルの重要性を強調するものである。

高齢者福祉分野における基盤制度の多くは、介護や認知症など、高齢者というライフステ

ージにおいて特に焦点が当たりやすい身体状態の治療や社会的支援に関するものである。その中でも、介護保険法の 2005 年改正では「・・・その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ・・・」と高齢者の心理的・主観的側面に焦点を当てた一文が加えられるなど、心理的側面を含む高齢者の生活の質 (Quality Of Life: QOL) についてはさまざまな法律や制度等において重要視されている。

5. 司法領域

5.1 実践例

司法領域の心理支援業務では、犯罪にかかわる背景因子 (例: 衝動性, ストレス対処) をターゲットとした心理療法が実施されている。必ずしも背景にある精神疾患を同定して治療を行うものではないことから、RSPT を参考にして独自に開発された心理療法プログラムが実施されていることが多い。

司法領域における実践は、社会内処遇である「保護」分野の実践と、司法施設内処遇である「矯正」分野の実践に大別される。保護分野においては、保護観察所で実施した性犯罪者処遇プログラムを修了した成人 3,838 名と未受講の 410 名に対してそれぞれ最長 4 年間の追跡調査を行い、再犯の発生状況を比較した結果が、法務総合研究所 (2015) によって報告されている。分析の結果、全ての種類の再犯について、プログラムを未受講の者と比べて受講済みの者の方が推定再犯率が低く、性犯罪の再犯に限定した分析においても同様の結果が認められた。このプログラムを含む日本の司法領域における再犯防止の心理療法は、認知行動療法をベースとして国外で開発されたものをモデルにしており、保護と矯正の両分野において集団認知行動療法として実施されている (嶋田・熊野, 2015)。

矯正分野における取り組みには、成人を対象としたものと、少年 (未成年) を対象としたものがある。野村他 (2016) は、累犯刑務所に服役中で薬物依存離脱指導の対象となった成人 56 名に対して、マインドフルネス方略と目標設定に焦点を当てた集団認知行動療法 (mindfulness and goal-setting focused cognitive behavioral therapy; MGF) と、野村他 (2014) が開発した集団認知行動療法 (treatment as usual; TAU) のいずれかを実施して効果を検証した。その結果、入所回数が多い者ほど「薬害・犯罪性の否定」が改善しにくかったものの、いずれの療法を受けた場合でも、「再使用への欲求」、「薬理効果への期待」、「薬物使用への衝動性」、および「薬害・犯罪性の否定」が低下した。さらに、MGF を受けた参加者は「情動・意欲面の問題」にも改善が見られた。マインドフルネス方略は物質使用障害の RSPT に含まれておらず、TAU は RSPT 「Guided self-change for mixed substance abuse/dependence」の一部である relapse prevention のみをベースとしているなど、野村他 (2016) の実践は現時点においては RSPT に該当するものではないものの、国内の司法領域において数少ない実践研究例である。

少年を対象とした実践例としては、女子少年院にいる 79 名の少年を対象として、マインドフルネス瞑想に基づく心理療法プログラムを、女子少年院の基本プログラムとして実施

した研究例がある(吉村,2016)。このプログラムでは、参加者の84%がマインドフルネス瞑想の肯定的な効果を報告し、77%がプログラム参加に伴う苦痛を報告している。野村他(2016)と同様に、マインドフルネスを活用した実践を司法領域において展開しており、肯定的効果だけでなくプログラム参加に伴う苦痛も含めて公平に検証・情報発信している点が特徴的である。

5.2 基盤制度

司法領域のうち、保護分野での心理支援の主な基盤制度となっているのは、旧来の犯罪者予防更生法や執行猶予者保護観察法を整理統合した新しい基本法として2008年に施行された「更生保護法」である。更生保護とは、犯罪を行った者や非行少年に対して、社会内での適切な処遇を実施することで、再犯・再非行防止、社会的自立、および改善更生を支援する制度である。一般遵守事項と特別遵守事項があり、特別遵守事項の中で「医学、心理学、教育学、社会学その他の専門的知識に基づく特定の犯罪的傾向を改善するための体系化された手順による処遇として法務大臣が定めるものを受けること」(51条)と規定されている。現在では、指導監督の一環として、認知行動療法をベースとした4つの専門的処遇プログラム(性犯罪者処遇、薬物再乱用防止、暴力防止、飲酒運転防止)が開発されている。

