

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

高橋 史 (信州大学学術研究院教育学系)

武川 清香 (信州大学医学部附属病院精神科)

奥村 泰之 (医療経済研究機構)

鈴木 伸一 (早稲田大学人間科学学術院)

発行年月日：2018年1月4日

Actual condition survey on the implementation of Cognitive Behavioral Therapy at psychiatric clinics in Japan.

Fumito Takahashi (Institute of Education, Shinshu University)

Sayaka Takegawa (Department of Psychiatry, Shinshu University Hospital)

Yasuyuki Okumura (Institute for Health Economics and Policy)

Shin-ichi Suzuki (Faculty of Human Sciences, Waseda University)

Publication date: January 4, 2018

目 次

1	調査の背景と概要	2
2	調査手続き	3
2-1	調査実施時期	3
2-2	調査内容	
2-2-1	デモグラフィックデータ	3
2-2-2	精神療法の実施状況	3
3	結果と考察	
3-1	回答者の特徴	5
3-2	精神療法の実施状況と認知行動療法実施率	6
3-2-1	精神療法の実施状況	6
3-2-2	都道府県別の認知行動療法実施率および回答率	7
3-2-3	都道府県別の認知行動療法実施率（全体実施率）	10
3-2-4	都道府県別の認知行動療法実施率（回答者内実施率）	11
3-3	各精神疾患に対する認知行動療法の実施状況	12
3-4	患者からの要望と認知行動療法実施の関係	17
3-5	認知行動療法の実施ステージと実施阻害要因	18
3-5-1	認知行動療法の実施ステージ	19
3-5-2	認知行動療法の実施阻害要因	19
3-5-3	認知行動療法の実施ステージと実施阻害要因の関係性	20
3-6	認知行動療法を実施するスタッフの職種	22
3-6-1	認知行動療法を実施するスタッフの職種	22
3-6-2	認知行動療法を実施するスタッフの職種と認知行動療法実施 の時間的制約	23
4	本調査のまとめと今後の展望	24

1 調査の背景と概要

認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）とは、視野を広げてネガティブな考えに囚われないようにしたり、日々の暮らし方を具体的に変えていくような取り組みを進めていく心理療法のことを言います。妊産婦等をはじめとして、薬物以外の治療を求める患者のための治療選択肢として注目されています。

諸外国では、認知行動療法を普及させるための施策が行われつつあります。たとえば、イギリスでは、心理療法アクセス改善（Improving Access to Psychological Treatments: IAPT）という科学的根拠に基づいた心理療法の提供体制の充実を目的とした施策を推進しながら、心理支援技術者を養成するカリキュラムを構築・実行しました（英国国立医療技術評価機構：NICE）。この施策によって、3年間で約3,600人の心理支援技術者が認知行動療法を習得し、うつ病や不安症を抱える患者に治療を届けるのに必要な数の心理師が育成されることとなりました（Clark et al., 2009）。

日本でも、認知行動療法が普及するための準備は整い始めています。日本国内の疫学調査によると、大うつ病の生涯有病率は6.3%であり（立森ら, 2007）、およそ16人に1人の割合で抑うつ気分等による生活困難が生じていることが明らかになっています。こうした状況を受けて、2010年4月からうつ病患者に対する認知行動療法が診療報酬の評価対象となり、医師がマニュアルに基づいて実施した場合に算定されるようになりました。また、2016年4月からは、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害または心的外傷後ストレス障害に対しても、認知行動療法が診療報酬の評価対象になっています。うつ病に対する認知行動療法の国内における効果研究では、心理師による認知行動療法の有効性も報告されており（佐藤・丹野, 2012）、認知行動療法は日本国内において今後ますます広まるものと思われます。

しかしながら、日本における認知行動療法の普及のための取り組みは発展途上であり、そもそも認知行動療法がどれほど普及しているのかといった実態もつかめていません。

そこで、①日本の精神科診療所における認知行動療法の実施状況、②認知行動療法の実施を阻害している要因、の2点に焦点を当てて、全国の精神科診療所を対象とした実態調査をおこないました。

2 調査手続き

厚生労働省地方厚生局が公表している医療機関の公表情報（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ました。次に、調査対象となる精神科診療所を選定しました。

* 本調査における「精神科診療所」の定義

厚生労働省（地方厚生局）が公表している医療機関の公表情報（オープンデータ）に掲載されている機関のうち、以下の2つを同時に満たすもの。

- ① 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）を含むこと
- ② 病床数が20未満であること

上記の①を満たした機関は、9,176施設でした。そのうち、上記②も同時に満たして調査対象機関となったのは、6,265施設でした。調査対象機関に対して、調査依頼状、調査用紙、返信用封筒が同封された封筒を郵送し、回答済み調査用紙が返送された1,019件（回答率16.5%）の回答を分析対象としました。

2-1 調査実施時期

2016年9月1日に、全調査対象機関へ調査用紙を一斉発送しました。2017年2月28日までに回答済み調査用紙が返送されたものを、分析対象としました。

2-2 調査内容

2-2-1 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ました。

2-2-2 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（複数回答可）：認知行動療法、精神分析的な心理

療法、対人関係療法、クライアント中心療法、家族療法、その他（自由記述）の中から回答を求めました。

※Nolen-Hoeksema et al.（2014）から代表的な精神療法を抽出しました。

- (b) 各精神疾患に対する認知行動療法の実施状況：注意欠如・多動性障害（成人期）や統合失調症、双極性障害、うつ病（DSM-5）といった認知行動療法適応疾患（有効な心理社会的治療法のひとつに認知行動療法が含まれている精神疾患）について、「4：よく実施する」「3：たまに実施する」「2：あまり実施しない」「1：治療機会はあるがまったく実施しない」「0：治療の機会がない（例：受診してこない）」の5件法で回答を求めました。

※認知行動療法適応疾患は、アメリカ心理学会第12部会のホームページ（<https://www.div12.org/psychological-treatments/>）を参考に抽出しました。

- (c) 患者からの認知行動療法実施ニーズ：「あなたの職場では、患者様から認知行動療法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択での回答を求めました。

- (d) 調査対象機関での認知行動療法実施ステージ：認知行動療法の実施状況について、以下の5つの選択肢の中から1つを選ぶよう求めました。各選択肢は、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に照らし合わせて、分析時に以下の（ ）内のように命名されました。

（前熟考期） a. 実施するつもりはない。

（熟考期） b. 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。

（準備期） c. 実施し始める予定がある。または、認知行動療法を実施できるスタッフを雇用する予定がある。

（実行期） d. すでに実施し始めて、3年未満である。

（維持期） e. すでに実施し始めて、3年以上経過している。

- (e) 認知行動療法実施の阻害要因：精神科病院や心療内科クリニックに勤務する医師2名と臨床心理士6名に認知行動療法実施の阻害要因に関する非構造化面接を行い、認知行動

療法実施の障害要因に関する項目を作成しました。項目は臨床心理士4名によって、12項目が選定され、それぞれ「個人的要因」（治療者個人に帰着される要因）と「組織的要因」（治療環境に帰着される要因）に分類されました。「あなた（回答者）の職場で認知行動療法を実施していて困ること、または認知行動療法の実施に至らない理由には、どのようなことがありますか？」という教示文を提示するとともに、該当する項目を選択するよう求めました（複数回答可）。「その他」を選択した場合には、自由記述にて内容の回答を求めました

(f) 認知行動療法を実施するスタッフの職種（複数回答可）：医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、その他（自由記述）、の中から選択するよう求めました。

3 結果と考察

3-1 回答者の特徴

回答者の性別、職種、年齢、調査対象機関での勤続年数について回答を求めました。回答結果をまとめたのが、Table1です。

Table 1 回答者の特徴

	Mean	SD	Min.	Max.	N	%	% Missing
性別					1012	99.3	0.7
男性					716	70.8	
女性					296	29.2	
職種					1002	98.3	1.7
医師					856	85.4	
看護師					21	2.1	
作業療法士					0	0.0	
精神保健福祉士					23	2.3	
臨床心理士					79	7.9	
その他					23	2.3	
年齢	55.5	11.9	25	94	1003	98.4	1.6
調査対象機関での勤続年数	27.1	12.4	0.5	72	879	86.3	13.7

