

厚生労働省  
令和3年度障害者総合福祉推進事業

医療機関における公認心理師が行う心理支援の実態調査

2022年3月

一般社団法人 日本公認心理師協会



### <事業責任者>

福田 由利 (一般社団法人日本公認心理師協会 理事 保健医療分野委員長 ・ 大石記念病院) \*

### <事業担当者(50音順)>

稲田 尚子 (帝京大学) \*

奥村 茉莉子 (一般社団法人日本公認心理師協会 事務局長) \*

種市 康太郎 (同上 常務理事 ・ 桜美林大学) \*

花村 温子 (同上 理事 ・ 埼玉メディカルセンター心理療法室) \*

藤城 有美子 (駒沢女子大学) \*

水谷 孝之 (一般社団法人日本公認心理師協会 専務理事) \*

元永 拓郎 (一般社団法人日本公認心理師協会 常務理事 ・ 帝京大学) \*

\*一般社団法人日本公認心理師協会医療調査プロジェクトチーム

### <検討委員(50音順)>

今村 扶美 (国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院)

壁屋 康洋 (国立病院機構全国心理療法士協議会 ・ 榊原病院)

小林 清香 (日本総合病院精神医学会 ・ 埼玉医科大学)

鈴木 伸一 (公認心理師の会 ・ 早稲田大学)

田邊 英一 (日本精神科病院協会 ・ 慈雲堂病院)

西松 能子 (日本精神神経科診療所協会 ・ あいクリニック神田)

山口 加代子 (リハビリテーション心理職会 ・ 中央大学)

### <厚生労働省>

高橋 幹明 (厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課公認心理師制度推進室 室長補佐)

吉橋 実里 ( 同上 公認心理師専門官)

### <事務・経理担当>

坪井 后代 (一般社団法人日本公認心理師協会 事務局)

大塚 聡 ( 同上 )

舘盛 雅裕 ( 同上 )



# 目次

はじめに	5
要旨	11
第1章 事業の目的と方法	41
第2章 調査結果（WEB 調査）	51
1. 機関情報	
2. 重点調査領域の概要	
3. 精神疾患全般	
4. 精神疾患：外来における心理面接（個人）	
5. 特定の精神疾患等（高次脳機能障害等/認知症）	
6. 小児の身体疾患・周産期	
7. その他身体疾患	
8. 医療分野における公認心理師の課題	
9. 自由記載	
第3章 調査結果（インタビュー調査）	279
第4章 考察と提言	313
1. WEB 調査について	
2. インタビュー調査について	
3. 総合考察	
4. 提言	
◇巻末資料	367



## はじめに

心理専門職の国家資格である公認心理師が誕生し、公認心理師試験は令和3年度までに計4回実施され、令和3年12月末時点で、52,099名が、公認心理師として登録しています。これらの公認心理師は、保健医療、福祉、教育、司法・犯罪、産業・労働等、幅広い分野で、心理学に基づいた心理支援を行っていますが、その活動実態を把握することが重要な課題となっております。

厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業において、主に医療機関を対象とした「公認心理師の養成や資質向上に向けた実習に関する調査」が行われました。また、本協会が実施した厚生労働省令和2年度障害者総合福祉推進事業「公認心理師の活動状況等に関する調査」では、公認心理師登録者に対する初の全数調査が実施され、公認心理師一人一人の所属や活動内容、勤務状況などの実態を示しました。

それらの結果もふまえ、厚生労働省令和3年度障害者総合福祉推進事業「医療機関における公認心理師が行う心理支援の実態調査」が、医療機関における心理支援の実態を調べ今後の課題を抽出することを目的に、実施されることになりました。この調査において、「WEB調査」では、公認心理師が配置されている部門・部署別の責任者あるいは担当者から、部署としての取り組みの方法や内容などについて約1,500件の回答をいただきました。また「インタビュー調査」では、24施設の公認心理師及び協働している関係他職種に、より具体的な実践活動内容とその成果、周囲からの評価や期待についてお聞きしました。両調査をとおして明らかとなった公認心理師による支援の実態、さまざまな疾患・状態に対する心理支援や院内外連携の具体的な実践をご報告するとともに、心理支援のより一層の拡充に向けての今後の課題についてもお示ししたいと思います。

当調査にご協力いただきました公認心理師の方々、関係者の皆様、諸団体の方々に深く感謝申し上げます。本調査の結果をご報告することで、公認心理師制度がよりよい形で推進され、医療現場や地域において一層貢献できる存在となっていくことを心より願っております。本報告書をご高覧いただき、ご意見をお寄せいただけますと大変幸いです。

国民全体の心の健康の保持増進に資する公認心理師の心理支援活動が、これまで以上に充実することを心より祈念いたします。

令和4年3月

一般社団法人日本公認心理師協会  
医療調査プロジェクトチーム  
責任者 福田 由利



医療機関における公認心理師が行う  
心理支援の実態調査



# 要旨



# 要旨

## 1 事業の目的

公認心理師登録者は令和3年12月末日現在で52,099名となっている（日本心理研修センター，2022）。公認心理師の約4割が保健医療分野で活動しているという報告があるが（日本公認心理師協会，2021）、その活動内容は多岐にわたっており、その活動把握に焦点をあてた調査はいまだなく、医療機関における公認心理師の活動内容を明らかにすることが喫緊の課題となっている。そこで、医療機関における公認心理師が要支援者の状態に応じて行っている、心理支援内容や方法等の実態を、WEB調査（WEB調査画面にて回答を求める調査）及びインタビュー調査（インタビューガイドを用いた面接調査）にて明らかにする。これらを通して、公認心理師による心理支援等の充実にむけた検討を行うのが、本調査の目的である。これらの調査結果を得ることで、医療機関における心理支援の具体的な実践内容をふまえた上で、要支援者の状態に応じた、公認心理師による専門性の高い心理支援の充実に向けた議論を行い、その心理支援の専門性を高めるための研修や資質向上のための施策の検討を行うことができる。

## 2 事業内容及び手法

### 1) 調査対象

令和3年8月1日時点で、医療機関において公認心理師が勤務している部門（部署）で、精神障害、がん／緩和ケア、周産期、脳血管疾患等の疾患に対する心理支援を行っている部門（部署）を対象とした。精神科医療機関において公認心理師が所属する部署（部門）や、一般の医療機関の公認心理師が勤務する部門（部署）が対象となった。

#### ① WEB調査

公益社団法人日本精神科病院協会所属医療機関（約1,200か所）、公益社団法人日本精神神経科診療所協会所属診療所（約1,600か所）、国立病院機構／国立高度専門医療研究センター所属病院（約150か所）、特定機能病院（87か所）、がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院等（約450か所）、総合・地域周産期母子医療センター等（約400か所）、国立障害者リハビリテーションセンター・都道府県リハビリテーションセンター・一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会加盟の医療機関（約600か所）等を対象とする（重なる医療機関は調整）。また、その他の対象疾患については、その疾患に関連する医療機関連絡団体と調整し対象医療機関を追加選定した。また一般病院に関して、公認心理師が勤務しているという情報が得られた医療機関を追加で対象とし、送付数は5,963件であった。回答数は、1,661件であったが、無効回答等を除き、分析対象数は1,586件であった。

#### ② インタビュー調査

対象疾患や状態に応じた心理支援を行っている医療機関に勤務する公認心理師及び公認心理師とチームを組み業務を行っている医師を含む専門職等を対象とした。計24施設を対象に、心理支援を行う公認心理師へのインタビュー調査と関連する他の専門職スタッフに対するインタビュー調査を組み合わせ実施した。

### 2) 調査内容及び手法

#### ① WEB調査

調査対象の医療機関の長に対して、調査依頼状と調査用紙を、調査開始日（令和3年10月18日）に送付した。医療機関の心理部門の代表者である公認心理師が、調査依頼状に記載されているURL及びQRコードよりWEBページにアクセスし、調査に回答する形とした。調査期間は、令和3年10月18日から11月29日

までの約1か月半であった。

調査内容は、医療機関における心理部門の公認心理師の活動概要、対象疾患等に対する面接、心理検査も含めた心理的アセスメント（要支援者・支援チームへのフィードバック方法等含む）、心理教育、福祉を含む多機関・多職種連携、要支援者の家族への支援に関する、目的と内容、方法・技法、形態、成果、課題等であった。

## ② インタビュー調査

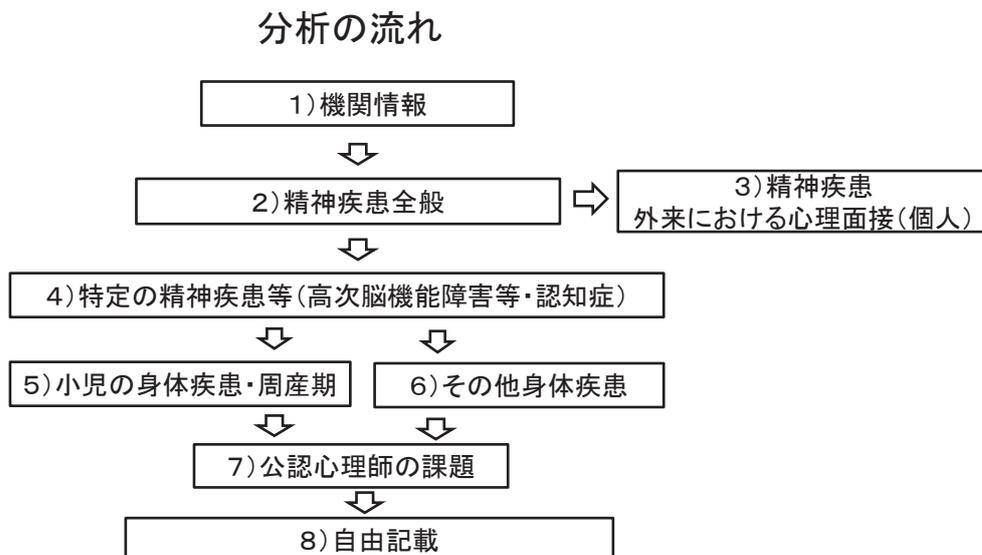
WEB調査においてインタビュー調査に応じる旨の意向の得られた施設、または関連団体等から紹介された施設計24か所において、公認心理師及び多職種チームに対してインタビュー調査を実施した。対象施設は、01:精神科病院（病棟）、02:精神科病院（外来）、03:精神科クリニック（外来）、04:精神科病院（デイケア・就労支援）、05:精神科医療機関アウトリーチ、06:総合病院（コンサルテーション・リエゾン）、07:摂食障害、08:小児（身体疾患）、09:小児（精神疾患）、10:依存症（物質依存）、11:依存症（嗜癖行動）、12:がん・緩和ケア（両立支援）、13:がん・緩和ケア（緩和ケア）、14:周産期（婦人科/生殖医療）、15:周産期（ハイリスク妊婦）、16:高次脳機能障害（リハビリテーション）、17:高次脳機能障害（地域生活支援）、18:腎疾患（透析）、19:糖尿病、20:心疾患（心不全緩和）、21:心疾患（心臓リハビリテーション）、22:認知症（総合病院認知症ケアチーム）、23:認知症（認知症疾患医療センター）、24:救急・自殺、に関連した施設であった。

インタビュー調査を実施する調査担当者は10名程度で構成し、調査担当者が、施設を直接訪問するかWEB会議システムを用い、施設ごとに、公認心理師と他職種からインタビューを行った。公認心理師は各施設から1名ずつ、計24名にインタビューを実施できた。他職種は、14:周産期（婦人科/生殖医療）及び24:救急・自殺ではインタビューできなかったが、05:精神科病院（アウトリーチ）からは3名からインタビューを行うことができた。結果として、インタビューを行った多職種24名の内訳は、看護師9名、医師6名、精神保健福祉士3名、作業療法士2名、栄養士2名、助産師1名、地域の連携団体スタッフ1名であった。

インタビューガイドに含まれるインタビュー項目は、医療機関における心理部門の公認心理師の活動概要、対象疾患に応じた専門的面接や、心理検査も含めた心理的アセスメント（フィードバック面接含む）、心理教育、福祉を含む多機関・多職種連携、要支援者の家族への支援であった。これらについて、目的や具体的方法・技法、形態、要した時間、業務遂行上の工夫、チームからの評価、課題等を明らかにした。チーム医療の中での心理支援の機能や役割（チームに貢献している内容や期待している事項等を含む）、社会生活機能の向上や就労に向けた支援への展開についても調査項目に含めた。

### 3) 分析方法

①WEB 調査については、以下の分析の流れにそって、1) から8) の順に結果を示した。



2

②インタビュー調査の結果は、公認心理師については、心理検査、心理教育、個別心理面接、集団心理支援、アウトリーチ、家族支援、院内連携、院外連携、今後の課題に分けて示した。他の専門職種については、心理検査、個別心理面接、アウトリーチ、家族支援、院内連携、院外連携、公認心理師への期待について示した。

### 4) 倫理的配慮

これらの調査実施方法については、本協会において倫理的側面から検討を行い、個人情報管理も含めた研究倫理に関して適正な実施であることを確認した。

### 3. 結果

#### A. WEB 調査について

##### 1) 機関情報

医療機関種類では、分析対象 (n=1,586) のうち、精神科病院が 37.8%、一般病院が 41.7%、診療所が 19.0%であった。病床は、0 床が 20.2%、1-99 床が 2.8%、100-499 床が 57.3%、500 床以上が 19.7%であり、病床がある 1266 か所のうち精神科病床があるのは 58.9%であった。

所属部門等は、精神科が 42.6%、心理相談部門が 13.2%、コメディカル部門が 6.2%で、心療内科、小児科、リハビリテーション科、デイ・ケアと続いている。調査対象の 1,259 件 (79.4%) の部署に常勤勤務者がおり、50.5%の部署には非常勤勤務者がいた。常勤いる部門等 1,259 件のうち 45.7%は常勤 1 人のみの配置であった。

病棟への常勤配置ありが 325 件で常勤のいる部門等 (n=1259) の 25.8%を占めた。病棟への非常勤配置ありは 143 件で、非常勤のいる部門等 (n=797) の 17.9%となっていた。

支援対象として、精神疾患全般とした部門等は 57.7%で、精神及び身体疾患全般とした部門等は 25.0%となっていた。支援内容 (心理検査等) では、心理検査が主とした部門等が 23.4%、個別支援が主とした部門等が 45.6%、集団支援が主とした部門等が 6.4%、ほぼ均等とした部門等が 16.4%であった。

支援内容 (外来病棟) では、外来業務のみの部門等が 26.4%、外来と病棟両方あるが外来が主とした部門等が 37.9%、病棟のみまたは主とした部門等が 12.9%、外来及び病棟でほぼ均等とした部門等が 15.9%であった。また、入院患者への支援で公認心理師の配置・増員の必要性とした部門等は 67.3%であった一方、十分な支援が行われているとした部門等は 11.4%であった。

医療機関種類でみると、精神疾患全般を対象としている部門等は、一般病院では 16.9%にとどまるが、精神及び身体疾患全般では 52.3%に達していた。精神科病院では外来業務の割合が高いと選択した部門等が半数を超えたが、病棟業務の割合が高いと答えた部門等は、精神科病院では 10%に満たなかった

機関種類  
(n=1,586)

精神科病院 n=600 37.8%	一般病院 n=661 41.7%	診療所 n=301 19.0%
-------------------------	------------------------	-----------------------

精神科病床あり (n=1266)

なし (n=520) 41.1%	あり (n=746) 58.9%
---------------------	---------------------

部門等 (n=1,586 を母数とした%)

精神科	42.6%
心理相談部門等	13.2%
コメディカル部門等	6.2%
心療内科	4.7%
小児科	4.4%
リハビリテーション科	4.2%
デイ・ケア部門	4.0%
地域医療連携室	2.7%
がん・緩和ケア関連	2.3%
児童精神科	1.7%
周産期母子医療センター	1.6%
認知症疾患医療センター	1.3%
他	

非常勤のみ n=315 19.9%	常勤+非常勤 n=486 30.6%	常勤のみ n=773 48.7%
-------------------------	--------------------------	------------------------

常勤配置 n=1,259  
(79.4%)

1人 n=575 45.7%	2人以上 n=684 54.3%
-------------------	---------------------

病棟配置 (n=1,259)

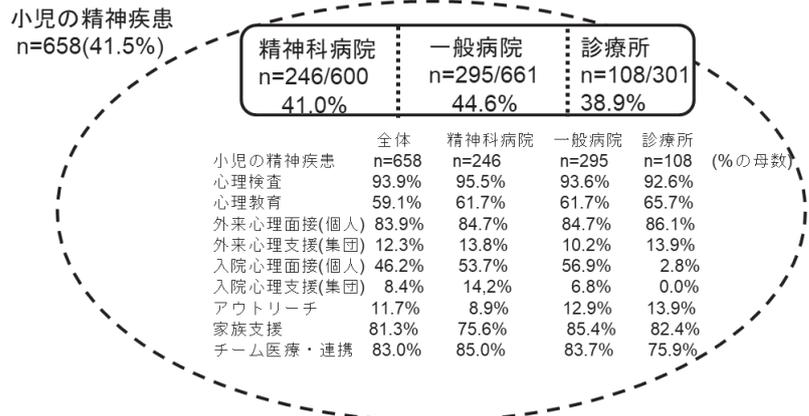
配置なし n=934 74.2%	配置あり n=325 25.8%
------------------------	------------------------

業務の特徴 (縦%)	全体 (n=1,586)	精神科病院 (n=600)	一般病院 (n=661)	診療所 (n=301)
精神疾患全般	57.7%	87.5%	16.9%	89.0%
精神及び身体疾患全般	25.0%	2.3%	52.3%	3.3%
心理検査の割合高	23.4%	23.8%	23.1%	15.0%
個別支援の割合高	45.6%	32.7%	51.3%	58.8%
外来業務の割合高	37.9%	55.5%	39.5%	-
病棟業務の割合高	12.9%	9.5%	21.9%	-
外来と病棟ほぼ均等	15.9%	20.3%	19.4%	-

## 2) 精神疾患全般

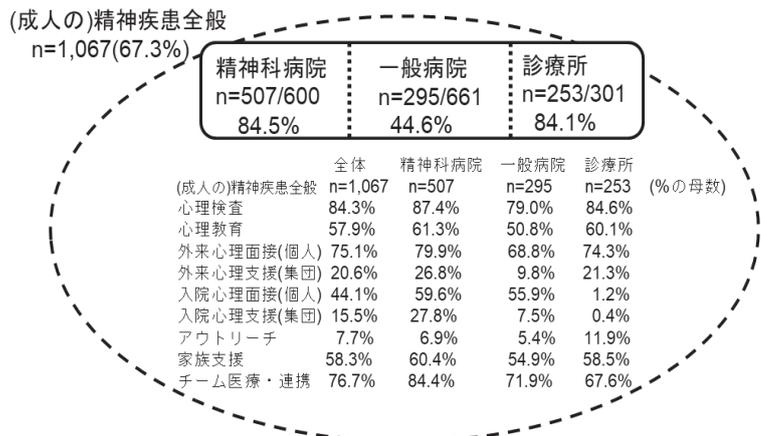
### a. 小児の精神疾患

小児の精神疾患は、分析対象の部門等の41.5%が対応していたが、精神科病院、一般病院、診療所でほぼ同じ割合であった。心理検査が9割を超え、心理教育がほぼ6割、外来心理面接（個人）が85%前後、入院心理面接（個人）が55%前後（診療所を除く）であった。入院心理支援（集団）では精神科病院で14.2%であった。家族支援は、どの医療機関の種類でも75%を超えていた。



### b. 精神疾患全般（成人）

精神疾患全般（成人）は、分析対象の67.3%が対応していたが、精神科病院及び診療所での割合が8割を超えていた。心理検査、心理教育、外来の心理面接（個人）で、一般病院と比べて精神科病院と診療所の割合が多かった。外来と入院の心理支援（集団）が精神科病院で25%を超えたのも特徴的である。また診療所では、外来心理支援（集団）が21.3%となっていた。



## 3) 外来における心理面接（個人）

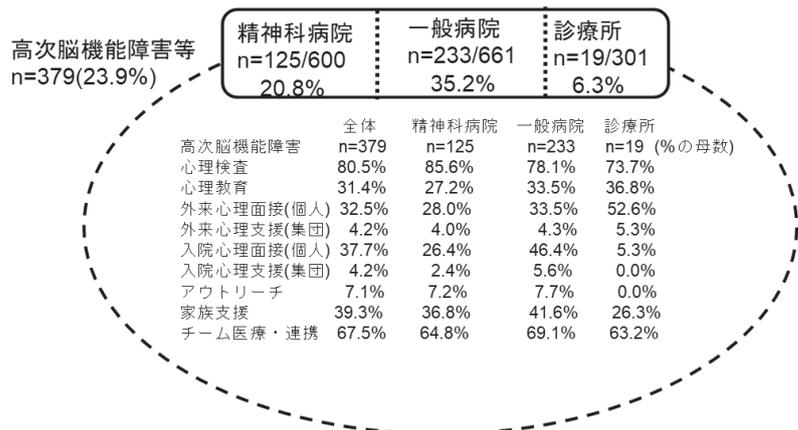
部門等で、ある程度枠組みが定められた形での外来での個別心理面接について、7疾患について聞いたところ、精神科病院は7疾患すべてで6割を超える部署等で、枠組みの定められた対応をしていた。診療所では、統合失調症(49.2%)以外は、6割を超える部署等が対応していた。一般病院では、神経発達症、抑うつ症等、不安症等が50%を超える部署等で対応していた。一般病院において、統合失調症は23.8%、双極症等は31.6%であった。

	全体 n=1,586	精神科病院 n=600	一般病院 n=661	診療所 n=301
調査対象(%の母数)	n=1,586	n=600	n=661	n=301
神経発達症(n=1,087)	68.5%	78.3%	58.2%	77.1%
統合失調症(n=682)	43.0%	61.5%	23.8%	49.2%
双極症等(n=808)	50.9%	65.5%	31.6%	65.4%
抑うつ症等(n=1083)	68.3%	76.5%	56.9%	78.1%
不安症等(n=1,033)	65.1%	71.7%	55.4%	74.4%
強迫症等(n=834)	52.6%	62.0%	39.5%	66.8%
ストレス関連症(n=868)	54.7%	61.0%	47.4%	62.5%

## 4) 特定の精神疾患等

### a. 高次脳機能障害／脳血管障害

この領域については、分析対象の23.9%の部門等が心理支援を行っていた。医療機関分類では、一般病院での部門等での実施割合が35.2%となっていた。また精神科病院で20.8%、診療所では6.3%と少なかった。一般病院において、外来心理面接（個人）は33.5%、入院心理面接（個人）は46.4%であった。



## b. 認知症

認知症は、分析対象の45.5%が心理支援を行っていた。精神科病院で57.2%、一般病院で48.6%に対し、診療所で16.9%であった。心理検査実施が部門等の90.8%となっており、この領域で心理検査が心理支援の中心であった。心理教育の実施割合は20%未満であり、外来心理面接（個人）は診療所で31.4%、入院心理面接（個人）は一般病院で35.2%となっていた。精神科病院における入院の心理支援（集団）の実施が18.1%であった。

認知症 n=721(45.5%)		精神科病院 n=343/600 57.2%	一般病院 n=321/661 48.6%	診療所 n=51/301 16.9%
	全体	精神科病院 n=343	一般病院 n=321	診療所 n=51 (%の母数)
認知症	n=721	95.3%	85.4%	96.1%
心理検査	90.8%	9.9%	18.4%	17.6%
心理教育	14.1%	17.5%	14.3%	31.4%
外来心理面接(個人)	16.9%	5.0%	3.1%	7.8%
外来心理支援(集団)	4.3%	19.0%	35.2%	5.9%
入院心理面接(個人)	25.2%	18.1%	7.8%	0.0%
入院心理支援(集団)	12.3%	5.8%	5.3%	9.8%
アウトリーチ	6.0%	30.9%	35.5%	31.4%
家族支援	33.3%	75.5%	70.7%	64.7%
チーム医療・連携	72.7%			

## 5) 小児の身体疾患、周産期

### a. 小児の身体疾患

小児の身体疾患に対しては、分析対象の16.2%が心理支援を行っていた。一般病院の部門等で3割ほど対応していたが、精神科病院や診療所ではほとんど支援が行われていなかった。一般病院をみると、心理検査が78.0%、外来の心理面接（個人）が71.7%、入院の心理面接（個人）が66.4%、家族支援が72.4%、チーム医療・連携が82.1%となっており、集団やアウトリーチを除くどの場面でも、心理支援が高い割合で行われていた。

小児の身体疾患 n=257(16.2%)		精神科病院 n=19/600 3.2%	一般病院 n=223/661 33.7%	診療所 n=10/301 3.3%
	全体	精神科病院 n=19	一般病院 n=223	診療所 n=10 (%の母数)
小児の身体疾患	n=257	78.9%	78.0%	50.0%
心理検査	76.7%	57.9%	58.3%	30.0%
心理教育	56.8%	36.8%	71.7%	50.0%
外来心理面接(個人)	67.3%	0.0%	4.9%	0.0%
外来心理支援(集団)	4.7%	57.9%	66.4%	0.0%
入院心理面接(個人)	62.3%	5.3%	4.5%	0.0%
入院心理支援(集団)	4.3%	8.6%	9.0%	0.0%
アウトリーチ	8.6%	72.4%	72.6%	90.0%
家族支援	72.4%	68.4%	82.1%	20.0%
チーム医療・連携	78.2%			

### b. 周産期

周産期については、分析対象の15.2%が心理支援を行っていた。一般病院の部門等の29.2%で対応していたが、精神科病院や診療所ではほとんど支援は行われていなかった。一般病院では、外来の心理面接（個人）が73.1%、入院の心理面接（個人）が78.8%、チーム医療・連携が84.5%となっていた。心理検査は32.6%であった。

周産期 n=241(15.2%)		精神科病院 n=33/600 5.5%	一般病院 193/661 29.2%	診療所 n=14/301 4.7%
	全体	精神科病院 n=33	一般病院 n=193	診療所 n=14 (%の母数)
周産期	n=241	45.5%	32.6%	64.3%
心理検査	36.5%	66.7%	54.4%	71.4%
心理教育	57.3%	71.8%	73.1%	71.4%
外来心理面接(個人)	71.8%	6.2%	6.2%	14.3%
外来心理支援(集団)	6.2%	57.6%	78.8%	7.1%
入院心理面接(個人)	71.4%	1.2%	6.1%	0.0%
入院心理支援(集団)	1.2%	9.5%	8.3%	14.3%
アウトリーチ	9.5%	66.4%	57.6%	67.9%
家族支援	66.4%	83.8%	81.8%	84.5%
チーム医療・連携	83.8%			78.6%

## 6) その他身体疾患

### a. 腎疾患/糖尿病

腎疾患/糖尿病では、分析対象の8.3%が心理支援を行っていたが、医療機関種別で一般病院の部門等での実施がほとんどであった。一般病院において、チーム医療・連携が76.5%、心理検査が46.1%、心理教育が46.1%、外来心理面接（個人）が59.1%、入院心理面接（個人）が57.4%となっていた。一方、家族支援は38.3%であった。

腎疾患/糖尿病  
n=131(8.3%)

精神科病院	一般病院	診療所
n=13/600	n=115/661	n=3/301
2.2%	17.4%	1.0%

	全体 n=131	精神科病院 n=13	一般病院 n=115	診療所 n=3 (%の母数)
腎疾患等	45.8%	38.5%	46.1%	66.7%
心理検査	48.1%	53.8%	46.1%	100.0%
心理教育	57.3%	30.8%	59.1%	100.0%
外来心理面接(個人)	5.3%	7.7%	5.2%	0.0%
外来心理支援(集団)	55.7%	53.8%	57.4%	0.0%
入院心理面接(個人)	11.5%	23.1%	10.4%	0.0%
入院心理支援(集団)	3.8%	7.7%	3.5%	0.0%
アウトリーチ	35.9%	7.7%	38.3%	66.7%
家族支援	76.3%	76.9%	76.5%	66.7%
チーム医療・連携				

### b. 心疾患

心疾患は分析対象の8.7%が心理支援を実施しているが、一般病院の部門等での心理支援がほとんどを占めた。一般病院において、チーム医療・連携が77.6%、入院の心理面接（個人）が64.0%であった。一方、心理検査は40.8%、外来心理面接（個人）は34.4%、家族支援は40.8%であった。

心疾患  
n=138(8.7%)

精神科病院	一般病院	診療所
n=12/600	n=125/661	n=5/301
2.0%	18.9%	1.7%

	全体 n=138	精神科病院 n=12	一般病院 n=125	診療所 n=5 (%の母数)
心疾患等	41.3%	33.3%	40.8%	40.0%
心理検査	39.9%	41.7%	36.8%	80.0%
心理教育	40.6%	66.7%	34.4%	80.0%
外来心理面接(個人)	7.2%	8.3%	6.4%	20.0%
外来心理支援(集団)	63.8%	58.3%	64.0%	0.0%
入院心理面接(個人)	5.1%	16.7%	4.0%	0.0%
入院心理支援(集団)	2.2%	0.0%	2.4%	0.0%
アウトリーチ	43.5%	41.7%	40.8%	60.0%
家族支援	80.4%	83.3%	77.6%	60.0%
チーム医療・連携				

### c. がん/緩和ケア

がん/緩和ケアでは、分析対象の23.5%が心理支援を行っていたが、一般病院では51.0%の部門等で心理支援が行われていた。精神科病院や診療所で心理支援を行っているところはあまりなかった。一般病院において、チーム医療・連携は91.1%がおこなっていた。入院の心理面接（個人）は81.6%、外来の心理面接（個人）は58.8%で実施されていた。家族支援は68.0%であった。一歩王、心理検査は31.5%であった。

がん/緩和ケア  
n=372(23.5%)