矯正分野に関しては、「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」(以下、刑事収容施設法)と「少年院法」が重要な基盤制度となる。刑事収容施設法において定められる刑事施設とは、刑務所・少年刑務所・拘置所の3つの行刑施設の総称であり、被収容者には適正な生活条件の保障、適切な措置、そして心理療法を含む矯正処遇が行われる。受刑者に対する矯正処遇とは、犯罪の責任の自覚、健康な心身の育成、社会適応に必要な知識及び生活態度の習得のために行われるもので、「一般改善指導」と「特別改善指導」に分かれる。そのうち、特別改善指導では、①薬物依存離脱指導、②暴力団離脱指導、③性犯罪再犯防止指導、④被害者の視点を取り入れた教育、⑤交通安全指導、⑥就労支援指導の6類型が実施されている。刑事施設において実施されている心理療法プログラムは、刑事収容施設法が定める特別改善指導、特に薬物依存離脱指導(e.g. 野村ら,2016)および性犯罪再犯防止指導などの一環として実施されている。

少年院法における矯正教育には、(1)生活指導、(2)職業指導、(3)教科指導、(4)体育指導、(5)特別活動指導の5つがある。生活指導では、個々の在院者の事情等に応じて、非行の防止を目的とした特定生活指導が実施される。特定生活指導には、①被害者の視点を取り入れた教育、②薬物非行防止指導、③性非行防止指導、④暴力防止指導、⑤家族関係指導、⑥交友関係指導の6種類が設けられており、たとえば1回100分週2回の個別または集団指導といった形で実施される。少年院における認知行動療法などの心理療法プログラムは、少年院法が定める特定生活指導の中でも、薬物非行防止指導や性非行防止指導などの一環として取り入れられている。

また、2016年度(平成28年度)から、女子少年に共通する処遇ニーズに対応して全在院者を対象に実施する「基本プログラム」が施行されている(法務省法務総合研究所,2018)。

基本プログラムは、アサーション・トレーニング（自己開示・他者理解の態度を育て、自尊感情を高めるとともに、状況に適した対応が取れるようにする）、マインドフルネス（マインドフルネス瞑想を体験的に理解させることで衝動性の低減や統制力の向上等を目指す； e.g. 吉村, 2016）、そして特別プログラム（特に自己を害する程度の深刻な問題行動を有する処遇ニーズの高い在院者を対象とした自傷及び摂食障害に対するプログラム）の3つが試行されている（法務省法務総合研究所, 2018）。

その他、司法領域と医療・保健領域にまたがる基盤制度として、2003年に成立した「心神喪失者等医療観察法」（以下、医療観察法）がある。医療観察法は、心神喪失・心身耗弱の状態で大変な他害行為（例：殺人、強盗、強制的性交）を行った者に対して適切な支援を実施することで症状改善や再発防止、社会復帰を促進させることを目的としたもので、司法と医療行政の両システムが連携している点で意義深い制度とされる。医療観察法を基盤制度として衝動性や怒りに対するRSPTが提供できるようになることで、触法精神障害者の症状改善や再犯防止などに心理専門職が貢献できる可能性もある（壁屋, 2006）。また、犯罪被害者への支援という点では、「配偶者からの暴力防止及び被害者の保護等に関する法律」（以下、DV防止法）を基盤制度とした被害者へのカウンセリングにおいて、PTSD症状を示す相談者のための心理療法が行われることがある。

6. 産業領域

近年、産業・労働分野においては、労働者の心の健康問題に対する支援が喫緊の課題である。職場での人間関係や業務内容の問題といった心理的負荷を原因として、精神障害を発症し、労働者が自殺して労災認定が行われる事案が増加している（厚生労働省, 2018）。このような状況の中で、公認心理師は、産業・労働分野における心の健康に関する専門家としての活躍が期待されている。