女性よりも男性が多く、最も多い職業は医師でした。平均年齢や平均勤続年数の長さをふまえると、地域での精神医療を長年営んできた医療従事者から回答を得たと考えられます。

3-2 精神療法の実施状況と認知行動療法実施率

各診療所で実施している精神療法について、認知行動療法、精神分析的心理療法、対人関係療法、クライアント中心療法、家族療法、その他の中から、多肢選択式で回答を求めました（複数回答可）。選択肢を作成するにあたっては、心理学の学部教育で教科書として使用されることもある「Hilgard's Introduction to Psychology, 16th edition」(Nolen-Hoeksema et al., 2014) から、代表的な精神療法を抽出しました。また、「その他」を選んだ場合には、自由記述にて内容の回答を求めました。

3-2-1 精神療法の実施状況

上記の選択肢への回答をまとめたのが、Figure1です。

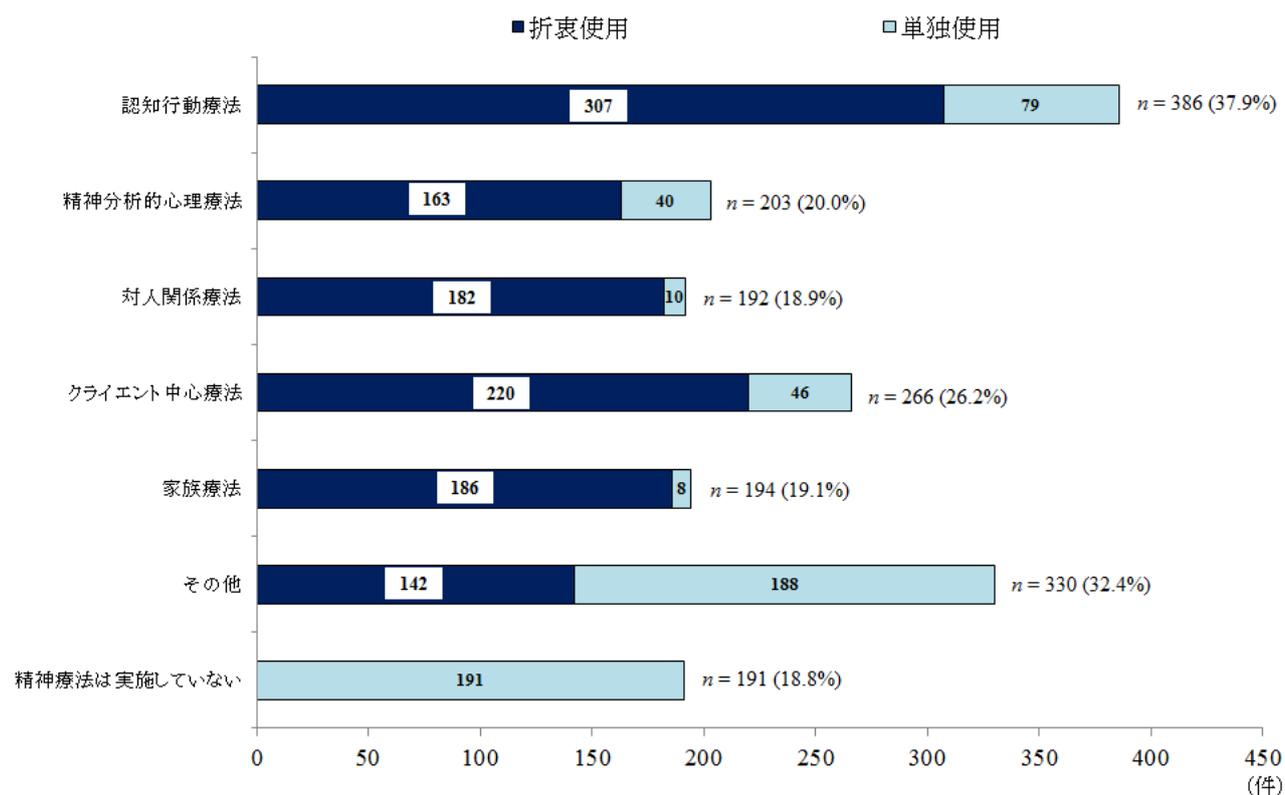


Figure 1 精神療法の実施状況

選択肢にある精神療法のうち1つだけを選択したものを「単独使用」、2つ以上を選択したものを「折衷使用」と定義しました。たとえば、ある診療所が認知行動療法だけを選択し

た場合は認知行動療法の「単独使用」にカウントされ、認知行動療法と家族療法を選択した場合は認知行動療法と家族療法それぞれの「折衷使用」にカウントされます。

折衷使用と単独使用を合計した単純な実施率では、認知行動療法（37.9%）が最も多く、次にその他、クライアント中心療法、精神分析的心理療法、家族療法、対人関係療法の順となりました。「その他」には、支持的精神療法、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、いろいろなエッセンスを取り入れた一般的な精神療法、といった記述が多く見られました。認知行動療法の実施阻害要因等についてもたずねる調査であることから、認知行動療法に興味を持っている人からの回答が多くなった可能性があり、この結果のみを根拠にして「認知行動療法が最も広く用いられている精神療法である」と結論づけることはできないという点には留意が必要です。

各精神療法の折衷率は、高い順に、家族療法が 95.9%、対人関係療法が 94.8%、クライアント中心療法が 82.7%、精神分析的心理療法が 80.3%、認知行動療法が 79.5%でした。認知行動療法を実施している診療所の約 8 割が、その他の精神療法と折衷する形で認知行動療法を取り入れていました。

3-2-2 都道府県別の認知行動療法実施率および回答率

認知行動療法の実施率を算出するにあたっては、実施している精神療法に「認知行動療法」が含まれる診療所（単独使用か折衷使用かは問わない）を、認知行動療法実施診療所と定義しました。

都道府県別の調査回答率と認知行動療法実施率をまとめたのが、Table2 です。青は各指標の上位 5 地域、黄は各指標の下位 5 地域を指します。

Table 2 本調査への回答率および認知行動療法実施率(都道府県別)

