



精神科看護師が実施する外来女性うつ病患者への集団認知行動療法プログラムの効果検証

著者	岡田 佳詠
発行年	2013
その他のタイトル	Evaluation of the effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Female Outpatients with Depression by Psychiatric Nurses
URL	http://hdl.handle.net/2241/120924

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 25 年 5 月 20 日現在

機関番号：12102

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2008～2012

課題番号：20592690

研究課題名（和文） 精神科看護師が実施する外来女性うつ病患者への集団認知行動療法プログラムの効果検証

研究課題名（英文） Evaluation of the effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Female Outpatients with Depression by Psychiatric Nurses

研究代表者

岡田 佳詠（OKADA YOSHIE）

筑波大学・医学医療系・准教授

研究者番号：60276021

研究成果の概要（和文）：本研究は、精神科看護師による女性うつ病患者への集団認知行動療法プログラムの効果検証を目的に、量的・質的分析方法を組み合わせたMixed Methodにより検討を行った。参加者78名について、プログラム開始前・後、終了後3ヶ月、6ヶ月時点でのBDI-II、ATQ-R、DAS24-Jの変化、インタビュー内容を分析した結果、終了時点で症状改善がみられ、3ヶ月、6ヶ月時点での継続効果が示唆された。

The objective of this study was to evaluate the effects of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) in female outpatients with Depression by psychiatric nurses. The research design was mixed method combined quantitative and qualitative analyses. Subjects were 78 female patients with depression. Questionnaires included BDI-II, ATQ-R and DAS24-J. The data were collected before, immediately after and 3 and 6 months after the CBGT, conducted repeated measures analysis of variance. Interview data was collected 3 and 6 months after the CBGT, qualitatively analyzed by Continuous Comparative Method in Grounded Theory Approach. The effects for symptoms were demonstrated immediately after. Those prolonged effects after 3 and 6 months were suggested by quantitative and qualitative analyses.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2008年度	700,000	210,000	910,000
2009年度	700,000	210,000	910,000
2010年度	1,000,000	300,000	1,300,000
2011年度	700,000	210,000	910,000
2012年度	500,000	150,000	650,000
総計	3,600,000	1,080,000	4,680,000

研究分野：精神看護学

科研費の分科・細目：看護学 地域・老年看護学

キーワード：精神看護学

1. 研究開始当初の背景

(1) 女性うつ病患者の動向と背景

うつ病患者が世界的に増加傾向にあるなか、女性うつ病患者が男性よりも2倍多いと

指摘され（千田・久保，2004；三村・衛藤，2005；柳田・諸川，2005）、また日本でも、2002年において、うつ病などの気分障害の受療率が、女性患者は46万8千人と、男性の

約2倍にのぼっている(厚生労働省, 2005)。年齢別でみると、女性の場合、25歳から急激な増加がみられる。女性がうつ病に罹患しやすい要因として、性ホルモンの影響、精神機能の違いだけでなく、重要な点として心理社会的要因が指摘されている。女性の場合、男性に比べて生活範囲が限定される中、家族などの親密な対人関係に関心が傾きやすく、女性に求められがちな他者への過剰な配慮、ライフサイクルの大きな変化などが要因として挙げられる(無藤, 2000; 佐藤, 2004; 三村・衛藤, 2005)。また、女性のうつ病の背景に、重要他者との関係やコミュニケーションの不全状態があることも指摘されている(水島, 2001)。日本では、近年女性の社会進出に伴い、女性が家庭から社会へと関心を向ける機会は増えたが、依然として、女性に、家族などの身近な重要他者との関係を重んじ、家庭での役割を果たすよう求める傾向が根強く残っている。岡田(2006)は、女性うつ病患者について、このような重要他者との関係上での認知が、うつ病の症状を含む社会生活機能の低下に関連すると指摘している。しかし、これらの女性うつ病患者特有の認知に対する精神科看護師のケア技術は、確立していないのが現状である。