6.1 実践例

産業・労働分野における心理支援として、①メンタルヘルス不調者への対応（メンタルヘルス不調者のアセスメント、カウンセリング、復職支援【リワーク】、ストレスチェック）、②キャリアコンサルティング、③人事、管理職へのコンサルテーション、④メンタルヘルスにかかわる教育・研修が挙げられている（福島他, 2018）。ここでは、事業所における労働者の心の健康の保持増進のための指針の中で重要とされている、1次予防、2次予防、3次予防に分けて、これまで産業・労働分野で実施されてきた心理支援を概観する。

メンタルヘルスの不調を未然に防ぐための1次予防的アプローチとしては、認知行動療法の考え方に基づくアプローチが最も多く用いられている。国内外の研究を展望して作成された「職場のメンタルヘルスのためのセルフケア教育のガイドライン」（島津, 2013）においては、事業場で実施するセルフケアは、認知行動療法の考え方に基づくアプローチが推奨されている。その中でも、公認心理師が産業・労働分野でセルフケア教育に活用する手法としては、簡易型の認知行動療法が重要な役割を果たす（加藤, 2019）。簡易型認知行動療法と

は「認知行動療法で使われるアプローチを基礎にしながら、書籍やインターネットなども活用して、より多くの人々が容易に効果的な精神保健・医療サービスを受けられるようにしたもの」と定義される（大野・田中, 2017）。簡易型認知行動療法は、ガイドライン教育の手法そのものであり、産業・労働分野で働く公認心理師が最初に習得すべき介入であるといえる（加藤, 2019）。

セルフケア教育における簡易型認知行動療法で最も報告数が多いのは、集団教育とフォローアップを組み合わせた介入である。Kojima et al. (2010) は、216名の労働者を1回の集団教育と3回のメールによるフォローアップを行う群と待機群に割り付けたランダム化比較試験を実施し、待機群と比較して介入群の抑うつ症状が有意に大きく減少したことを報告している。同様に、Mori et al. (2014) は、168名の労働者を対象に、集団教育とインターネットによる認知行動療法を行う群と集団教育のみの対照群に割り付けたランダム化比較試験を実施し、介入前のうつ症状が高い者において抑うつ症状が有意に減少しやすいうことを示唆している。また、762名の労働者をインターネット認知行動療法群とメールによるストレスマネジメント教育群に割り付けたランダム化比較試験においても、インターネット認知行動療法群のうつ症状が減少し、介入参加から1年後のうつ病の発症が抑制されたことが報告されている（Imamura et al., 2014; 2015）。研究デザイン上の要改善点は未だ多く残されているとはいえ、集団教育とフォローアップによる簡易型認知行動療法を用いたセルフケア教育は、一定の成果を上げ始めているといえる。

メンタルヘルス不調を早期に発見して適切な措置を行う二次予防的アプローチとしては、専門職による電話面接による認知行動療法の研究が報告されている。Furukawa et al. (2012) は、メンタルヘルス不調のリスクの高い労働者118名（閾値下うつ）を対象に、EAP（従業員支援プログラム）に電話による簡易型認知行動療法を加えた群と、EAPを単独で行う群に割り付けたランダム化比較試験を行った。その結果、電話認知行動療法を追加した群において抑うつ症状が有意に減少したことを報告している。

メンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰の支援等を行う三次予防的アプローチとしては、リハビリテーションを含む通常の医療措置に加えて、認知行動療法に基づく復職支援プログラムが条件付きで推奨されている。休業者に対する復職支援プログラムの有用性に関するシステマティックレビューの結果、研究間でのばらつきが認められたものの、心理療法はメンタルヘルス不調を抱える職員の休業期間短縮につながることを示唆され、「休業中の労働者に対して、リハビリテーションを含む通常の医療措置に加えて、認知行動療法に基づく復職支援プログラムを条件付きで推奨する（中等度のエビデンスに基づく弱い推奨）」と提言されている（道喜他, 2018）。しかしながら、このシステマティックレビューで抽出された研究は全て国外の研究であり、異なる産業保健制度を有する日本国内の産業領域への一般化は慎重に行う必要がある。

日本国内での復職支援の実践例としては、伊藤他（2018）による取り組みがある。復職支援においては、休職中に生じる抑うつ症状や社会適応状態の改善だけでなく、職場を復帰し