都道府県名	人口 ^{a)}	精神医療 診療所数 ^{b)}	調査用紙 到達数	調査用紙 到達率(%) ^{c)}	回答済み 返送数	回答率(%) ^{d)}	CBT ^{e)} 実施 診療所数 ^{f)}	CBT実施率(%) (全体) ^{g)}	CBT実施率(%) (回答者内) ^{h)}
北海道	5,360,032	178	177	99.4	36	20.3	19	10.7	52.8
青森県	1,304,813	38	38	100.0	7	18.4	2	5.3	28.6
岩手県	1,274,574	40	40	100.0	4	10.0	3	7.5	75.0
秋田県	1,020,199	38	38	100.0	5	13.2	4	10.5	80.0
山形県	1,118,381	41	40	97.6	5	12.5	1	2.5	20.0
宮城県	2,319,616	94	94	100.0	15	16.0	4	4.3	26.7
福島県	1,905,278	71	71	100.0	8	11.3	2	2.8	25.0
茨城県	2,875,434	94	94	100.0	20	21.3	9	9.6	45.0
栃木県	1,947,505	63	62	98.4	11	17.7	3	4.8	27.3
群馬県	1,935,898	85	84	98.8	10	11.9	1	1.2	10.0
埼玉県	7,160,471	245	239	97.6	36	15.1	13	5.4	36.1
千葉県	6,130,930	216	215	99.5	29	13.5	11	5.1	37.9
東京都	13,131,172	1157	1135	98.1	153	13.5	73	6.4	47.7
神奈川県	8,979,438	545	538	98.7	103	19.1	35	6.5	34.0
山梨県	823,723	28	27	96.4	2	7.4	0	0.0	0.0
新潟県	2,292,676	65	65	100.0	14	21.5	6	9.2	42.9
長野県	2,072,135	75	73	97.3	19	26.0	10	13.7	52.6
富山県	1,055,528	21	21	100.0	4	19.0	2	9.5	50.0
石川県	1,144,626	34	34	100.0	3	8.8	1	2.9	33.3
福井県	777,192	25	25	100.0	4	16.0	1	4.0	25.0
静岡県	3,640,343	127	123	96.9	26	21.1	12	9.8	46.2
愛知県	7,315,314	279	277	99.3	46	16.6	20	7.2	43.5
岐阜県	1,996,303	63	62	98.4	16	25.8	7	11.3	43.8
三重県	1,784,379	70	70	100.0	14	20.0	5	7.1	35.7
滋賀県	1,392,890	45	45	100.0	10	22.2	6	13.3	60.0
京都府	2,565,573	174	170	97.7	22	12.9	6	3.5	27.3
大阪府	8,683,865	678	672	99.1	85	12.6	30	4.5	35.3
兵庫県	5,456,154	291	289	99.3	28	9.7	10	3.5	35.7
奈良県	1,355,570	75	74	98.7	8	10.8	2	2.7	25.0
和歌山県	958,901	57	56	98.2	12	21.4	2	3.6	16.7
鳥取県	570,037	25	25	100.0	9	36.0	3	12.0	33.3
岡山県	1,903,981	102	101	99.0	23	22.8	6	5.9	26.1
島根県	688,953	47	46	97.9	15	32.6	6	13.0	40.0
広島県	2,808,773	143	141	98.6	24	17.0	7	5.0	29.2
山口県	1,393,199	70	70	100.0	12	17.1	2	2.9	16.7
香川県	969,270	42	42	100.0	6	14.3	1	2.4	16.7
徳島県	751,830	49	49	100.0	4	8.2	1	2.0	25.0
愛媛県	1,377,071	64	64	100.0	9	14.1	1	1.6	11.1
高知県	725,032	25	25	100.0	4	16.0	0	0.0	0.0
福岡県	5,053,500	268	265	98.9	47	17.7	18	6.8	38.3
佐賀県	828,944	28	27	96.4	5	18.5	2	7.4	40.0
大分県	1,157,581	56	56	100.0	9	16.1	2	3.6	22.2
熊本県	1,777,726	75	74	98.7	11	14.9	5	6.8	45.5
長崎県	1,369,432	63	62	98.4	12	19.4	4	6.5	33.3
宮崎県	1,100,364	44	44	100.0	6	13.6	4	9.1	66.7
鹿児島県	1,642,281	57	56	98.2	9	16.1	2	3.6	22.2
沖縄県	1,422,412	95	92	96.8	15	16.3	7	7.6	46.7
都道府県不明					44		15		34.1
全国	125,319,299	6265	6187	98.8	1019	16.5	386	6.2	37.9

青
= 上位5地域

黄
= 下位5地域

^{a)} 平成27年確定値(総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口(参考表)」から引用)

^{b)} 精神科, 心療内科, またはそれに準ずる診療科目を含む診療所の数。

^{c)} 調査用紙到達率=調査用紙到達数/精神医療診療所数

^{d)} 回答率=回答済み返送数/調査用紙到達数

^{e)} CBT: Cognitive Behavioral Therapy (認知行動療法)

^{f)} 実施している精神療法に関する回答に「認知行動療法」を含む診療所の数

^{g)} CBT実施率(全体)=CBT実施診療所数/精神医療診療所数

^{h)} CBT実施率(回答者内)=CBT実施診療所数/回答済み返送数

回答率の上位5地域は、鳥取県(36.0%)、島根県(32.6%)、長野県(26.0%)、岐阜県(25.8%)、岡山県(22.8%)と、中国地方および中部地方が占めました。特に中部地方において回答率が高くなる傾向については、調査実施責任者の所属が長野県の国立大学(信州大学)であることが影響している可能性が考えられます。

認知行動療法導入率は、各都道府県の全精神科診療所を分母とした場合の認知行動療法実施診療所の割合(全体実施率)と、各都道府県の全回答者を分母とした場合の認知行動療法実施診療所の割合(回答者内実施率)の2つに分けて算出しました。

3-2-3 都道府県別の認知行動療法実施率（全体実施率）

認知行動療法の全体実施率は、日本全国では 6.2%でした。全体実施率の差異を都道府県別に色分けしてグラフ化したのが、Figure 2 です。上位 5 地域は、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%）でした。実施率が最も高い長野県でも精神科診療所 7 施設につき 1 施設程度にとどまっており、薬物以外の治療選択肢が必要な患者への認知行動療法の提供体制は不十分であると考えられます。

全体実施率は、未回答の診療所を分母に含んでおり、回答がなかった診療所はすべて認知行動療法を実施していないという前提で算出されますので、認知行動療法実施率を最も控えめに表現する指標です。一方、回答率との相関関係が強く ($r = .717$)、回答率に影響を与える要因(例:調査実施責任者の所属地域)の影響を間接的に受けている可能性があります。

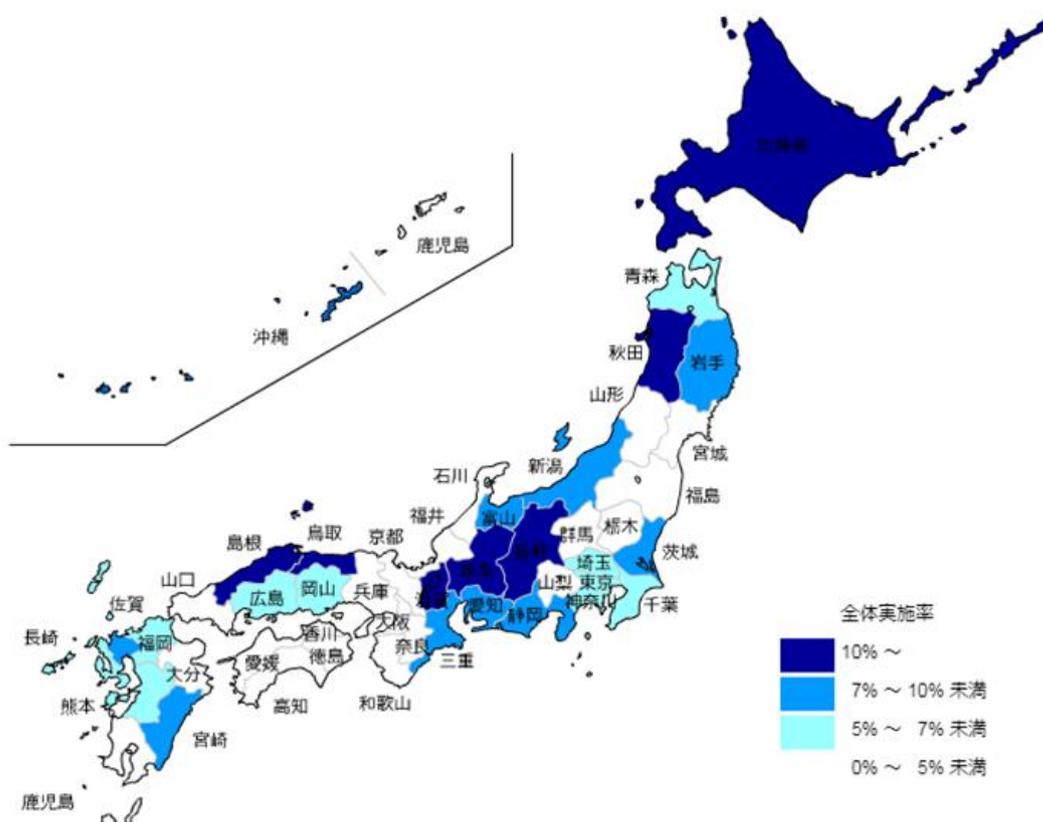


Figure 2 認知行動療法実施診療所の分布(全体実施率)