精神科病院	一般病院	診療所
n=30/600	n=337/661	n=4/301
5.0%	51.0%	1.0%

	全体 n=372	精神科病院 n=30	一般病院 n=337	診療所 n=4 (%の母数)
がん/緩和ケア	30.6%	20.0%	31.5%	50.0%
心理検査	43.0%	43.3%	42.3%	100.0%
心理教育	58.9%	56.7%	58.8%	75.0%
外来心理面接(個人)	5.9%	10.0%	5.3%	25.0%
外来心理支援(集団)	80.4%	76.7%	81.6%	0.0%
入院心理面接(個人)	3.0%	0.0%	3.3%	0.0%
入院心理支援(集団)	6.7%	0.0%	7.4%	0.0%
アウトリーチ	68.3%	73.3%	68.0%	50.0%
家族支援	90.3%	86.7%	91.1%	50.0%
チーム医療・連携				

## 7) 公認心理師の専門性

公認心理師の専門性については、専門性で基盤となるのはアセスメントであり、それをふまえて、院内や地域にむけての多様な心理支援が展開できることが専門性として意識されていた。一方、取り組むべき課題では、多職種連携に関するものが多かった。患者のサポートをする上で、単に患者の心理アセスメントに留まらず、患者さんを取り巻く医療スタッフや家族などの治療に関わる人々のダイナミクスもふまえた支援チームの見立ても重要と認識されていた。また、専門性として、患者が主体的に支援内容を活用できるような支援を行うことや、本人による主体的な意思決定を支援できることが示されていた。

公認心理師の常勤雇用のメリットとして、即応性の向上、経時的変化の把握・対応のしやすさ、入院から退院後の地域生活支援とシームレスなかかわりの充実、心理支援が院内全体に根付くための働きかけの充実などが多く挙げられている。

公認心理師が取り組むべき課題では、関係職種・関係部署とのコミュニケーションや医療チーム活動への参画を望むことについて、80%を超える部署が「まあまあ該当する」「該当する」を選択した。多くの部門等で他職種との連携・協働のための積極的姿勢を課題であるとしている。

関与できていなかった部門等への参入やアウトリーチへの参加は、業務拡大への認識であるが、他の選択肢より少ない回答であるが、それでも70%以上の部署等は、それらに取り組むべき課題としていた。ここで挙げた項目は、心理的アセスメントや心理支援といった公認心理師のいわゆる4業務（基本業務）から展開した、多職種連携やマネジメント、医療チームへの参画など、展開業務に分類される内容が多かった。展開業務に対しても、取り組むべきとする回答が得られていた。

公認心理師の職場定着については、心理部門等としての活動評価が最も高い割合となり、次いで昇進制度や勤務年数に応じた業績評価の明確化となった。

職能団体に期待する活動等では、職能団体としては学会や研修等で資質向上や研究等の推進に努めつつ、収益性向上につながる諸活動が求められていた。また、職能団体としてのまとめりや他職種の職能団体との協働、都道府県職能団体による地域ニーズに応えるための諸活動の充実も指摘されていた。

## 8) 自由記載

### a. 重点調査領域の自由記載

各重点調査領域における自由記載では、心理支援の具体的な実践、専門性が発揮されている場面の記載がみられた。どの疾患においても、病を抱えたことで精神的に不安定になった患者への心理支援のニーズは高かった。公認心理師は、患者が抱く不安感の背景や要因をアセスメントし、本人の状態や理解度に応じた支援を提供していた。また、入院から地域生活への切れ目ないサポート、患者への関わり方のアドバイスは、チーム医療に大いに貢献していた。家族支援の依頼も多く、個別サポートだけでなく家族会のバックアップも行うなど、さまざまな場面で家族をサポートしていた。生活を支えるための地域連携、自宅に支援を届けるアウトリーチにも積極的に関わっている部門等もあった。診療報酬に組み込まれていないために、心理支援についての理解が得られないこと、実施が制限されている実態も報告されていた。

### b. 意見や感想

医療分野での公認心理師についての意見（自由記載）は、①「診療報酬について」、②「待遇問題」、③「職能の地位・独自性」、④「専門性・資質」、⑤「組織への寄与」、⑥「連携・他職種との関係」、⑦「業務制約」、⑧「その他」の8つのカテゴリーに分けられ、医療分野における診療報酬に対する関心の高さがうかがえた。

また公認心理師全体への意見（自由記載）は、①「専門性・資質」、②「職能の地位・独自性」、③「資格試験制度・養成制度」、④「職能団体のあり方」、⑤「待遇問題」、⑥「連携・他職種との関係」、⑦「診療報酬について」、⑧「その他」の8つに分けられ、公認心理師全体においては、専門性・資質に対する関心の高さがうかがえた。

## B. インタビュー調査について

24施設別に、インタビュー調査内容の概略を示した。

### a. 精神科病院(入院) [01]

精神科専門病棟の特性や疾患に応じたプログラムが行われていた（例：急性期病棟、児童病棟、アルコールリハビリテーション）。プログラムにおいて、心理教育を含めたグループを実施していた。チームの中でバランスを取る役割が公認心理師に求められていた。入院病棟における公認心理師の仕事についてのインタビューではあったが、「外来時の情報が公認心理師から得られると治療上役に立つ」「複雑な問題・課題を抱えるケースは、医師の診察や看護ケアなどの枠組のみでは十分に関わることが難しく、患者に対するアセスメントが公認心理師の視点が入ることによって、より多角的になり、個別心理面接による支援が大変必要となる」という医師からの意見があった。

### b. 精神科病院(外来) [02]

外来では、構造化された心理支援を行うこともあるが、それではニーズを満たしきれず、非構造化面接と組み合わせて行っていた。心理検査はパッケージ化して提供する工夫がなされていた。フィードバック面接は、必ず実施し、必要に応じて関係者も交えて行っていた。要保護児童対策地域協議会などにも関わりアセスメント資料を提供していた。地域に根差した病院の職員として、地域への貢献も視野に入れての活動とな

っていた。「家族の理解なしには支援を進めていくことが難しいケースも多々あるが、公認心理師によるアプローチによって家族の本人への理解が促進されることで、その後の他職種による支援もスムーズになる」という他職種からの意見があった。

### c. 精神科クリニック（外来）[03]

地域のクリニックとして、様々な患者を引き受け、心理支援も行われている。心理検査のフィードバックは診察前に実施し、診察につなげる工夫がなされていた。集団による支援と、個別支援を組み合わせで行っており、それが患者の支援として効果的に、相補的に働いていた。朝の全スタッフでのミーティングなど、情報共有の工夫がなされていた。「公認心理師が、構造化された心理面接に限らず、「相談」として患者の話を聞くことで、診察もスムーズに流れ、患者が話しやすい土台となる」という医師からの意見があった。

### d. 精神科病院（デイケア・就労支援）[04]

デイケアのスタッフとして関わる中で、デイケアプログラムの「認知機能リハビリテーション」の実施前後にデイケア担当の公認心理師が認知機能検査を実施したり、参加者の個別心理面接を取り入れたりしていた。デイケア参加者の個人目標に応じて保健師や地域就労支援機関とのカンファレンスへの参加、メンバーが利用している就労移行支援事務所などへの同行支援を行っていた。他職種からは「アウトリーチでの公認心理師による見立てが求められており、必要な患者がいるので、訪問看護の算定条件に心理職が含まれるとよい」という意見があった。

### e. 精神科医療機関アウトリーチ[05]

精神科未治療、通院に繋がらない、問題解決の糸口が見つからない、本人に支援ニーズがない等の困難ケースの訪問看護に心理師が同行し、アセスメントやコンサルテーション、カンファレンスを実施していた。訪問先で、要支援者や家族への心理教育が求められた。また、同行しない場合も、後方支援としての公認心理師の活動が期待されていた。地域福祉に移行し支援が届きにくくなるケースへの公認心理師が本人宅に向いての支援は行えていないが期待されていた。訪問看護チームに公認心理師も含まれるようになることや同行しなくとも、後方支援として公認心理師が行ったコンサルテーションに対しての保険点数化が望まれている。

### f. 総合病院（コンサルテーション・リエゾン）[06]

総合病院内精神科リエゾンチームの一員として、各科からの依頼に基づき、心理支援が必要と判断される患者の支援に関わっていた。そのため、連携職種も医師や看護師のみならず、リハビリテーション専門職、管理栄養士、助産師、移植コーディネーターなど、多岐にわたった。臓器移植患者に対する面接、腎臓代替療法外来での心理社会的アセスメントとそれに基づいた意思決定支援など、身体疾患の治療上、心理的に介入が必要な患者に対して支援要請が入った。大規模な病院であり、多くの病床に対し、リエゾン担当の公認心理師は1名なので、マンパワー不足であった。「ハイリスクな課題、倫理的な問題を多職種で検討する際にもっと公認心理師にも出てもらいたい」「病棟、外来、その他、患者サービス室などのそれぞれに担当心理師が配置されると、支援の質が上がり、スタッフも相談しやすいのではないかと看護師などの他職種から意見があった。

### g. 摂食障害[07]

摂食障害の症状の背景にある個人の特性を掴むために心理検査を実施し、検査時の面接で家族関係や成育歴等も含めたアセスメントを行い、本人・家族向けにフィードバックを行っていた。それによりカウンセリングと同様の効果が得られる場合もあり、カウンセリング導入となる場合もあった。身体状況に合わせて、面接内容や頻度などを変化させていった。低体重時は心理教育中心、回復してきたら家族葛藤を扱うなど、より内省的な心理面接に移行した。治療には家族の関与が重要であり、家族支援が求められた。親子同席面接や、患者の個人面接と家族面接の併用など柔軟に対応していた。医師、看護師、管理栄養士、ソーシャルワーカーなど、連携職種は多岐にわたった。長期化する例もあり、アディクションモデルでとらえることも必要となった。スタッフに対する教育について、他の職種から希望があった。業務の中で公認心理師との協働経験がある職種を増やす努力が必要である。

### h. 小児（身体疾患）[08]

小児の総合病院のため、各科からオーダーがあり、各種心理検査を実施するが、知能検査、発達検査が多かった。脳神経系の疾患では神経心理学的検査も実施していた。退院までに状態がかなり変化するため、退院直前にも検査を実施した。身体状態や、発達に応じて、検査結果は変わっていくので、その都度のアセスメント、それに合わせた支援が必要となった。心理検査結果も踏まえ、障害や疾患についての基礎知識や地

域での生活に向けての面接となり、本人・家族ともに心理教育が中心となった。対象小児のきょうだい児支援は必要と思うが未着手であった。院内各診療科から親の支援も含めて、公認心理師の関与がさらに期待されているが、対応しきれていなかった。「各科横断的に動く職種は少ないが、公認心理師はその役割を担っているので、柔軟に活動していけるような枠組みが必要」「慢性疾患等、継続支援が必要な科と協働していくとさらに良い」という医師からの意見があった。

#### i. 小児（精神疾患）[09]

PTSD の方に対する心理教育と、思春期、青年期の発達障害の方への自己理解のための心理教育、心理面接を行っていた。多職種によるアセスメント評価を行う「アセスメント外来」を行っていた。発達障害、DV、虐待など、複雑なケースが増えており、その支援に必要な職種との院内連携、院外連携が行われていた。「本人だけでなく、保護者を支えることで、治療を継続させていくことができている」「虐待防止につながるような育児支援、親支援という枠組みをもっと充実させてほしい」「一か所の職場に複数人の心理師が、性別が偏ることなく配置されていると良い。」という医師の意見があった。公認心理師の活動が診療報酬化されると活動しやすくなり、人員が確保できる。

#### j. 依存症（物質依存）[10]

アルコール依存症患者の治療に対して、入院・外来問わず多職種で支援にあたっていた。集団支援の中で、心理教育として多職種による勉強会を実施ダイケアでも、多職種チームの一員として関わっていた。外来での認知行動療法のプログラムを公認心理師が作成中であった。「個別カウンセリングは、集団での支援だけでは対応不十分な方の自己理解の支援、継続的なサポートなどに役立っている。」と他職種から意見があった。もっと様々な場面で患者・家族ともに個別支援が必要であるが十分に行えておらず人員不足であった。診療報酬化されていないプログラムの実施や、入院中の心理支援は、収益にならずサービスとなってしまうため、提供が難しい。

#### k. 依存症（嗜癖行動）[11]

基本的に医師とともに支援を行い、入院治療ではさらに多くの職種と連携していた。家族と本人、主治医、心理で合同面接を行う場合もあった。発達障害との合併が多いため発達検査、知能検査を実施していた。集団療法や家族会の中で、心理教育や講義などを行っていた。入院・外来ともに心理面接を実施。本人の支援、家族支援もオンラインでも対応していた。インターネット/ゲーム依存症者に対する治療キャンプを実施していた。集団支援の場で「ソーシャルワーカーの視点と心理職の視点の両方があることで、グループへの関わり方に広がり生まれる」と他職種（ソーシャルワーカー）の意見があった。専門家向けに研修会講師を行ったり、予防的な支援として、小・中学校で講義したり、家族向けの講演もしている。

#### 1. がん・緩和ケア（両立支援）[12]

相談支援センター所属ということもあり、がんの治療の前後や外来受診に合わせて面接を設定し、枠にとらわれず面接をしている。告知場面に同席したり、治療の意思決定などについては、継続で支援。がん告知のショック退職してしまう方もいるので、「辞めない」ための支援を行っている。

患者会やサロン、ピアサポートグループの支援を長期に渡って行う。

就労支援のため産業保健総合支援センター、県内の中小企業向けの就労全般の相談機関である中小企業労働相談所との連携を行い支援している。

「がん患者は公認心理師を知らない場合が多い。公認心理師の活動をアピールしてもらえると、他科からも声もかけやすい。」「公認心理師の視点が様々な場面で役に立つので、活動が診療報酬で算定できるようになるとよい」と看護師からの意見があった。

#### m. がん・緩和ケア（緩和ケア）[13]

緩和ケアチームに属し、依頼に応じて各科に出向いて支援を行う他職種へのコンサルテーションも行っていた。個別支援、家族支援も適宜行っていた。基本的に心理検査は行わず、アセスメントは会話の中で見識を判断していた。多職種で意見を出し合うときに患者や家族の意見が取りこぼされないように拾い上げ、患者や家族が主体性をもって課題の解決に向かっていけるような支援を行っていた。「公認心理師が行ったアセスメント結果を他職種が活用でき、その後のケアが行いやすくなる。院内に公認心理師は少ないので、もう少し人員が欲しい。」という看護師からの意見があった。がん患者の親を持つ子どものケアについて充実させたいが、人員不足で出来ていない。活動に診療報酬の裏付けが欲しい。

#### n. 周産期（産婦人科・生殖医療）[14]

初診時すべての方には不妊治療との付き合い方等ガイダンス的面接を行っていた。診断補助的な意味でのア

セサメント、知能・発達検査は行っていなかった。個人面接、カップルセラピーを実施する。生殖医療や不妊について正しく知る、という心理教育が必須であった。性のことは、医療にかかる本人も、医療者も知らない現状があった。性に関する教育や不妊に関する知識を義務教育でもきちんと行い、そこに公認心理師が関わるとよい。生殖医療に関わる公認心理師は少ない。この領域に関わる公認心理師を増やす、興味を持ってもらうための研修の充実が望まれる

#### o. 周産期（ハイリスク妊婦）[15]

妊娠（外来通院中）-出産（入院中）-産後（退院後）の流れに沿った、院内・院外他職種連携による切れ目のない支援を行っていた。集団支援として妊娠初期・中期・後期の「両親学級」に、公認心理師も関与。個別心理面接、家族支援は希望や依頼に応じて実施した。ハイリスク妊婦に関わる訪問看護ステーションでのスーパービジョン的なコンサルテーションで関与した。虐待防止との関連で、地域連携会議、行政・児童相談所との連携が重要となった。妊娠中をサポートしていた患者が産院で出産する場合の連携が課題であり、地域の産院の巡回支援などができないかと考える。「産科には公認心理師が専任として配置されれば、妊産婦が話しかけやすく、スタッフも相談しやすくなる」と助産師からの意見があった。

#### p. 高次脳機能障害（リハビリテーション）[16]

神経心理学的アセスメントに加え精神医学的問題のアセスメントを実施していた。本人が病識を持ち、自分の状態を理解しリハビリテーションに取り組めるよう援助、心理教育を行っていた。大学の復学支援、作業所、福祉事務所の依頼で利用者の再評価を実施した。自動車運転支援で、自動車学校、運転免許センター等と連携を行っていた。「公認心理師の評価により、実際に表れる症状の裏付けが可能となるため、支援に役立っている。」と作業療法士からの意見があった。人員配置を増やすために、診療報酬の点数化に含まれる必要がある。そのための実績の蓄積が必要と考えられる。院内だけでなく、地域に開かれた心理支援のサービスに拡充させる事を考えている。

#### q. 高次脳機能障害（地域生活支援）[17]

脳卒中、脳血管疾患の高齢者の高次脳機能障害のスクリーニングから、より深いアセスメントへ進める。その結果から、できること、前と変わらないこと、大丈夫なことを伝えた上で疾病の影響について説明した。障害の受容に寄り添う支援は心理職に期待されていた。家族にも、症状理解の心理教育や、今後の見通しを伝え、支えていった。復学時には、学校に出向いて、今後必要な支援について相談・説明することもあった。当事者会・家族会の支援、就労継続支援B型事業所と連携し、ピアサポーター・ピアカウンセラー・サポーターの養成講座等を行っていた。公認心理師の活動が加算となる制度が望まれる。B型作業所など支援を行う各事業所に公認心理師が配置される状態を目指したい。職能団体として専門制度などを充実させ、ラダーづくりなどにも取り組んでいくべきと考える。

#### r. 腎疾患（透析）[18]

CKD（慢性腎臓病）チーム、リエゾンチームとして多職種で活動していた。腎代替療法選択期から導入期は、全例への心理的支援を行った。心理検査の結果を視覚化して患者・家族に説明することもあった。透析導入のための入院時は病棟及び透析中は透析室ベッドサイドで面接した。患者の在宅支援のため、作業療法士や理学療法士の家屋調査に同行したり、リハビリテーション施設の見学に同行したりした。ケアマネジャーの依頼で、地域の連携会議に出席した。「心理師は問題解決しなくてもその場においてつらさに寄り添うことも大切ということを示してくれた。看護師にとっても支えになる」と看護師からの意見があった。

#### s. 糖尿病[19]

糖尿病（そこから腎疾患に移行の方も多）を支援するチームの一員として、公認心理師も参加した。糖尿病教室でのレクチャーも多職種で行った。医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、管理栄養士と特に連携した。心理検査でのアセスメントを行い、自分の得意不得意を見て、生活の工夫の方法を探すための手がかりとしてもらった。心理的なアセスメントと支持的療法を基本とし、認知行動療法の技法やリラクゼーション法など組み合わせを行った。「公認心理師の面接があることで、管理栄養士は栄養指導に専念できる。」という他職種からの意見があった。長期にわたる支援が必要なため、回数で区切った構造的な支援では支えきれない。例えばセルフヘルプグループを週1回必ず行っていて、「困った時に行ける場所」を常に作っておく形がサポートとしては良いのではないかと考える。

#### t. 心疾患（心不全緩和）[20]

死への不安、再発不安、見通しの不透明さなど様々な「不安」への対応が課題となった。多職種チームでかかわっており、公認心理師は意思決定に関与する面接が多かった。救急搬送後、短時間に行動特性や心理

特性を把握することが求められた。末期患者の場合は在宅療養を検討し、支援計画を他職種と策定し提案した。「意思決定支援の場面での患者や家族の言動のとらえ方について、心理的な視点から対象者の理解が深まるよう、他職種に対して助言を行っている」との他職種（看護師）からの意見があった。公認心理師という職種、心理支援の必要性をこの領域で理解してもらうことが難しい。診療報酬の裏付け、位置づけ、立場の明確化が確立されていない。

#### u. 心疾患（心臓リハビリテーション）[21]

入院では術後リハビリに上手く適応できない患者の心理支援依頼が多かった。カテーテル治療（TAVI）の前後、1年後に認知機能検査（MMSE）を全例に対して実施し、治療の成果が認知機能の側面からも確認できるようにしていた。アドヒアランスの問題に関しては、心理支援が入ることで治療からのドロップアウトを防いだ。

心不全患者の心理教育プログラムの一環として「ストレス教室」を月2回公認心理師が担当した。「うつや不安があり、それが心疾患の発症・経過に関与している場合、その問題への対処を依頼している。高齢で社会的なフレイルの状況にある人（独居・ひきこもり）への地域での支援等、地域包括ケアについて、心理師のさらなる関与を期待したい。」と他職種（医師）から意見があった。

#### v. 認知症（総合病院認知症ケアチーム）[22]

院内で認知症やせん妄などの精神疾患が疑われる患者に対して、チームで介入し、必要に応じ心理検査や心理面接を実施した。心理面接や心理検査の中で、本人が理解できる言葉で生活場面に応じた助言を行った。家族に対しては外来時には患者本人の様子を説明し、在宅場面でも支援の工夫などを助言した。多職種で初期集中支援チームとして、地域のかかりつけ医や地域包括支援センターと連携した支援を行った。「意思決定支援も多く、また家族会や当事者の会など、個別支援以外の集団支援の場でも公認心理師が貴重な役割を担っている。」と看護師から意見があった。高齢者への認知症支援が進む一方で、若年性認知症の分野は支援が進んでいない現状がある。

#### w. 認知症（認知症疾患医療センター）[23]

認知症疾患医療センターの一員として関与していた。鑑別診断補助としての心理検査を実施した。認知機能検査を認知症のスクリーニングとして用いる場面が多い。心理検査や心理面接を受けた患者に対して、簡潔な言葉で正確なフィードバックを実施した。家族支援教育のファシリテーターや講師として家族に関わった。フォローアップが難しいが、家族会などを紹介し、家族同士で支えあう基盤を大切にしている。「心理職と共に支援することができ、倫理カンファレンスを開催している。認知症ケア加算があることが、多職種チームで認知症ケア加算があることが、多職種チームで活動することの裏付けとなり、後押しになる。公認心理師もチーム要件に加わるとよい」と看護師から意見があった。行政や他の民間機関と連携して、地域の認知症カフェなども行いたいができなかった。

#### x. 救急・自殺[24]

精神科医や、救急救命センター医師・看護師から、あるいは精神科リエゾンチームを通じて公認心理師に対してケースが依頼された。ショックな事が起きたときの心理的反応の説明、精神科受診の必要性等の内容を、患者本人や、家族に対して伝達していた。自殺未遂をして救急で運ばれてきた本人とも、本人が話せる状態にある場合は話し、入院後は病棟で話を聞くことが多かった。救急搬送された方の家族は、不安なまま待たされていることも多いため公認心理師が関与した。看護師など他の職種から、患者や家族への関わり方についての助言を求められた。診療報酬化が行われたとしても、それでも届きにくいところに支援を届ける努力が必要と感じている。

## 4. 考察と提言

### A. WEB調査について

#### 1) サンプルングと機関情報

##### a. 調査対象データのサンプルング

本調査の対象データは、9つの対象集団から送付リストを作成し、送付したものである。特に一般病院に

については、国立や公立といった規模の大きな総合病院から、周産期やがん/緩和ケア、リハビリテーション関係の専門性の高い病院などさまざまな機関の中で、なるべく公認心理師が勤務していると予想されることを、有意抽出法でリストアップし、送付リストを作成した。よって、送付対象として示した9つの集団が厳密にリストアップされたものではないことを把握しておく必要がある。

## b. 機関情報

部門等のある医療機関の種類は、精神科病院が600部門(37.8%)、一般病院が661部門(41.7%)、診療所が301部門(19.0%)となっている。これらはサンプリングバイアス及び常勤の在籍する部門等において回収率が高いことをふまえると、一般病院で依頼状が送付されていない可能性がある機関、及び精神科を主体とする診療所で非常勤のみが勤務する部門等、精神科主体ではない小児科や神経内科等の診療所、からの回答が得られにくいことを考慮する必要がある。そのような点はあるが、1586部門等からのデータは、日本における公認心理師の所属する部門等の活動実態を検討する上で貴重な結果を示すものとみなしてよいであろう。

活動の内容(常勤)についてみると、調査対象部門等のうち79.4%には常勤がいるとなっている。すでにサンプリングのところで検討したように、常勤職がいる部門等の方が熱心に調査に参加する可能性があるため、非常勤のみの配置である部門等からのデータが得られていないことを考慮する必要がある。常勤配置している部門等n=1,259のうち常勤1名のみ配置が45.7%となっていた。病院勤務の場合、病棟と外来の業務が生じる場合は、常勤1名のみでは対応が難しいと考えられる。常勤で病棟配置は25.8%に過ぎなかった。常勤職の病棟配置について検討が必要であろう。機関種類別の常勤がいる部署の割合では、精神科病院より、一般病院が低く、さらに診療所で低くなっていた。一般病院や診療所での心理職の常勤配置もまた望まれている状況にあると考えられる。

## 2) 精神疾患全般

### a. 小児の精神疾患

分析対象部門等の41.5%は、小児の精神疾患への心理支援を行っていた。医療機関の種類では、成人の精神疾患と異なり、精神科病院、一般病院、診療所ともに、40%前後であった。精神疾患全般(成人)の場合は、一般病院と比べて精神科病院と診療所の割合が多かったことをふまえると、小児の精神疾患に対応できる精神科病院や診療所は、成人の場合と比べて限られる傾向にあることがわかる。小児の精神疾患に対応できる公認心理師へのアクセシビリティが課題となるかもしれない。

支援内容は、心理検査が高い割合で行われ、チーム医療・連携の高い割合であり、外来における心理面接(個人)、入院における心理面接の割合も、ほぼ成人の精神疾患全般と同様の傾向であった。ただし、外来と入院における心理支援(集団)の割合が10%前後で、成人と比べて行われていない傾向にあった。

一方家族支援は、成人の場合は60%前後であったのに対して、小児の場合は80%前後となっていた。小児の精神疾患への対応において、心理検査結果の家族へのフィードバックも含めた家族支援が重要となることが示された。小児の精神疾患においては、精神発達症、DV、児童虐待、トラウマ、不登校など、多様な状態への支援が求められており、当然家族調整等が求められることも多いと推察される。

精神疾患全般(成人)と同様に、小児の精神疾患においても、公認心理師の専門性に基づき、心理検査、心理教育、心理面接(個人)、心理支援(集団)、家族支援が、院内・院外連携のもとに行われているが、その多くが診療報酬等の制度上の裏付けがない状態で実施されている。

### b. 精神疾患全般(成人)

精神疾患全般(成人)への支援は、当然のことではあるが、精神科病院及び診療所において、高い割合で実施されていた。心理支援の内容は、心理検査、心理教育、外来及び外来の心理面接(個人、集団)、家族支援、チーム医療・連携と多岐の支援が組み合わさって行われていた。精神疾患全般に対して、多様な業務を、その機関の実情に合わせて組み合わせて実施している実情がある。

特に入院に関する業務以外の心理検査、心理教育、外来心理面接(個人)、外来心理支援(集団)、アウトリーチ、家族支援においては、精神科病院と診療所の割合がほぼ同じであることが興味深い。後に診断別分析において明らかになるが、統合失調症以外は、精神科病院と診療所での違いは見いだせない。精神疾患に対する外来での心理支援の業務内容が部門別での業務としてみると、似通ってきている状況があるのかもしれない。

一般病院での精神疾患全般への対応は、精神科所属の部署が対応する以外に、身体疾患で治療中の人が精神障害を患い公認心理師が対応することを期待される、といったことも考えられる。部門等がどの領域であろうとも、チーム医療・連携を重視しながら、心理検査を含む心理的アセスメントを行いその結果もふまえ、

心理教育、外来心理面接（個人）、入院心理面接（個人）、家族支援に力を入れているのが標準的な活動実態と考えられる。

### 3) 精神疾患－構造化された外来心理面接について

成人及び小児の精神疾患で述べたとおりであるが、実態として様々な精神疾患に対して治療の一環として公認心理師が支援を行っており、業務上の多くの時間が割かれているにもかかわらず、それらの業務のほとんどに対して、診療報酬としては算定できないという現状がある。

精神疾患別に構造化された外来心理面接の枠組みについては、実際にはいくつかの精神疾患が併発したり、精神疾患の診断がきれいにつかなかったりする場合も多いであろう。公認心理師には、そのような複雑なケースが依頼されることも多い。その意味で、ここでの分析は、あくまで典型的な精神疾患へのその部門等での取り組みを示したものであるという認識で行うことが、実態を反映することにつながると考えられる。

どのようなアプローチを採用したかも重要であるが、このようにどのような目的を持ち、公認心理師の活動の方向を定めていくかが重要となる。アプローチ法は、その目的のために、様々なものを組み合わせ、目的のために最善の支援を行うという考え方も持つ必要があるだろう。一方で、医療の中で公認心理師の役割を分かりやすく示すために、特定のアプローチに基づき単独の構造化された心理面接を同定し、その効果を示すということも重要となるかもしれない。

### 4) 特定の精神疾患等

#### a. 高次脳機能障害／脳血管障害

高次脳機能障害等は、認知症と同様、心理検査の割合が突出しており、心理教育その他の支援内容の割合は低くなっていたが、認知症より、外来及び入院の心理面接（個人）の割合は高かった。家族支援の割合も認知症より高かった。

高次脳機能障害は、高齢ではない年齢での発症もあり、自分の障害を認識するために、入院中のリハビリ段階から、退院後地域生活を送る中で障害に向き合うこともある。それらの自己理解・疾病理解のプロセスに公認心理師がどう支援していくかが重要となる。

高次脳機能障害/脳血管疾患では心理検査によるアセスメントが業務として大きな役割を占めているという点は、実際には必要であるにもかかわらず、診療報酬が認められていない心理面接や心理教育、家族面接、家族の心理教育、認知行動療法、集団心理療法、アウトリーチが十分に実施できないのが現場の実情であり、その改善が望まれる。

一般病院では、入院における心理面接（個人）の割合が高い。脳血管障害等の治療の段階から、高次脳機能障害のアセスメントや心理支援が早期に行われている部門等もあるものと考えられる。そのような部門等もあるが、実際には公認心理師が配置されていない状況の中で、適切な心理支援が行き届いていない実情があることを、十分に認識する必要がある。