た後に起こりうる職場の問題への対処が重要となる(田上他, 2012)。そこで、伊藤他(2018)は、現在の症状緩和と適応状態の改善に焦点を当てた認知行動療法プログラムに、職場の問題に焦点を当てた治療要素を追加することで、職場復帰後の困難感、就労の継続、再発予防といった点でどのような効果があるのかを検証した。抑うつ症状を訴える患者16名を対象として、職場に焦点化した全8セッションの集団認知行動療法を行った結果、介入後に抑うつ症状や不安症状、社会適応状態、職場復帰後の対人面の困難の減少が認められたことに加えて、多くの参加者が職場に復帰し、復職3か月後も就労を維持していることが確認された。

6.2 基盤制度

産業・労働分野における主要な法令のうちRSPTと密接に関連する基盤制度の代表例は、「労働安全衛生法」である。労働安全衛生法は、職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とした法律である。同法は、第六十九条第一項において「事業者は、労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならない」と述べた上で、労働災害の防止のための危害防止基準を確立し、責任体制の明確化および自主的活動の促進を行っている。たとえば、心理的な負担の程度を把握するために、労働者のストレスチェックの実施が義務化されている。ストレスチェックを実施する目的は、労働者自身のストレスに対する気づきを促すことや、ストレスの高い者を早期に発見することでメンタルヘルス不調を未然に防ぐことである。また、2019年4月の改正によって、専門型裁量労働制によるもの等を含む労働者の勤怠管理(労働時間状況の把握)が義務化され、時間外労働が1か月あたり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる場合、本人の申し出によって医師の指導を受けることとなっている。

職域での心身の健康増進のあり方については、労働安全衛生法に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針(トータルヘルスプロモーション[THP]指針)」によって定められている。産業医による健康測定の結果を考慮して、産業医の指示の下、健康指導(運動指導、保健指導、メンタルヘルスカケア、栄養指導)等を行う。所定の研修を受講した心理相談担当者が実施するメンタルヘルスカケアでは、ストレスに対する気づき、心身の緊張を緩めるリラクゼーション、良好な職場の雰囲気づくり等をターゲットとした支援を提供する。

メンタルヘルスカケアの実施にあたっては、1次予防(ストレスチェック制度の活用や職場環境等の改善を通じて、メンタルヘルス不調を未然に防止する)、2次予防(メンタルヘルス不調を早期に発見し、適切な措置を行う)、3次予防(メンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰の支援等を行う)が円滑に行われることが求められる。これらの取組みにおいては、セルフケア(労働者自身によるケア)、ラインによるケア(管理監督者によるケア)、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケアの「4つのケア」が適切に実施されるように関係者が相互に連携し、メンタルケアの教育研修・情報提供、職場環境等の把握と改善、メンタルヘルス不調への気付きと対応、休業者の職場復帰のための支援等

を積極的に推進することが効果的である。セルフケア教育における簡易型認知行動療法 (Imamura et al., 2014, 2015; Kojima et al., 2010; Mori et al., 2014) など、必ずしも専門家による個別面談を必要としない手法は、主に1次予防におけるセルフケアにあたる。電話認知行動療法とEAPの組み合わせによる支援 (Furukawa et al., 2012) は、主に2次予防における事業場内産業保健スタッフ等によるケア、または事業場外資源によるケアにあたる。認知行動療法をベースとした復職支援は、3次予防における事業場外資源によるケアにあたる。公認心理師は、事業場内外において関係者と連携しながら1次予防、2次予防、3次予防に携わり、労働者の心の健康の保持増進のために活躍することが期待される。

こうしたメンタルヘルス不調の予防と対応に加えて、心理支援を通して障害者の職業の安定を図ることも公認心理師の重要な職務のひとつである。この点では、「障害者雇用促進法」が重要な基盤制度となる。同法で対象となる障害者の範囲は、身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）、その他の心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者である。

障害者雇用促進法が定める事業主に対する措置には、障害者雇用率に相当する人数の障害者の雇用を義務づける雇用義務制度や、事業主の経済的負担の調整を図ることや障害者を雇い入れるための施設の設置、介助者の配慮等に助成金を支給することを目的とした給付金制度等が含まれる。また、同法に基づいて、障害者差別禁止指針（障害者であることを理由とする差別〔直接差別〕を禁止し、事業主や同じ職場で働く者が障害特性に関する正しい知識の取得や理解を深めることが重要であるとする）や、合理的配慮指針（雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会若しくは待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するために事業主が講ずべき措置に関する指針）が定められている。