3-3 各精神疾患に対する認知行動療法の実施状況

認知行動療法を実施している診療所を対象として、注意欠如・多動性障害（成人期）や統合失調症、双極性障害、うつ病（DSM-5）といった認知行動療法適応疾患（有効な心理社会的治療法のひとつに認知行動療法が含まれている精神疾患）のある患者への認知行動療法の実施状況について、各疾患ごとに、「4：よく実施する」「3：たまに実施する」「2：あまり実施しない」「1：治療機会はあるがまったく実施しない」「0：治療の機会がない（例：受診してこない）」の5件法で回答を求めました。回答対象となる精神疾患の抽出にあたっては、その精神疾患のある患者に認知行動療法を実施することの妥当性を示す根拠が必要です。そこで、アメリカ心理学会第12部会のホームページ（<https://www.div12.org/psychological-treatments/>）を参考に、「strong/modest research support」がある心理社会的治療法に認知行動療法が含まれている精神疾患を抽出し（2016年7月31日時点）、回答対象としました。

「4：よく実施する」～「0：治療の機会がない（例：受診してこない）」の各選択肢を選んだ診療所の割合を疾患別にまとめたのが、Figure 4 です。認知行動療法適応疾患の中でも、実施状況には差異がありました。

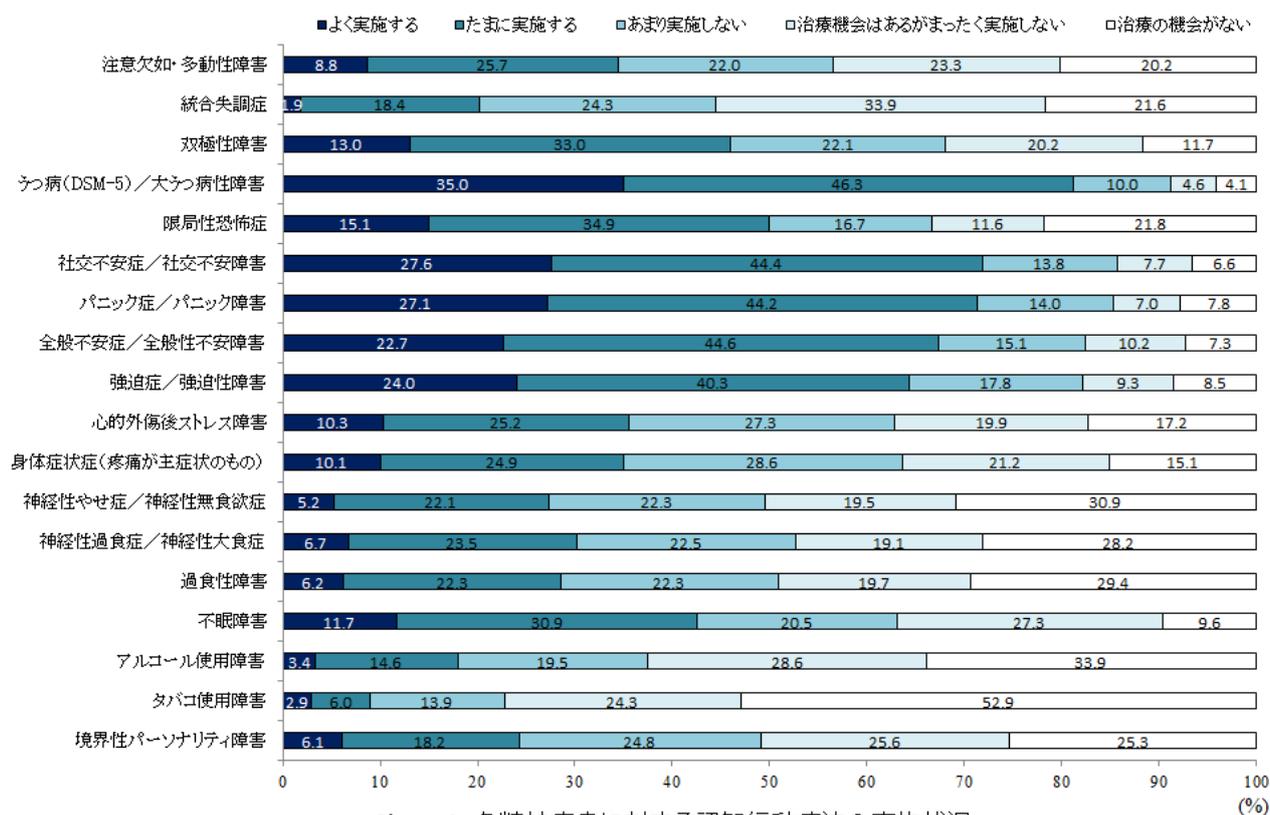


Figure 4 各精神疾患に対する認知行動療法の実施状況

「4：よく実施する」「3：たまに実施する」の2つの回答を合計した割合が大きい順に結果をまとめたのが、Figure 5 です。認知行動療法を実施している診療所の中で最も多くの診療所（81.3%）が認知行動療法を適用している精神疾患は、うつ病でした。社交不安障害（72.0%）、パニック障害（71.3%）、全般性不安障害（67.3%）、強迫性障害（64.3%）がそれに続きました。一方、不眠障害（42.6%）や疼痛（35.0%）、神経発達症（発達障害）のひとつである注意欠如・多動性障害（34.5%）、タバコ使用障害（8.9%）を含む依存症等に対しては、半数以下の診療所が実施しているに留まりました。

平成28年度診療報酬改定では、うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害または心的外傷後ストレス障害の患者に対する認知行動療法に診療報酬上の評価

がなされており、診療報酬の評価対象となる疾患において認知行動療法が実施されやすい傾向が見られました。一方で、不眠障害への認知行動療法実施率は半数未満と比較的低い水準に留まりました。諸外国では不眠障害の治療において認知行動療法が重要な役割を担っており、たとえば、米国内科学会による治療ガイドラインでは、慢性不眠症の第一選択として「認知行動療法」、第二選択として「(認知行動療法のみでは有効でなかった場合)薬物療法の併用に関する共同意思決定アプローチ」とされています(Qaseem et al., 2016)。日本国内においても、不眠障害に対する認知行動療法をさらに普及・推進していく必要性があると言えます。同様に、疼痛への認知行動療法実施率も半数以下の水準にとどまりました。日本神経治療学会による慢性疼痛の治療指針においては、非薬物療法の中でもエビデンスレベルの高い治療法として認知行動療法が推奨されており、慢性疼痛に悩む患者にとって重要な治療選択肢のひとつとなっています。

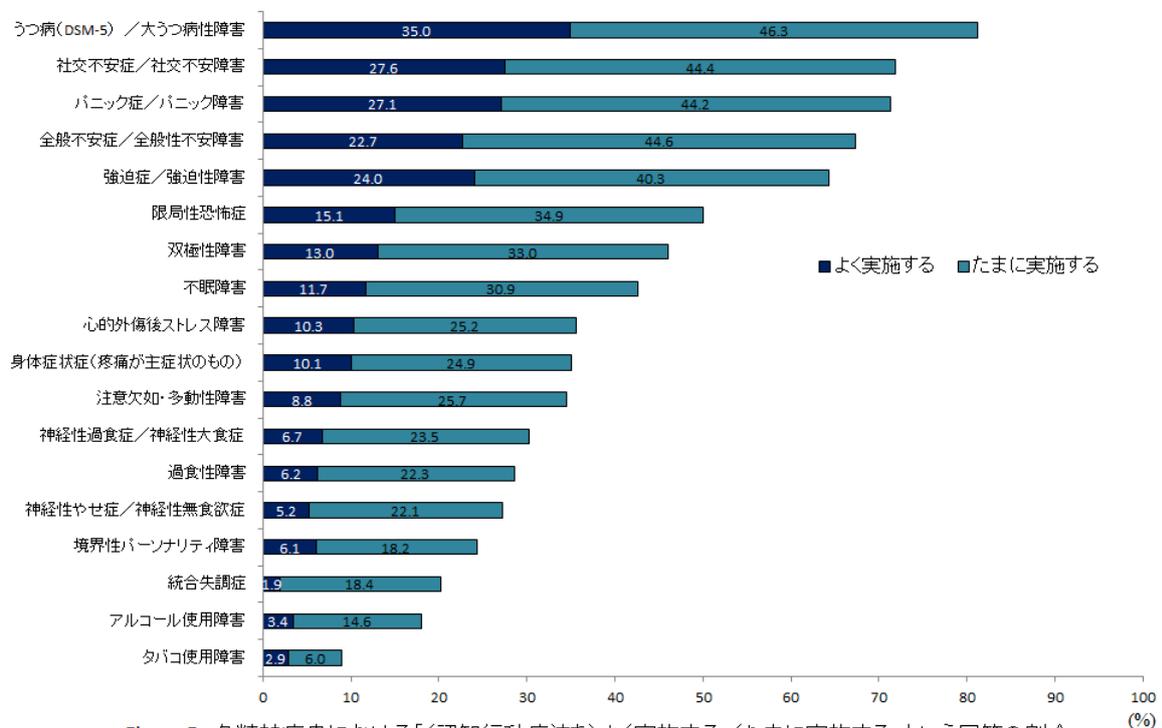


Figure 5 各精神疾患における「(認知行動療法を)よく実施する/たまに実施する」という回答の割合 (%)