#### b. 認知症

対象の 45.6%の部門等は、認知症への心理支援を行っている。医療機関の種類としては、精神科病院、一般病院、精神科診療所などで、支援が行われているが、一般病院での入院における心理面接（個人）の割合が 35.2%であった。

支援としては、心理検査が 90.8%を占めていた。次いで、チーム医療・連携が 72.7%となっており、アセスメントのみの役割となる部門等もあれば、アセスメントも含めチーム医療・連携をしている部門等もある。外来及び入院における心理面接（個人）の目的でもアセスメントの割合が多く、公認心理師に心理検査も含めた多面的なアセスメント中心の業務が求められている状況がある。

一般病院においては、認知症の疑われた入院患者者にリエゾンチーム等でかわり、アセスメントを行った上で、不安軽減や治療への理解促進などの心理支援を行う場合も考えられる。

心理的アセスメントから、早期の認知症の段階における認知症を持つ中での自己理解や自己決定の支援、認知症の人中心のケアの促進、家族の認知症の人への理解の促進等について、公認心理師が、本人への心理支援及び家族支援、多職種チームの中で果たす役割は重要である。

## 5) 小児の身体疾患、周産期

### a. 小児の身体疾患

調査対象の 16.2%の部門等は、小児の身体疾患に対応していた。機関種別では、精神科病院及び診療所で対応している部署等は数%であるのに対して、一般病院では 33.7%であり、多くが一般病院で対応されていることがわかる。心理検査は精神科病院も一般病院も同じ割合の部門等で実施しているが、外来の心理面接（個人）は一般病院が 71.7%と高い割合を示した。

小児の身体疾患への対応の特徴は、チーム医療・連携のもと、心理検査及び、そのフィードバックも含めた家族支援が中心となっている点であろう。家族の理解を得ながら、外来や入院における個人心理面接が行われると同時に、必要に応じて、本人対象の心理教育が実施されていた。

アウトリーチについて、必要性は感じていても、診療点数がついていないことや、時間がかかりマンパワーを要するため、実際には実施できないことがあると考えられる。家族支援については、小児の場合は、家族が本人と一緒に来院することが多く、必要性も高いため行われやすいと考えられる

また、小児の身体疾患は、単なる身体疾患への支援にとどまらず、精神発達の問題が併発したり、家族が本来有する適切な生育環境が揺らいでしまいその対応が求められたりするため、これらの部分にも公認心理師の専門性が求められるであろう。

### b. 周産期

調査対象の 15.2%の部門等が周産期に対応していた。一般病院において、チーム医療・連携の中での支援として、入院、外来での個人心理面接が中心に行われていた。また家族支援も比較的多く導入されていた。心理検査の実施はさほど多くない状況であった。

心理検査については行っていない部門等が目立つが、これは心理検査で行われているのは主に知能検査であり、これは妊産婦の育児能力を測る目的であるためと考えられる。

生殖医療については、不妊治療継続に悩み葛藤する段階で、治療継続支援としての心理支援が求められることが多いであろう。本人の意思決定支援と同時に家族等の意見との関係もあり、家族療法的な見方や配慮も求められる場合もあると考えられる。

ハイリスク児の場合、退院前には保健センターなどとのカンファレンスが行われることが一般的のため、院内院外ともに連携が多くなっていると考えられる。退院後も外来で継続的に支援する重要性は、妊娠中から産後に至る経過を知っている公認心理師の存在が、支援を受ける妊産婦にとっても安心感になるのではないかと考える。

## 6) その他身体疾患

### a. 腎疾患／糖尿病

腎疾患／糖尿病への支援は、調査対象部門等の 8.3%で、その多くが一般病院で行われていた。一般病院での腎疾患／糖尿病の治療において、チーム医療・連携での支援となるが、病状や治療段階によって、主治医やチームから依頼される業務が異なると考えられる。腎代替療法導入の場合、選択期から導入期において、適切な導入が難しい場合に、課題等のアセスメントも含め、個別心理面接が導入されることもある。治療の段階に応じた心理的アセスメントと心理支援が求められる。

心理検査を行っている部門等と行っていない部門等はほぼ半々である。糖尿病の場合、自己管理能力の把握と生活の工夫を探すという目的での心理検査が実施され、フィードバック面接でも生活の工夫についての案を提示することもある。また、自己管理能力のアセスメントのために心理検査を行う場合がある。

腎疾患（透析など）及び糖尿病の疾患としての特徴として、一生付き合っていく病気であり、支援は一生続くと考えて対応することが、患者により寄り添うことになるのではないかと考えられ、そういった伴走者の存在が患者の人生を支えることになり、公認心理師の役割はここにもあると考える。

### b. 心疾患

心疾患への支援は、調査対象部門等の 8.7%で、その多くが一般病院において行われていた。身体疾患におけるチーム医療・連携の中での心理支援となるが、入院における個人心理面接が行われることが比較的多い。

心不全緩和の場合、緊急の入院後の自己決定、死や再発、見通しが持てない等の不安への対応が重要で、ベッドサイド、面談室など状況に応じて心理面接が行われることもある。また、術後の心臓リハビリテーションでの認知機能検査その他の心理検査を実施し、リハへの参加が不十分な人の理解と対応方法の提案を行うこともある。心理教育としてストレス教室を実施する場合もある。また、本人と家族が不安を高め合っ

いる場合もあるので、家族との面談も重要である。

心不全入院では、ベッド上安静であったり、長時間の座位が難しかったりする局面もあり、心理検査がそぐわないこともある。その一方で、脳血管系の合併症が多いので、認知機能の検査が多く使用されていることになるのであろう。

心疾患は、命を左右する臓器の不具合であり、患者にとっては強い不安を感じる疾患だと考えられる。特にクリティカルな状態の入院中はその傾向が強まると考えられる。思いを受け止め、不安を落ち着かせることができるような技法があれば、それを取り入れる、というアプローチになると考えられる。心疾患の人の不安について、公認心理師の専門性をどう総合的に発揮しアプローチしていくか、重要なところと思われる。

### c. がん／緩和ケア

がん／緩和ケアに関する支援は、調査対象部門等の 23.5%で行われているが、その多くが一般病院であり、一般病院で公認心理師を持つ部門等の半数が、がん／緩和ケアの支援を行っていた。精神科病院や診療所では、がん／緩和ケアの支援を行う部署は少ないとの結果であった。身体疾患のチーム医療・連携としての支援が中心で、特に入院における個人心理面接が多く行われており、家族支援の実施割合も高かった。

がん告知や治療の意思決定、今後の生活への影響、両立支援などで、本人や家族への心理教育も含め、治療参加に資する支援を、治療前後や受診時といった柔軟な設定で行っていると考えられる。緩和ケアにおいては、見当識のアセスメントを行うこともある。本人の性格や家族との関係性のアセスメントも重要である。退院後在宅医療前カンファレンスに参加する場合もある。がん緩和ケア看護師との連携などのコンサルテーションに加え、支援者側のストレス発散などの職員のメンタルケアへの関与も期待される場合もある。

がん／緩和ケア領域は、その部門に所属した（特化した）公認心理師がいるという特徴もあるが、そのような配置が、他の領域でも進むような検討も必要となろう。

## 7) 公認心理師の課題、意見

### a. 公認心理師の課題等

公認心理師の専門性として、患者が主体的に支援内容を活用できるような支援を行うことや、本人による主体的な意思決定を支援できることが示され、本人の主体的な自己決定を徹底して支援することや、本人の生を生きることを支援することの大切さが示された。これは、医療領域に限らない、どの分野であっても重視される内容であろう。

公認心理師の常勤雇用のメリットとして、即応性の向上、経時的変化の把握・対応のしやすさ、入院から退院後の地域生活支援とシームレスなかかわりの充実、心理支援が院内全体に根付くための働きかけの充実などが多く挙げられていたが、常勤雇用によって、心理支援の質が高まることが期待されている。特に地域生活支援への展開は、本調査において必要と認識されていたが、実際には行えていなかった活動である。常勤雇用によってそれらに活動の範囲が広がることは好ましいことであろう。

常勤雇用によって、心理支援に関する多様なニーズに対応できると考えられる一方で、その役割を担うことのできる心理職の人材が不足しており、心理職の需要と供給が上手くマッチしていない現状もあると考えられる。また、院内での業務がまだまだ多く、地域支援や他機関との連携・協働にまで業務の幅を広げるには至っていない現状が多いという結果も示されており課題もある。

公認心理師が取り組むべき課題では、関係職種・関係部署とのコミュニケーションや医療チーム活動への参画を望むことが挙がっており、多くの部門等で他職種との連携・協働のための積極的姿勢が課題であるとしている。また関与できていなかった部門等への参入やアウトリーチへの参加も課題として挙げられていた。これらの項目は、心理的アセスメントや心理支援といった公認心理師のいわゆる 4 業務（基本業務）から展開した、多職種連携やマネジメント、医療チームへの参画など、展開業務に分類される内容が多い。これらの展開業務に対して、取り組むべきとする回答が得られている。

公認心理師の職場定着では、心理職としての活動が、医療機関内部できちんと評価されることが、継続して職場で働き続けてもらう上で重要であることがわかる。また現状では十分に評価されていないという現実もあると推察することができよう。

常勤雇用が望まれているが、その雇用条件や、昇進の仕組み、業績が正しく評価されかどうか、関心の高いところであろう。それらが整備される上で、そもそも心理部門等としての活動が組織内でまた、要支援者や関係者からよい形で評価されているかどうか重要となろう。

職能団体に期待する活動等では、学会や研修等で資質向上や研究等の推進、収益性向上につながる諸活動が挙げられ、そのためにも、公認心理師のあるべき姿を求めるかという点で共通認識を持ってまとまることが重要となろう。すでに都道府県レベルでの職能団体では、地域のニーズに応える質の高い公認心理師を目指すという方向性でまとまった活動を行っているところもある。地域ニーズに応えるための諸活動の

充実が重要となろう。

本調査を通して、本人家族のニーズに応じて、またチーム医療の質向上に対しても貢献する形で行っている専門性の高い業務の多くが、制度上の裏付けがない形で実施されているという実態が示された。この制度上の裏付けが、「収益性向上」のための諸制度の整備の必要性という声となっていることがわかる。

## b. 意見（自由記載）

医療分野での公認心理師についての意見は、調査項目でふれていない内容について求めているため、診療報酬や待遇、業務制約など、十分な活動ができない制度やそれに起因する待遇、活動すべきだができないという制約についての内容が多く挙げられた。これらの点の改善が、本調査が目指すことのひとつであり、どのような制度上の不足等があるかを考えることの重要性を示している。一方で、職能の独自性、専門性や資質、連携・他職種との関係なども挙がっており、公認心理師の専門性に関連した問題意識も高いことが示された。

公認心理師の専門性に関する内容は、公認心理師全体に対する意見でも語られている。ここでいう専門性はプロフェッショナリズムといえるが、意見から読み取ると、職業アイデンティティ（地位や独自性）、機能や職能（スキル）、他職種と連携する姿勢や力、養成の仕組みを有すること、職業への社会からの信頼（待遇含む）などが、関係すると考えられる。これらのことも含めたプロフェッショナリズム（専門性）をどう確立していくかが重要となろう。

## 8) まとめ

これらの考察もふまえ、WEB 調査に関する全体的な考察を、以下の3点から行う。

### a. 公認心理師の専門性を明確にする

公認心理師の心理支援は、アセスメントを基盤にし、心理教育、心理面接、家族支援、アウトリーチなど多岐にわたって行われている実態が明らかとなった。このような多様な心理支援が、疾患の経過や治療の段階に応じて、様々な形で展開されていることが示された。また、精神疾患への心理支援では心理検査がアセスメントとして重視されているのに対して、身体疾患では心理検査以外の面接等のアセスメントが行われていた。

これらの心理的アセスメントを基盤にした心理支援を、チーム医療の中で、治療の段階や施設の特徴もふまえて行っていく際に、心理師の専門性が発揮されることになる。特に、心理的アセスメントに基づく、医療の枠組みに沿った形で構造化された心理面接は、専門性の高いものであるが、制度的な位置づけが充分でない中で、実施されていると考えられる。公認心理師のアセスメントを基盤とした心理教育や心理面接、集団心理支援、家族支援、アウトリーチは、ニーズがあって実施されているが、それらの活動を位置づける制度的な位置づけがない現状が続いている。制度的位置づけが整備されることで、これらの心理支援がより充実して行われるものと考えられる。

### b. 公認心理師の活動を医療において適正に位置づける

公認心理師がすでに行っており周囲からの評価も受けている業務については、制度上の位置づけを検討することで、継続して安定した心理支援が提供できることになる。

心理的アセスメントは、保険収載されていない心理検査が多数存在した。また心理検査を実施し、解釈して、主治医との共同作業でまとめ、主治医の指示の下でフィードバックするために費やす作業に対して、充分に見合った制度的裏付けが行われていない実情があり、改善がもとめられる。

心理教育や心理面接についても、目的をもって必要に応じて実施されており、場合によっては構造化された形で行われているが、その制度的な裏付けがほとんどない状況での実施となっていた。制度的裏付けがないために、外来や入院での個別心理面接、集団心理支援、家族支援、アウトリーチなどが、充分実施できていない実態も示された。これらに対する制度的な位置づけが求められる。

公認心理師は院内外でのチーム医療や多職種連携を行っている実態が示された。しかし、配置されていなかったり、配置されていても他の業務への対応に追われ、患者や家族、関係者のニーズに対して充分に対応できていなかったりする現状が推察された。ニーズに応え多様な活動を行うために、公認心理師の増員や常勤配置を検討する必要がある。

入院における心理支援をチーム医療の中で行うのは、常勤配置で十分な時間を入院における支援に費やすことができる体制が重要となる。そのためには、施設基準等の整備が重要となる。

公認心理師がすでに行っている心理支援を、チーム医療の中で位置づけることによって、公認心理師の心理支援にアクセスできる患者が増えることにつながるであろう。入院のみならず外来での活動においても、施設基準の制度上の位置づけについて検討を進めていきたい。

### c. 公認心理師の専門性や力量の向上をどう図るか（養成、教育）

多様な分野に対して心理支援へのニーズがあり、専門性の高い業務が求められている現状があり、それらに対応している実態も示されているが、医療領域で求められるこれらの専門性を十分に身につけるために、体系的な養成教育や、卒後の生涯教育が整備されていない状況がある。実際、これらの専門性を有した人材を医療現場に継続してかつ安定的に供給できるかどうかも課題となっている。

それらの改善のために、心理的アセスメントを行った上で、どのような支援が展開するか、精神疾患全般（小児、成人）への基礎的なガイドラインを検討し、医療現場に勤務する公認心理師の基礎的な力量をつける研修を企画実施する必要がある。

また、高次脳機能障害等や認知症、特定の身体疾患等においては、その領域に特化した専門的な心理支援が、心理的アセスメントを中心として、心理教育、外来、病棟、個人、集団の各方法において、総合的に行われている実態があった。それらをふまえ、特定の領域（重点調査領域を中心としたもの）に関しての資質や能力をどのように高めていくかが重要となる。これらの領域に関するガイドラインも検討し、特定の領域に特化した資質向上のための研修を企画実施することが求められよう。

## B. インタビュー調査について

### 1) 公認心理師の専門性として特に語られていたこと

公認心理師の専門性は、心理学的な視点によるアセスメントが根底にあり、そこから支援を構築していくというのは、各分野で共通であった。またそれぞれの分野において、多職種との連携の中で、公認心理師によるアセスメントや、支援内容を多職種に伝え、チームで共有して支援を行っているという実情が明らかになった。多職種連携の中で、今、公認心理師として求められているのが患者に対する直接支援なのか、後方支援なのか、さらには短期的な介入なのか、継続支援なのかといったことをアセスメントにより判断し、具体的な支援の内容につなげていると考えられる。

### 2) 課題として挙げられていたこと

どの領域でも、公認心理師の支援が有用と評価されているにもかかわらず、人員が不足していると述べられていた。また、その人員不足は、診療報酬によって評価されない職種であるところから解消しにくいという意見が挙げられた。また、病院の事情によっては各診療科に分かれての採用となってしまう、公認心理師が病院全体、全科で活動しにくい状況に置かれていることが述べられていた。

### 3) 他職種からの意見で印象的だった点

公認心理師による、心理検査の結果だけにとどまらない生活史や家族背景も含めたアセスメントが、各職種の支援の方向性を決める際の参考になったり、医療チームでの活動を進めていくうえで役立ったりしているとの意見が多数あった。公認心理師の現在の人員では不足のため、人員の増員が望まれ、それについては診療報酬の評価に組み込まれるべきという意見も、他職種から多数寄せられた。

### 4) どのような方向性を求めているか

公認心理師が様々な疾患や領域に関わることが求められているが、それぞれの領域での公認心理師の活動実態の一部がインタビューによって明らかになった。総合病院では、さまざまな診療科の患者の支援に関わることが求められていた。精神科の専門機関では、外来から入院（無床診療所では入院時の支援はないと思われる）、社会復帰に向けての部門、さらには地域支援まで、様々なシーンで公認心理師が関わることが求められていた。これらからは、ひとつの病棟や科に専従となるよりも、公認心理師の部門等があり、そこから担当を決めて各科に支援に入れるシステムも検討に値すると考える。一人の公認心理師が、ある程度の得意分野を持ちながら、外来にも入院にも関わることによって知識、視点が増え、他職種、他部署との連携も広がる。一つの部署に公認心理師が集まっていることで、公認心理師同志の連携や教育もしやすくなると考えられる。

患者や家族が治療選択に参画し、自らの意思や希望を述べ、チームの一員として他の専門職の力を借りて課題に向かっていく姿勢が望まれる。このようにチーム医療の一員としての患者や家族をエンパワメントする役割も、伴走する公認心理師に求められているが、現行の公認心理師養成教育では不十分であり、各領域における成長ラダーの構築、それに沿った卒後教育・研修システムの構築、専門認定制度に向けた研修が求められる。

また、人員不足を解消するために、診療報酬による評価に公認心理師が含まれていくよう公認心理師による支援実績のデータを積み上げていく必要性が考えられる。

## C. 総合考察

### a. 各領域での心理支援の実態と今後の課題 ～質の向上・制度的課題～

#### 1) 精神疾患全般

##### ①小児の精神疾患

小児の精神疾患についての心理支援では、発達障害、愛着障害、虐待など、複雑な要因を抱えるケースが対象となることが多い。そのため、本人の特性、生育環境などの背景の心理的アセスメントが欠かせず、その結果を主治医の指示を得て、関係職種、地域の関係機関と共有することが重要となる。また家族も含めたチームでの支援も求められる。しかしながら、それらの支援への診療報酬上の位置づけがないため、医療機関がいわゆる持ち出しのような形で公認心理師は活動せざるを得ない状況が生じている。

このような状況を改善し、必要な心理支援の安定した提供のためには、たとえば現行で制度化されている「小児特定疾患カウンセリング料」の拡充（回数、期間の枠を広げ、精神科においても算定可能とする）が望まれる。また、「心理検査のフィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」も検討に値する。さらに、家族支援を診療報酬上で位置づける「家族関係調整等のための心理面接の項目」についても検討したい。そしてこれらを適切に提供できるように、児童精神疾患心理支援ガイドラインといった児童の心理支援の標準的な手引きを作成し、児童精神疾患への対応力向上等のための研修を行うことが求められよう。

##### ②精神疾患全般（成人）

この領域では、特性、生育歴、家族関係、生活環境などの背景の包括的なアセスメントが求められ、心理検査フィードバック面接も多く行われている。また自己理解・疾病理解の促進等を目的にした心理教育も重要となる。地域生活支援を目的としたアウトリーチの必要性も指摘されている。

このように心理支援への期待は高く、実際に心理支援が行われている実態があるが、心理検査実施以外の診療報酬上の位置づけはほとんどない。このように事態の改善のために、「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」が新たに検討されるならば、精神科治療上で背景が複雑で対応に困難さを感じるケースへのよりきめ細かな支援が可能となる。

また、長期にわたって継続的に心理面接が必要となるケースに対して、主治医の指示があり、本人や家族のニーズがある場合に、外来において継続的に心理状態を評価し、悪化や再発を防止し、心理面での環境調整を継続して実施する「継続心理面接に関する項目」を検討できるであろう。この検討においては、継続的な心理面接に関する項目について、個々の心理支援の必要性や効果についての検証が必要となる。心理的また、アウトリーチ実施のために「精神科訪問看護・指導料」に公認心理師の配置が必要となる。心理検査では、CAARS 日本語版、ADHD-RS の診療報酬化も望まれる。

「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」への公認心理師の配置が適切に運用されるためには、これらの活動が質の高い形で行われるための標準的なガイドラインの作成が望まれる。

#### 2) 外来における心理面接（個人）

このような疾患別の傾向は読み取れるが、WEB 調査の自由記載やインタビュー調査の結果では、心理面接の枠組みは、各ケースによって異なるといった記載がみられたことを勘案すると、精神疾患に関する外来における心理面接（個人）については、以下の3点の観点で検討することが必要となろう。

まず、心理面接の枠組みを、医療現場の実情とどう整合性をとるかという大きな課題が存在する。実態では、面接時間や頻度などで、心理面接の枠組み工夫している専門的姿勢が垣間見られるが、これらは診療報酬上の位置づけがない中でのやむを得ない選択となっており、早急な改善が求められる。

次に、そのようなやむを得ない（現実的な許容される）枠組み設定は、たとえば、心理教育実施料が診療報酬として定められるなど若干の改善があるならば、精神疾患の特徴に合わせた心理面接が、より効果的に実施されることにつながる可能性がある。心理支援に関する診療報酬上の一部の改訂であっても、精神疾患別に得られているアプローチのエビデンスの活用や、アプローチを組み合わせた統合的な支援の実装化にも波及し、それらが促進される可能性がある。

第3に、十分な心理的アセスメントがない中でアプローチ方法の適用のみに注力しやすい点に十分に留意する必要がある。そのような誤った方向に進まないように、心理検査を含めた心理的アセスメントの技能向上や、フィードバック面接を通じた心理的アセスメントの本人との話し合いと、心理的アセスメントの検討プロセスの精緻化が重要な課題となる。そのためにも、心理的アセスメントの中核をなす心理検査とそのフィードバック面接の診療報酬化が急がれる。

### 3) 特定の精神疾患等

#### ①高次脳機能障害／脳血管障害（認知症を除く）

この領域では、心理検査の実施が多く、個別心理面接、心理教育の実施は少ない。高次脳機能障害等の診断や治療のために、心理検査が重要なプロセスとして位置づけられているからであろうが、心理検査は、対象者の機能の低下を調べるためだけではなく、その人の健康な能力を客観的データとして把握し、検査結果をふまえ自己理解・疾病理解等をどう進めていくかということに活用されるべきである。そのため心理検査を含めた心理的アセスメントの実施と、その結果のフィードバック面接も含めた心理教育等の心理支援が必要となる。

しかしながら、本調査の結果から示されるように心理教育や心理面接を実施しているとした部署等はさほど多くない実態があった。これは他の調査を参照すると、この領域におけるカウンセリングの必要性は十分に認識されているにもかかわらず、公認心理師が十分に配置されていないために、適切な心理支援が行き届いていない状況があることを認識する必要がある。

このような状況を改善し心理支援が提供できるようにするために公認心理師を配置することが重要となる。そのために、「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」などが検討に値する。また、長期にわたって経過を評価するために、「継続心理面接に関する項目」についても検討されることが望ましい。さらに、リハビリテーション病棟への公認心理師の配置などが望まれる。

#### ②認知症

この領域において、心理検査も含めた心理的アセスメントが、本人だけでなく、家族への支援、環境調整にも役立っている。しかしながら、心理検査実施のみでは、認知機能が低下したという事実と直面させてしまい、本人や家族に不安や失望を与えることになりかねない。これらも考慮すると認知機能低下という結果はあるが、健康な面に着目し、その人を中心とした人生の歩みをどう見出していくかを話し合うことにつながるような、心理検査等のフィードバック面接が極めて重要となる。公認心理師が専門性を持って行う「心理検査フィードバック面接の項目」として制度的に位置づけたい。

認知症の本人や家族が希望を持って主体的に生き方を求めていくことは、認知症施策推進大綱の理念でもあり、そのためにも、本人への心理支援に加え、家族会、当事者の会などが重要となっている。こういった会のグループ運営に公認心理師が関与するのも、専門性が発揮される機会となる。介護保険制度においても、認知症の人の地域生活を支える諸施策が地域包括ケアシステムの整備も含め進められている。医療で活動する公認心理師が、心理的アセスメントから地域生活の多職種チームへの支援につなぐ役割を持つことで、地域包括ケアシステムの構築に貢献できる。

そのような活動を制度化するためには、認知症ケアチームへの必置、認知症初期集中支援チームへの配置が強く望まれる。これらの配置において、心理的アセスメントが充実することで、認知症の人本人が中心のケアの促進につながる事が期待される。心理検査も含めた心理的アセスメントのフィードバック面接の充実については、精神疾患全般で触れた「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」において位置づけたい。継続的な心理支援は「継続心理面接に関する項目」、家族支援は「家族関係調整等のための心理面接の項目」で制度化できると、認知症の人とその家族に対する心理支援が充実することになる。

### 4) 小児の身体疾患、周産期

#### ①小児の身体疾患

小児の身体疾患の領域において、家族支援は 72.4%が実施していた。家族の障害受容も含めて家族のサポ

ートが重要となる。精神発達の問題、生育環境の問題などのも含めた包括的な心理的アセスメントが求められ、その丁寧なフィードバック面接が家族に対して必要となろう。同時に、障害や疾病理解を促進するための心理教育が、家族に対してまた一定の年齢以上では本人に対して実施される必要がある。本調査からも心理教育の重要性が示されたところである。個別心理面接も外来、入院ともに多く実施されている。

それらの支援を充実させるために、小児特定疾患カウンセリング料の拡充（回数、期間の枠を広げる・科を限定せず算定可能とする）、家族支援のための「家族関係調整等のための心理面接の項目」が新たに検討されることが望まれる。また、小児の身体疾患への心理支援は病棟において行われることも多いため、病棟から外来に切れ目なく継続する本人支援及び家族支援が、着実に実施できる環境の整備が重要である。「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」も制度化されるならば重要な役割を持つであろう。

## ②周産期

この領域においては、心理教育、入院における個別心理面接が多く実施されている。生殖に関する本人の不安の軽減、意思決定サポート、家族療法の考えをふまえた関係調整が行われている。妊産婦支援においては、母親の発達障害リスク評価、虐待リスク評価も重要となる。

他の領域と同様、「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」「継続心理面接に関する項目」が新たに検討されるならば、ニーズのある母親への心理支援が格段に充実する。また、この領域に特化した制度上の対応としては、周産期チームへの配置、ハイリスク妊産婦連携指導料の拡充がある。

周産期チームへの参加により、現在すでに行われている入院時の心理支援が安定して実施可能となる。また、ハイリスク妊産婦連携指導料が拡充され公認心理師の心理支援が適切に評価されることで、現在すでに実施されているハイリスク妊産婦への心理支援が、ニーズのある妊産婦に対して提供できる体制づくりを促進することが可能となる。

生殖医療における心理カウンセリングは重要であるが、その標準的な方法を定め、生殖医療の実態に即した形で実施できるようにしてくとともに、具体的な留意点や検討課題等も整理する必要がある。それらを含めた、生殖医療心理支援ガイドラインが作成される必要がある。

## 5) その他身体疾患

### ①腎疾患／糖尿病

この領域の心理検査は、自己管理能力、生活遂行力の把握、うつのスクリーニングを目的に実施されている。これらの目的を達成するためには、心理検査フィードバック面接が効果的であろう。また心理検査もふまえた心理教育も有益と考える。他の領域と同様、「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」「継続心理面接に関する項目」が新たに検討されるならば、ニーズのある人への心理支援が格段に充実し、身体疾患に対する治療効果の向上にも貢献できる可能性がある。

院内連携が重視されている実態があった。これらの活動を安定して実施するためには、診療報酬上の位置づけがぜひとも求められる。たとえば、精神科リエゾンチーム加算の拡充等が望まれる。

心理支援の質の向上のために、腎疾患／糖尿病心理支援ガイドラインや精神科リエゾンチームに関する心理支援ガイドラインの作成が求められる。ガイドラインの中では、疾患の知識取得、生活習慣病予防・知識の習得、心理的アセスメントの実際とフィードバック面接の方法、心理教育の具体的方法などが含まれるとよい。その上で、この領域の心理支援に関する研修を実施し資質の向上を図る必要がある。

### ②心疾患

この領域において、急性期では、意思決定に関与する面接が多い。心疾患は緩解と増悪を繰り返す疾患であり、ドロップアウトを防ぐことをふまえた心理支援が重要となる。入院中の個別心理面接は多く実施されている。これら入院中の心理支援は、後述するチーム医療加算によって、現在ニーズはあるのに支援体制が充分でないために実施されていない状況を改善するための効果的な方法となりえる。

また心理ニーズのある人については、他の領域と同様、「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」「継続心理面接に関する項目」が新たに検討されるならば、ニーズのある人への心理支援が格段に充実し、身体疾患に対する治療効果の向上にも貢献できる可能性がある。

また、入院中の多様な支援ニーズに対応するために、精神科リエゾンチームに関する心理支援加算の拡充などが考えられる。これらは、心疾患のみならず、身体疾患のために入院中の患者に、心理ニーズが生じた際に、適切なタイミングで公認心理師が心理支援を行う体制を作ることに貢献できるであろう。

そして心理支援の質の向上のために、心疾患の知識の習得、生活習慣病に関する知識の習得、この領域での心理的アセスメントの実際、フィードバック面接の方法、心理教育の方法等を含んだ、心疾患心理支援ガ