障害者雇用促進法が定める障害者本人に対する措置としては、地域の就労支援関係機関において障害者の職業生活における自立を支援する、職業リハビリテーションの実施がある。復職支援の現場においても発達障害等への対応は喫緊の課題となっており、抑うつや不安といった精神症状と同時に発達障害またはそれに類する困難がある場合の効果的な支援が求められている。産業領域におけるこうした支援についても、障害者雇用促進法などさまざまな基盤制度の後押しを受けて進められることが期待される。

7. 今後の展望

本論考の目的は、医療、教育、福祉、司法、産業の各領域におけるエビデンスに基づく心理療法の実践例とその社会的文脈となる基盤制度を概観することで、今後の実践と普及の方向性を示すことであった。

医療領域においては、RSPTに関する実践例で測定されているアウトカム変数と領域の目的（さまざまな疾患とそれに伴う生活困難の解消・緩和）が一致していることが多く、RSPTと基盤制度が明確に連動しながら発展していることが明らかになった。特に、RSPTなど狭

エビデンスに基づく心理療法とその基盤制度

義のエビデンスに基づく心理療法に対しては、国内の臨床試験を経て診療報酬算定による経済的支援が進められており、うつ病や不安症をはじめとしてさまざまな精神疾患に対するエビデンスに基づく心理療法が広く提供され始めている。一方、成人期 ADHD に対する認知行動療法など、診療報酬による支援（H007 障害児〔者〕リハビリテーション料）がありながらも実践例があまり見受けられないものもあった。有効な心理療法を確実にかつ継続的に提供するためにも、活用可能な基盤制度に関する情報、および実臨床における活用方法の模索と共有が必要不可欠である。

教育領域については、心理療法の実践と基盤制度の間に一定のつながりは見られたものの、狭義のエビデンスに基づく心理療法の実施を明確に規定する基盤制度はなく、特に神経発達症に関連する3次的援助サービスにおいて福祉領域の基盤制度（例：発達障害者支援法）が援用されるにとどまっていた。これには、教育領域が求めるアウトカムと介入効果測定で採用されるアウトカムの不一致、すなわち実証研究が領域のニーズにできていないことが影響している可能性がある。教師が直面している児童生徒の適応上の問題として大きな割合を占めるのは「問題行動・不登校・いじめ」に関わるものであるものの（相楽・岩隈, 2009）、攻撃行動や暴力、不登校、いじめをアウトカム変数として直接測定した実践研究例は非常に限られている。人格形成という非常に広範な目的をもつ領域であることから軸となるアウトカム変数を定めにくいとはいえ、専門家の閉ざされたコミュニティでのみ共有される固有の変数だけでなく、広く国民に伝えることのできるアウトカム変数を測定するという営みは欠かせない。

各領域が求めるアウトカムを取り入れた実証研究の展開は、RSPT の普及において重要な役割を果たす。たとえば、教育領域における通常教育実践の時間は、原則として、文部科学省で制定された単位を消化するために使われる。さらに、教育領域における1次的援助サービスや2次的援助サービスの多くも、通常教育実践の時間枠の中で行われることとなる。これは、現在の RSPT の多くが採用している支援形式、すなわち1回50～90分、毎週1～2回のセッションを合計10セッション以上実施する支援形式を実現するには、時間的制約という大きな困難が伴うことを意味する。心理支援を通常教育実践に導入するためには、それまでに当該校で実施していた他の通常教育実践の一部を中止または終了させて心理支援のために必要となる時間枠を確保するという決断が、学校関係者に求められる。これは同時に、そのような積極的な決断を支える明確な根拠が必要不可欠であることを意味する。この点においても、児童生徒本人、保護者、および学校関係者を含む国民に伝えることのできる、説得力のあるアウトカムを用いた研究知見の蓄積と発信が重要となる。