(2) うつ病患者を対象とする集団認知行動療法の動向

認知行動療法は、1950年代に発祥した行動療法と、1960年代、Beckにより開発された認知療法が融合し体系化された精神療法で、うつ病治療の一環として欧米では効果が検証されてきた。米国精神医学会の治療ガイドラインでは、軽～中等度のうつ病の場合、認知行動療法単独での初期治療を考慮してよいとされている(American Psychiatric Association, 2000)。昨今、欧米では、うつ病患者個人を対象とするだけでなく、集団認知行動療法の効果も報告されており、個人の場合と同様に、集団認知行動療法が中等度から重度の成人のうつ病に効果があることが示されている(Hodgkinsonら, 1999)。また、集団認知行動療法の優れた点として、効率的に認知の修正が行えること、短期間で症状改善ができることも示されている(White & Freeman, 2000)。

日本における、うつ病患者を対象とする集団認知行動療法は、徐々に実践・研究が始まり、現在数箇所の施設から報告がなされている。木下ら(2006)は、集団認知行動療法が心理社会的機能、脳機能の改善に効果があったこと、田島ら(2006)は、職場復帰を目指すうつ病患者を対象とした集団認知行動療法プログラムの利点として、目標が共有でき、認知に対してさまざまな視点から意見を出し合える点を挙げている。しかし、十分な効果検証がされていないこと、また集団認知行

動療法の目的の多くが職場復帰や職場適応であることから、必然的に参加者が男性患者に偏り、女性患者の認知の特性を考慮したプログラムは存在しない現状がある。

そこで岡田(2007)により、精神科看護師が実施する、女性うつ病患者の重要他者との関係性における認知に焦点をあてた集団認知行動療法プログラムが作成され、プログラムの評価を行っている。しかし、十分な効果検証には至っていない。

2. 研究の目的

本研究では、岡田(2007)により開発された、精神科看護師が実施する、女性うつ病患者の重要他者との関係性における認知に焦点をあてた集団認知行動療法プログラムの効果検証を目的とした。

3. 研究の方法

1) 研究デザイン

量的・質的データを収集・分析し統合するMixed Method。

2) 期間 2008年4月～2012年8月

3) 研究フィールド 関東圏にある総合病院内精神神経科外来

4) 対象 以下の条件を満たす女性患者。

①DSM-IVの大うつ病エピソード、あるいはICD-10でうつ病エピソードを満たす、単極性うつ病と診断された患者、②20歳～64歳、③症状が安定していること、④認知行動療法を受けた経験がないこと、⑤常勤の仕事に就いていないこと、⑥グループへの参加を希望し、研究への協力が得られること。

5) 集団認知行動療法プログラムの概要

(1) 目的

女性うつ病患者の重要他者との関係性における認知に焦点をあてた集団認知行動療法(「女性のための集団認知行動療法」)で、女性うつ病患者が認知面、行動面でのスキルを学び実践することで、うつ病の症状ならびに重要他者との関係性の改善をめざすこと。

(2) 進め方

1クールは、毎週1回、一回のセッションは90分で、プレセッションを含めた8回セッションで構成された。実施場所は、研究協力病院内の集団療法が可能な部屋を使用した。参加者が固定されているクローズドグループで、1クールにつき、5～10名であった。

プレセッションでは、患者自身で生活体験を状況・認知・気分・行動・身体の見点から整理すること、第1回セッションでは認知のアンバランスの理解、第2回セッションでは気分と、状況・認知・気分のつながり

を理解すること、第3回～4回セッションではバランスのとれた考え方を導きだすこと、第5回セッションでは問題解決技法を学ぶこと、第6～7回セッションではコミュニケーションの傾向を知り、アサーションを学ぶこと、が主な内容であった。

1回のセッションは、はじめにその回の目標や内容の確認、状態のチェック、宿題の確認を行い、次にテキストを用いた講義と個人ワーク、その後個人ワークに基づくグループワークを行った。最後には宿題を提示した。教材は、岡田(2007)で作成したテキストとワークシートを使用した。