イドラインの作成が求められる。

### ③がん／緩和ケア

この領域において、入院個別心理面接は多く実施され、回数も多く、手厚い介入が行われている。告知後の心理的動揺のサポート、意思決定支援、両立支援のサポートが行われ、緩和ケアでは患者は家族、周囲の支援者の精神状態のアセスメント、サポートが大切となる。

心理ニーズのある人については、他の領域と同様、「心理検査フィードバック面接の項目」「心理教育実施に関する項目」「継続心理環境等に関する項目」が新たに検討されるならば、ニーズのある人への心理支援が格段に充実することが期待できる。

この分野の入院時の心理支援の充実は重要な課題となっている。緩和ケアチームへの必置、精神科リエゾンチームに関する心理支援加算の拡充によって、すでに実施されている支援を業務として安定して実施することにつながる。また、現状では充分に対応できていないニーズに対して、心理支援を行う体制を整えることにつながるであろう。

この領域でのこれらの心理支援の質の向上のために、がん／緩和ケア心理支援ガイドライン作成が必要となる。ガイドラインでは、がん／緩和ケアの知識取得、心理的アセスメントの方法とフィードバック方法、チーム医療・連携の方法、自己決定を尊重した心理支援、両立支援における心理支援などが含まれるとよいであろう。

## b. 公認心理師の専門性

医療における公認心理師の活動は、本調査結果に示される通り、心理教育、個人の心理面接、集団の心理支援、家族支援、チーム連携等多様な心理支援が組み合わさって行われていたが、心理検査を含む心理的アセスメントがそれらの心理支援の基盤として位置づけられ展開されていた。実際、心理的アセスメントがチーム内で共有されることが、医療上役立つという他職種の意見も、各領域で得られた。公認心理師の専門性のひとつは、患者の理解に役立ちその後の心理支援に資する心理的アセスメントと言ってよいであろう。

医療において、医師は医学的アセスメントを、看護師は看護学に基づくアセスメントを行う。同じく公認心理師は心理学に基づく心理的アセスメントを行う。しかし、心理的アセスメントは、心理を対象にするという性質上、患者の心理学的メカニズムを対象にすることはもちろん、患者と家族との関係性や、患者と治療スタッフとの関係性、病棟であれば患者間関係など、アセスメントの対象が広い範囲にわたる。また、患者個人に着目しても、生活史や家族関係、社会生活環境など、多様な視点が存在する。もちろん疾患や身体状態なども把握しておく必要がある。こういった生物-心理-社会モデルの多面的な視点もふまえた「包括的な心理的アセスメント」を実施できることが、公認心理師の専門性のひとつと考えることができる。

このような心理的アセスメントを始めとして、心理的アセスメント結果のスタッフ内での共有、心理的アセスメント結果の本人へのフィードバック、心理教育の実施、心理面接、多職種・多機関連携など、心理支援の流れが重要となる。中でも、個人に対する心理相談は、心理学、特に臨床心理学の知見の蓄積により、構造化されたいくつかの専門的アプローチを提供している。それらを、心理的アセスメントを行いながら、患者本人に対して最も適切な形で柔軟に提供することが求められる。

特に心理教育については、疾病の経過や治療段階に応じて効果的に提供されることが求められる。心理検査のフィードバック面接も、本人の心理状態に即した形で心理教育を提供することに役立つ。また心理教育を家族にも提供することで、本人と家族の心理面からの環境調整を行うことにもつながり有意義なものとなる。心理教育は、多職種で共有しながら、患者個人のみならず患者集団に対して実施することも可能である。公認心理師がその実施において専門性を発揮できるであろう。

これらの専門性を身につけるために、医療における公認心理師の活動に関するガイドラインに類するものを作成する必要がある。このガイドラインでは、医療における公認心理師の活動の基本的姿勢や原則、資質や能力についての自己評価、心理検査を含めた心理的アセスメントの標準的な実施方法と留意点、心理的アセスメントのフィードバックに関して、心理教育、心理面接、集団への心理支援、家族支援等の標準的な実施方法、院内外のチーム連携なども含む。

## c. 全人的医療への貢献

公認心理師は、チーム医療の中での多様な活動を展開するが、心理的アセスメントや心理支援は、その人の心理状態を把握しその人のありよう全体を理解すること、そしてその人の自己決定を支援することも含む。これらの営みは、全人的医療がめざすこととほぼ同じことである。すなわち、公認心理師の専門性は、全人

的医療の促進に貢献できるものとする。

すでに各所で触れたとおり、心理支援は家族支援、アウトリーチ、院内外その他職種連携と地域支援へと展開する。これらは、第7次医療計画の5疾病・5事業における心理支援の役割や、包括ケアシステムとの関連で心理支援のあり方や貢献を考える上で重要なものとなる。地域（コミュニティ）は、本人が自分自身の人生の歩みをどう営むかということが重要となるが、それは、ライフサイクルの中でどう自己決定しながら自分の豊かな生を大切にしていくか、ということとも同じであろう。公認心理師はそういった自己決定を、心理学的メカニズムもふまえて支援することが役割として求められているであろう。

これらもふまえた公認心理師の専門性の検討は、医療における公認心理師、及び医療に限定されない分野に共通の公認心理師の専門性に関する本質的なものとなろう。公認心理師の養成、そして生涯研修において、重要な視点となる。

## D. 提言

本調査結果もふまえて、まず、公認心理師の職能団体や学会等の関連団体にむけた提言を、1)に示した。次に、国にお願いしたい要望を含めた内容を、2)に示した。そして、公認心理師を雇用する医療機関等や、関係組織に働きかける立場にある公認心理師への提言を、3)にまとめた。

### 1) 医療分野の公認心理師の専門性の確立

#### ①専門性の高い資質と能力の獲得

公認心理師の資質や能力の獲得においては、基本業務のみならず展開業務を遂行する力量を身につけることが重要である。高い水準で業務を遂行するためには、包括的な心理的アセスメントを筆頭とした心理支援に求められる資質と能力（コンピテンシー）の獲得が必要である。公認心理師の職能団体や関連学会等は、調査研究の実施や各界の有識者の意見等もふまえて、公認心理師のコンピテンシーを整理していく必要があるだろう。

たとえば、本調査結果で明らかとなった医療分野における公認心理師の活動実態をふまえると、具体的に求められる資質や能力としては以下が考えられる。

- ・心理検査やフィードバック面接を実施する知識や技能
- ・心理的アセスメントを多職種チームに対してわかりやすく説明、共有する技能
- ・心理的アセスメントや心理支援を、場の構造に適した形で、柔軟かつ包括的に実施する技能
- ・不安の軽減や自己理解・疾病理解のための心理支援を通して、患者本人の自己決定を促進する技能
- ・要支援者のみならず、家族や関係者への支援について、疾患の性質や経過をふまえて、心理的アセスメントに基づき、効果的に展開する技能
- ・チーム医療や多職種・多機関連携を重視しながら、心理支援を行う技能

#### ②養成や卒後研修について

公認心理師として必要な資質や能力を身につけるために、実習制度や卒後教育のための制度設計が必要であることは、厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業「公認心理師の養成や資質向上に向けた実習に関する調査」（国立精神・神経医療研究センター，2020）でも指摘されている。公認心理師の職能団体や養成機関団体等は、今回の調査結果や過去の調査研究等をふまえて、公認心理師の業務や、業務遂行に求められる資質や能力（コンピテンシー）、専門性等を明確に整理し、養成や卒後研修の制度設計につなげる必要があるだろう。

養成カリキュラムにおける到達目標や科目等については、こうした公認心理師の実態や求められる資質や能力をふまえて、必要に応じて検証していくべきである。また、たとえば、医療領域で求められる心理検査も含めた包括的な心理的アセスメントの実施と、要支援者や関係者（要支援者の家族や、多職種）へのフィードバックの実施など、より実務的な技能については、養成段階と卒後研修との一貫した研修制度が必要である。

資質向上のためには、卒後においても、職能団体や関係団体における継続的な研修が必要である。公認心理師の資質や能力、提供できる心理支援の均てん化及び向上のためには、たとえば医療の各領域に共通する心理支援に関するガイドラインや、疾患別や領域別の心理支援に関するガイドライン等の開発、そして、こうしたガイドライン等に基づいた実践的な研修プログラムが有効となる。これらのガイドラインにおいて、

公認心理師のクリニカルラダー（臨床における実践能力向上を支援するため、基礎教育で学習した知識及び技術をもとに、臨床で経験する中で知識を積重、実践能力を高めるシステム）を整備し活用することで、その領域における実践能力を体系的に身につけることができる。

また並行して、職能団体等が、公認心理師に必要とされるコンピテンシーを体系的に整理し、その獲得を目指す到達度を自己評価する機会を定期的に設ける研修システムを設定することによって、多分野で活動する公認心理師が、将来にむけて必要となる研修目標を自ら適切に設定する力量を獲得することが可能となる。

## 2) 専門的心理支援の制度的裏付けの着実な実施

### ①心理的アセスメントとフィードバック、心理教育の制度化

患者の知的能力や心理的課題、家族や社会的背景の事情により、本人や家族から治療への理解が得られず、医療機関が治療を提供することに困難が生じる場合がある。そのような患者に対して、心理的配慮や心理メカニズムの評価、心理的影響を考慮した環境調整が求められる。そのような場合、主治医の指示や多職種チームからの要望等をふまえ、公認心理師が心理検査を用いた心理アセスメントや、本人及び家族へのフィードバック面接を実施することで、患者や家族の抱える困難さを改善することに役立つと考えられる。

また、単回の心理教育だけではなく、チーム医療のなかでは必要に応じて継続的な面接が求められ、そうした場合には回数を限定したうえで計画的に介入を実施する。同時に、状態の変化を医師等と合同で評価すると、とくに治療導入に有効であると考えられる。こうした業務は、医療機関が提供する治療へのよりスムーズな適応を目的とした、患者の心理状態の安定にむけた、心理的な環境整備として位置づけられる。

こうした支援が患者に対して適切に提供されるためには、心理検査フィードバック面接や、心理教育等に関する項目として、診療報酬上の制度化を検討する必要があるだろう。今回の実態調査において公認心理師の活動内容は複数の部門ごとに明らかとなっているが、より詳細な実態や有用性についてはさらなる検証が必要である。

### ②家族・関係者支援及び地域連携に関する制度の設置

本調査で明らかになったように、公認心理師は患者に対してだけでなく、家族に対する心理支援や、チーム医療・連携を行っている。既述のとおり、施設が適正な治療をスムーズに提供するためには、患者の心理的安定の担保が求められるが、支援者や家族に対する支援はその一助ともなるだろう。患者本人の心理的アセスメントをふまえた、家族との環境調整に関する面接や、病棟における多職種チーム支援に関する制度的裏付けを検討する必要があるだろう。

このような関係者の理解促進や連携強化は、退院後の地域移行、定着支援のよりいっそうの促進にも繋がるものと考えられる。今回の調査結果から、院内のチーム医療連携から地域での多職種・多機関連携への活動が一定程度行われている実態が示されており、公認心理師が専門的立場から地域活動に参加することへの評価もインタビュー調査において得られている。これらの地域連携に関する活動に制度的な位置づけがなされることで、より有意義な活動が展開されると考えられる。

これらの制度化を検討する上で、公認心理師による家族支援や地域連携も含めた重層的支援体制強化についての有用性を検証する必要がある。本調査ではインタビューにおいて必要性や有用性に関する指摘もあったが、今後、調査研究等の結果をふまえ、標準的手法や実施に際しての留意点等を記したガイドライン等を準備する必要があるだろう。

### ③施設基準での公認心理師配置

総合考察で述べてきたように、チーム医療・連携を行いながら公認心理師は活動しており、心理的アセスメントのチーム内共有やカンファレンスへの参加、チームケアと連動しながらの患者本人への心理面接など、チーム医療において一定の役割を持ちながら心理支援を行っている。たとえば、チーム医療への参画では、精神科リエゾンチームへの公認心理師の配置が定められてはいるが、必置ではない。また、がん診療拠点病院の要件として「医療心理に携わる者が配置されることが望ましい」となっており、緩和ケア領域で働く公認心理師は多数存在するにもかかわらず緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの要件に公認心理師は含まれていない。今後はさらに支援を必要とする方に届けるために、これらの施設基準で必置とすることの検討が望まれる。

また、認知症ケア加算に係る要件としての認知症ケアチームの要件にも、公認心理師は含まれておらず、今後の配置についての検討が望まれる。さらに精神疾患や他の身体疾患においても、多職種チームをきちん

と形成して支援を行っている機関において、チーム医療のメンバーとして多職種チームの一員として公認心理師が活動した場合を評価する、「チーム医療」に関する加算について、検討することが望まれる。

この施設基準の趣旨は、疾患の治療段階に応じて、患者や家族等がニーズに対してきめ細かく切れ目なく心理支援を受けられることであるので、病棟や外来に業務を限定するのではなく、さまざまな部門や科の病棟や外来にわたって、横断的に柔軟に治療段階に関与できる公認心理師の位置づけも考慮すべきである。

このような仕組みの制度化においては、どのような条件での施設基準が、公認心理師の有効な活動を促進するかに関する検証が求められると同時に、公認心理師の有効な活動についてのガイドラインの作成も必要となる。

#### ④その他

たとえば以下のものに関して、収益面での体制整備に向けての検討が必要である。

##### ア. 心理検査について

心理的アセスメントで用いられる心理検査が診療報酬の対象となっていない状態は、解消していく必要がある。心理検査を実施する他職種と協働しながら、保険収載について必要な調査や検討を進めるべきではないか。

##### イ. 小児領域における心理支援の拡充

小児特定疾患カウンセリング料は、小児領域における心理支援の促進に繋がっていると考えられる。一方で、支援年数が期限を超えての継続が必要な場合があることや、精神科領域での算定が認められていないなどの課題が、本調査において指摘されている。小児領域における心理支援の拡充においては、これらの課題についてさらなる調査等を行い、小児領域における本人の心理面接と家族支援が体系的に行われることや、支援の内容を多職種チーム・機関と共有することの促進に向けた制度の検証が必要となる。

##### ウ. 外来における継続的な心理面接の評価

種々の精神疾患に対しては、主治医や患者からのニーズをふまえ、継続的な心理状態の評価や、自己理解の促進や不安の軽減等を目的とした面接を実施している実態がある。こうした支援が、精神疾患を抱える患者の日常生活や地域生活を支える一助となっている可能性があるが、現状では制度的裏付けは担保されていない。外来における継続的な心理面接等について、心理支援の効果検証等をふまえ、検討していく必要がある。

### 3) 公認心理師の活動の充実

#### ①公認心理師の役割の明確化と関係者等への伝達

考察で述べた通り、公認心理師自身が自らの役割を明確化し理解する必要があるが、同時に、関係者や社会に対して、理解を深めるための対外的な発信を行うことも、強く求められる。協働する多職種や、心理支援の対象である国民に対して、公認心理師の役割をわかりやすく説明することは、心理支援そのものへのアクセシビリティを向上させることにもつながるであろう。公認心理師の職能団体や学会等の関連団体は、たとえば、パンフレットやWEB ページ等の広報資料などのツールを作成するなど、公認心理師の対外的発信を促進するための方策を、引き続き検討し実施する必要がある。

心理支援へのアクセシビリティの向上は、厚生労働省令和2年度障害者総合福祉推進事業「公認心理師の活動状況等に関する調査」（日本公認心理師協会、2021）においてもその重要性が指摘されているが、積極的に「心の健康に関する知識の普及を図るための教育および情報の提供（公認心理師法第二条四項）」等の機会を持つことは、一般市民のメンタルヘルスに関する知識の普及や予防対策、早期発見や早期介入にも寄与すると考える。

#### ②臨機応変な心理支援を提供するための常勤職配置

公認心理師が現場のニーズに応じて、臨機応変でかつ柔軟な心理支援を提供するために、以下の観点から常勤職の配置の拡充が重要であると考えられる。

ア. 時間的、役割的に制限されやすい非常勤勤務に対して、常勤職の場合は、チーム医療において役割を担いやすい。また、疾患の経過に応じた専門性の高い支援など、柔軟性や慎重さが求められる支援について、要支援者や多職種からのニーズに対応しやすい。

イ. 入院だけではなく外来への対応も実施しやすくなり、入院レベルの急性期から、退院前の地域移行支援、退院後の地域定着支援のように、一貫して切れ目のない支援に関わることができる。またアウトリ

一斉や就労支援など、各施設の特徴に応じたニーズにも対応しやすい。

ウ．一般病院や総合病院においては、身体疾患に関する病棟に常勤職として配置されることで、入院時からニーズのある患者への早期対応が可能となり、患者の治療への適応性向上に貢献できる。

### ③各部門等に包括的に関与しやすい配置の検討

今回の調査からは、一般病院においても、精神科を中心に一般病院でも種々の科に配属される公認心理師がおり、精神科だけでなく一般科からも一定のニーズがあることや、医療に貢献していることがうかがえる。インタビュー調査においては、精神科に所属しながら、要請に応じて他科に介入することも示される一方、独立した心理相談部門に所属する場合には、より臨機応変に各科からの要請に対応しやすい面や、患者に対して外来から病棟まで一貫した支援が実施しやすいという意見も認められており、部門としてより存在が認知されやすいというメリットもあった。医療機関の全体的な機能を把握し、継続した心理支援や、チーム医療への参加を通じて、施設内に心理支援を定着させることにもつながるだろう。

公認心理師の活動を、医療現場での重層的支援の拡充、医療の質の向上、医師等のタスクシフトやタスクシェアリングへの貢献のためにより役立てるには、各施設の機能に応じて、心理部門等の設置や、科を横断して活動できる公認心理師の配置を検討することも有用であろう。

### ④国の推進する施策等との連動

公認心理師は、国民の心の問題に対応する一定の資質を持った心理の専門職として誕生した経緯がある。心の問題は、精神疾患に限らず、職場や学校での不適応、自殺やひきこもり、虐待、災害対策などの社会問題と関連して、多様化、複雑化している現状がある。公認心理師は国家資格を持つ心理専門職として、そうした種々の社会問題やニーズに対応していく姿勢が必要だろう。そのためには、各関係団体や公認心理師一人ひとりが、国が推進する対策や指針等への貢献が求められていることを理解するべきである。

精神保健医療福祉に関しては、平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では「国民意識の変革」「精神医療体系の再編」「地域生活支援体制の再編」「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、以来、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方針が示されている。

さらに、令和3年3月には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」の報告書が取りまとめられ、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないものであり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、市町村が主体となり、保健所や精神保健福祉センターとの連携を図りつつ、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、居住支援法人1等居住支援関係者（以下「居住支援関係者」とする。）、ピアサポーター、意思決定を支援する者などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当である」と記載されている。地域で生きる人の生活を支えるために、公認心理師がアウトリーチを行ったり、地域の様々な医療機関や公的機関に配置されて相談を受ける、といったことの重要性は、本調査でも示されている。メンタルヘルスに関わる知識の普及や理解促進、地域生活移行や定着を支えるといった活動も含めて、公認心理師が貢献できる余地はあり、職能団体等での検討が必要である。

精神障害に限らず述べるならば、障害や病気を抱えても住み慣れた地域で生活を続けたいと望む方に対して支援を届けるにあたっては、予防段階、入院治療、外来治療、在宅での治療など様々な場面で公認心理師が支援に入れるような体制確保が望まれる。ライフサイクルを尊重し、自分の人生をどう歩みたいかということに寄り添い、その自己決定を尊重する心理支援の展開が重要である。そのような「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の観点を含めた支援にも、他の医療従事者とともに公認心理師の参画が望まれるため、医療関係の諸団体の協力も得ながら、公認心理師の職能団体での検討を行い、心の健康に関する知識の普及活動とも関連付けた取り組みを充実させる必要がある。

また、たとえば、がん対策基本法により設置されたがん診療連携拠点病院では「緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者の配置が望ましい」とされている。他方、第3期がん対策推進基本計画（平成30年）における現状と課題においては、「がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない」という点が指摘されている。公認心理師はがんや緩和ケアを対象とした心理面接や心理的支援を担っている実態があるが、令和4年度における診療報酬改定では、がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、心理的不安を軽減するための面接を行う職種として追加されており、より一層の貢献が求められていることがうかがえる。

認知症においては、認知症施策推進大綱が定められ、認知症の本人の意思や自己決定が尊重されることが強調されている。認知症の人の心理的アセスメント実施において、低下した能力面だけではなく、できることや健康な力に着目し、そのことをフィードバックして本人と話し合うことが重要な心理支援となると同時に、推進大綱の理念の実現にむけた一助になりえるだろう。

今回の調査結果からは、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療）の中で、精神疾患だけでなく、がんや周産期、小児、糖尿病等について、公認心理師が支援の一端を担っていることが明らかとなっている。今後、こうした社会問題や対策において、具体的にどのような貢献や役割を担うことが可能かといった検討を行う必要があり、各団体や公認心理師一人ひとりが意識して、日常業務や調査研究、資質向上等に取り組むことで、社会の中での公認心理師の位置づけがより明確となるものと考えられる。



# 第1章

## 事業の目的と方法



# 第1章 事業の目的と方法

## 1. 問題提起

心理専門職の国家資格である公認心理師制度が始まり、公認心理師登録者は、令和3年12月末日現在で52,099名となっている（日本心理研修センター，2022）。厚生労働省令和2年度障害者総合福祉推進事業「公認心理師の活動状況等に関する調査」によると、主たる活動分野として保健医療分野を挙げた人が30.2%であり、何らかの形で保健医療分野において活動している人は43.7%となっていた（日本公認心理師協会，2021）。

また、専門家としての資質向上や養成について現状を把握する調査（令和元年度障害者総合福祉推進事業「公認心理師の養成や資質向上に向けた実習に関する調査」）において、公認心理師が、医療機関において、精神障害、がん／緩和ケア、周産期、脳血管疾患等に対する心理支援を多様な方法で行っていることが明らかとなっている。また、令和2年度障害者総合福祉推進事業においても、医療機関における支援対象（疾患や課題）や支援内容の概要が分析されている。

このように医療領域における公認心理師の活動内容が多岐にわたっていることは把握できたが、その活動の具体的な内容に焦点をあてた調査はいまだなく、より詳細に医療機関における公認心理師の活動内容を明らかにすることが喫緊の課題となっている。

## 2. 目的

医療機関における公認心理師が要支援者の状態に応じて行っている、心理支援内容や方法等の実態を、WEB調査（WEB調査画面にて回答を求める調査）及びインタビュー調査（インタビューガイドを用いた面接調査）にて明らかにする。

WEB調査では、公認心理師が所属している部門（部署）を対象に、公認心理師が要支援者の状態に応じて行っている、心理支援の内容や方法等の実態を調査する。心理支援としては、面接（チーム医療の中での機能や役割も含めて）、心理検査も含めた心理的アセスメント（検査内容、時間、フィードバック等）、心理教育、多機関・多職種連携、家族支援等に焦点を当て、専門的な心理支援の目的と内容、方法・技法、形態、成果、課題等を、社会生活機能の向上や就労支援も含めて、調査を通じて明らかにする。

またインタビュー調査では、「医療機関における公認心理師の活動」についてのインタビュー結果から、実践の場や疾病・問題ごとに、実際の活動や現場での評価、今後の課題について明らかにするとともに、医療分野の公認心理師によって提供される心理支援の質を高めていくために必要なことを検討する。

これらの2つの調査を通して、公認心理師による心理支援等の充実にむけた検討を行うのが、本調査の総合的な目的である。これらの調査結果を得ることで、医療機関における心理支援や要支援者、家族及び多職種との関わりの具体的な実践をふまえた上で、要支援者の状態に応じた、公認心理師による専門性の高い心理支援の充実のための議論を深め、状態別の心理支援の専門性を高めるための研修や資質向上のための施策（資質向上への施策）の検討を行うことができる。

調査の概要は、図1-1に示すように、本協会の事業担当者が、検討会議の検討を経て、また事業協力者の協力を得て、対象疾患の支援を行う医療機関の心理師のいる部門、部署に、WEB調査とインタビュー調査を行うという流れである。その際、関連団体等の協力を得て調査回答への協力依頼を行った。

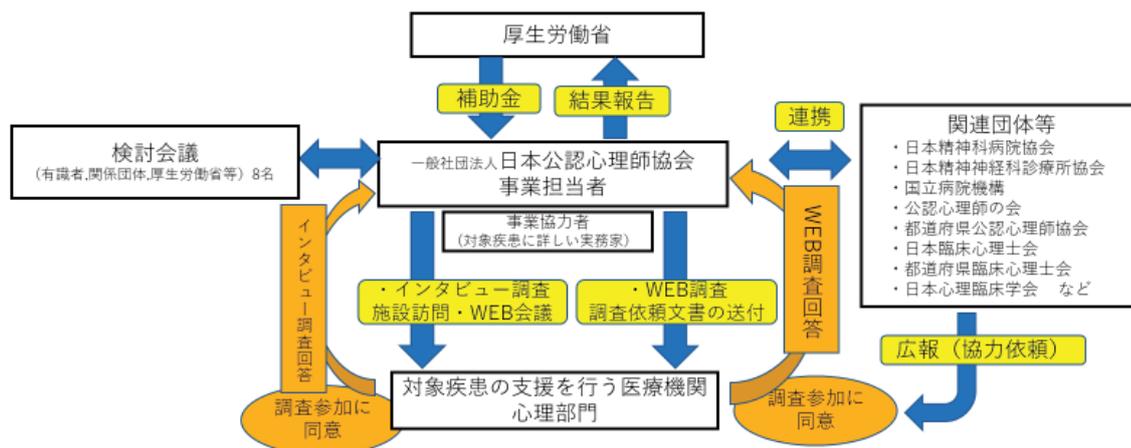


図1-1 本事業の概要

### 3. 実施方法

#### 1) 調査対象

令和3年8月1日時点で公認心理師が所属している部門（部署）を対象とした。精神障害、がん／緩和ケア、周産期、脳血管疾患等の疾患に対する心理支援を行っている部門（部署）が対象となる。精神障害においては、精神科医療機関で公認心理師等の所属がある部門（部署）が対象となると同時に、小児疾患等は、複数の科で対応されていると考えられるので、一般の医療機関で働く公認心理師も対象とした。また、がん／緩和ケア、周産期、脳血管疾患に加え、腎疾患／糖尿病、心疾患等についても、心理支援ニーズがあると考えられるので、対象疾患として考え、対象疾患や状態への心理支援を公認心理師が行っている医療機関の部門（部署）を調査対象とした。なお、本調査で対象とする疾患や状態は、第7次医療計画の5疾病・5事業とも関連しており、本調査の結果は、医療の全体像を俯瞰した上での公認心理師の心理支援の位置づけや役割を議論するための重要な基礎資料となると考える。

#### ① WEB 調査

公益社団法人日本精神科病院協会所属医療機関（約1,200か所）、公益社団法人日本精神神経科診療所協会所属診療所（約1,600か所）、国立病院機構／国立高度専門医療研究センター所属病院（約150か所）、特定機能病院（87か所）、がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院等（約450か所）、総合・地域周産期母子医療センター等（約400か所）、国立障害者リハビリテーションセンター・都道府県リハビリテーションセンター・一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会加盟の医療機関（約600か所）等を、調査依頼状の送付対象とした（重なる医療機関は調整した）。また、その他の対象疾患については、その疾患に関連する医療機関連絡団体と調整し対象医療機関を追加選定した。また一般病院に関して、公認心理師が勤務しているという情報が得られた医療機関を追加で対象とし、送付数は5,953件であった。回答数（回答部門等）は1661件であった。無効回答等を除き、有効回答数は1,586件であった。これらを、回答した機関でみると、1,379機関であった（表1-1）。その内、機関で1か所の部門等からの回答が1,235件（86.3%）となっていた。

表 1-1 依頼状発送数・回答状況（分析対象者）

対象機関	発送数	戻り	追加	発送計	回答数	回答率(%)
日精神科病院協会（会員）	1,185			1,185	452	38.1
日本精神神経科診療所協会（会員）	1,641			1,641	290	17.7
国立機関	225	-3		222	94	42.2
都道府県・市町村機関	834	-9		825	200	24.2
日本赤十字社・済生会・健保組合関係等	567	-5		562	62	11.0
周産期機関	97			97	39	40.2
がん診療関係機関	78	-1		77	29	37.7
リハビリテーション関係機関	1,061	-2		1,059	129	12.2
その他の医療機関	288	-11	8	285	84	29.5
合 計	<b>5,976</b>	<b>-31</b>	<b>8</b>	<b>5,953</b>	<b>1,379</b>	<b>23.2</b>

## ② インタビュー調査

対象疾患や状態に応じた心理支援を行っている医療機関に勤務する公認心理師及び公認心理師とチームを組み業務を行っている医師を含む専門職等を対象とした。計 24 施設を対象に、心理支援を行う公認心理師へのインタビュー調査と関連する他の専門職スタッフに対するインタビュー調査を組み合わせて実施した。

## 2) 調査内容及び手法

WEB 調査とインタビュー調査ともに、調査質問項目及びインタビューガイドについて、有識者、職能団体、関係団体等による検討会議において意見を集約し決定した。また調査対象となる疾患の範囲が広いことを鑑み、各疾患に詳しい公認心理師の実務者を事業協力者として、WEB 調査項目内容及びインタビューガイドの作成において情報提供を求めるとともに、調査結果の分析への協力を依頼した。事業協力者は、精神疾患全般、摂食障害、小児疾患、がん／緩和ケア、周産期、脳血管疾患等の心理支援業務を実際に行っている公認心理師等とした。

### ① WEB 調査

調査医療機関に対して、院長及び事務担当者向けの案内（資料 1-1）と心理部門・部署の担当者向けの案内（資料 1-2）、厚生労働省から院長及び事務担当者向けの案内（資料 1-3）を、調査開始日（令和 3 年 10 月 18 日）に、医療機関の院長宛に送付した。院長及び事務担当者は、心理部門・部署の担当者に回送することになっている。医療機関内に複数の心理部門・部署等がある場合は、複数の心理部門・部署すべてに回送するよう依頼した。