福祉領域については、実証研究として報告された実践例そのものが少なく、特に高齢者福祉分野においては心理療法の効果を支持する日本国内のエビデンスが非常に限られていた。また、心理療法に密接に関連する基盤制度も非常に限られており、実証的根拠と基盤制度のいずれの観点からも、高齢者福祉分野における心理療法の普及を支える取り組みは喫緊の課題であるといえる。福祉領域では、児童福祉分野の実社会における効果検証や（Fujiwara

et al., 2011), 障害児・者福祉分野の少数事例を用いた実践報告など(道城他, 2008; 野田・松見, 2014; 塩見・戸ヶ崎, 2012), 理想的な治療環境で実施されるランダム化比較試験とは異なる, 実臨床により近い形での知見の蓄積と発信が進められている。こうした取り組みの中で, 各実践の効果を検証することに加えて, 各実践がどのような基盤制度に支えられて, またはどのような基盤制度を利用して「持続可能な心理療法」として提供されているのかを明記することが, 制度立案者にとって効果的な心理療法を後押しするための有用な情報となる可能性がある。

司法領域の現状としては, 刑務所等の関連機関内で実施される処遇プログラムが整備され, それを実施するための基盤制度も整っており, 処遇プログラムや基盤制度といったハード面の整備状況は比較的良好であった。一方, 処遇プログラムの効果に関する実証的知見の蓄積と発信は十分ではなく, 実施者の養成を含むソフト面の整備が十分ではない可能性が示唆された。司法領域においては, 少年院などでは法務教官または法務技官が, そして保護観察所では保護観察官や保護司が, 専門的なプログラムを実施している。法務教官や保護観察官として入職するための関門である国家公務員試験では, 専門的なプログラムの実施に関する知識や技術を有していることは特段に求められておらず, 筆記試験で基礎的な内容を問う形になっている。つまり, RSPT を含む職務に関する専門的知識および技術は, 入職後の研修で習得することが期待されているといえる。一方, 少年刑務所内でのアンガーマネジメントの実践研究から, 矯正職員の専門性が必ずしも RSPT 実施者としての要求水準に達していないことや, 現行の研修体制や研修内容に改善の余地がある可能性が指摘されている(高野・本田, 2013)。認知行動療法に基づく専門的なプログラムの実施には, その背景にある認知理論や学習理論に習熟していることに加えて, 臨床基礎技術としての傾聴なども必要不可欠である。法務教官や保護観察官がそれらの専門性を習得するための研究制度の構築に加えて, 外部の心理専門職によるコンサルテーション等の後方支援体制の整備など, RSPT の安定的提供につながる制度の充実化が求められる。

産業領域においては, 支援の全体像を示すモデルや各種指針は充実しており, 労働安全衛生法によって労働者のストレスチェックも義務化されるなど, 労働者全体を幅広くカバーした一般的アプローチが進められている現状が明らかになった。また, うつ病に対する認知行動療法をベースとした実践例が多く, 医療領域に次いで RSPT が積極的に導入されている領域であるといえる。一方, RSPT は費用面での負担が大きく, 多くの事業者または労働者にとって利用に困難が伴うことが指摘されている(道喜他, 2018)。経済活動を主とする産業領域において, 費用面でのデメリットは大きな障壁となる。障害者雇用支援や復職支援といった心理療法に関連する取り組みを産業領域でさらに展開・浸透させていくためにも, 基盤制度による経済的支援, および費用対効果の高い心理療法の開発が急務である。

最後に, いずれの領域においても, RSPT の実施において最も重要な点は, 心理専門職以外の専門家との多職種連携にある。心理療法の実施を無条件に第一選択肢とするのではなく, 現存するシステムの中でどのように心理療法を位置づけるかを考える必要がある。エビ

デンスに基づく心理療法を含め、心理支援が法律や制度といった社会的文脈の中で実践されることを再認識し、持続可能な心理支援の開発・提供について再考する上で、本論考がその一助となることを願う。