グループの進行は、1～2名の認知行動療法の実践経験のある修士以上の精神科看護師が担当した。毎回開始前後でミーティングを行い、目的や方法の確認、参加者の情報共有を行った。グループ進行中は対象者の全体の様子を見ながら、グループワークではできるだけ対象者の経験を引き出すこと、均等に対象者が発言できるように配慮すること、肯定的なフィードバックをすること、対象者間の会話のやりとりを調整することなどに留意した。また、無理に認知・行動を変えさせようとせず、対象者自身が別の考え方・行動に気づけるような問いかけ方を心がけた。

6) 対象者の選定手順

対象者として適用のある患者の選定を医師に依頼し、医師から診察時に該当する患者に研究の概要を説明した。研究協りに同意する意思のみられた患者に対して、後日改めて、主治医が同席しない面接室で、研究者から研究協力依頼書・同意書等を用いて、研究の目的・方法、倫理的配慮等について説明を行い、同意書に署名を得た。

患者のなかで、協力に関して不安や疑問を表出する者には、十分に話を聴いた上で対処し、必要であれば、再度別の日時を設けて、十分考えてから決めるように促したり、研究者の方から時期をずらしての協力が可能である旨の選択肢を提示するようにした。

7) データ収集方法

データ収集は、質問紙およびインタビューにより行なった。

(1) 質問紙による方法と内容

質問紙でのデータ収集は、プレセッションの開始時と最終回セッションの終了時に行った。

質問紙に含めた測定用具は以下のとおりであった。

① 自動思考質問紙短縮版 (Automatic Thoughts Questionnaire-Revised; ATQ-R)

認知行動療法で定義される自動思考を測定するためのものである。1980年にHollon & KendallによりATQが開発され、1988年には

Ingram & Wisnickiにより肯定的自動思考を測定する尺度も開発されたが、1989年にKendall, Howard & Haysにより否定的自動思考と肯定的自動思考を合わせた40項目の修正版ATQ-Rが作成された(坂本ら, 2004)。さらに、坂本ら(2004)が短縮版の作成を試み、信頼性、妥当性が検討され、使用可能と判断された。

項目数は12、『全くなかった』から『毎日あった』の5段階リッカートスケールで、合計点が高いほど否定的自動思考が強いことを示す。

② 非機能的態度尺度日本語版 (Dysfunctional Attitude Scale 24-Japanese Version; DAS24-J)

認知行動療法で定義されているスキーマを測定するためのもので、『達成動機 (Achievement)』『セルフコントロール (Self control)』『他者依存 (Dependency)』の3つの因子で構成されている。1979年にWeissmanにより開発されたが、100項目という項目数の多さから、1994年Powerらは、短縮版としてDysfunctional Attitude Scale 24 (DAS-24)を作成した(Powerら, 1994)。その後、2006年田島らが、DAS-24日本語版(DAS24-J)を作成し、信頼性・妥当性の検証が行われた(田島・岡田・沼他, 2006)。項目数は24、『全くそう思わない』から『完全にそう思う』の7段階リッカートスケールで、得点が高いほど前述の3因子で示したスキーマが強いことを表す。

③ ベック抑うつ質問票・第2版 (Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-II)

うつ病の症状の重症度を判定するための自記式質問調査票である。BDI-IIは、1961年にBeckらによって開発されたBDIを、米国精神医学会による『精神疾患の診断・統計マニュアル第4版』(DSM-II)の診断基準に沿った症状判定をするために、1996年に改訂された(Beck, Steer & Brown, 1996)。現在日本でも標準化されており、広く精神科領域の臨床・研究の場で用いられている。

21項目で、主に身体・感情的側面、認知面を測定する項目で構成されている。また0～3の4段階リッカートスケールである。得点により重症度の判定が可能で、0-13が極軽症、14-19が軽症、20-28が中等度、29-63が重症とされる。

(2) インタビューの方法と内容

インタビューは、最終回セッション終了後に、集団認知行動療法の実施者以外の臨床心理士が行った。臨床心理士は修士課程修了者で、うつ病患者に対する集団認知行動療法の実践経験を5年以上積んでいる者である。インタビュー開始前に、再度研究開始時と同様の協力依頼書・同意書を用いて、インタビュ