医療機関の心理部門の代表者である公認心理師が、心理部門・部署の担当者向けの案内（資料 1-2）に記載されている URL 及び QR コードより WEB ページにアクセスし、調査に回答するようにした。調査期間は、令和 3 年 10 月 18 日から 11 月 29 日までの約 1 か月半であった。本調査に関する質問や問い合わせは、調査実施者が調査に関する電話及びメール等で丁寧な説明を行うと同時に、ホームページ上で Q&A を掲載し、調査対象者からの質問に対応した。

調査内容は、医療機関における心理部門の公認心理師の活動概要、対象疾患等に対する面接、心理検査も含めた心理的アセスメント（要支援者・支援チームへのフィードバック方法等含む）、心理教育、福祉を含む多機関・多職種連携、要支援者の家族への支援に関する、目的と内容、方法・技法、形態、成果、課題等である。WEB 調査項目概要を表 1-2 に示すとともに、実際の調査項目を資料 2 に示した。

## 表1-2 WEB調査項目の概要

### A 機関情報 [全員回答]

### B 精神疾患：外来における心理面接（個人） [該当疾患のみ回答]

①神経発達症（発達障害）、②統合失調症等、③気分症：双極症等（双極性障害）、④気分症：抑うつ症・気分変調症等（抑うつ性障害）、⑤不安または恐怖関連症、⑥強迫症または関連症、

⑦ストレス関連症：心的外傷後ストレス症・急性ストレス反応等  
※ 疾患名は、基本的にICD-11に基づいていますが、一部で別の表記も含まれます。

### C 重点調査領域 [該当領域のみ回答]

①小児の精神疾患、②小児の身体疾患、③周産期、④腎疾患／糖尿病、⑤心疾患、⑥がん／緩和ケア、⑦高次脳機能障害／脳血管疾患（認知症を除く）、⑧認知症、⑨精神疾患全般（高次脳機能障害／脳血管疾患・認知症を除く）

### D 公認心理師の現状と今後の課題 [全員回答]

### E ご意見・ご感想 [自由回答]

14 14

## ③ インタビュー調査

WEB 調査においてインタビュー調査に応じる旨の意向の得られた施設、または関連団体等から紹介された施設計 24 か所において、公認心理師及び公認心理師が協働して支援を実践している他の専門職者に対してインタビュー調査を実施した。

対象施設は、01:精神科病院（病棟）、02:精神科病院（外来）、03:精神科クリニック（外来）、04:精神科病院（デイケア・就労支援）、05:精神科病院（アウトリーチ）、06:総合病院（コンサルテーション・リエゾン）、07:摂食障害、08:小児（身体疾患）、09:小児（精神疾患）、10:依存症（物質依存）、11:依存症（嗜癖行動）、12:がん・緩和ケア（両立支援）、13:がん・緩和ケア（緩和ケア）、14:周産期（婦人科/生殖医療）、15:周産期（ハイリスク妊婦）、16:高次脳機能障害（地域生活）、17:高次脳機能障害（患者会支援）、18:腎疾患（透析）、19:糖尿病、20:心疾患（心不全緩和）、21:心疾患（心臓リハビリテーション）、22:認知症（総合病院ケアチーム）、23:認知症（認知症疾患医療センター）、24:救急・自殺、に関連した施設であった。

インタビュー調査を実施する調査担当者は10名程度で構成し、調査担当者が、施設を直接訪問するかWEB会議システムを用い、施設ごとに、公認心理師と他職種からインタビューを行った。公認心理師は各施設から1名ずつ、計24名にインタビューを実施できた。他職種は、14:周産期（婦人科/生殖医療）及び24:救急・自殺ではインタビューできなかったが、05:精神科病院（アウトリーチ）からは3名からインタビューを行うことができた。結果として、インタビューを行った他職種24名の内訳は、看護師9名、医師6名、精神保健福祉士3名、作業療法士2名、栄養士2名、助産師1名、福祉施設職員1名であった。

インタビューガイド（資料3）では、リサーチ・クエスチョンを「医療分野の公認心理師によって提供される心理支援の質を高めるために、何をどのように充実させるとよいか」とした。またインタビュー項目は、医療機関における心理部門の公認心理師の活動概要、対象疾患に応じた専門的面接や、心理検査も含めた心理的アセスメント（フィードバック面接含む）、心理教育、福祉を含む多機関・多職種連携、要支援者の家族への支援であった。これらについて、目的や具体的方法・技法、形態、要した時間、業務遂行上の工夫、チームからの評価、課題等を質問することにした。さらに、チーム医療の中での心理支援の機能や役割（チームに貢献している内容や期待している事項等を含む）、社会生活機能の向上や就労に向けた支援への展開についても調査項目に含めた。

インタビュー調査に先立って、事前アンケートへの記入を求めた。事前アンケートは、公認心理師向けのもの（資料4-1）と他職種向け（資料4-2）の2種がある。

インタビュー調査は、所要時間は約1時間で、インタビュアー2名（1名は補助及び記録）が、Web会議システムを用いて半構造化されたインタビューを行った（一部訪問して対面インタビューを実施）。

### 3) 倫理的配慮

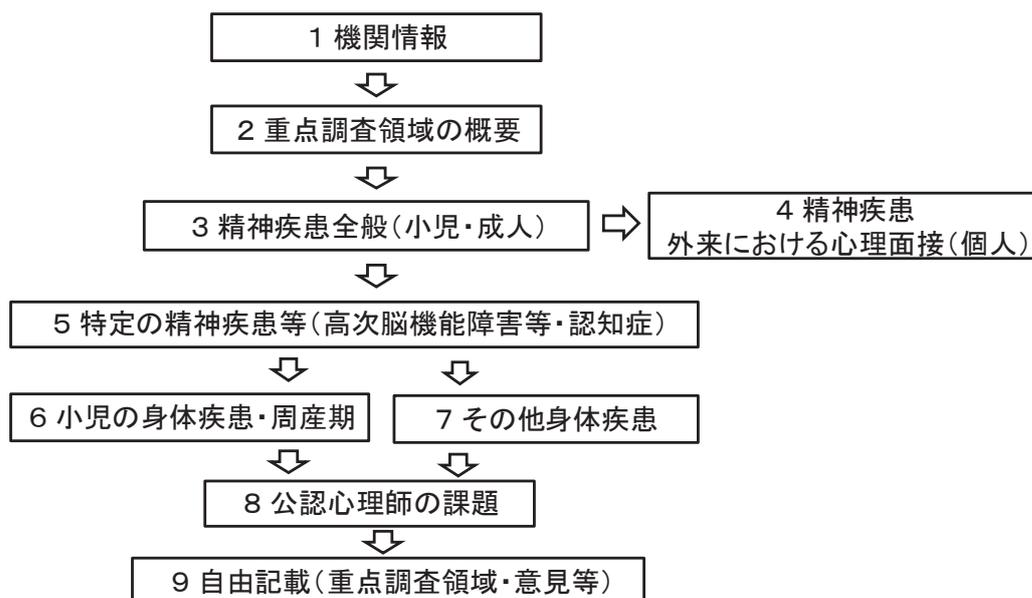
これらの調査実施方法については、一般社団法人日本公認心理師協会において倫理的側面から検討を行い、個人情報管理も含めた研究倫理に関して適正な実施であることを確認した。倫理的側面の検討にあたっては、調査倫理チェックシート（資料5）による検討を、WEB調査及びインタビュー調査に関して行った。

### 4) 分析方法

まず、WEB調査の結果を第2章に示した（図1-2）。まず、「1 機関情報」において、表1-2の「A 機関情報」を示した。これらは、機関種別や病床数、常勤数といった機関に関連した情報である。次に「2 重点調査領域の概要」として、重点調査領域を比較しての概要を示した。次いで、「3 精神疾患全般（小児・成人）」として、「C 重点調査領域の①小児の精神疾患、⑨精神疾患全般（高次脳機能障害／脳血管疾患・認知症を除く）」の心理支援の分析結果を示した。その上で、「4 精神疾患（外来における心理面接）」として、「B 精神疾患：外来における心理面接（個人）」を示した。ここでは、精神疾患に関して診断別に外来である程度構造化されて行われている心理面接（個人）の実態を示した。

「5 特定の精神疾患等（高次脳機能障害等・認知症）」では、「C 重点調査領域 ⑦高次脳機能障害／脳血管障害、⑧認知症」、「6 小児の身体疾患・周産期」では、「C 重点調査領域 ②小児の身体疾患、③周産期」、「7 その他身体疾患」では「C 重点調査領域 ④腎疾患/糖尿病、⑤心疾患、⑥がん/緩和ケア」について示した。そして、「8 公認心理師の課題」「9 自由記載（重点調査領域・意見）」を示した。この結果を示す流れを、図1-2に示した。

図1-2 結果を示す順番



3

インタビュー内容は許可を得て録音し、事前アンケートも含めて、まとめを作成した。インタビュー調査の結果は、第3章に示した。第2章と第3章の結果をふまえ、第4章で考察と提言を示した。

### 5) 調査結果の公表について

調査結果の公表は以下の方法で行う。

- (1) 本事業の報告書を作成印刷し、調査の広報等で協力を得た機関・団体に配布する。
- (2) 本事業の報告書を、本協会ホームページにて公表する。
- (3) 公認心理師の実情やあり方に関するテーマで今回の結果を紹介する情報提供の場を、職能団体内の研修会及び一般市民を対象とした講演会等を計画する。

## 4. 検討会議の開催（会議はオンライン併用とした）

### 1) 第1回検討会議

・日時：2021年7月9日（金） 15:00～17:30

・場所：一般社団法人日本臨床心理士会会議室

・参加者：

<検討委員>（50音順 敬称略）

今村 扶美（国立精神・神経医療研究センター病院）

壁屋 康洋（国立病院機構全国心理療法士協議会）

小林 清香（日本総合病院精神医学会）

鈴木 伸一（公認心理師の会）

田邊 英一（日本精神科病院協会）

西松 能子（日本精神神経科診療所協会）

山口 加代子（リハビリテーション心理職会）

<厚生労働省>

吉橋 実里（公認心理師制度推進室）

恩田 拓磨（公認心理師制度推進室）

<事業担当者>

稲田 尚子・奥村 茉莉子・種市 康太郎・花村 温子・福田 由利・藤城 有美子・元永 拓郎

・議事内容

(1) 本事業の概要

(2) 調査依頼の方法

(3) 調査項目に関する意見

### 2) 第2回検討会議

・日時：2021年8月6日（金）9:30～12:00

・場所：一般社団法人日本臨床心理士会会議室

・参加者：

<検討委員>（50音順 敬称略）

今村 扶美（国立精神・神経医療研究センター病院）

壁屋 康洋（国立病院機構全国心理療法士協議会）

小林 清香（日本総合病院精神医学会）

鈴木 伸一（公認心理師の会）

田邊 英一（日本精神科病院協会）

西松 能子（日本精神神経科診療所協会）

山口 加代子（リハビリテーション心理職会）

<厚生労働省>

高橋 幹明・吉橋 実里・恩田 拓磨（公認心理師制度推進室）

<事業担当者>

稲田 尚子・奥村 茉莉子・種市 康太郎・花村 温子・福田 由利・藤城 有美子・元永 拓郎

・議事内容

(1) WEB 調査項目について

(2) インタビュー調査の概要について

(3) 今後のスケジュール

### 3) 第3回検討会議

・日時：2021年11月26日（火）14:00～16:30

・場所：一般社団法人日本臨床心理士会会議室

・参加者：

<検討委員> (50音順 敬称略)

今村 扶美 (国立精神・神経医療研究センター病院)

壁屋 康洋 (国立病院機構全国心理療法士協議会)

小林 清香 (日本総合病院精神医学会)

鈴木 伸一 (公認心理師の会)

田邊 英一 (日本精神科病院協会)

西松 能子 (日本精神神経科診療所協会)

山口 加代子 (リハビリテーション心理職会)

<厚生労働省>

高橋 幹明・吉橋 実里・恩田 拓磨 (公認心理師制度推進室) \*要確認

<事業担当者>

稲田 尚子・奥村 茉莉子・種市 康太郎・花村 温子・福田 由利・藤城 有美子・元永 拓郎

・議事内容

(1) WEB調査の実施状況について

(2) インタビュー調査の実施手順について

(3) 今後のスケジュール

## 4) 第4回検討会議

・日時：2022年2月2日(水) 15:00~17:30

・場所：一般社団法人日本臨床心理士会会議室

・参加者：

<検討委員> (50音順 敬称略)

今村 扶美 (国立精神・神経医療研究センター病院)

壁屋 康洋 (国立病院機構全国心理療法士協議会)

小林 清香 (日本総合病院精神医学会)

鈴木 伸一 (公認心理師の会)

田邊 英一 (日本精神科病院協会)

西松 能子 (日本精神神経科診療所協会)

山口 加代子 (リハビリテーション心理職会)

<厚生労働省>

高橋 幹明・吉橋 実里 (公認心理師制度推進室)

<事業担当者>

稲田 尚子・奥村 茉莉子・種市 康太郎・花村 温子・福田 由利・藤城 有美子・元永 拓郎

・議事内容

(1) 調査結果の集計結果

(2) WEB調査の結果分析

(3) インタビュー調査の結果分析

(4) 考察の方向性

## 5) 第5回検討会議

・日時：2022年3月8日(火) 9:30~12:00

・場所：一般社団法人日本臨床心理士会会議室

・参加者：

<検討委員> (50音順 敬称略)

今村 扶美 (国立精神・神経医療研究センター病院)

壁屋 康洋 (国立病院機構全国心理療法士協議会)

小林 清香 (日本総合病院精神医学会)

鈴木 伸一 (公認心理師の会)

田邊 英一 (日本精神科病院協会)

西松 能子（日本精神神経科診療所協会）

山口 加代子（リハビリテーション心理職会）

<厚生労働省>

高橋幹明・吉橋実里

<事業担当者>

稲田 尚子・奥村 茉莉子・種市 康太郎・花村 温子・福田 由利・藤城 有美子・元永 拓郎

・議事内容

(1) 報告書の最終案

(2) 結果の公表方法、広報

## 第2章

### 調査結果（WEB 調査）

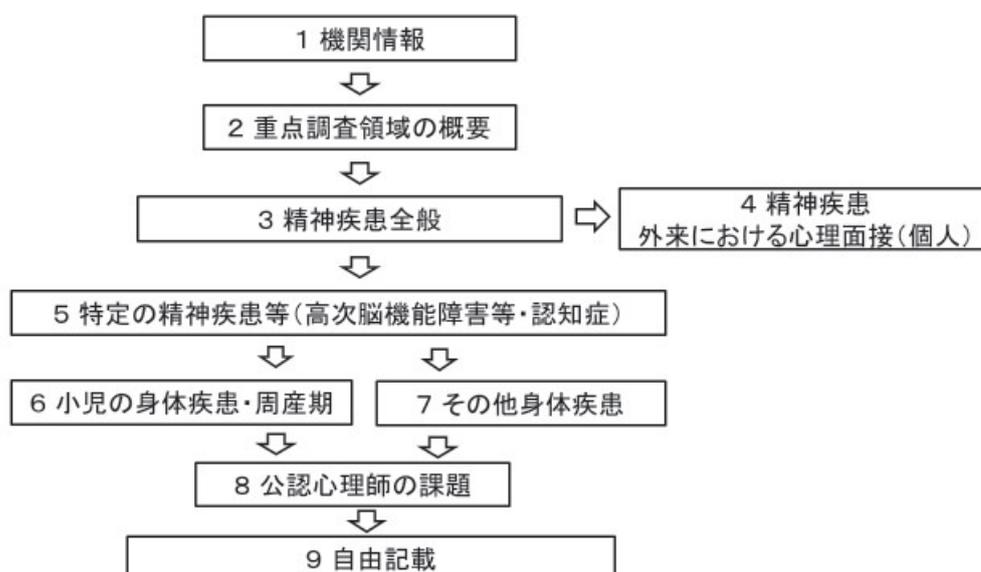


## 第2章 調査結果 (WEB 調査)

本章では、下図に示すように、WEB 調査結果を示した。まず、「1 機関情報」を示した後に、「2 重点調査領域」の概要を示した。この概要では、重点調査領域ごとの心理支援の内容を示すとともに、医療機関種別の心理支援の実施割合を示した。次に、「3 精神疾患全般（小児・成人）」では、「a. 小児の精神疾患」「b. 精神疾患全般（成人）」について示した。そして、「4 精神疾患 外来における心理面接（個人）」を、診断別に示した。

続いて、「5 特定の精神疾患等（高次脳機能障害等・認知症）」において、「a. 高次脳機能障害／脳血管障害（認知症を除く）」「b. 認知症」、「6 小児の身体疾患・周産期」では、「a. 小児の身体疾患、b. 周産期」、「7 その他身体疾患」では「a. 腎疾患/糖尿病」「b. 心疾患」「c. がん/緩和ケア」について示した。そして、「8 公認心理師の課題」において「D 公認心理師の現状と今後の課題」について結果を述べ、「9 自由記載（重点調査領域・意見）」において、「C 重点調査領域の自由記載」と「E 意見・感想」について示した。

結果を示す順番(図1-2再掲)



4

# 1 機関情報

医療機関及び公認心理師等が配置されている部署・部門等について尋ねた。

## A1 医療機関の種類 (n=1,586)

医療機関の種類に該当するものを、1つ選択してもらった。民間病院、その他としての精神科病院が30.1%で最も割合が高く、次いで国公立の病院としての一般病院が21.2%で割合が高かった。がんセンター、リハビリテーションセンター等は、一般病院に含めた。その他は、重症心身障害児施設、職域病院などであった。

	n	(%)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）	88	(5.5)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：大学病院・大学附属病院	34	(2.1)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：民間病院、その他	478	(30.1)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）	336	(21.2)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：大学病院・大学附属病院	98	(6.2)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：民間病院、その他	227	(14.3)
一般診療所：精神科を専門とする（精神科主体）	290	(18.3)
一般診療所：精神科以外を専門とする（精神科以外が主体）	11	(0.7)
医療機関に併設の心理相談室等（自費の心理相談機関等）	6	(0.4)
歯科診療所	0	(0.0)
その他	18	(1.1)
合計	1,586	(100.0)

## A2 病床

### A2-1 病床数 (n=1,586)

医療機関（機関全体）の病床数に該当するものを、1つ選択してもらった。0床が20.2%で最も割合が高く、次いで200～299床（17.5%）であった。

	n	(%)
0床	320	(20.2)
1～9床	5	(0.3)
10～19床	5	(0.3)
20～49床	9	(0.6)
50～99床	26	(1.6)
100～149床	90	(5.7)
150～199床	166	(10.5)
200～299床	277	(17.5)
300～399床	193	(12.2)

400～499 床	183	(11.5)
500～599 床	107	(6.7)
600～699 床	78	(4.9)
700～799 床	39	(2.5)
800～899 床	30	(1.9)
900 床以上	58	(3.7)
合計	1,586	(100.0)

## A2-2 精神科病床 (n=1,266)

「A2-1 病床数」で病床ありと回答した 1,266 部署・部門等について、(機関全体)における精神科病床の有無に該当するものを、1 つ選択してもらった。精神科病床があると回答したのは全体の 58.9% で、過半数を超えた。

	n	(%)
なし	520	(41.1)
あり	746	(58.9)
合計	1,266	(100.0)

## A3 部署・部門等 (n=1,586)

部署・部門等の種類に該当するものを、1 つ選択してもらった。精神科が 42.6% で最も割合が高く、次いで心理相談部門等 (13.2%) であった。医療機関種別でみると、精神科病院では、精神科が 50.8%、心理相談部門が 18.7%、コメディカル部門が 8.2%、デイ・ケア部門が 7.2% であった。一般病院では、精神科が 23.9%、心理相談部門が 12.1%、その他の部門が 11.2%、小児科が 9.2%、リハビリテーション科が 8.2% であった。一般診療所では、精神科が 69.1%、心療内科が 15.3%、デイ・ケア部門が 5.3%、児童精神科と心理相談部門が、各 4.0% となっていた。その他の部署・部門等は、メンタルヘルスセンター、患者支援センター、診療部、看護部、事務部、総務部などであった。

	全体 (n=1,586)		病院 (精神科) (n=600)		病院 (一般) (n=661)		一般診療所 (n=301)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
精神科	676	(42.6)	305	(50.8)	158	(23.9)	208	(69.1)
児童精神科	27	(1.7)	8	(1.3)	7	(1.1)	12	(4.0)
小児科	69	(4.4)	6	(1.0)	61	(9.2)	2	(0.7)
脳神経内科	15	(0.9)	0	(0.0)	15	(2.3)	0	(0.0)
脳神経外科	6	(0.4)	0	(0.0)	6	(0.9)	0	(0.0)
心療内科	75	(4.7)	9	(1.5)	18	(2.7)	46	(15.3)
内科 (含. 総合診療部)	13	(0.8)	3	(0.5)	7	(1.1)	2	(0.7)
感染症科・HIV 関連の診療科	5	(0.3)	2	(0.3)	3	(0.5)	0	(0.0)
がん・緩和ケア関連の診療科	37	(2.3)	5	(0.8)	31	(4.7)	0	(0.0)
整形外科	1	(0.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)
リハビリテーション科	66	(4.2)	11	(1.8)	54	(8.2)	0	(0.0)
麻酔科・ペイン科	2	(0.1)	1	(0.2)	1	(0.2)	0	(0.0)
産科・婦人科	2	(0.1)	0	(0.0)	1	(0.2)	1	(0.3)
遺伝科	2	(0.1)	1	(0.2)	1	(0.2)	0	(0.0)
周産期母子医療センター	26	(1.6)	2	(0.3)	24	(3.6)	0	(0.0)
認知症疾患医療センター	20	(1.3)	8	(1.3)	12	(1.8)	0	(0.0)
その他の診療科	16	(1.0)	5	(0.8)	11	(1.7)	0	(0.0)

心理相談部門等	210	(13.2)	112	(18.7)	80	(12.1)	12	(4.0)
デイ・ケア部門	64	(4.0)	43	(7.2)	4	(0.6)	16	(5.3)
コメディカル部門	98	(6.2)	49	(8.2)	47	(7.1)	0	(0.0)
がん相談支援センター、 がん対策室等	14	(0.9)	0	(0.0)	14	(2.1)	0	(0.0)
地域医療連携室	43	(2.7)	11	(1.8)	32	(4.8)	0	(0.0)
その他の部門	99	(6.2)	19	(3.2)	74	(11.2)	1	(0.3)
合計	1,586	(100.0)	600	(100.0)	661	(100.0)	301	(100.0)

## A4 配置人数

### A4-1 常勤

#### A4-1-1 勤務者数 (n=1,586)

部署・部門等に配置されている常勤の公認心理師等の人数について、それぞれ記入を求めた。常勤の勤務者数は、1人が36.3%で最も大きな割合を占め、次いで0人(19.9%)であった。

	n	(%)
0	315	(19.9)
1	575	(36.3)
2	301	(19.0)
3	167	(10.5)
4	100	(6.3)
5	42	(2.6)
6	22	(1.4)
7	19	(1.2)
8	7	(0.4)
9	9	(0.6)
10	2	(0.1)
11	4	(0.3)
12	4	(0.3)
13	1	(0.1)
14	2	(0.1)
15	1	(0.1)
16	2	(0.1)
18	1	(0.1)
不適切回答	1	(0.1)
回答なし	11	(0.7)
合計	1,586	(100.0)

#### A4-1-2 病棟配置 (n=1,259)

常勤が配置されている1,259部署・部門等で、病棟に配置されている常勤の公認心理師等の人数を記入してもらった。常勤の病棟配置人数は、0人が最も大きな割合を占め(74.2%)、次いで1人(13.5%)であった。

	n	(%)
0	934	(74.2)
1	170	(13.5)
2	61	(4.8)
3	48	(3.8)
4	16	(1.3)
5	13	(1.0)
6	2	(0.2)
7	4	(0.3)
8	4	(0.3)
9	5	(0.4)
12	1	(0.1)
15	1	(0.1)
合計	1,259	(100.0)

## A4-2 非常勤

### A4-2-1 勤務者数 (n=1,586)

部署・部門等に配置されている非常勤の公認心理師等の人数を記入してもらった。非常勤の勤務者数については0人が48.7%で最も大きな割合を占め、次いで1人(25.5%)であった。

	n	(%)
0	773	(48.7)
1	404	(25.5)
2	176	(11.1)
3	81	(5.1)
4	52	(3.3)
5	26	(1.6)
6	21	(1.3)
7	15	(0.9)
8	7	(0.4)
9	4	(0.3)
10	4	(0.3)
11	3	(0.2)
14	2	(0.1)
20	1	(0.1)
24	1	(0.1)
回答なし	16	(1.0)
合計	1,586	(100.0)

### A4-2-2 病棟配置 (n=797)

常勤が配置されている797部署・部門等で、病棟に配置されている非常勤の公認心理師等の人数を記入してもらった。医療機関に病床がない場合や、非常勤の病棟配置人数は、0人が82.1%で最も大きな割合を占め、次いで1人(11.0%)であった。

	n	(%)
0	654	(82.1)
1	88	(11.0)
2	31	(3.9)
3	9	(1.1)
4	7	(0.9)
5	2	(0.3)
6	4	(0.5)
8	1	(0.1)
回答なし	1	(0.1)
合計	797	(100.0)

## A5 部署・部門等の特徴

### A5-1 支援対象 (n=1,586)

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）で公認心理師等が行っている心理支援の対象として該当するものを1つ選択してもらった。精神疾患全般が57.7%で最も割合が高く、次いで、精神及び身体疾患全般（25.0%）であった。

	n	(%)
精神疾患全般	915	(57.7)
精神及び身体疾患全般	396	(25.0)
特定の精神疾患	62	(3.9)
特定の身体疾患	61	(3.8)
その他	127	(8.0)
回答なし	25	(1.6)
合計	1,586	(100.0)

### A5-2 活動の特徴

#### A5-2-1 業務割合：心理検査・個別支援・集団支援 (n=1,586)

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）における公認心理師等の心理支援業務の特徴として該当するものを、1つ選択してもらった。「個別支援（面接等）の業務が、心理支援業務全体（時間）のなかで最も大きな割合を占める」が45.6%で最も割合が高く、次いで「心理検査の業務が、心理支援業務全体（時間）のなかで最も大きな割合を占める」（23.4%）であった。

	n	(%)
心理検査の業務が、心理支援業務全体（時間）のなかで最も大きな割合を占める	371	(23.4)
個別支援（面接等）の業務が、心理支援業務全体（時間）のなかで最も大きな割合を占める	723	(45.6)
集団支援の業務が、心理支援業務全体（時間）のなかで最も大きな割合を占める	101	(6.4)

心理検査、個別支援、集団支援の業務割合は、ほぼ均等である	260	(16.4)
それ以外	100	(6.3)
回答なし	31	(2.0)
合計	1,586	(100.0)

### A5-2-2 業務割合：外来業務・病棟業務 (n=1,586)

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）における公認心理師等の心理支援業務の特徴として該当するものを、1つ選択してもらった。「外来・病棟両業務があり、外来業務の方が業務全体（時間）に占める割合が高い」が37.9%で最も割合が高く、次いで「無床で外来業務のみ」（23.6%）であった。

	n	(%)
無床で外来業務のみ	374	(23.6)
有床で外来業務のみ	44	(2.8)
病棟業務のみ	29	(1.8)
外来・病棟両業務があり、外来業務の方が業務全体（時間）に占める割合が高い	601	(37.9)
外来・病棟両業務があり、病棟業務の方が業務全体（時間）に占める割合が高い	205	(12.9)
外来・病棟両業務があり、外来業務と病棟業務の業務割合は、ほぼ均等である	252	(15.9)
それ以外	53	(3.3)
回答なし	28	(1.8)
合計	1,586	(100.0)

### A5-2-3 入院患者への支援 (n=1,212)

「A5-2-2 業務割合：外来業務・病棟業務」で、無床で外来業務のみと回答した374部署・部門等を除いた1,212部署・部門等を対象とした。部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等による入院患者への支援の現状と課題として該当するものを、全て選択してもらった。「十分な支援のためには、外来・病棟業務を兼務する公認心理師等の配置・増員が必要」が50.0%で最も割合が高く、次いで「十分な支援のためには、病棟業務の専任公認心理師等の配置・増員が必要」（24.4%）であった。

	n	(%)
十分な支援のためには、病棟業務の専任公認心理師等の配置・増員が必要	126	(10.4)
十分な支援のためには、病棟業務の専任公認心理師等の配置・増員が必要	309	(25.5)
十分な支援のためには、外来・病棟業務を兼務する公認心理師等の配置・増員が必要	633	(52.2)
十分な支援のためには、その他の対応が必要	138	(11.4)
既に十分な支援が行われている	169	(13.9)

## A1 医療機関の種類と A2-1 病床数、A2-2 精神科病床

該当件数と医療機関の種類別における割合を示した。

	病床 (n=1,586)		精神科病床 (n=1,266)	
	あり n	(%)	あり n	(%)
			なし n	(%)
			あり n	(%)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）（n=88）	86	(97.7)	2	(2.3)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：大学病院・大学附属病院（n=34）	34	(100.0)	0	(0.0)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：民間病院、その他（n=478）	467	(97.7)	11	(2.3)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）（n=336）	335	(99.7)	1	(0.3)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：大学病院・大学附属病院（n=98）	97	(99.0)	1	(1.0)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：民間病院、その他（n=227）	226	(99.6)	1	(0.4)
一般診療所：精神科を専門とする（精神科主体）（n=290）	9	(3.1)	281	(96.9)
一般診療所：精神科以外を専門とする（精神科以外が主体）（n=11）	0	(0.0)	11	(100.0)
医療機関に併設の心理相談室等（自費の心理相談機関等）（n=6）	1	(16.7)	5	(83.3)
その他（n=18）	11	(61.1)	7	(38.9)
合計（n=1,586）	1,266	(79.8)	320	(20.2)
			746	(58.9)
			520	(41.1)