文 献

- Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., Kishimoto, J., & Nishikawa, T. (2010). Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. *Journal of traumatic stress, 23*, 744-750.
- Bikic, A., Reichow, B., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Sukhodolsky, D. G. (2017). Meta-analysis of organizational skills interventions for children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychology Review, 52*, 108-123.
- Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 315*(18), 1997-2008.
- 陳 峻雯・高橋 史・貝谷久宣 (2008). 高齢者うつ病に対する認知行動療法の一例 行動療法研究, *34*(1), 67-79.
- 道城 裕貴・野田 航・山王丸 誠 (2008). 学校場面における発達障害児に対する応用行動分析を用いた介入研究のレビュー : 1990-2005 行動分析学研究, *22*, 4-16.
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J. F., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H., & Young, S. (2011). Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 11*.
- 藤田 正・西川 潔 (2002). 構成的グループ・エンカウンター導入による他者からの受容感の変容 教育実践総合センター研究紀要, *11*, 69-73.
- Fujiwara, T., Kato, N., & Sanders, M. R. (2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *Journal of Child and Family Studies, 20*(6), 804-813.
- 福島 哲夫 (編) (2018). 公認心理師必携テキスト 学研メディカル秀潤社
- Furukawa, T. A., Horikoshi, M., Kawakami, N., Kadota, M., Sasaki, M., Sekiya, Y., ... & Iwasa, K. (2012). Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PloS one, 7*, e35330.
- 後藤 吉道・佐藤 正二・佐藤 容子 (2000). 児童生徒に対する社会的スキル訓練 行動療法研究, *26*, 15-24.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., . . . Nordström, A.-L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training

- group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 175-185.
- 法務省法務総合研究所 (2015). 平成 27 年度版犯罪白書：性犯罪者の実態と再犯防止 法務総合研究所
- 法務省法務総合研究所 (2018). 平成 30 年度版犯罪白書：進む高齢化と犯罪 法務総合研究所
- Imamura, K., Kawakami, N., Furukawa, T. A., Matsuyama, Y., Shimazu, A., Umanodan, R., ... & Kasai, K. (2014). Effects of an Internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) program in Manga format on improving subthreshold depressive symptoms among healthy workers: a randomized controlled trial. *PloS one*, 9, e97167.
- Imamura, K., Kawakami, N., Furukawa, T. A., Matsuyama, Y., Shimazu, A., Umanodan, R., ... & Kasai, K. (2015). Does Internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) prevent major depressive episode for workers? A 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 45, 1907-1917.
- 石川 信一・岩永 三智子・山下 文大・佐藤 寛・佐藤 正二 (2010). 社会的スキル訓練による児童の抑うつ症状への長期的効果 教育心理学研究, 58, 372-384.
- 石隈 利紀 (1999). 学校心理学—教師・スクールカウンセラー・保護者のチームによる心理教育的援助サービス— 誠信書房
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., ... & Usuki, M. (2016). Transdiagnostic and transcultural: pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior therapy*, 47(3), 416-430.
- Ito, M., Okumura, Y., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Miyamae, M., ... & Ono, Y. (2016). Japan Unified Protocol Clinical Trial for Depressive and Anxiety Disorders (JUNP study): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 71.
- Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2012). Cognitive-Behavioral Treatment of PTSD in Residents of Battered Women Shelters: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 542-551.
- 金山 元春・後藤 吉道・佐藤 正二 (2000). 児童の孤独感低減に及ぼす学級単位の集団社会的スキル訓練の効果 行動療法研究, 26, 83-96.
- 加藤 典子 (2019). 産業・労働分野での活用 精神療法, 45, 67-71.
- Kazdin, A. E. (2015). Evidence-based psychotherapies II: changes in models of treatment and treatment delivery. *South African Journal of Psychology*, 45(1), 3-21.
- Kazdin, A. E. (2018). Implementation and evaluation of treatments for children and adolescents with conduct problems: Findings, challenges, and future directions. *Psychotherapy Research*, 28(1), 3-17.
- 金 吉晴・小西 聖子 (2016). PTSD (心的外傷後ストレス障害) の認知行動療法マニュアル