「1：治療機会はあるがまったく実施しない」という回答の割合が大きい順に結果をまとめたのが、Figure 6 です。統合失調症、アルコール使用障害、不眠障害、境界性パーソナリティ障害、タバコ使用障害といった精神疾患が上位となっています。

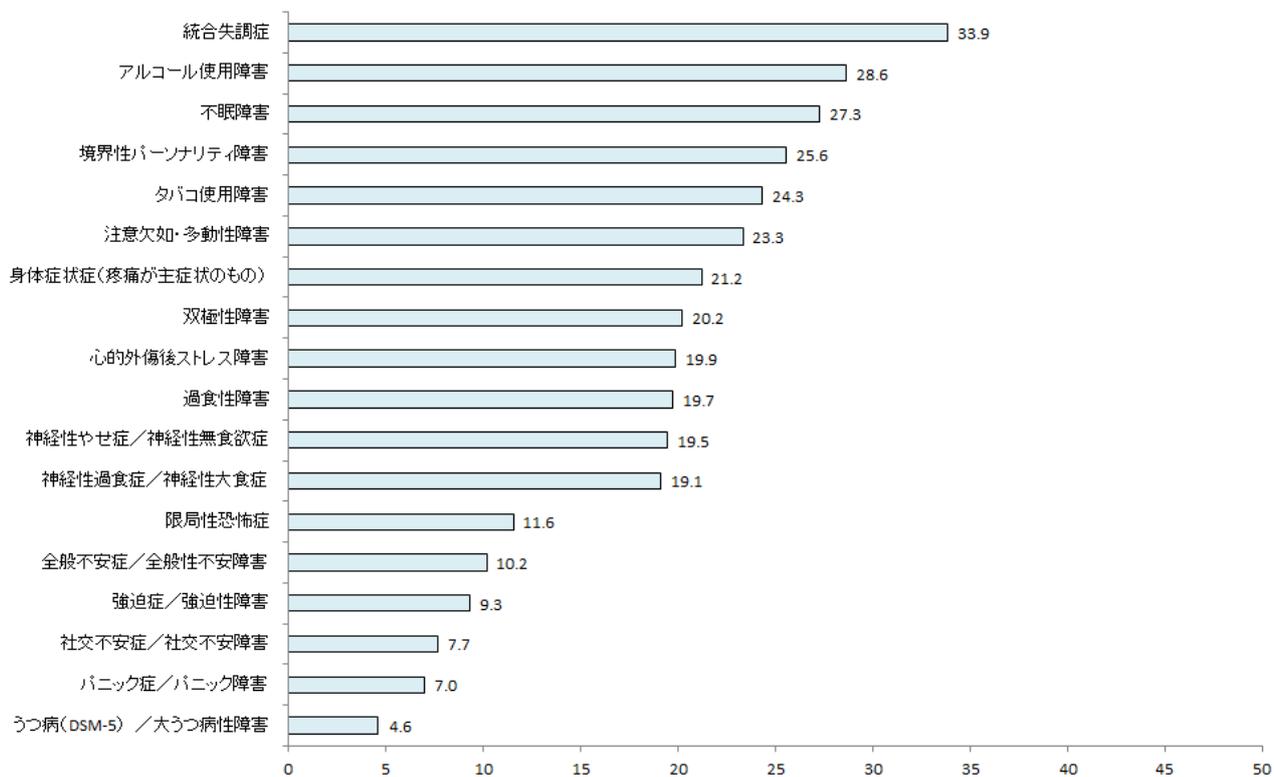


Figure 6 各精神疾患における「治療機会はあるが(認知行動療法は)まったく実施しない」という回答の割合 (%)

「0：治療の機会がない（例：受診してこない）」という回答の割合が大きい順に結果をまとめたのが、Figure 7 です。タバコ使用障害、アルコール使用障害、神経性やせ症、過食性障害、神経性過食症など、物質関連障害と摂食障害が上位を占めました。これらの疾患については、重度アルコール依存症入院医療管理加算や摂食障害入院医療管理加算など入院医療によって診療報酬が算定されることもある疾患であることから、物質関連障害や摂食障害の治療は（今回の調査対象である無床診療所ではなく）病院が担っていることが調査結果に反映されている可能性があります。

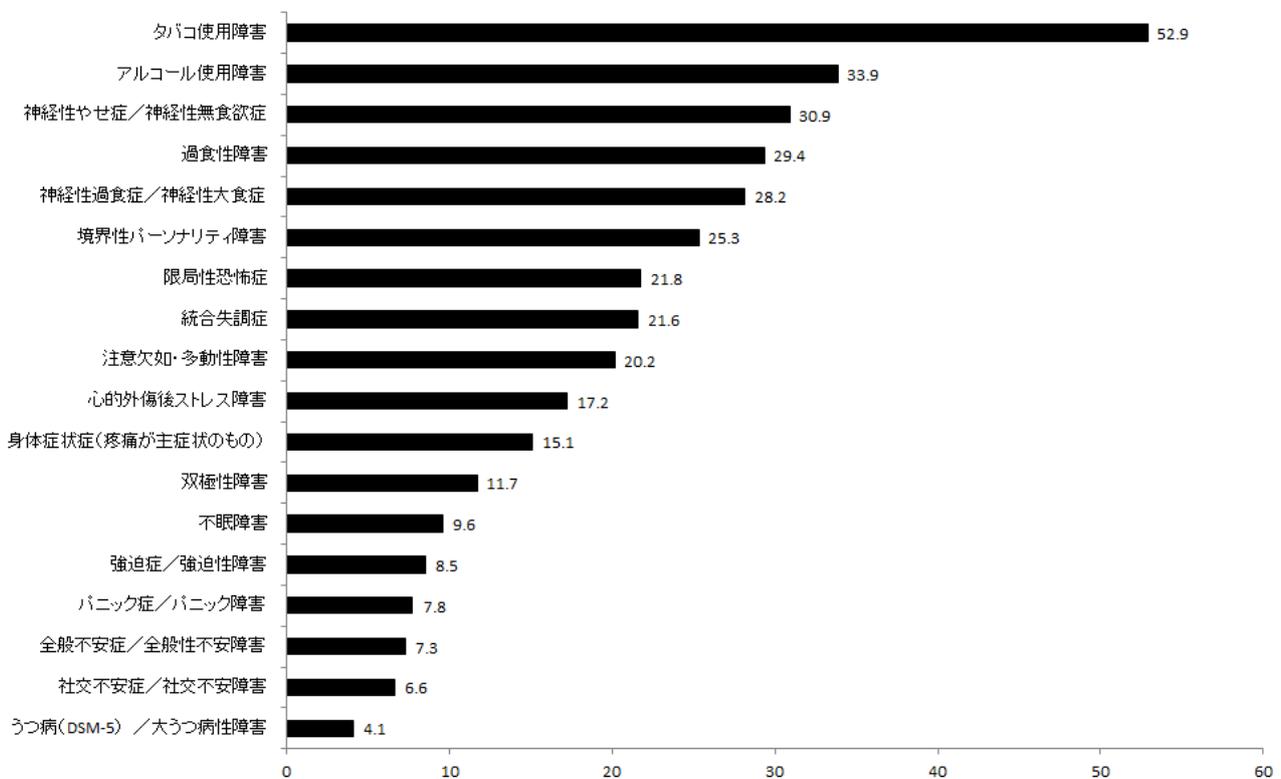


Figure 7 各精神疾患における「治療の機会がない(例:受診してこない)」という回答の割合 (%)