## A1 医療機関の種類と A4-1-1 常勤の勤務者の有無、A4-1-2 常勤の病棟配置の有無

該当件数と医療機関の種類別における割合を示した。

	常勤 (n=1, 586)		病棟配置人数 (n=1, 259)	
	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）（n=88）	76 (86.4)	10 (11.4)	45 (59.2)	31 (40.8)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：大学病院・大学附属病院（n=34）	29 (85.3)	5 (5.7)	11 (37.9)	18 (62.1)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：民間病院、その他（n=478）	453 (94.8)	25 (28.4)	116 (25.6)	337 (74.4)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）（n=336）	260 (77.4)	74 (84.1)	60 (23.1)	200 (76.9)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：大学病院・大学附属病院（n=98）	66 (67.3)	31 (35.2)	26 (39.4)	40 (60.6)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：民間病院、その他（n=227）	181 (79.7)	43 (48.9)	64 (35.4)	117 (64.6)
一般診療所：精神科を専門とする（精神科主体）（n=290）	169 (58.3)	118 (134.1)	2 (1.2)	167 (98.8)
一般診療所：精神科以外を専門とする（精神科以外が主体）（n=11）	4 (36.4)	7 (8.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
医療機関に併設の心理相談室等（自費の心理相談機関等）（n=6）	5 (83.3)	1 (1.1)	1 (20.0)	4 (80.0)
その他（n=18）	16 (88.9)	1 (1.1)	2 (12.5)	14 (87.5)
不適切回答（n=1）	-	1 (100.0)	-	-
回答なし（n=11）	-	11 (100.0)	-	-
合計（n=1, 586）	1, 259 (79.4)	315 (19.9)	327 (26.0)	932 (74.0)

## A1 医療機関の種類と A5-1 支援対象

該当件数と医療機関の種類別における割合を示した。

	精神疾患全般		精神及び 身体疾患全般		特定の 精神疾患		特定の 身体疾患		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体 の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独 立行政法人、自治体、国立研究開発法人等） (n=88)	57	(64.8)	17	(19.3)	4	(4.5)	3	(3.4)	5	(5.7)	86	(97.7)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体 の病院）：大学病院・大学附属病院(n=34)	14	(41.2)	12	(35.3)	1	(2.9)	3	(8.8)	4	(11.8)	34	(100.0)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体 の病院）：民間病院、その他(n=478)	454	(95.0)	7	(1.5)	11	(2.3)	0	(0.0)	4	(0.8)	476	(99.6)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病 院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行 政法人、自治体、国立研究開発法人等） (n=336)	62	(18.5)	192	(57.1)	14	(4.2)	18	(5.4)	43	(12.8)	329	(97.9)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病 院）：大学病院・大学附属病院(n=98)	20	(20.4)	45	(45.9)	4	(4.1)	11	(11.2)	16	(16.3)	96	(98.0)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病 院）：民間病院、その他(n=227)	30	(13.2)	109	(48.0)	15	(6.6)	25	(11.0)	43	(18.9)	222	(97.8)
一般診療所：精神科を専門とする（精神科主 体）(n=290)	263	(90.7)	7	(2.4)	11	(3.8)	1	(0.3)	2	(0.7)	284	(97.9)
一般診療所：精神科以外を専門とする（精神 科以外が主体）(n=11)	5	(45.5)	3	(27.3)	1	(9.1)	0	(0.0)	2	(18.2)	11	(100.0)
医療機関に併設の心理相談室等（自費の心理 相談機関等）(n=6)	5	(83.3)	1	(16.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(100.0)
その他(n=18)	5	(27.8)	3	(16.7)	1	(5.6)	0	(0.0)	8	(44.4)	17	(94.4)
合計(n=1,586)	915	(57.7)	396	(25.0)	62	(3.9)	61	(3.8)	127	(8.0)	1,561	(98.4)

# A1 医療機関の種類と A5-2-1 業務割合：心理検査・個別支援・集団支援

該当件数と医療機関の種類別における割合を示した。

	心理検査の業務 が、心理支援業務 全体（時間）のな かで最も大きな割 合を占める		個別支援（面接 等）の業務が、心 理支援業務全体 （時間）のなかで 最も大きな割合を 占める		集団支援の業務 が、心理支援業務 全体（時間）のな かで最も大きな割 合を占める		心理検査、個 別支援、集団 支援の業務割 合は、ほぼ均 等である		それ以外		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主 体の病院）：国公立の病院（国立病院機 構、独立行政法人、自治体、国立研究開発 法人等）（n=88）	28	(31.8)	29	(33.0)	4	(4.5)	19	(21.6)	5	(5.7)	85	(96.6)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主 体の病院）：大学病院・大学附属病院 （n=34）	10	(29.4)	13	(38.2)	1	(2.9)	9	(26.5)	1	(2.9)	34	(100.0)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主 体の病院）：民間病院、その他（n=478）	132	(27.6)	154	(32.2)	59	(12.3)	105	(22.0)	25	(5.2)	475	(99.4)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の 病院）：国公立の病院（国立病院機構、独 立行政法人、自治体、国立研究開発法人 等）（n=336）	73	(21.7)	177	(52.7)	3	(0.9)	54	(16.1)	23	(6.8)	330	(98.2)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の 病院）：大学病院・大学附属病院（n=98）	27	(27.6)	44	(44.9)	0	(0.0)	16	(16.3)	8	(8.2)	95	(96.9)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の 病院）：民間病院、その他（n=227）	53	(23.3)	118	(52.0)	6	(2.6)	23	(10.1)	20	(8.8)	220	(96.9)
一般診療所：精神科を専門とする（精神科 主体）（n=290）	43	(14.8)	172	(59.3)	24	(8.3)	29	(10.0)	15	(5.2)	283	(97.6)
一般診療所：精神科以外を専門とする（精 神科以外が主体）（n=11）	2	(18.2)	5	(45.5)	1	(9.1)	1	(9.1)	1	(9.1)	10	(90.9)
医療機関に併設の心理相談室等（自費の心 理相談機関等）（n=6）	0	(0.0)	5	(83.3)	0	(0.0)	1	(16.7)	0	(0.0)	6	(100.0)
その他（n=18）	3	(16.7)	6	(33.3)	3	(16.7)	3	(16.7)	2	(11.1)	17	(94.4)
合計（n=1,586）	371	(23.4)	723	(45.6)	101	(6.4)	61	(3.8)	127	(8.0)	1,561	(98.4)

## A1 医療機関の種類と B1 外来における心理面接（個人）の対象

該当件数と医療機関の種類別における割合を示した。

	該当する 対象疾患はない		神経発達症 (発達障害)		統合失調症等		気分症：双 極症等（双極 性障害）		抑うつ症・気分 変調症等（抑う つ性障害）		不安または 恐怖関連症		強迫症または 関連症		ストレス関連 症：心的外傷 後ストレス 症・急性スト レス反応等	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）（n=88）	16	(18.2)	66	(75.0)	45	(51.1)	47	(53.4)	58	(65.9)	59	(67.0)	55	(62.5)	53	(60.2)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：大学病院・大学附属病院（n=34）	6	(17.6)	21	(61.8)	7	(20.6)	13	(38.2)	19	(55.9)	19	(55.9)	13	(38.2)	13	(38.2)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）：民間病院、その他（n=478）	54	(11.3)	383	(80.1)	317	(66.3)	333	(69.7)	382	(79.9)	352	(73.6)	304	(63.6)	300	(62.8)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）（n=336）	71	(21.1)	198	(58.9)	74	(22.0)	97	(28.9)	196	(58.3)	191	(56.8)	134	(39.9)	164	(48.8)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：大学病院・大学附属病院（n=98）	27	(27.6)	62	(63.3)	27	(27.6)	38	(38.8)	53	(54.1)	57	(58.2)	43	(43.9)	51	(52.0)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）：民間病院、その他（n=227）	60	(26.4)	125	(55.1)	56	(24.7)	74	(32.6)	127	(55.9)	118	(52.0)	84	(37.0)	98	(43.2)
一般診療所：精神科を専門とする（精神科主体）（n=290）	37	(12.8)	212	(73.1)	144	(49.7)	193	(66.6)	230	(79.3)	219	(75.5)	185	(63.8)	174	(60.0)
一般診療所：精神科以外を専門とする（精神科以外が主体）（n=11）	1	(9.1)	6	(54.5)	4	(36.4)	4	(36.4)	5	(45.5)	5	(45.5)	6	(54.5)	5	(45.5)
医療機関に併設の心理相談室等（自費の心理相談機関等）（n=6）	0	(0.0)	3	(50.0)	3	(50.0)	3	(50.0)	4	(66.7)	4	(66.7)	4	(66.7)	3	(50.0)
その他（n=18）	4	(22.2)	11	(61.1)	5	(27.8)	6	(33.3)	9	(50.0)	9	(50.0)	6	(33.3)	7	(38.9)
合計（n=1,586）	276	(17.4)	1,087	(68.5)	682	(43.0)	808	(50.9)	1,083	(68.3)	1,033	(65.1)	834	(52.6)	868	(54.7)

## A1 医療機関の種類とC1心理支援の有無

該当件数と医療機関の種類別における割合を示した。

	小児の 精神疾患		小児の 身体疾患		周産期	腎疾患・糖尿病	心疾患	がん/ 緩和ケア	高次脳機能障 害/脳血管疾 患(認知症を 除く)		認知症	精神疾患全般				
	n	(%)	n	(%)					n	(%)			n	(%)		
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）；国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）（n=88）	48	(54.5)	9	(10.2)	11	(12.5)	4	(4.5)	15	(17.0)	25	(28.4)	39	(44.3)	61	(69.3)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）；大学病院・大学附属病院（n=34）	20	(58.8)	8	(23.5)	8	(23.5)	6	(17.6)	11	(32.4)	9	(26.5)	15	(44.1)	18	(52.9)
病院：精神科病院（単科精神科・精神科主体の病院）；民間病院、その他（n=478）	178	(37.2)	2	(0.4)	14	(2.9)	3	(0.6)	4	(0.8)	91	(19.0)	289	(60.5)	428	(89.5)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）；国公立の病院（国立病院機構、独立行政法人、自治体、国立研究開発法人等）（n=336）	171	(50.9)	124	(36.9)	107	(31.8)	62	(18.5)	187	(55.7)	112	(33.3)	155	(46.1)	152	(45.2)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）；大学病院・大学附属病院（n=98）	43	(43.9)	39	(39.8)	41	(41.8)	16	(16.3)	41	(41.8)	36	(36.7)	42	(42.9)	48	(49.0)
病院：一般病院（総合病院・身体科主体の病院）；民間病院、その他（n=227）	81	(35.7)	60	(26.4)	45	(19.8)	37	(16.3)	109	(48.0)	85	(37.4)	124	(54.6)	95	(41.9)
一般診療所：精神科を専門とする（精神科主体）（n=290）	105	(36.2)	9	(3.1)	13	(4.5)	2	(0.7)	3	(1.0)	19	(6.6)	48	(16.6)	250	(86.2)
一般診療所：精神科以外を専門とする（精神科以外が主体）（n=11）	3	(27.3)	1	(9.1)	1	(9.1)	1	(9.1)	1	(9.1)	0	(0.0)	3	(27.3)	3	(27.3)
医療機関に併設の心理相談室等（自費の心理相談機関等）（n=6）	3	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(16.7)	4	(66.7)
その他（n=18）	6	(33.3)	5	(27.8)	1	(5.6)	0	(0.0)	1	(5.6)	2	(11.1)	5	(27.8)	8	(44.4)
合計	658	(41.5)	257	(16.2)	241	(15.2)	131	(8.3)	372	(23.5)	379	(23.9)	721	(45.5)	1,067	(67.3)

### A3 部署・部門等と A2-1 病床数、A2-2 精神科病床

該当件数と部署・部門別における割合を示した。

	病床 (n=1, 586)		精神科病床 (n=1, 266)	
	あり n	(%)	あり n	(%)
精神科 (n=676)	459	(67.9)	341	(74.3)
児童精神科 (n=27)	15	(55.6)	12	(80.0)
小児科 (n=69)	66	(95.7)	24	(36.4)
脳神経内科 (n=15)	15	(100.0)	6	(40.0)
脳神経外科 (n=6)	6	(100.0)	0	(0.0)
心療内科 (n=75)	25	(33.3)	4	(16.0)
内科 (含. 総合診療部) (n=13)	11	(84.6)	3	(27.3)
感染症科・HIV 関連の診療科 (n=5)	5	(100.0)	2	(40.0)
がん・緩和ケア関連の診療科 (n=37)	37	(100.0)	7	(18.9)
整形外科 (n=1)	0	(0.0)	0	(0.0)
リハビリテーション科 (n=66)	65	(98.5)	16	(24.6)
麻酔科・ペイン科 (n=2)	2	(100.0)	2	(100.0)
産科・婦人科 (n=2)	1	(50.0)	0	(0.0)
遺伝科 (n=2)	2	(100.0)	1	(50.0)
周産期母子医療センター (n=26)	26	(100.0)	14	(53.8)
認知症疾患医療センター (n=20)	20	(100.0)	9	(45.0)
その他の診療科 (n=16)	15	(93.8)	9	(60.0)
心理相談部門等 (n=210)	197	(93.8)	137	(69.5)
デイ・ケア部門 (n=64)	49	(76.6)	47	(95.9)
コメデイカル部門 (n=98)	98	(100.0)	59	(60.2)
がん相談支援センター、がん対策室等 (n=14)	14	(100.0)	2	(14.3)
地域医療連携室 (n=43)	43	(100.0)	18	(41.9)
その他の部門 (n=99)	95	(96.0)	33	(34.7)
合計 (n=1, 586)	1, 266	(79.8)	746	(58.9)
			320	(20.2)
			520	(41.1)

### A3 部署・部門等と A4-1-1 常勤の勤務者数、A4-1-2 常勤の病棟配置人数

該当件数と部署・部門別における割合を示した。

	常勤 (n=1,586)		病棟配置人数 (n=1,259)	
	あり n	(%)	あり n	(%)
精神科 (n=676)	543	(80.3)	131	(24.1)
児童精神科 (n=27)	22	(81.5)	8	(36.4)
小児科 (n=69)	36	(52.2)	11	(30.6)
脳神経内科 (n=15)	5	(33.3)	2	(40.0)
脳神経外科 (n=6)	2	(33.3)	1	(50.0)
心療内科 (n=75)	38	(50.7)	5	(13.2)
内科 (含. 総合診療部) (n=13)	3	(23.1)	0	(0.0)
感染症科・HIV 関連の診療科 (n=5)	2	(40.0)	1	(50.0)
がん・緩和ケア関連の診療科 (n=37)	22	(59.5)	11	(50.0)
整形外科 (n=1)	0	(0.0)	0	(0.0)
リハビリテーション科 (n=66)	57	(86.4)	26	(45.6)
麻酔科・ペイン科 (n=2)	0	(0.0)	0	(0.0)
産科・婦人科 (n=2)	1	(50.0)	0	(0.0)
遺伝科 (n=2)	2	(100.0)	0	(0.0)
周産期母子医療センター (n=26)	19	(73.1)	16	(84.2)
認知症患者医療センター (n=20)	16	(80.0)	1	(6.3)
その他の診療科 (n=16)	13	(81.3)	5	(38.5)
心理相談部門等 (n=210)	195	(92.9)	49	(25.1)
デイ・ケア部門 (n=64)	60	(93.8)	2	(3.3)
コメデイカル部門 (n=98)	94	(95.9)	28	(29.8)
がん相談支援センター、がん対策室等 (n=14)	11	(78.6)	1	(9.1)
地域医療連携室 (n=43)	38	(88.4)	9	(23.7)
その他の部門 (n=99)	80	(80.8)	18	(22.5)
合計 (n=1,586)	1,259	(79.4)	325	(25.8)
			934	(74.2)

### A3 部署・部門等と A5-1 支援対象

該当件数と部署・部門別における割合を示した。

	精神疾患全般		精神及び 身体疾患全般		特定の精神疾患		特定の身体疾患		その他		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
精神科 (n=676)	550	(81.4)	95	(14.1)	9	(1.3)	4	(0.6)	6	(0.9)	664	(98.2)
児童精神科 (n=27)	21	(77.8)	1	(3.7)	5	(18.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	27	(100.0)
小児科 (n=69)	7	(10.1)	41	(59.4)	2	(2.9)	0	(0.0)	17	(24.6)	67	(97.1)
脳神経内科 (n=15)	2	(13.3)	3	(20.0)	4	(26.7)	4	(26.7)	2	(13.3)	15	(100.0)
脳神経外科 (n=6)	0	(0.0)	2	(33.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(66.7)	6	(100.0)
心療内科 (n=75)	50	(66.7)	17	(22.7)	2	(2.7)	2	(2.7)	3	(4.0)	74	(98.7)
内科 (含. 総合診療部) (n=13)	2	(15.4)	5	(38.5)	1	(7.7)	0	(0.0)	3	(23.1)	11	(84.6)
感染症科・HIV 関連の診療科 (n=5)	0	(0.0)	1	(20.0)	0	(0.0)	4	(80.0)	0	(0.0)	5	(100.0)
がん・緩和ケア関連の診療科 (n=37)	1	(2.7)	18	(48.6)	0	(0.0)	15	(40.5)	3	(8.1)	37	(100.0)
整形外科 (n=1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(100.0)	1	(100.0)
リハビリテーション科 (n=66)	8	(12.1)	23	(34.8)	13	(19.7)	6	(9.1)	13	(19.7)	63	(95.5)
麻酔科・ペイン科 (n=2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	2	(100.0)
産科・婦人科 (n=2)	0	(0.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	2	(100.0)
遺伝科 (n=2)	0	(0.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	2	(100.0)
周産期母子医療センター (n=26)	2	(7.7)	7	(26.9)	0	(0.0)	2	(7.7)	15	(57.7)	26	(100.0)
認知症疾患医療センター (n=20)	6	(30.0)	3	(15.0)	5	(25.0)	1	(5.0)	5	(25.0)	20	(100.0)
その他の診療科 (n=16)	2	(12.5)	5	(31.3)	2	(12.5)	4	(25.0)	3	(18.8)	16	(100.0)
心理相談部門等 (n=210)	125	(59.5)	66	(31.4)	6	(2.9)	3	(1.4)	9	(4.3)	209	(99.5)
デイ・ケア部門 (n=64)	58	(90.6)	2	(3.1)	4	(6.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	64	(100.0)
ユメディカル部門 (n=98)	46	(46.9)	34	(34.7)	3	(3.1)	4	(4.1)	9	(9.2)	96	(98.0)
がん相談支援センター、がん対策室等 (n=14)	0	(0.0)	9	(64.3)	0	(0.0)	5	(35.7)	0	(0.0)	14	(100.0)
地域医療連携室 (n=43)	14	(32.6)	20	(46.5)	1	(2.3)	2	(4.7)	6	(14.0)	43	(100.0)
その他の部門 (n=99)	21	(21.2)	42	(42.4)	5	(5.1)	2	(2.0)	27	(27.3)	97	(98.0)
合計 (n=1,586)	915	(57.7)	396	(25.0)	62	(3.9)	61	(3.8)	127	(8.0)	1,561	(98.4)

### A3 部署・部門等と A5-2-1 業務割合：心理検査・個別支援・集団支援

該当件数と部署・部門別における割合を示した。

	心理検査の業務 が、心理支援業務 全体（時間）のな かで最も大きな割 合を占める		個別支援（面接 等）の業務が、心 理支援業務全体 （時間）のなかで 最も大きな割合を 占める		集団支援の業務 が、心理支援業務 全体（時間）のな かで最も大きな割 合を占める		心理検査、個別支 援、集団支援の業 務割合は、ほぼ均 等である		それ以外		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
精神科 (n=676)	161	(23.8)	317	(46.9)	28	(4.1)	123	(18.2)	33	(4.9)	662	(97.9)
児童精神科 (n=27)	10	(37.0)	8	(29.6)	1	(3.7)	5	(18.5)	3	(11.1)	27	(100.0)
小児科 (n=69)	14	(20.3)	35	(50.7)	1	(1.4)	13	(18.8)	3	(4.3)	66	(95.7)
脳神経内科 (n=15)	9	(60.0)	5	(33.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	14	(93.3)
脳神経外科 (n=6)	1	(16.7)	2	(33.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(33.3)	5	(83.3)
心療内科 (n=75)	14	(18.7)	43	(57.3)	3	(4.0)	7	(9.3)	7	(9.3)	74	(98.7)
内科（含、総合診療部） (n=13)	4	(30.8)	6	(46.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(7.7)	11	(84.6)
感染症科・HIV 関連の診療科 (n=5)	0	(0.0)	5	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(100.0)
がん・緩和ケア関連の診療科 (n=37)	0	(0.0)	35	(94.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(5.4)	37	(100.0)
整形外科 (n=1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
リハビリテーション科 (n=66)	25	(37.9)	20	(30.3)	4	(6.1)	7	(10.6)	7	(10.6)	63	(95.5)
麻酔科・ペイン科 (n=2)	0	(0.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(100.0)
産科・婦人科 (n=2)	0	(0.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(100.0)
遺伝科 (n=2)	1	(50.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(100.0)
周産期母子医療センター (n=26)	5	(19.2)	18	(69.2)	0	(0.0)	3	(11.5)	0	(0.0)	26	(100.0)
認知症疾患医療センター (n=20)	17	(85.0)	2	(10.0)	0	(0.0)	1	(5.0)	0	(0.0)	20	(100.0)
その他の診療科 (n=16)	5	(31.3)	8	(50.0)	0	(0.0)	2	(12.5)	1	(6.3)	16	(100.0)
心理相談部門等 (n=210)	44	(21.0)	96	(45.7)	4	(1.9)	58	(27.6)	7	(3.3)	209	(99.5)
デイ・ケア部門 (n=64)	5	(7.8)	2	(3.1)	50	(78.1)	2	(3.1)	4	(6.3)	63	(98.4)
コメデイカル部門 (n=98)	24	(24.5)	36	(36.7)	2	(2.0)	25	(25.5)	10	(10.2)	97	(99.0)
がん相談支援センター、がん対策室等 (n=14)	0	(0.0)	13	(92.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(7.1)	14	(100.0)
地域医療連携室 (n=43)	13	(30.2)	21	(48.8)	0	(0.0)	4	(9.3)	5	(11.6)	43	(100.0)
その他の部門 (n=99)	19	(19.2)	46	(46.5)	8	(8.1)	10	(10.1)	14	(14.1)	97	(98.0)
合計 (n=1,586)	371	(23.4)	723	(45.6)	101	(6.4)	260	(16.4)	100	(6.3)	1555	(98.0)

### A3 部署・部門等と業務割合：外来業務・病棟業務

該当件数と部署・部門別における割合を示した。

	無床で外来業務のみ		有床で外来業務のみ		病棟業務のみ		外来・病棟両業務があり、外来業務の方が業務全体(時間)に占める割合が高い		外来・病棟両業務があり、病棟業務の方が業務全体(時間)に占める割合が高い		外来・病棟両業務があり、外来業務と病棟業務の割合は、ほぼ均等である		それ以外		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
精神科 (n=676)	226	(33.4)	9	(1.3)	2	(0.3)	255	(37.7)	57	(8.4)	99	(14.6)	14	(2.1)	662	(97.9)
児童精神科 (n=27)	14	(51.9)	1	(3.7)	1	(3.7)	7	(25.9)	3	(11.1)	1	(3.7)	0	(0.0)	27	(100.0)
小児科 (n=69)	8	(11.6)	12	(17.4)	0	(0.0)	34	(49.3)	5	(7.2)	9	(13.0)	0	(0.0)	68	(98.6)
脳神経内科 (n=15)	1	(6.7)	1	(6.7)	0	(0.0)	7	(46.7)	3	(20.0)	2	(13.3)	0	(0.0)	14	(93.3)
脳神経外科 (n=6)	1	(16.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(33.3)	1	(16.7)	0	(0.0)	1	(16.7)	5	(83.3)
心療内科 (n=75)	52	(69.3)	1	(1.3)	0	(0.0)	10	(13.3)	6	(8.0)	4	(5.3)	1	(1.3)	74	(98.7)
内科 (含. 総合診療部) (n=13)	3	(23.1)	1	(7.7)	0	(0.0)	4	(30.8)	2	(15.4)	0	(0.0)	1	(7.7)	11	(84.6)
感染症科・HIV 関連の診療科 (n=5)	2	(40.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(40.0)	1	(20.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(100.0)
がん・緩和ケア関連の診療科 (n=37)	0	(0.0)	1	(2.7)	6	(16.2)	4	(10.8)	17	(45.9)	7	(18.9)	2	(5.4)	37	(100.0)
整形外科 (n=1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
リハビリテーション科 (n=66)	3	(4.5)	3	(4.5)	6	(9.1)	20	(30.3)	20	(30.3)	11	(16.7)	1	(1.5)	64	(97.0)
麻酔科・ペイン科 (n=2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(100.0)
産科・婦人科 (n=2)	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	2	(100.0)
遺伝科 (n=2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	2	(100.0)
周産期母子医療センター (n=26)	2	(7.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(26.9)	13	(50.0)	4	(15.4)	0	(0.0)	26	(100.0)
認知症患者医療センター (n=20)	4	(20.0)	5	(25.0)	0	(0.0)	10	(50.0)	0	(0.0)	1	(5.0)	0	(0.0)	20	(100.0)
その他の診療科 (n=16)	1	(6.3)	0	(0.0)	2	(12.5)	3	(18.8)	4	(25.0)	5	(31.3)	1	(6.3)	16	(100.0)
心理相談部門等 (n=210)	18	(8.6)	2	(1.0)	3	(1.4)	112	(53.3)	23	(11.0)	48	(22.9)	3	(1.4)	209	(99.5)
デイ・ケア部門 (n=64)	27	(42.2)	7	(10.9)	0	(0.0)	16	(25.0)	0	(0.0)	1	(1.6)	12	(18.8)	63	(98.4)
コメディカル部門 (n=98)	1	(1.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	51	(52.0)	17	(17.3)	25	(25.5)	3	(3.1)	97	(99.0)
がん相談支援センター、がん対策室等 (n=14)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(28.6)	4	(28.6)	6	(42.9)	0	(0.0)	14	(100.0)
地域医療連携室 (n=43)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.0)	20	(46.5)	7	(16.3)	12	(27.9)	1	(2.3)	43	(100.0)
その他の部門 (n=99)	10	(10.1)	1	(1.0)	6	(6.1)	31	(31.3)	21	(21.2)	16	(16.2)	12	(12.1)	97	(98.0)
合計 (n=1,586)	374	(23.6)	44	(2.8)	29	(1.8)	601	(37.9)	205	(12.9)	252	(15.9)	53	(3.3)	1,558	(98.2)

### A3 部署・部門等と B1 外来における心理面接（個人）の対象

該当件数と部署・部門別における割合を示した。

	該当する対象 疾患はない		神経発達症 (発達障 害)		統合失調症 等		気分症：双 極症等（双 極性障害）		抑うつ症・ 気分変動症 等（抑うつ 性障害）		不安または 恐怖関連症		強迫症また は関連症		ストレス関連 症：心的外傷 後ストレス 症・急性スト レス反応等	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
精神科 (n=676)	74	(10.9)	515	(76.2)	378	(55.9)	444	(65.7)	532	(78.7)	500	(74.0)	423	(62.6)	424	(62.7)
児童精神科 (n=27)	6	(22.2)	20	(74.1)	9	(33.3)	9	(33.3)	14	(51.9)	13	(48.1)	13	(48.1)	16	(59.3)
小児科 (n=69)	3	(4.3)	58	(84.1)	5	(7.2)	9	(13.0)	30	(43.5)	46	(66.7)	32	(46.4)	37	(53.6)
脳神経内科 (n=15)	12	(80.0)	2	(13.3)	2	(13.3)	2	(13.3)	2	(13.3)	2	(13.3)	2	(13.3)	1	(6.7)
脳神経外科 (n=6)	1	(16.7)	3	(50.0)	1	(16.7)	2	(33.3)	4	(66.7)	3	(50.0)	2	(33.3)	3	(50.0)
心療内科 (n=75)	6	(8.0)	54	(72.0)	24	(32.0)	40	(53.3)	63	(84.0)	61	(81.3)	47	(62.7)	44	(58.7)
内科（含、総合診療部） (n=13)	3	(23.1)	6	(46.2)	3	(23.1)	3	(23.1)	5	(38.5)	4	(30.8)	4	(30.8)	3	(23.1)
感染症科・HIV 関連の診療科 (n=5)	2	(40.0)	3	(60.0)	2	(40.0)	3	(60.0)	3	(60.0)	3	(60.0)	3	(60.0)	3	(60.0)
がん・緩和ケア関連の診療科 (n=37)	13	(35.1)	13	(35.1)	1	(2.7)	5	(13.5)	19	(51.4)	18	(48.6)	5	(13.5)	15	(40.5)
整形外科 (n=1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
リハビリテーション科 (n=66)	28	(42.4)	29	(43.9)	8	(12.1)	10	(15.2)	23	(34.8)	21	(31.8)	10	(15.2)	13	(19.7)
麻酔科・ペイン科 (n=2)	2	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
産科・婦人科 (n=2)	1	(50.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	1	(50.0)
遺伝科 (n=2)	0	(0.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
周産期母子医療センター (n=26)	8	(30.8)	17	(65.4)	5	(19.2)	7	(26.9)	13	(50.0)	12	(46.2)	8	(30.8)	12	(46.2)
認知症疾患医療センター (n=20)	12	(60.0)	6	(30.0)	2	(10.0)	3	(15.0)	7	(35.0)	5	(25.0)	3	(15.0)	3	(15.0)
その他の診療科 (n=16)	6	(37.5)	10	(62.5)	5	(31.3)	8	(50.0)	8	(50.0)	8	(50.0)	8	(50.0)	8	(50.0)
心理相談部門等 (n=210)	17	(8.1)	162	(77.1)	122	(58.1)	137	(65.2)	175	(83.3)	169	(80.5)	145	(69.0)	148	(70.5)
デイ・ケア部門 (n=64)	22	(34.4)	30	(46.9)	30	(46.9)	29	(45.3)	30	(46.9)	25	(39.1)	17	(26.6)	13	(20.3)
コメデイカル部門 (n=98)	15	(15.3)	67	(68.4)	42	(42.9)	42	(42.9)	68	(69.4)	61	(62.2)	49	(50.0)	52	(53.1)
がん相談支援センター、がん対策 等 (n=14)	4	(28.6)	6	(42.9)	3	(21.4)	2	(14.3)	8	(57.1)	7	(50.0)	6	(42.9)	7	(50.0)
地域医療連携室 (n=43)	9	(20.9)	31	(72.1)	13	(30.2)	17	(39.5)	24	(55.8)	23	(53.5)	17	(39.5)	21	(48.8)
その他の部門 (n=99)	32	(32.3)	53	(53.5)	26	(26.3)	35	(35.4)	53	(53.5)	50	(50.5)	39	(39.4)	44	(44.4)
合計 (n=1,586)	276	(17.4)	1087	(68.5)	682	(43.0)	808	(50.9)	1083	(68.3)	1033	(65.1)	834	(52.6)	868	(54.7)