- 不安症研究, 7, 155-170.
- Kojima, R., Fujisawa, D., Tajima, M., Shibaoka, M., Kakinuma, M., Shima, S., ... & Ono, Y. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy training using brief e-mail sessions in the workplace: a controlled clinical trial. *Industrial health*, 48, 495-502.
- 厚生労働省 (2018). 脳・心臓疾患に関する事案の労災補償状況
<https://www.mhlw.go.jp/content/11402000/H29_no1.pdf>
- 厚生労働省 (2009). うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル
<<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>>
- 道喜 将太郎・原野 悟・品田 佳世子・大山 篤・小島 原典子 (2018). 休業者に対する復職支援プログラムの有用性：システマティックレビュー 産業衛生学雑誌, 60, 169-179.
- Mori, M., Tajima, M., Kimura, R., Sasaki, N., Somemura, H., Ito, Y., ... & Tanaka, K. (2014). A web-based training program using cognitive behavioral therapy to alleviate psychological distress among employees: randomized controlled pilot trial. *JMIR research protocols*, 3, e70.
- Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M., Abe, T., Fujisawa, D., Kikuchi, T., ... & Ono, Y. (2017). Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(8), 1126-1135.
- Nakao, S., Nakagawa, A., Oguchi, Y., Mitsuda, D., Kato, N., Nakagawa, Y., ... & Iwashita, S. (2018). Web-based cognitive behavioral therapy blended with face-to-face sessions for major depression: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 20(9), e10743.
- 中谷 江利子・加藤 奈子・中川 彰子 (2016). 強迫性障害 (強迫症) の認知行動療法マニュアル 不安症研究, 7, 2-41.
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A., ... & Kawamoto, M. (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder—effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 269-276.
- 野田 航・松見 淳子 (2014). 小学2年生の掛け算スキルの流暢性の向上を目指した応用行動分析的指導の効果—Cover-Copy-Compare の応用— 特殊教育学研究, 52, 287-296.
- 野村 和孝・安部 尚子・嶋田 洋徳 (2016). 累犯刑務所におけるマインドフルネス方略と目標設定に焦点をあてた集団認知行動療法プログラムが覚せい剤再使用リスクの高い累犯受刑者に及ぼす影響 犯罪心理学研究, 54, 13-29.
- 大野 裕・田中 克俊 (2017). 保健, 医療, 福祉, 教育にいかす簡易型認知行動療法実践マニュアル PHP 研究所
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W.

- (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 304(8), 875-880.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71-90.
- 佐々木 正輝・菅原 正和 (2009). 小学校における学校心理学的援助の方法と構成的グループエンカウンター (SGE) の有効性 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, 8, 107-117.
- 関 陽一・清水 栄司 (2016). パニック障害 (パニック症) の認知行動療法マニュアル 不安症研究, 7, 94-154.
- 島津 明人 (2013). 科学的根拠に基づいた職場のメンタルヘルスの第一次予防のガイドライン—職場のメンタルヘルスのためのセルフケア教育のガイドライン— 産業ストレス研究, 20, 127-133.
- 塩見 憲司・戸ヶ崎 泰子 (2012). 特別支援学校における行動問題を示す重度知的障害児への機能的アセスメントに基づく介入 特殊教育学研究, 50, 55-64.
- 高橋 史・小関 俊祐 (2011). 日本の子どもを対象とした学級単位の社会的スキル訓練の効果 メタ分析による展望 行動療法研究, 37, 183-194.
- 高橋 史・武川 清香・奥村 泰之・鈴木 伸一 (2018). 日本の精神科診療所における認知行動療法の提供体制に関する実態調査 信州大学行動臨床心理学研究室 2018年1月4日 <http://ftakalab.jp/wordpress/wp-content/uploads/2011/08/japancbtclinic_report.pdf> (アクセス年月日: 2019年9月1日)
- 吉村 仁 (2016). 女子少年院におけるマインドフルネスプログラムの効果およびリスクについての質的研究 マインドフルネス研究, 1, 25-36.
- Yoshinaga, N., Matsuki, S., Niitsu, T., Sato, Y., Tanaka, M., Ibuki, H., ... & Kobori, O. (2016). Cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder who remain symptomatic following antidepressant treatment: a randomized, assessor-blinded, controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(4), 208-217.
- 吉永 尚紀・清水 栄司 (2016). 社交不安障害 (社交不安症) の認知行動療法マニュアル 不安症研究, 7, 42-93.
- Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfield, B., Giles, L., & Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*, 12.

(2019年 9月30日 受付)
(2020年 2月21日 受理)