3-4 患者からの要望と認知行動療法実施の関係

「あなたの職場では、患者様から認知行動療法（認知行動療法）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」と回答した診療所を「（認知行動療法実施の）要望あり」、「いいえ」と回答した診療所を「（認知行動療法実施の）要望なし」に分類しました。さらに、各診療所で実施している精神療法について、認知行動療法、精神分析的心理療法、対人関係療法、クライエント中心療法、家族療法、その他の中から多肢選択式で回答を求め（複数回答可）、認知行動療法が選択された診療所を「実施あり」、選択されなかった診療所を「実施なし」に分類しました。

回答結果をまとめたのが、Figure 8 です。外側の円が認知行動療法実施の要望有無、内側の円が認知行動療法の実施有無に関する回答結果です。（ ）内の数字は、全回答 985 件を分母とした場合の、当該回答の割合です。たとえば、認知行動療法実施の要望あり、かつ、認知行動療法実施ありに該当するのは 291 施設で、全回答 985 件の 29.5%を占めます。

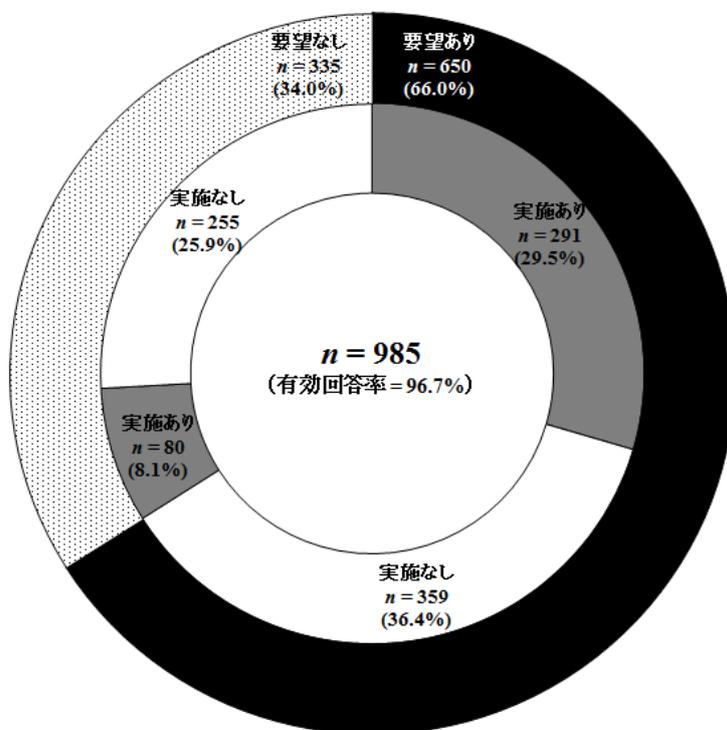


Figure 8 患者からの認知行動療法の要望と実施の有無

認知行動療法実施に関する患者からの要望については、650施設(66.0%)が「要望あり」と回答しました。その中でも、患者からの要望に応じて「実施あり」となっているのは291施設(全体の29.5%、「要望あり」の44.8%)で、359施設(全体の36.4%、「要望あり」の55.2%)が要望には応じられず「実施なし」でした。認知行動療法を受けたいと相談されている診療所の半数以上が認知行動療法を提供できずにいる現状が示されました。

一方、80施設(8.1%)が、「要望なし」かつ「実施あり」、つまり患者から認知行動療法を受けたいと直接相談されることはないものの認知行動療法を実施していると回答しました。患者からの要望と治療内容が一部異なっているという点では、「要望あり」かつ「実施なし」と同様に、留意すべき結果であるといえます。

3-5 認知行動療法の実施ステージと実施障害要因

調査対象機関における認知行動療法の実施状況について、以下の5つの選択肢の中から1つを選ぶよう求めました。各選択肢は、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に照らし合わせて、分析時に以下の()内のように命名されました。

(前熟考期) a. 実施するつもりはない。

(熟考期) b. 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。

(準備期) c. 実施し始める予定がある。または、認知行動療法を実施できるスタッフを雇用する予定がある。

(実行期) d. すでに実施し始めて、3年未満である。

(維持期) e. すでに実施し始めて、3年以上経過している。

また、認知行動療法実施の障害要因に関する12項目について、「あなた(回答者)の職場で認知行動療法を実施していて困ること、または認知行動療法の実施に至らない理由には、どのようなことがありますか?」という教示文を提示し、該当する項目の選択を求めました(複数回答可)。「その他」を選択した場合には、自由記述にて内容の回答を求めました。

3-5-1 認知行動療法の実施ステージ

上記の選択肢への回答をまとめたのが、Table 3 です。全回答 994 件のうち、全熟考期（実施するつもりはない）に該当する診療所が 312 施設（31.4%）、熟考期（実施したいが予定はない）が 280 施設（28.2%）、準備期（実施予定がある）が 8 施設（0.8%）、実行期（実施して 3 年未満）が 102 施設（10.3%）、維持期（実施して 3 年以上）が 292 施設（29.4%）でした。

Table 3 認知行動療法実施ステージによる認知行動療法実施阻害要因の該当頻度の違い

CBT実施の阻害要因	CBT ^{a)} の実施ステージ					項目別 合計該当頻度
	前熟考期 ^{b)} (n=312)	熟考期 ^{c)} (n=280)	準備期 ^{d)} (n=8)	実行期 ^{e)} (n=102)	維持期 ^{f)} (n=292)	
個人的要因						
CBTを学ぶ時間がない	55	91	3	18	30	197
CBTを学ぶチャンス(例:研修機会)が少ない	35	99	3	32	56	225
治療経過について相談する相手がいない	17	35	0	20	45	117
CBTの考え方等が自分には合わない	47	9	1	0	4	61
以前にCBTを試してみたが効果的でなかった	9	7	0	8	15	39
他にもっと学びたい精神療法がある	21	14	2	4	17	58
組織的要因						
採算が合わない	77	82	3	46	119	327
患者様からのニーズがない	73	34	0	9	15	131
CBTを実施する時間がない	119	143	5	35	84	386
同僚がCBTに対して否定的である	3	1	0	0	4	8
CBTを実施できるスタッフがいない	91	157	2	9	21	280
CBTについて相談できる外部機関 (例:臨床心理士養成大学院)との連携やつながりがない	19	55	1	20	36	131

^{a)} CBT: Cognitive Behavioral Therapy (認知行動療法)

^{b)} CBTの導入ステージについて「実施するつもりはない」と回答

^{c)} CBTの導入ステージについて「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」と回答

^{d)} CBTの導入ステージについて「実施し始める予定がある。または、認知行動療法を実施できるスタッフを雇用する予定がある」と回答

^{e)} CBTの導入ステージについて「すでに実施し始めて、3年未満である。」と回答

^{f)} CBTの導入ステージについて「すでに実施し始めて、3年以上経過している。」と回答

3-5-2 認知行動療法の実施阻害要因

認知行動療法実施の阻害要因に関する 12 項目のうち、該当頻度が最も多かったのは「認知行動療法を実施する時間がない」（386 施設、38.8%）で、「採算が合わない」（327 施設、32.9%）、「認知行動療法を実施できるスタッフがいない」（280 施設、28.2%）、「認知行動療法を学ぶチャンス（例：研修機会）が少ない」（225 施設、22.6%）、「認知行動療法を学ぶ時間がない」（197 施設、19.8%）がそれに続きました。