一の概要と倫理的配慮について説明し、再度対象者から同意書への署名を得た。

インタビュー時間は約 30～50 分で、インタビューは研究協力病院内のプライバシーが保たれる面接室を使用した。インタビュー項目は、プログラムを受けたことでの認知・行動に関する変化、グループで実施した感想、要望等であった。インタビュー内容は対象者の承諾を得た上で、integrated circuit (IC) レコーダーに録音し、対象者の表情・態度などはインタビュー後に想起して記録した。インタビュアーは、インタビュー項目の内容に沿って、対象者の自由な表現をできるだけ妨げないように話を聴くことを心がけた。またインタビュー項目以外の詳しい病状や抱える問題などは積極的に聞かず、自然に出てきた内容を聞く程度に留めた。

(3)その他

カルテから、対象者の年齢、性別、社会的背景や現在の社会生活状況、セルフケアレベル、服薬やその他の治療状況、発病から集団認知行動療法開始までの期間、事前の認知行動療法の学習の有無等の情報を収集した。特に、プログラム参加中の状態の変化、生活上でのイベント（引越し、重要他者の死など）の存在、処方内容の変更などに注意しながら情報を得た。

8)データ分析方法

BDI-II、ATQ-R、DAS24-Jなどの質問紙データは、各々プログラム開始前・後、終了後3ヶ月、6ヶ月の時点で度数分布を検討した後、一元配置分散分析を行った。

インタビューデータはすべて逐語録を作成し、対象者の表現の意図するところに注目しながらコード化した。また、集団認知行動療法を受けたことで、対象者の認知や行動、気分や身体状態、うつ病の症状、重要他者との関係上の問題、社会生活機能の低下などが、どのように変化・改善したかというプロセスに注目し、対象者の意図を可能な限りくみ取りながらカテゴリー化した。さらに、各々のカテゴリーを精錬し、カテゴリー間の関係性を導き出すために、対極するカテゴリー同士、類似するカテゴリー同士での比較、また、年齢、発病からプログラム導入までの期間、事前の認知行動療法の学習の有無など個人要因間でのカテゴリーの比較、各対象者の変化・改善に関するプロセスと統合したものとの比較検討等を繰り返し行なった。分析過程では、分析の妥当性を高めるため、質的研究の専門家からのスーパーバイズを受けた。

9)倫理的配慮

本研究実施にあたり、所属先や研究協力病院内の倫理委員会より承認を得たのち、研究開始前に対象者に対して、研究の目的・方法、倫理的配慮等に関して文書を用いて説明し、同意を得た。倫理的配慮の内容として、研究

への協力は対象者の自由意思によること、いつでも研究協力を取りやめることができ、治療・看護上不利益を被ることは一切ないこと、プライバシーを保護し、本研究で得たデータは、本研究以外には使用せず、終了後はすみやかに抹消すること、本研究で得たデータの内容は研究者以外に洩れることは一切ないこと、集団認知行動療法参加期間中やインタビュー中に、対象者に状態の悪化・急変がみられ、主治医の診察が必要と判断された場合は、最大限対象者の同意を得た上で研究を中止し、主治医に報告すること、今後のうつ病患者への援助技法の発展のため、精神医学あるいは精神看護学の専門学会への発表予定であるが、その場合、個人が特定されないような配慮をすることなどを説明した。

4. 研究成果

2006年4月～2012年3月までの参加者116名のうち、中断せず参加でき、また有効な回答の得られた者は78名であった。さらに、終了後6ヶ月時点までの測定を終えられた者は20名であった。

各尺度について分析した結果、BDI-II、DAS24-Jは4時点間で有意差がみられた ($F=3.29, p<.05$; $F=3.43, p<.05$)。しかし、ATQ-Rは有意差がみられなかった。さらにBDI-IIについて、多重比較（ボンフェローニ法）を行った結果、開始前・後間で有意差がみられた ($p<.01$)。DAS24-Jについても多重比較（ボンフェローニ法）を行った結果、開始前と終了後6ヶ月時点間で有意差がみられた ($p<.05$)。