### A3 部署・部門等とC1心理支援の有無

該当件数と部署・部門別における割合を示した。

	小児の 精神疾患		小児の 身体疾患		周産期		腎疾患・糖尿 病		心疾患		がん/ 緩和ケア		高次脳機能障 害/脳血管疾 患(認知症を の除く)		精神疾患全般			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
精神科 (n=676)	266	(39.3)	43	(6.4)	75	(11.1)	33	(4.9)	35	(5.2)	102	(15.1)	138	(20.4)	310	(45.9)	555	(82.1)
児童精神科 (n=27)	26	(96.3)	2	(7.4)	1	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(3.7)	0	(0.0)	1	(3.7)	13	(48.1)
小児科 (n=69)	55	(79.7)	45	(65.2)	22	(31.9)	5	(7.2)	4	(5.8)	17	(24.6)	8	(11.6)	7	(10.1)	11	(15.9)
脳神経内科 (n=15)	1	(6.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(26.7)	7	(46.7)	14	(93.3)	3	(20.0)
脳神経外科 (n=6)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(16.7)	1	(16.7)	4	(66.7)	2	(33.3)	3	(50.0)	2	(33.3)
心療内科 (n=75)	27	(36.0)	6	(8.0)	4	(5.3)	5	(6.7)	7	(9.3)	14	(18.7)	4	(5.3)	24	(32.0)	63	(84.0)
内科 (含. 総合診療部) (n=13)	5	(38.5)	1	(7.7)	2	(15.4)	3	(23.1)	0	(0.0)	2	(15.4)	3	(23.1)	6	(46.2)	3	(23.1)
感染症科・HIV 関連の診療 科 (n=5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(20.0)	1	(20.0)	1	(20.0)	0	(0.0)	2	(40.0)	2	(40.0)	5	(100.0)
がん・緩和ケア関連の診療 科 (n=37)	7	(18.9)	15	(40.5)	5	(13.5)	2	(5.4)	3	(8.1)	34	(91.9)	4	(10.8)	7	(18.9)	5	(13.5)
整形外科 (n=1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
リハビリテーション科 (n=66)	18	(27.3)	13	(19.7)	3	(4.5)	5	(7.6)	8	(12.1)	11	(16.7)	40	(60.6)	37	(56.1)	16	(24.2)
麻酔科・ペイン科 (n=2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
産科・婦人科 (n=2)	0	(0.0)	1	(50.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)
遺伝科 (n=2)	1	(50.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	1	(50.0)	0	(0.0)
周産期母子医療センター (n=26)	17	(65.4)	14	(53.8)	25	(96.2)	0	(0.0)	1	(3.8)	1	(3.8)	1	(3.8)	1	(3.8)	2	(7.7)
認知症疾患医療センター (n=20)	2	(10.0)	3	(15.0)	1	(5.0)	1	(5.0)	1	(5.0)	3	(15.0)	7	(35.0)	19	(95.0)	6	(30.0)
その他の診療科 (n=16)	6	(37.5)	6	(37.5)	4	(25.0)	2	(12.5)	1	(6.3)	7	(43.8)	7	(43.8)	8	(50.0)	7	(43.8)
心理相談部門等 (n=210)	109	(51.9)	40	(19.0)	37	(17.6)	29	(13.8)	28	(13.3)	64	(30.5)	70	(33.3)	132	(62.9)	171	(81.4)
デイ・ケア部門 (n=64)	9	(14.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.6)	7	(10.9)	15	(23.4)	58	(90.6)
ユメデイカル部門 (n=98)	46	(46.9)	21	(21.4)	18	(18.4)	13	(13.3)	14	(14.3)	26	(26.5)	33	(33.7)	63	(64.3)	67	(68.4)
がん相談支援センター、が ん対策室等 (n=14)	4	(28.6)	2	(14.3)	4	(28.6)	5	(35.7)	5	(35.7)	14	(100.0)	1	(7.1)	5	(35.7)	4	(28.6)
地域医療連携室 (n=43)	23	(53.5)	13	(30.2)	12	(27.9)	8	(18.6)	6	(14.0)	18	(41.9)	12	(27.9)	19	(44.2)	26	(60.5)
その他の部門 (n=99)	36	(36.4)	31	(31.3)	25	(25.3)	18	(18.2)	23	(23.2)	45	(45.5)	32	(32.3)	47	(47.5)	49	(49.5)
合計 (n=1,586)	658	(41.5)	257	(16.2)	241	(15.2)	131	(8.3)	138	(8.7)	372	(23.5)	379	(23.9)	721	(45.5)	1067	(67.3)

## 2 重点調査領域の概要

回答機関の部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）で公認心理師等が普段からよく行っている心理支援について尋ねた。ただし、新型コロナウイルス感染症により、心理支援内容や方法等に変更が生じている場合は、変更前の状況に基づいて回答を求めた。

### C1 心理支援の有無（n=1, 586）

回答機関の部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）で公認心理師等が普段からよく行っている心理支援の対象として該当するものを、全て選択してもらった。心理アセスメント、心理教育（本人対象）、家族支援、連携等（コンサルテーション、リエゾン等）のみの支援も含めた。部署・部門等全体での特徴についておおまかに回答を求めた。周産期領域での児のフォローアップ支援等は「1. 小児の精神疾患」もしくは「2. 小児の身体疾患」で、母親支援は「3. 周産期」で回答を求めた。

心理支援の対象としては、精神疾患全般が最も割合が高く（67.3%）、認知症（45.5%）、小児の精神疾患（41.5%）と続いた。高次脳機能障害／脳血管疾患およびがん／緩和ケアは、回答機関の部署・部門等の約4分の1が心理支援の対象としており、小児の身体疾患、周産期、腎臓病／糖尿病、心疾患も一定の部署・部門等が心理支援を行っていることが分かった。

	n	(%)
小児の精神疾患	658	(41.5)
精神疾患全般（高次脳機能障害／脳血管疾患・認知症を除く）	1,067	(67.3)
高次脳機能障害／脳血管疾患（認知症を除く）	379	(23.9)
認知症	721	(45.5)
小児の身体疾患	257	(16.2)
周産期	241	(15.2)
腎疾患／糖尿病	131	(8.3)
心疾患	138	(8.7)
がん／緩和ケア	372	(23.5)

### C2 支援の内容

「C1 心理支援の有無」で選択した支援領域での内容を、心理検査、心理教育（本人対象）、外来における心理面接（個人）、外来における心理支援（集団）、入院における心理面接（個人）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチ、家族支援、チーム医療・連携等の有無を尋ねた。部署・部門等全体での特徴について、おおまかに回答を求めた。

C1「心理支援の有無」で選択した支援領域それぞれについて、まず全体の回答を示した。次に、「A1 医療機関の種類」での回答に基づく病院（精神科）、病院（一般）、一般診療所の3つの機関種別の回答を示した。最後に「A4 配置人数」で常勤勤務者が1名以上いると回答した機関（常勤者あり機関）と0名と回答した機関（常勤者なし機関）別の回答を示した。

## 精神疾患全般（小児・成人）

### C2-1 小児の精神疾患（n=658）

小児の精神疾患に対する支援として、心理検査、外来における心理面接（個人）、家族支援、チーム医療・連携は実施しているとの回答が 8 割を超えたが、外来における心理支援（集団）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチは 20%を下回った。

	n	(%)
心理検査	618	(93.9)
心理教育（本人対象）	389	(59.1)
外来における心理面接（個人）	552	(83.9)
外来における心理支援（集団）	81	(12.3)
入院における心理面接（個人）	304	(46.2)
入院における心理支援（集団）	55	(8.4)
アウトリーチ	77	(11.7)
家族支援	535	(81.3)
チーム医療・連携	546	(83.0)

	病院（精神科） (n=246)		病院（一般） (n=295)		一般診療所 (n=108)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	235	(95.5)	276	(93.6)	100	(92.6)
心理教育（本人対象）	134	(54.5)	182	(61.7)	71	(65.7)
外来における心理面接（個人）	202	(82.1)	250	(84.7)	93	(86.1)
外来における心理支援（集団）	34	(13.8)	30	(10.2)	15	(13.9)
入院における心理面接（個人）	132	(53.7)	168	(56.9)	3	(2.8)
入院における心理支援（集団）	35	(14.2)	20	(6.8)	0	(0.0)
アウトリーチ	22	(8.9)	38	(12.9)	15	(13.9)
家族支援	186	(75.6)	252	(85.4)	89	(82.4)
チーム医療・連携	209	(85.0)	247	(83.7)	82	(75.9)

	常勤者あり機関 (n=556)		常勤者なし機関 (n=101)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	524	(94.2)	93	(92.1)
心理教育（本人対象）	336	(60.4)	52	(51.5)
外来における心理面接（個人）	472	(84.9)	80	(79.2)
外来における心理支援（集団）	71	(12.8)	10	(9.9)
入院における心理面接（個人）	282	(50.7)	22	(21.8)
入院における心理支援（集団）	54	(9.7)	1	(1.0)
アウトリーチ	68	(12.2)	9	(8.9)
家族支援	458	(82.4)	76	(75.2)
チーム医療・連携	475	(85.4)	70	(69.3)

## C2-9 精神疾患全般（高次脳機能障害／脳血管疾患・認知症を除く） (n=1,067)

精神疾患全般に対する支援として、心理面接、心理教育（本人対象）、外来における心理面接（個人）、家族支援、チーム医療・連携は実施しているとの回答が6～8割ほどであったが、外来における心理支援（集団）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチでは25%を下回った。最も割合が大きかったのは心理検査で、84.3%であった。

	n	(%)
心理検査	899	(84.3)
心理教育（本人対象）	618	(57.9)
外来における心理面接（個人）	801	(75.1)
外来における心理支援（集団）	220	(20.6)
入院における心理面接（個人）	471	(44.1)
入院における心理支援（集団）	165	(15.5)
アウトリーチ	82	(7.7)
家族支援	622	(58.3)
チーム医療・連携	818	(76.7)

	病院（精神科） (n=507)		病院（一般） (n=295)		一般診療所 (n=253)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	443	(87.4)	233	(79.0)	214	(84.6)
心理教育（本人対象）	311	(61.3)	150	(50.8)	152	(60.1)
外来における心理面接（個人）	405	(79.9)	203	(68.8)	188	(74.3)
外来における心理支援（集団）	136	(26.8)	29	(9.8)	54	(21.3)
入院における心理面接（個人）	302	(59.6)	165	(55.9)	3	(1.2)
入院における心理支援（集団）	141	(27.8)	22	(7.5)	1	(0.4)
アウトリーチ	35	(6.9)	16	(5.4)	30	(11.9)
家族支援	306	(60.4)	162	(54.9)	148	(58.5)
チーム医療・連携	428	(84.4)	212	(71.9)	171	(67.6)

	常勤者あり機関 (n=896)		常勤者なし機関 (n=171)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	760	(84.8)	139	(81.3)
心理教育（本人対象）	525	(58.6)	93	(54.4)
外来における心理面接（個人）	685	(76.5)	116	(67.8)
外来における心理支援（集団）	203	(22.7)	17	(9.9)
入院における心理面接（個人）	448	(50.0)	23	(13.5)
入院における心理支援（集団）	161	(18.0)	4	(2.3)
アウトリーチ	72	(8.0)	10	(5.8)
家族支援	535	(59.7)	87	(50.9)
チーム医療・連携	716	(79.9)	102	(59.6)

## 特定の精神疾患等

### C2-7 高次脳機能障害／脳血管疾患（認知症を除く）（n=379）

高次脳機能障害／脳血管疾患に対する支援として、心理面接、チーム医療・連携は実施しているとの回答が7～8割ほどであったが、外来における心理支援（集団）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチは10%を下回った。

	n	(%)
心理検査	305	(80.5)
心理教育（本人対象）	119	(31.4)
外来における心理面接（個人）	123	(32.5)
外来における心理支援（集団）	16	(4.2)
入院における心理面接（個人）	143	(37.7)
入院における心理支援（集団）	16	(4.2)
アウトリーチ	27	(7.1)
家族支援	149	(39.3)
チーム医療・連携	256	(67.5)

	病院（精神科） (n=125)		病院（一般） (n=233)		一般診療所 (n=19)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	107	(85.6)	182	(78.1)	14	(73.7)
心理教育（本人対象）	34	(27.2)	78	(33.5)	7	(36.8)
外来における心理面接（個人）	35	(28.0)	78	(33.5)	10	(52.6)
外来における心理支援（集団）	5	(4.0)	10	(4.3)	1	(5.3)
入院における心理面接（個人）	33	(26.4)	108	(46.4)	1	(5.3)
入院における心理支援（集団）	3	(2.4)	13	(5.6)	0	(0.0)
アウトリーチ	9	(7.2)	18	(7.7)	0	(0.0)
家族支援	46	(36.8)	97	(41.6)	5	(26.3)
チーム医療・連携	81	(64.8)	161	(69.1)	12	(63.2)

	常勤者あり機関 (n=335)		常勤者なし機関 (n=43)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	272	(81.2)	32	(74.4)
心理教育（本人対象）	104	(31.0)	15	(34.9)
外来における心理面接（個人）	117	(34.9)	6	(14.0)
外来における心理支援（集団）	14	(4.2)	2	(4.7)
入院における心理面接（個人）	131	(39.1)	12	(27.9)
入院における心理支援（集団）	11	(3.3)	5	(11.6)
アウトリーチ	24	(7.2)	3	(7.0)
家族支援	135	(40.3)	14	(32.6)
チーム医療・連携	233	(69.6)	22	(51.2)

## C2-8 認知症 (n=721)

認知症に対する支援として、心理面接、チーム医療・連携は実施しているとの回答が7~9割ほどであったが、その他の項目では35%を下回った。

	n	(%)
心理検査	655	(90.8)
心理教育 (本人対象)	102	(14.1)
外来における心理面接 (個人)	122	(16.9)
外来における心理支援 (集団)	31	(4.3)
入院における心理面接 (個人)	182	(25.2)
入院における心理支援 (集団)	89	(12.3)
アウトリーチ	43	(6.0)
家族支援	240	(33.3)
チーム医療・連携	524	(72.7)

	病院 (精神科) (n=343)		病院 (一般) (n=321)		一般診療所 (n=51)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	327	(95.3)	274	(85.4)	49	(96.1)
心理教育 (本人対象)	34	(9.9)	59	(18.4)	9	(17.6)
外来における心理面接 (個人)	60	(17.5)	46	(14.3)	16	(31.4)
外来における心理支援 (集団)	17	(5.0)	10	(3.1)	4	(7.8)
入院における心理面接 (個人)	65	(19.0)	113	(35.2)	3	(5.9)
入院における心理支援 (集団)	62	(18.1)	25	(7.8)	0	(0.0)
アウトリーチ	20	(5.8)	17	(5.3)	5	(9.8)
家族支援	106	(30.9)	114	(35.5)	16	(31.4)
チーム医療・連携	259	(75.5)	227	(70.7)	33	(64.7)

	常勤者あり機関 (n=580)		常勤者なし機関 (n=75)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	580	(100.0)	75	(100.0)
心理教育 (本人対象)	88	(15.2)	14	(18.7)
外来における心理面接 (個人)	107	(18.4)	15	(20.0)
外来における心理支援 (集団)	27	(4.7)	4	(5.3)
入院における心理面接 (個人)	159	(27.4)	22	(29.3)
入院における心理支援 (集団)	85	(14.7)	4	(5.3)
アウトリーチ	37	(6.4)	6	(8.0)
家族支援	211	(36.4)	29	(38.7)
チーム医療・連携	474	(81.7)	49	(65.3)

## 小児の身体疾患・周産期

### C2-2 小児の身体疾患 (n=257)

小児の身体疾患に対する支援として、外来における心理支援（集団）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチでは実施しているとの回答が 10%を下回ったが、それ以外の項目では 50%を上回った。

	n	(%)
心理検査	197	(76.7)
心理教育（本人対象）	146	(56.8)
外来における心理面接（個人）	173	(67.3)
外来における心理支援（集団）	12	(4.7)
入院における心理面接（個人）	160	(62.3)
入院における心理支援（集団）	11	(4.3)
アウトリーチ	22	(8.6)
家族支援	186	(72.4)
チーム医療・連携	201	(78.2)

	病院（精神科） (n=19)		病院（一般） (n=223)		一般診療所 (n=10)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	15	(78.9)	174	(78.0)	5	(50.0)
心理教育（本人対象）	11	(57.9)	130	(58.3)	3	(30.0)
外来における心理面接（個人）	7	(36.8)	160	(71.7)	5	(50.0)
外来における心理支援（集団）	0	(0.0)	11	(4.9)	0	(0.0)
入院における心理面接（個人）	11	(57.9)	148	(66.4)	0	(0.0)
入院における心理支援（集団）	1	(5.3)	10	(4.5)	0	(0.0)
アウトリーチ	1	(5.3)	20	(9.0)	0	(0.0)
家族支援	12	(63.2)	162	(72.6)	9	(90.0)
チーム医療・連携	13	(68.4)	183	(82.1)	2	(20.0)

	常勤者あり機関 (n=214)		常勤者なし機関 (n=43)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	161	(75.2)	36	(83.7)
心理教育（本人対象）	122	(57.0)	24	(55.8)
外来における心理面接（個人）	144	(67.3)	29	(67.4)
外来における心理支援（集団）	11	(5.1)	1	(2.3)
入院における心理面接（個人）	139	(65.0)	21	(48.8)
入院における心理支援（集団）	11	(5.1)	0	(0.0)
アウトリーチ	18	(8.4)	4	(9.3)
家族支援	152	(71.0)	34	(79.1)
チーム医療・連携	169	(79.0)	32	(74.4)

### C2-3 周産期 (n=241)

周産期における支援について、外来における心理支援（集団）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチでは実施しているとの回答が 10%を下回ったが、それ以外の項目では 3～8 割ほどが実施していると回答した。チーム医療・連携は割合が高く、83.8%であった。

	n	(%)
心理検査	88	(36.5)
心理教育（本人対象）	138	(57.3)
外来における心理面接（個人）	173	(71.8)
外来における心理支援（集団）	15	(6.2)
入院における心理面接（個人）	172	(71.4)
入院における心理支援（集団）	3	(1.2)
アウトリーチ	23	(9.5)
家族支援	160	(66.4)
チーム医療・連携	202	(83.8)

	病院（精神科） (n=33)		病院（一般） (n=193)		一般診療所 (n=14)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	15	(45.5)	63	(32.6)	9	(64.3)
心理教育（本人対象）	22	(66.7)	105	(54.4)	10	(71.4)
外来における心理面接（個人）	21	(63.6)	141	(73.1)	10	(71.4)
外来における心理支援（集団）	1	(3.0)	12	(6.2)	2	(14.3)
入院における心理面接（個人）	19	(57.6)	152	(78.8)	1	(7.1)
入院における心理支援（集団）	2	(6.1)	1	(0.5)	0	(0.0)
アウトリーチ	4	(12.1)	16	(8.3)	2	(14.3)
家族支援	19	(57.6)	131	(67.9)	9	(64.3)
チーム医療・連携	27	(81.8)	163	(84.5)	11	(78.6)

	常勤者あり機関 (n=210)		常勤者なし機関 (n=31)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	76	(36.2)	12	(38.7)
心理教育（本人対象）	119	(56.7)	19	(61.3)
外来における心理面接（個人）	152	(72.4)	21	(67.7)
外来における心理支援（集団）	14	(6.7)	1	(3.2)
入院における心理面接（個人）	153	(72.9)	19	(61.3)
入院における心理支援（集団）	3	(1.4)	0	(0.0)
アウトリーチ	19	(9.0)	4	(12.9)
家族支援	140	(66.7)	20	(64.5)
チーム医療・連携	176	(83.8)	26	(83.9)

## その他身体疾患

### C2-4 腎疾患／糖尿病 (n=131)

腎疾患／糖尿病に対する支援について、外来における心理支援（集団）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチでは実施しているとの回答が 15%を下回ったが、それ以外の項目では 3～8 割ほどが実施していると回答した。チーム医療・連携は割合が高く、76.3%であった。

	n	(%)
心理検査	60	(45.8)
心理教育（本人対象）	63	(48.1)
外来における心理面接（個人）	75	(57.3)
外来における心理支援（集団）	7	(5.3)
入院における心理面接（個人）	73	(55.7)
入院における心理支援（集団）	15	(11.5)
アウトリーチ	5	(3.8)
家族支援	47	(35.9)
チーム医療・連携	100	(76.3)

	病院（精神科） (n=13)		病院（一般） (n=115)		一般診療所 (n=3)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	5	(38.5)	53	(46.1)	2	(66.7)
心理教育（本人対象）	7	(53.8)	53	(46.1)	3	(100.0)
外来における心理面接（個人）	4	(30.8)	68	(59.1)	3	(100.0)
外来における心理支援（集団）	1	(7.7)	6	(5.2)	0	(0.0)
入院における心理面接（個人）	7	(53.8)	66	(57.4)	0	(0.0)
入院における心理支援（集団）	3	(23.1)	12	(10.4)	0	(0.0)
アウトリーチ	1	(7.7)	4	(3.5)	0	(0.0)
家族支援	1	(7.7)	44	(38.3)	2	(66.7)
チーム医療・連携	10	(76.9)	88	(76.5)	2	(66.7)

	常勤者あり機関 (n=119)		常勤者なし機関 (n=12)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	54	(45.4)	6	(50.0)
心理教育（本人対象）	55	(46.2)	8	(66.7)
外来における心理面接（個人）	67	(56.3)	8	(66.7)
外来における心理支援（集団）	7	(5.9)	0	(0.0)
入院における心理面接（個人）	68	(57.1)	5	(41.7)
入院における心理支援（集団）	15	(12.6)	0	(0.0)
アウトリーチ	5	(4.2)	0	(0.0)
家族支援	41	(34.5)	6	(50.0)
チーム医療・連携	91	(76.5)	9	(75.0)

## C2-5 心疾患 (n=138)

心疾患に対する支援について、外来における心理支援（集団）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチでは実施しているとの回答が 10%を下回ったが、それ以外の項目では 4～8 割ほどが実施していると回答した。チーム医療・連携は割合が高く、80.4%であった。

	n	(%)
心理検査	57	(41.3)
心理教育（本人対象）	55	(39.9)
外来における心理面接（個人）	56	(40.6)
外来における心理支援（集団）	10	(7.2)
入院における心理面接（個人）	88	(63.8)
入院における心理支援（集団）	7	(5.1)
アウトリーチ	3	(2.2)
家族支援	60	(43.5)
チーム医療・連携	111	(80.4)

	病院（精神科） (n=12)		病院（一般） (n=125)		一般診療所 (n=5)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	4	(33.3)	51	(40.8)	2	(40.0)
心理教育（本人対象）	5	(41.7)	46	(36.8)	4	(80.0)
外来における心理面接（個人）	8	(66.7)	43	(34.4)	4	(80.0)
外来における心理支援（集団）	1	(8.3)	8	(6.4)	1	(20.0)
入院における心理面接（個人）	7	(58.3)	80	(64.0)	0	(0.0)
入院における心理支援（集団）	2	(16.7)	5	(4.0)	0	(0.0)
アウトリーチ	0	(0.0)	3	(2.4)	0	(0.0)
家族支援	5	(41.7)	51	(40.8)	3	(60.0)
チーム医療・連携	10	(83.3)	97	(77.6)	3	(60.0)

	常勤者あり機関 (n=119)		常勤者なし機関 (n=19)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	52	(43.7)	5	(26.3)
心理教育（本人対象）	46	(38.7)	9	(47.4)
外来における心理面接（個人）	46	(38.7)	10	(52.6)
外来における心理支援（集団）	8	(6.7)	2	(10.5)
入院における心理面接（個人）	80	(67.2)	8	(42.1)
入院における心理支援（集団）	6	(5.0)	1	(5.3)
アウトリーチ	3	(2.5)	0	(0.0)
家族支援	50	(42.0)	10	(52.6)
チーム医療・連携	97	(81.5)	14	(73.7)

## C2-6 がん／緩和ケア (n=372)

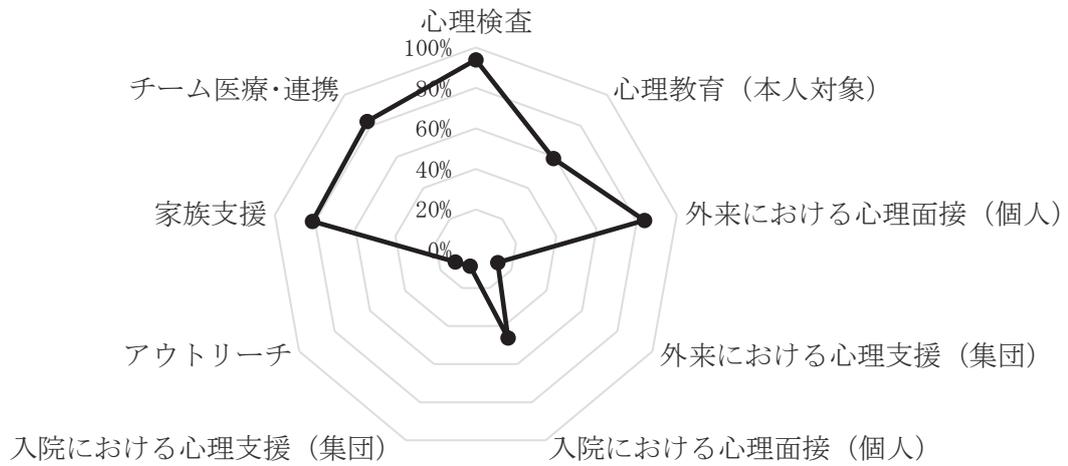
がん／緩和ケアにおける支援として、入院における心理面接（個人）、家族支援、チーム医療・連携は実施しているとの回答が 7～9 割ほどであったが、外来における心理支援（集団）、入院における心理支援（集団）、アウトリーチは 10%を下回った。

	n	(%)
心理検査	114	(30.6)
心理教育（本人対象）	160	(43.0)
外来における心理面接（個人）	219	(58.9)
外来における心理支援（集団）	22	(5.9)
入院における心理面接（個人）	299	(80.4)
入院における心理支援（集団）	11	(3.0)
アウトリーチ	25	(6.7)
家族支援	254	(68.3)
チーム医療・連携	336	(90.3)

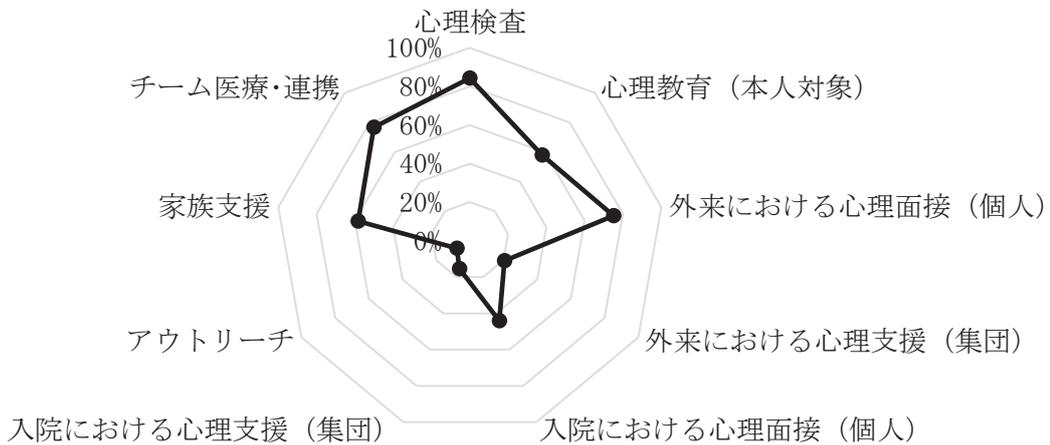
	病院（精神科） (n=30)		病院（一般） (n=337)		一般診療所 (n=4)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理検査	6	(20.0)	106	(31.5)	2	(50.0)
心理教育（本人対象）	13	(43.3)	143	(42.4)	4	(100.0)
外来における心理面接（個人）	17	(56.7)	198	(58.8)	3	(75.0)
外来における心理支援（集団）	3	(10.0)	18	(5.3)	1	(25.0)
入院における心理面接（個人）	23	(76.7)	275	(81.6)	0	(0.0)
入院における心理支援（集団）	0	(0.0)	11	(3.3)	0	(0.0)
アウトリーチ	0	(0.0)	25	(7.4)	0	(0.0)
家族支援	22	(73.3)	229	(68.0)	2	(50.0)
チーム医療・連携	26	(86.7)	307	(91.1)	2	(50.0)