「その他」には、以下のような記述が見られました。

- ・認知行動療法を一般外来時間で実施する事は大変今の状況では難しいです。他の外来患者様の診察がとどこおってしまいます。
- ・希望者が多くさばききれない。
- ・スタンダードな認知行動療法は時間的にできないので、最初に説明した後、自宅で宿題としてやっていただいています。
- ・認知療法主体の定型的なやり方しか診療報酬で算定できない事。個別性に応じた技法が、より有効なのが現場の感覚です。
- ・保険診療には制約が多くあり、採算性もない。自費診療では患者様への経済的負担が大きい。
- ・心理士による認知行動療法は保険適用が認められていないため。
- ・心理士実施は点数につながらない。看護師実施のための条件のハードルが高すぎる。医師には時間が足りない。
- ・他に話したいことがあるようで、はじめても中断してしまう。
- ・シートを使って宿題方式では、患者がやってこなかったり、続かない。診察場面で一緒に行うには、時間がかかる。
- ・標準化されたもののみを認知行動療法と呼ぶ流れになってきている事が困る。
- ・デイケアプログラムの一部として集団形式にて行っており、定式化されて診療報酬対象となる「認知行動療法」と混同されることが困ります。
- ・産業医が実施してしまうと行司が力士に成って使用者と労働者の中立性が保てない。
- ・精神分析的立場をとっている為。
- ・他への紹介ですんでいるから。

3-5-3 認知行動療法の実施ステージと実施阻害要因の関係性

認知行動療法実施の阻害要因に関する各項目の該当有無（はい／いいえ）と認知行動療法実施ステージの2×2分割表を用いて、Fisherの直接確率検定をおこないました。認知行動療法実施の各阻害要因が、認知行動療法実施の特定のステージに偏っていないかを明らか

にするためです。

「前熟考期」では、「認知行動療法の考え方等が自分には合わない」と「患者様からのニーズがない」という回答が多くなる傾向がありました。一方、「以前に認知行動療法を試してみたが効果的でなかった」という回答が多くなる傾向は見られませんでした。治療法の効果よりも治療者側の信条が治療法選択に影響しているという結果となりました。

「熟考期」では、「認知行動療法を学ぶ時間がない」「認知行動療法を学ぶチャンス（例：研修機会）がない」「認知行動療法を実施する時間がない」「認知行動療法を実施できるスタッフがいない」「認知行動療法について相談できる外部機関（例：臨床心理士養成大学院）との連携やつながりがない」という回答が多くなる傾向がありました。認知行動療法のさらなる普及にあたっては、学習機会の充実化や認知行動療法実施者の養成、高等教育機関と臨床現場とのネットワークの構築等が重要課題となる可能性が示されました。

「準備期」については、回答件数が非常に少なかったため、分析対象から除外しました。

「実行期」では、「認知行動療法を学ぶチャンス（例：研修機会）がない」「治療経過について相談する相手がいない」「以前に認知行動療法を試してみたが効果的でなかった」「採算が合わない」「認知行動療法について相談できる外部機関（例：臨床心理士養成大学院）との連携やつながりがない」という回答が多くなる傾向がありました。実施当初は認知行動療法が期待どおりに奏功しない傾向があることが報告されました。また、認知行動療法の学習機会の充実化に加えて、すでに認知行動療法が実施されている診療所での治療の質をさらに向上させるためにも、スーパービジョン体制の充実化が重要課題となる可能性が示されました。

「維持期」では、「治療経過について相談する相手がいない」「採算が合わない」という回答が多くなる傾向がありました。認知行動療法を一定以上の期間実施している診療所からは、スーパービジョン体制の充実化と予算確保という2つの課題が特に多く挙げられたといえます。

3-6 認知行動療法を実施するスタッフの職種

認知行動療法を実施するスタッフの職種について、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、その他の中から多肢選択式で回答を求めました（複数回答可）（認知行動療法実施診療所のみ回答）。「その他」を選んだ場合には、自由記述にて内容の回答を求めました。

3-6-1 認知行動療法を実施するスタッフの職種

上記の選択肢への回答をまとめたのが、Figure 9 です。臨床心理士が認知行動療法を実施している診療所が 240 施設と最も多く、認知行動療法実施診療所 386 施設の 62.2%を占めました。それに続いて、医師が 214 施設（55.4%）、精神保健福祉士が 51 施設（13.2%）、看護師が 32 施設（8.3%）、作業療法士が 10 施設（2.6%）でした。「その他」には、保健師、管理栄養士、言語聴覚士、保育士、産業カウンセラー、認定行動療法士、家族心理士、認定心理士、心理士、カウンセラー、といった記述が見られました。

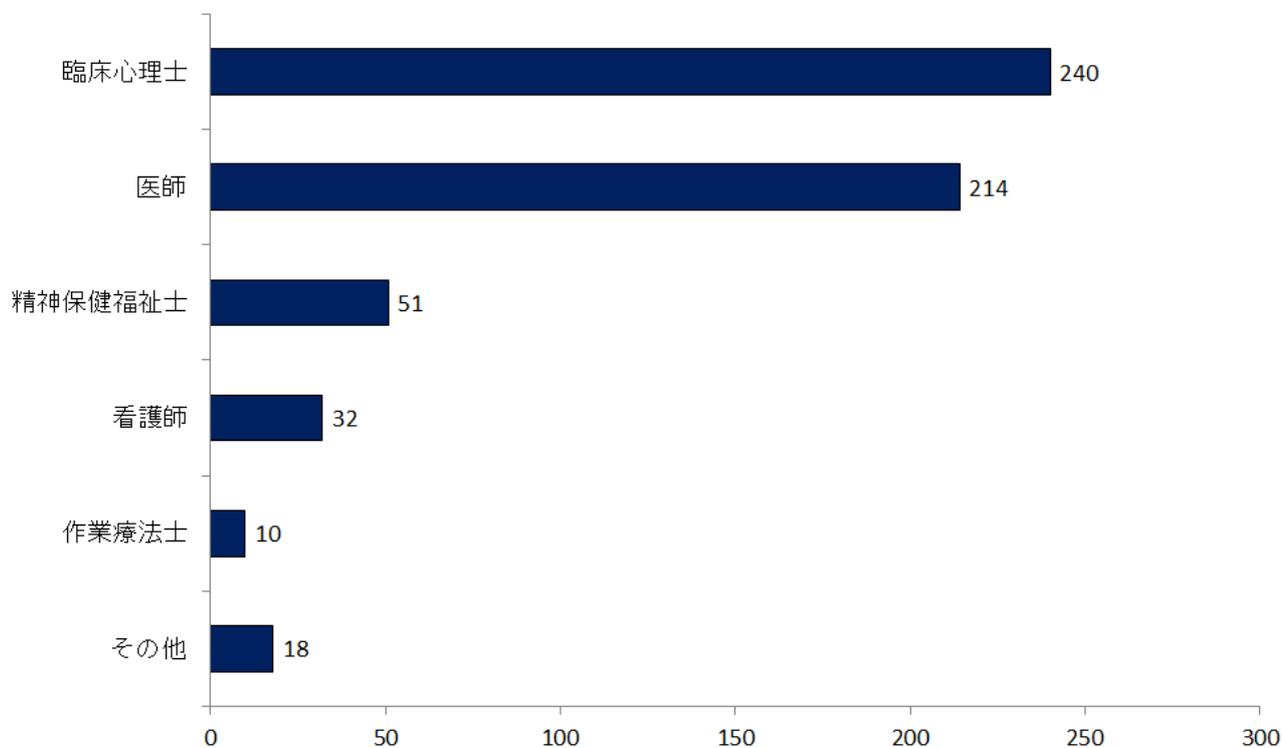


Figure 9 認知行動療法を実施するスタッフの職種

3-6-2 認知行動療法を実施するスタッフの職種と認知行動療法実施の時間的制約

「6. 認知行動療法の実施ステージと実施阻害要因」の Table 3 に示されたとおり、認知行動療法実施の阻害要因として「認知行動療法を実施する時間がない」が最も多く挙げられており、認知行動療法実施の時間的制約を解決する手立てが求められます。

Figure 10 は、認知行動療法を実施している職種と、認知行動療法実施阻害要因として「認知行動療法を実施する時間がない」という選択肢への回答内容との関連を示したものです。