質的分析では、終了後3ヶ月時点で活用していた学習内容は、<とらわれた考えと距離をとる><考え方を切り替える努力をする><自己教示する>などの認知の知識・スキル、<対処法の工夫><自己表現のスキルの活用>などの行動の知識・スキルであった。これらの知識・スキルを得ることで、<客観視できる><考え方の幅がひろがる><現状を受容できる><重要他者に対する見方の変化>などの認知の変化・改善、<重要他者とのコミュニケーションの変化><日常生活の変化><家事の工夫>などの行動の変化・改善、また<気分の改善>が生じていた。

これらの結果を統合すると、プログラム終了時点でうつ状態については改善がみられ、その状態が3ヶ月、6ヶ月時点まで継続する可能性が示唆された。また認知・行動については、終了後3ヶ月、6ヶ月時点でも変化・改善がみられ、その背景には集団認知行動療法で学んだ知識・スキルの活用があると推測された。

本研究は、国内外で女性うつ病患者に特化した集団認知行動療法プログラムが非常に少ないなか、Mixed Methodの手法を用いて継

続効果の検証に取り組んだ上で有意義であり、今後女性患者に対する集団認知行動療法プログラムの発展に貢献しようとする。しかしながら、集団の作用がどう影響するのか、どのような介入技法が有効なのか、再発率に変化はあるのか、参加者のQOLの回復にどう貢献するのかなどは十分に検討できていない。今後、これらの点を含め、効果検討を行う必要がある。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計7件)

- (1) 中村聡美、秋山剛、酒井佳永、沼初枝、岡田佳詠、北村文昭、うつ病再休職者における職場ストレス要因の検討—初回休職者との比較調査—、日本社会精神医学会雑誌、22(1)、2013、pp.10-19 査読有
- (2) 白石裕子、岡田佳詠、國方弘子、則包和也、北野進、石川博康、看護実践において認知行動療法は可能か?、認知療法研究、5(1)、2012、pp.41-50 査読無
- (3) 岡田佳詠・白石裕子・北野進・中野真樹子、認知行動療法が看護を変える! - 導入の実際とその効果-、認知療法研究、4(1)、2011、pp.16-26、査読無
- (4) 岡田佳詠、看護師のうつ病患者への認知行動療法の効果、日本精神保健看護学会誌、20(1)、2011、pp.62-65、査読無
- (5) 田島美幸・中村聡美・岡田佳詠・大野裕・秋山剛、うつ病休職者のための集団認知行動療法の効果の検証、産業医学ジャーナル2010、33(1)、pp.55-59、査読有
- (6) 田島美幸・岡田佳詠・中村聡美・音羽健司・沼初枝・大野裕・秋山剛、うつ病休職者を対象とした集団認知行動療法の効果検討、精神科治療学、25(10)、2010、pp.1374-1378、査読有
- (7) 岡田佳詠、女性うつ病患者の集団認知行動療法での学び・体験と重要他者との関係性の改善、淑徳大学看護学部紀要、創刊号、2009、pp.65-72、査読無

〔学会発表〕(計9件)

- (1) 岡田佳詠、金子真理子、北野進、矢内里英、白石裕子、看護に認知行動療法を導入する—精神看護、がん看護への応用—、第32回日本看護科学学会学術集会、平成24年12月1日、東京国際フォーラム、東京都
- (2) 岡田佳詠・北野進・矢内里英・白石裕子、看護に活かす認知行動療法—国内の看護実践にどう取り入れるか—、第13回日本認知療法研修会、平成24年11月25日、東京ビックサイト、東京都
- (3) 白石裕子・岡田佳詠・則包和也・北野進・石川博康・國方弘子、大会企画シンポジウム1「看護師が実践する認知行動療法における多職種連携を考える」、うつ病の集団認知