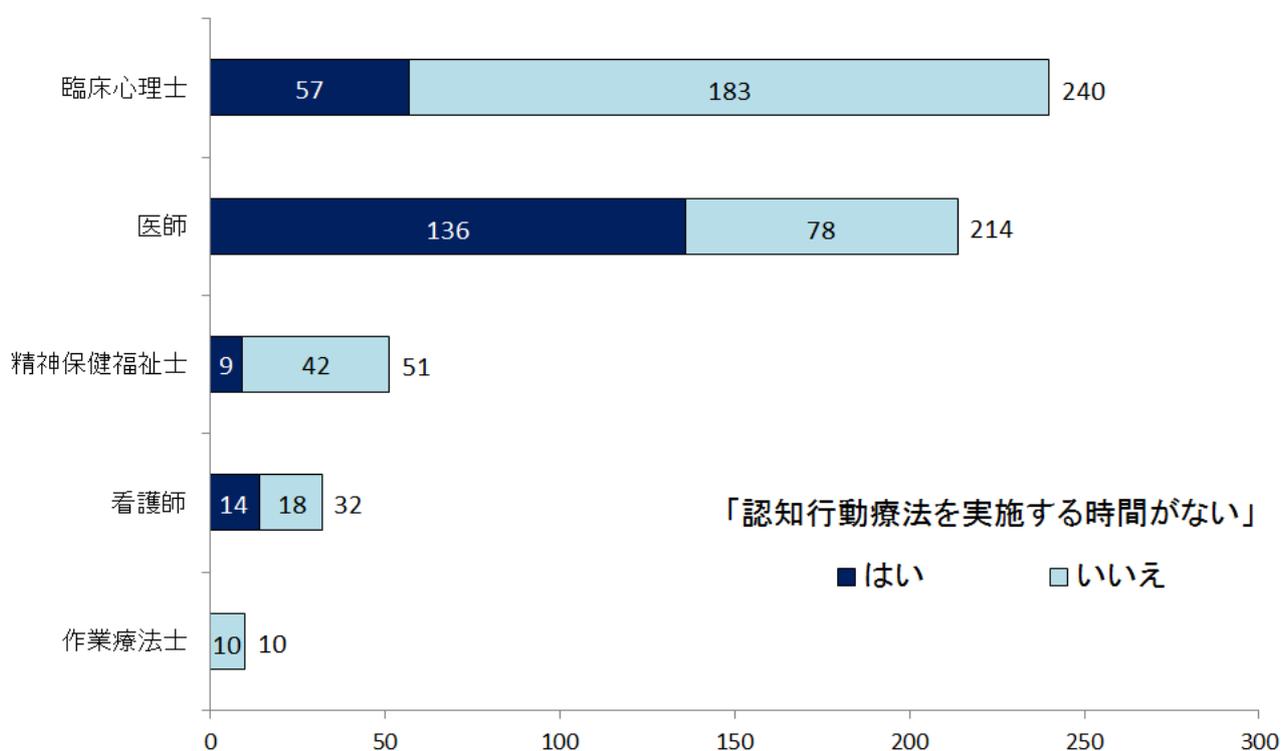


Figure 10 認知行動療法を実施するスタッフの職種と実施阻害要因の関連

認知行動療法実施スタッフに臨床心理士が含まれた診療所 240 施設のうち、認知行動療法実施阻害要因として「認知行動療法を実施する時間がない」が選択されたのは 57 施設（23.8%）でした。認知療法・認知行動療法の診療報酬がすでに算定されている医師（136 施設、63.6%）や看護師（14 施設、43.8%）と比較すると、臨床心理士が認知行動療法実施を担っている診療所では「認知行動療法を実施する時間がない」という報告が少なくなる傾向があります。同様に、精神保健福祉士（9 施設、17.6%）や作業療法士（0 施設、0.0%）

が認知行動療法を実施している診療所においても、時間的制約の問題は報告されにくい傾向が見られました。

これらの結果から、臨床心理士（心理専門職）、精神保健福祉士、作業療法士といった職種における認知行動療法実施者の養成が、今後の重要課題であるといえます。一方、いずれの職種でも、資格認定のための教育カリキュラムでは認知行動療法のトレーニングが必須ではないため、資格取得後の研修機会の整備が認知行動療法実施者養成の鍵となります。また、これらはいずれも認知行動療法の診療報酬に算定されない職種であり、認知行動療法実施阻害要因の上位にある「採算が合わない」という点の解消が必要不可欠です。

4 本調査のまとめと今後の展望

本調査では、①日本の地域精神医療における認知行動療法の実施状況、②認知行動療法の実施を阻害している要因、の2点に焦点を当てて、全国の精神科診療所を対象とした実態調査をおこないました。①について、日本全国での認知行動療法の全体実施率は6.2%、回答者内実施率は37.9%でした。認知行動療法を実施している診療所の約8割が、その他の精神療法と折衷する形で認知行動療法を取り入れていました。②については、認知行動療法実施の阻害要因として多く挙げられたのは「認知行動療法を実施する時間がない」「採算が合わない」「認知行動療法を実施できるスタッフがいない」等でした。認知行動療法のさらなる普及にあたっては、学習機会やスーパービジョン体制の充実化、認知行動療法実施者の養成、予算確保等が重要課題となる可能性が示されました。

本調査の主な限界点は、回答率の低さ（16.5%）に伴い、認知行動療法実施診療所として把握できた施設数が少なかったことです。8割以上の診療所が本研究に対して未回答であり、本研究の結果が日本全国の精神科診療所における認知行動療法実施の実態をどこまで正確に反映しているかという点については、一定の限界があります。また、認知行動療法実施診療所として把握できた施設数は日本全国の精神科診療所のうち約16施設につき1施設程度にとどまりました。認知行動療法のニーズが着実に強まり、認知行動療法を実施することで診療報酬が算定される精神疾患の数が増加する中で、依然として、認知行動療法を実施して

いる診療所を見つけることは患者にとって容易ではないことが推察されます。本研究のデータにより「認知行動療法実施医療機関リスト」が整備されましたが、該当診療所が一件も掲載されていない都道府県もあり、認知行動療法に患者がアクセスするための資料としては情報量が不十分です。

上記の限界点を克服する方策として、厚生労働省を実施主体とする実態調査を実施し、認知行動療法へのアクセスを高めるための情報収集および国民への開示をおこなうことが求められます。調査用紙を受け取る診療所と、認知行動療法実施医療機関の情報を受け取る国民のいずれにとっても、調査およびその結果への信頼性を高める要因として、調査実施者が厚生労働省であることに勝るものはありません。また、数年に一度など定期的に調査をおこなうことで、認知行動療法実施率の地域格差の推移等が明らかになるだけでなく、認知行動療法実施医療機関に関する最新の情報が国民の手元に届くようになります。こうした調査をおこなうには、人員や予算の規模が著しく小さい研究者個人の努力だけでは明らかに限界があります。居住する地域等にかかわらず、受きたい医療的支援を全国民が等しく受けられるようになるためにも、厚生労働省を主体とする実態調査の実施とデータベースの整備が望まれます。

付 記

*本研究は、科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）挑戦的萌芽研究（課題番号：15K13139）の助成を受けて実施されました。

*本研究は、信州大学教育学部倫理審査部会の審査と承認を受けて実施されました（管理番号：H28-5）。

引用文献

Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Sukling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, **47**, 910-920.

- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Christel, L. (2014). *Hilgard's introduction to psychology, 16th ed*: Cengage Learning.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, **19**(3), 276-288. doi:10.1037/h0088437
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M., Cooke, M., Denberg, T. D., & for the Clinical Guidelines Committee of the American College of, P. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the american college of physicians. *Annals of Internal Medicine*, **165**(2), 125-133. doi:10.7326/M15-2175
- 佐藤 寛・丹野義彦 (2012). 日本における心理士によるうつ病に対する認知行動療法の系統的レビュー 行動療法研究, **38**(3), 157-167.
- 立森久照・長沼洋一・小山智典・小山明日香・川上憲人 (2007). こころの健康に関する地域疫学調査の成果の活用に関する研究: こころの健康に関する疫学調査の主要成果 厚生労働省科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) こころの健康についての疫学調査に関する研究 平成 18 年度総括・分担研究報告書.