行動療法における看護師の役割と多職種連携、第12回日本認知療法学会、平成24年11月23日、東京ビックサイト、東京都

(4) 岡田佳詠、日本認定心理士企画フォーラム「カウンセリングへの期待」、認知行動療法の概要と効果・適用、第76回日本心理学会、平成24年9月11日、専修大学人間科学部、神奈川県

(5) 岡田佳詠、シンポジウム1 難治性気分障害にどう対応するか、認知行動療法からのアプローチ—看護の立場から—、第9回日本うつ病学会総会、平成24年7月27日、京王プラザホテル、東京都

(6) 白石裕子・岡田佳詠・國方弘子・則包和也・北野進、大会企画シンポジウム、看護実践に認知行動療法は可能か? 第11回日本認知療法学会、平成23年10月1日、大阪国際会議場、大阪府

(7) Yoshie Okada, Satomi Nakamura, Tsuyoshi Akiyama, Miyuki Tajima, Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Female Patients with Depression in Japan, 7th International Congress of Cognitive Psychotherapy 'Clinical Science', June 2-5, 2011, The Harbiye Military Museum and Cultural Center, Istanbul, Turkey

(8) Yoshie Okada, Satomi Nakamura, Tsuyoshi Akiyama, Miyuki Tajima, A Follow-up of the Effects of Cognitive Behavior Group Therapy Program in Female Patients with Depression in Japan, 6th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, June 2-5, 2010, Boston, USA

(9) 岡田佳詠・中村聡美・田島美幸・秋山剛、女性うつ病患者が集団認知行動療法終了後に継続的に活用している学習内容—3ヶ月時点の面接データの分析から—、第6回日本うつ病学会、平成21年7月31日、品川プリンスホテル、東京都

〔図書〕(計6件)

- (1) 岡田佳詠、医学書院、看護のための認知行動療法、2011、242
- (2) 岡田佳詠、集団認知行動療法研究会監修、医学映像教育センター、さあ! やってみよう 集団認知行動療法 うつ・不安への支援のために 2章 各施設の実践例 NT T東日本関東病院の場合 3章 プログラム開始前の準備、2011、173、pp.115、pp.130-139
- (3) 岡田佳詠、中島美鈴・奥村泰之編、星和書店、集団認知行動療法実践マニュアル、第1章 集団認知行動療法の魅力 第4章 集団認知行動療法のプログラムの内容 第3節 5. その他の疾患 第5章 集団認知行動療法でつまづきがちな点と打開策 Q10、

Q20、Q21 第2節 5. 多職種で協働する場合、2011、pp. 1-4、pp. 138-139、pp. 153、pp. 164 - 165、pp. 174-175

(4) 中村聡美・田島美幸・岡田佳詠・秋山剛、大野裕編、金剛出版、うつ病治療ハンドブック 第Ⅲ部治療論 第2章 うつ病の精神療法 3 認知行動療法 (集団)、2011、244-254

(5) 田島美幸・岡田佳詠、上島国利監修、平島奈津子編著、金剛出版、第16章 作業療法・デイケア、治療者のための女性のうつ病ガイドブック、2010、376、pp. 332-344

(6) 秋山剛・大野裕監修、岡田佳詠・田島美幸・中村聡美、医学映像教育センター、さあ！はじめよう うつ病の集団認知行動療法 第I章 集団認知行動療法とは 第Ⅲ章 女性のための集団認知行動療法、医学映像教育センター、2008、155、pp. 3-32 pp. 95-143

[その他]

集団認知行動療法研究会(2009年7月設立)、
<http://cbgt.org/>

6. 研究組織

(1) 研究代表者

岡田 佳詠 (OKADA YOSHIE)
筑波大学・医学医療系・准教授
研究者番号：60276201

(3) 連携研究者

沼 初枝 (NUMA HATSUE)
立正大学・心理学部・教授
研究者番号：70409564

田島 美幸 (TAJIMA MIYUKI)
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター高田馬場
研修センター・室長
研究者番号：40435730