	常勤者あり機関 (n=311)		常勤者なし機関 (n=61)	
	n	(%)	n	(%)
心理検査	97	(31.2)	17	(27.9)
心理教育（本人対象）	127	(40.8)	33	(54.1)
外来における心理面接（個人）	184	(59.2)	35	(57.4)
外来における心理支援（集団）	16	(5.1)	6	(9.8)
入院における心理面接（個人）	253	(81.4)	46	(75.4)
入院における心理支援（集団）	9	(2.9)	2	(3.3)
アウトリーチ	20	(6.4)	5	(8.2)
家族支援	208	(66.9)	46	(75.4)
チーム医療・連携	283	(91.0)	53	(86.9)

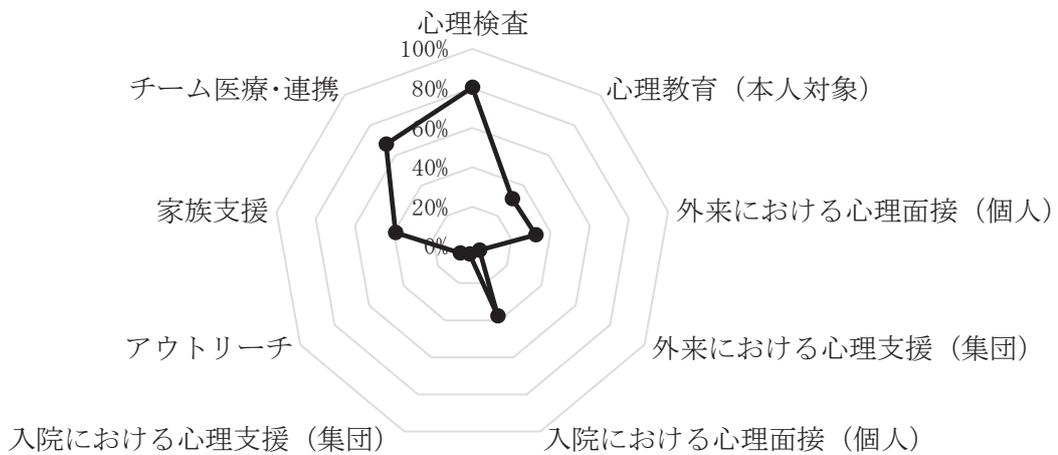
各支援領域別に、各支援の実施状況について、レーダーチャートに示し、次いで機関種別の実施状況についてレーダーチャートに示した。



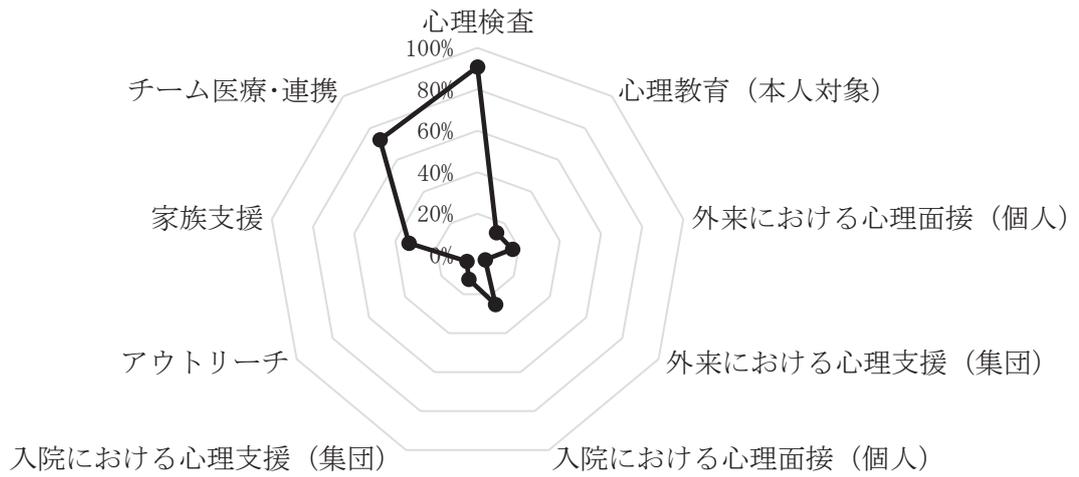
### 小児の精神疾患 各支援の実施



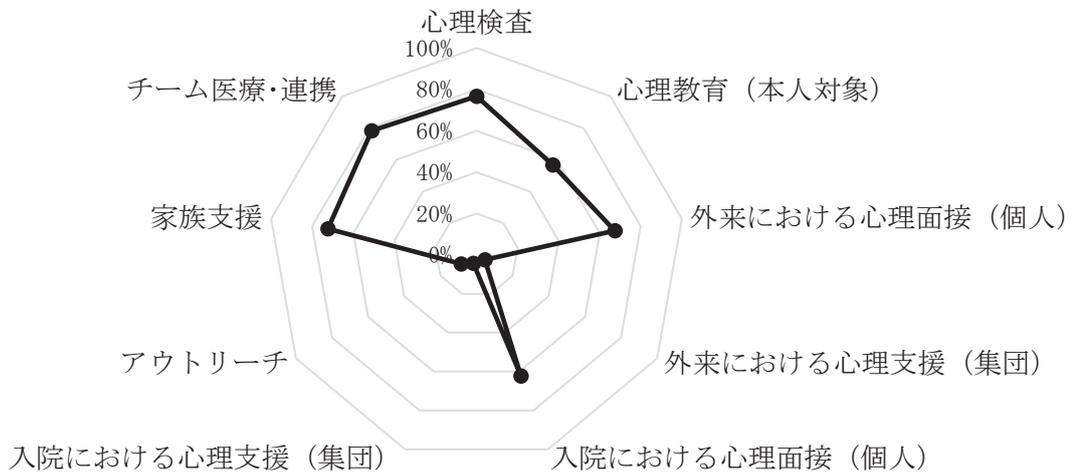
### 精神疾患全般 各支援の実施



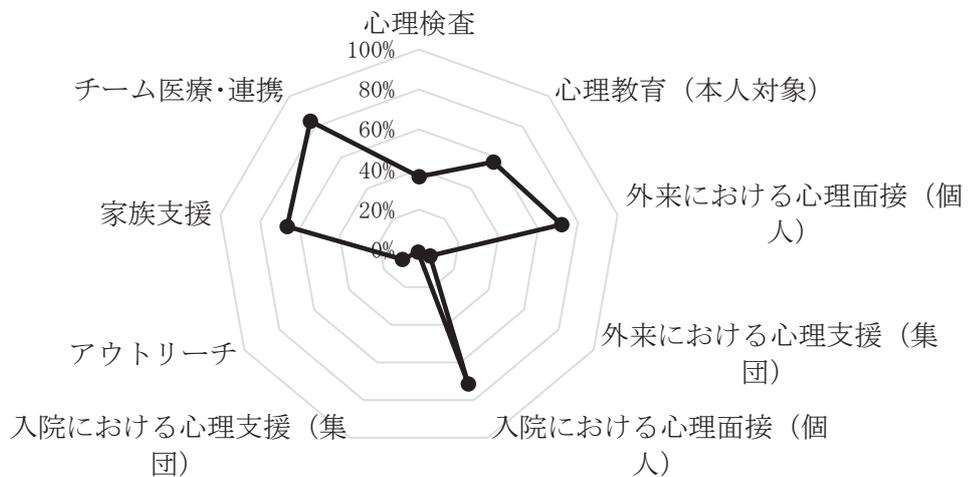
### 高次脳機能障害／脳血管疾患 各支援の実施



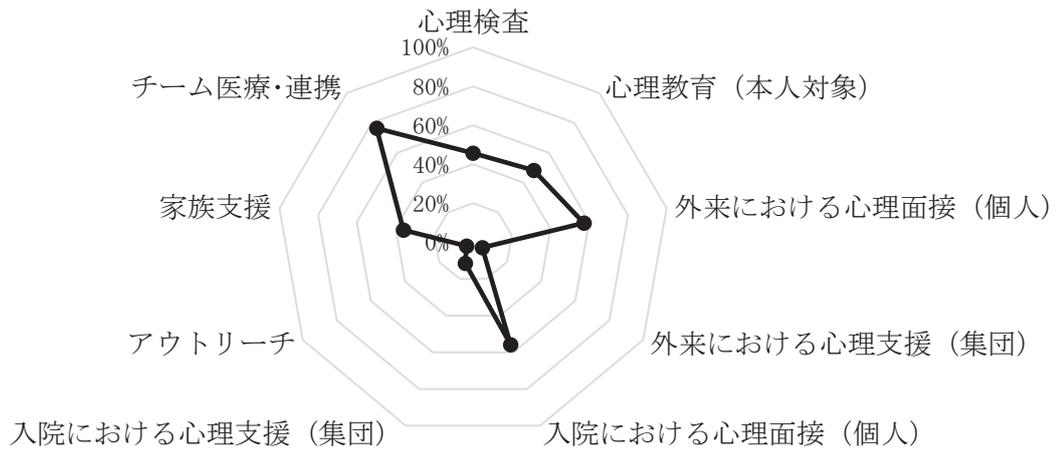
### 認知症 各支援の実施



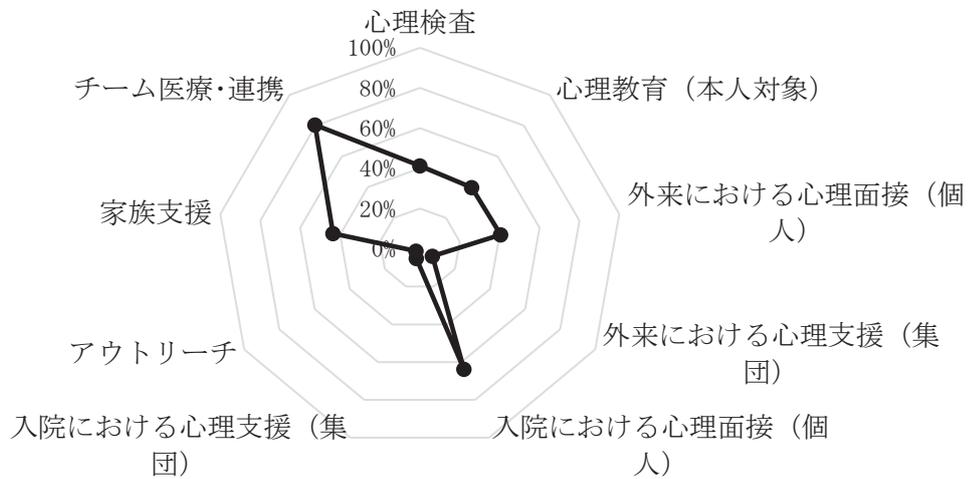
### 小児の身体疾患 各支援の実施



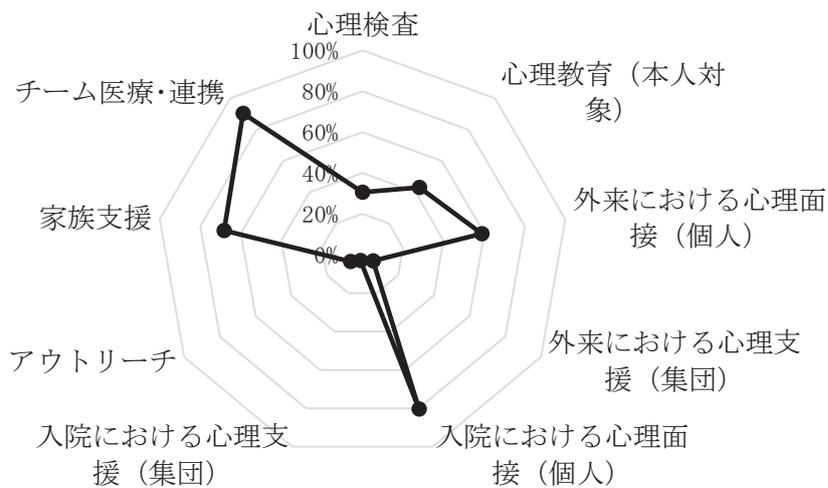
### 周産期 各支援の実施



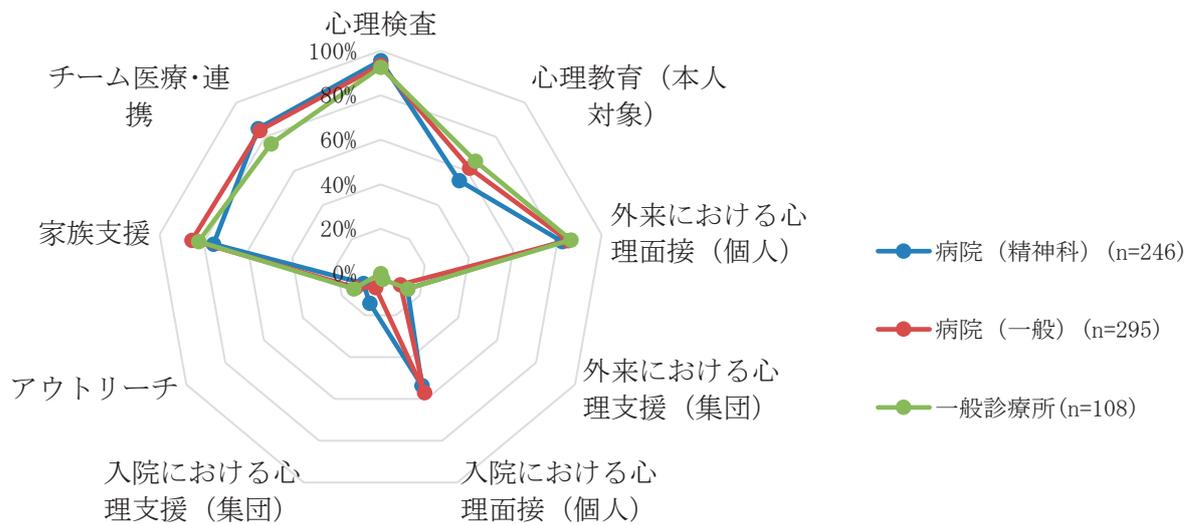
### 腎疾患／糖尿病 各支援の実施



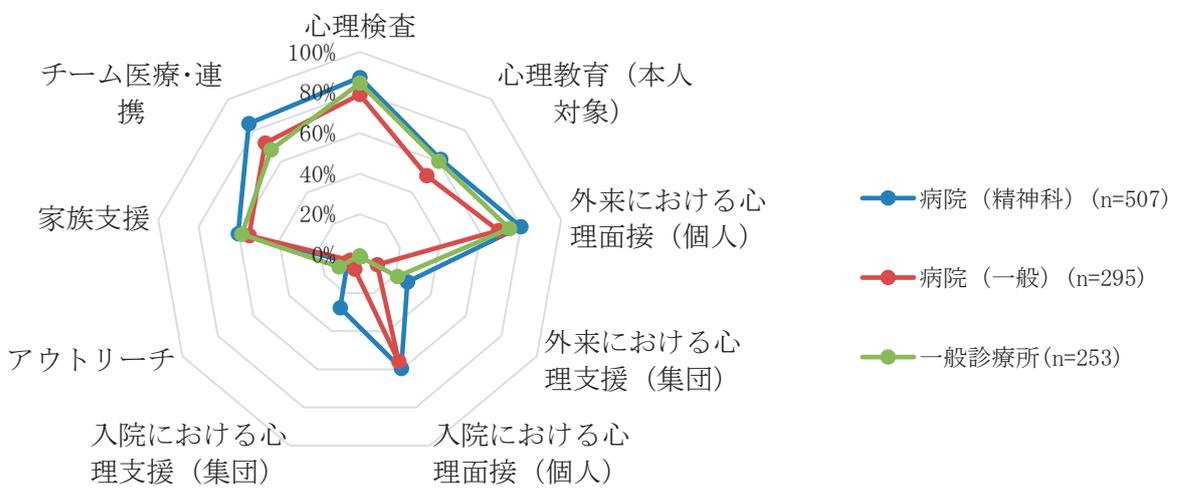
### 心疾患 各支援の実施



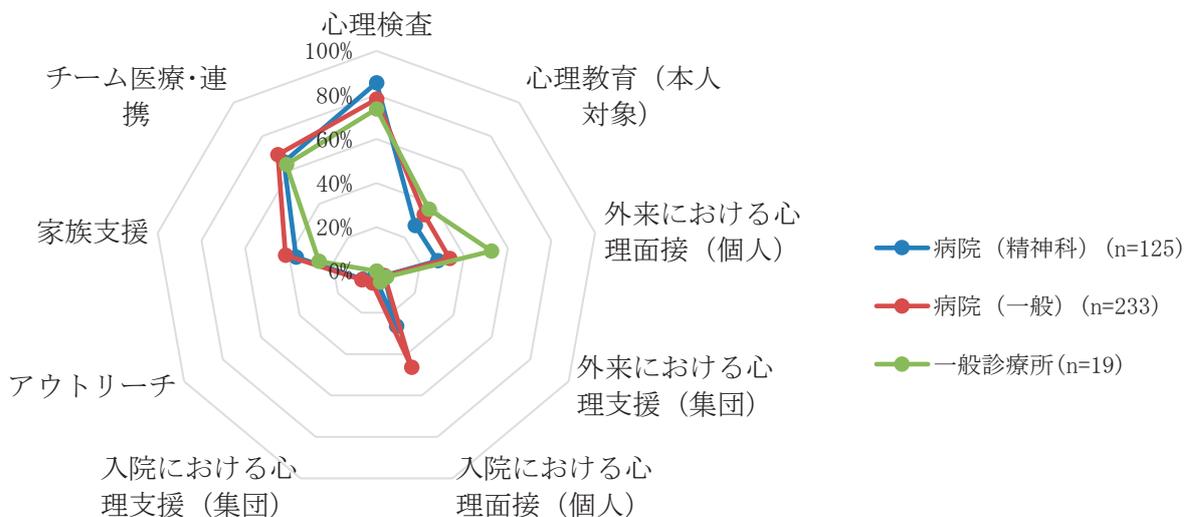
### がん／緩和ケア 各支援の実施



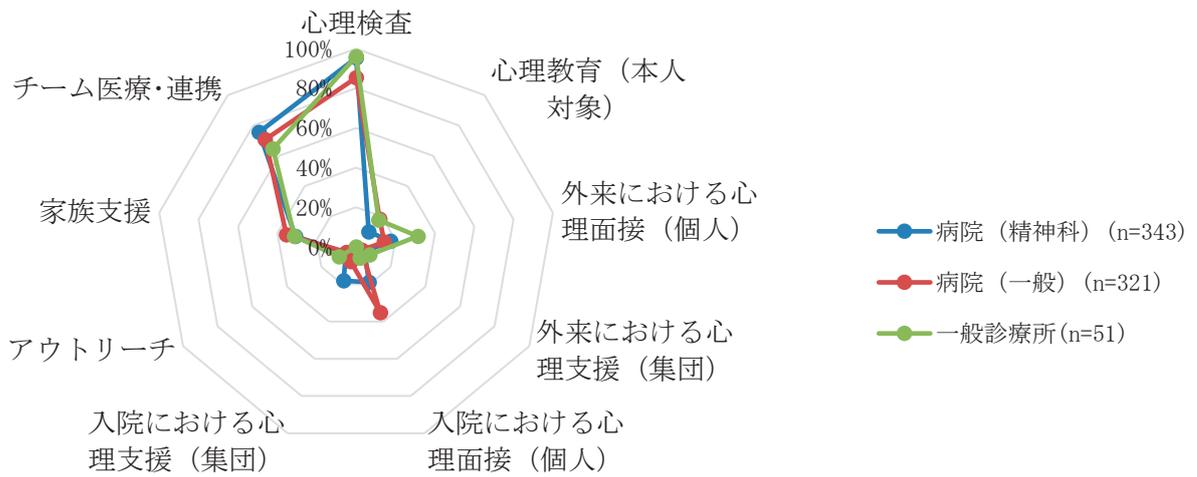
**小児の精神疾患 機関種別各支援の実施**



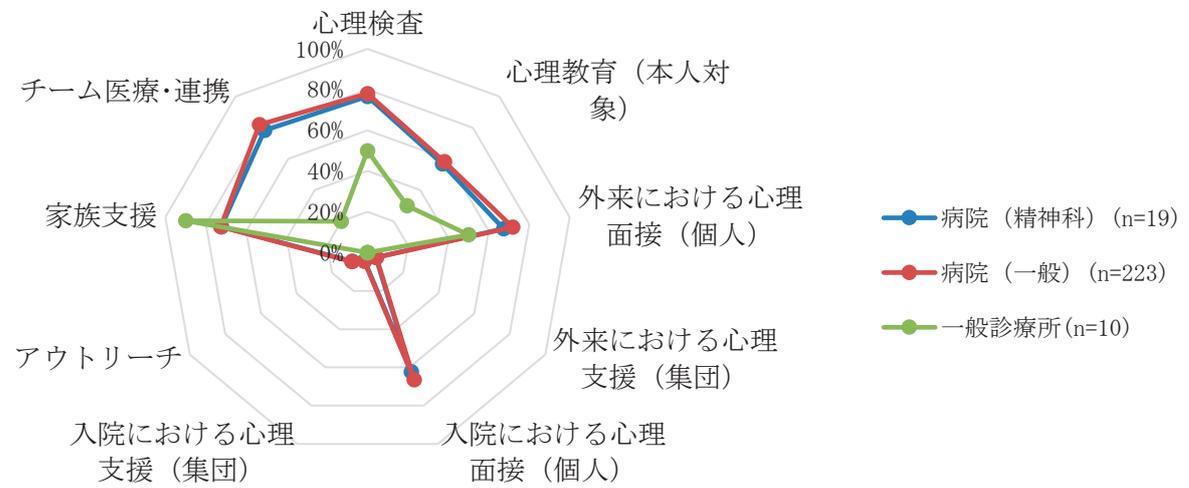
**精神疾患全般 機関種別各支援の実施**



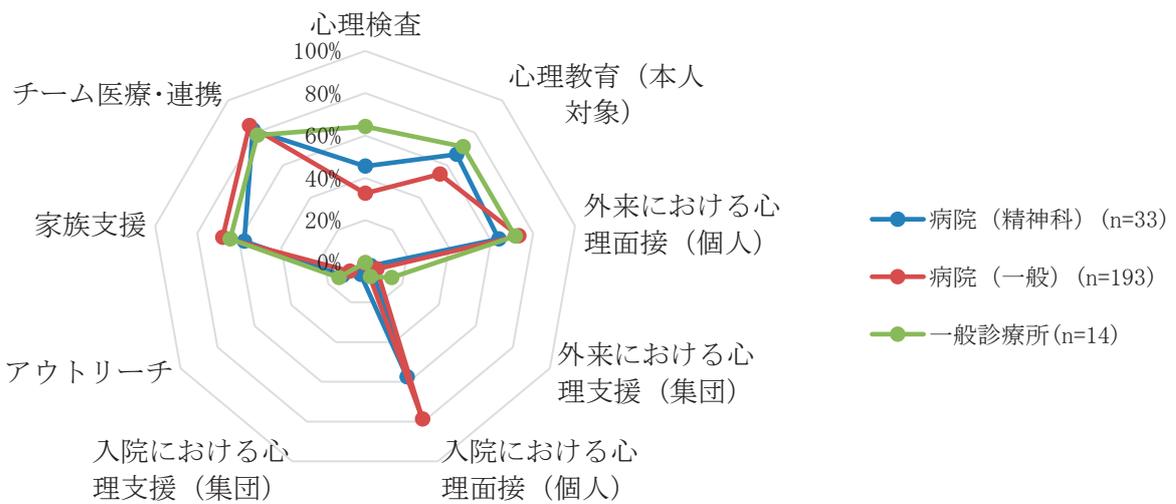
**高次脳機能障害／脳血管疾患 機関種別各支援の実施**



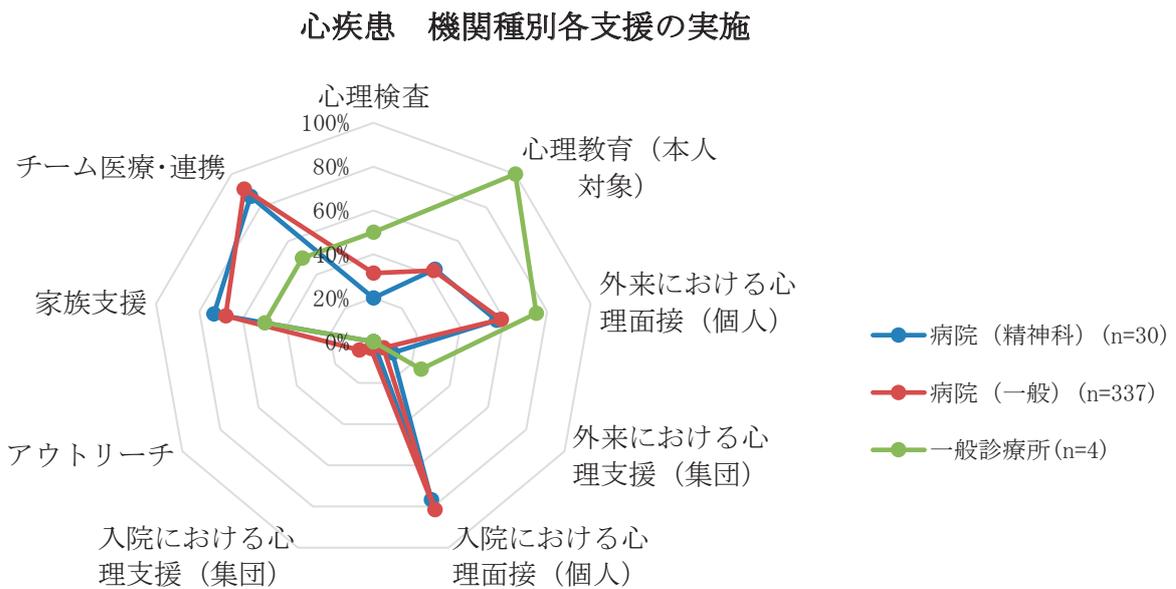
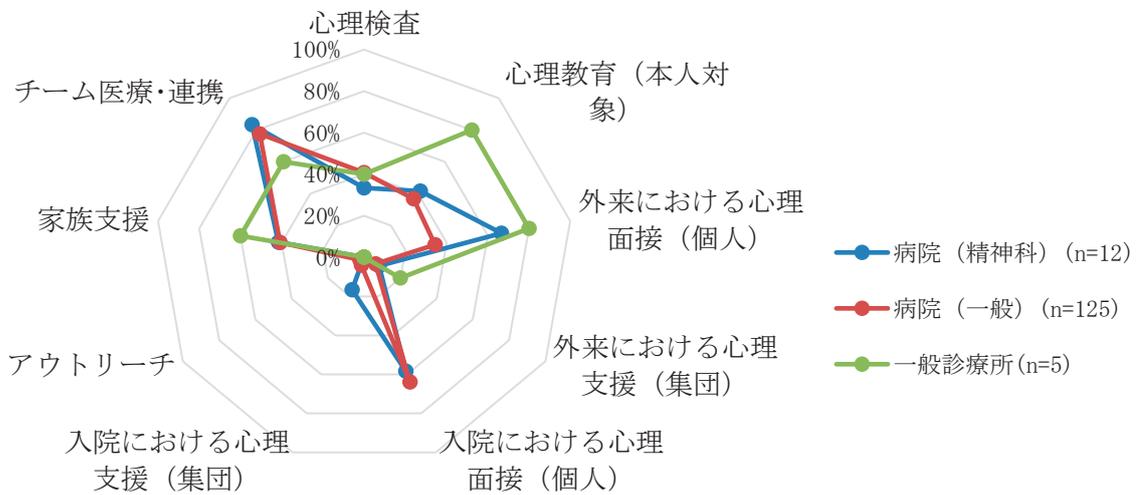
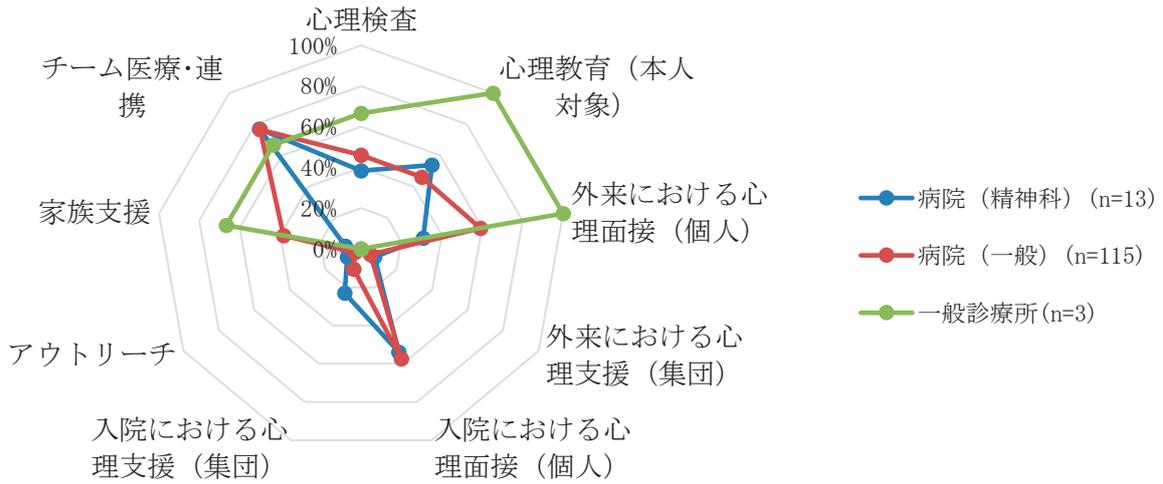
認知症 機関種別各支援の実施



小児の身体疾患 機関種別各支援の実施



周産期 機関種別各支援の実施



**がん／緩和ケア 機関種別各支援の実施**

### 3 精神疾患全般（小児・成人）

#### C2-1 小児の精神疾患（n=658）

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、小児の精神疾患（目安：18歳未満）への支援について尋ねた。（周産期の母親支援は「C2-3 周産期」で回答を求めた。）

##### C2-1-1 心理検査(n=658)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを、選択してもらった。心理検査は、①診療報酬の対象になっている発達・知能検査、②同人格検査、③同認知機能検査その他の心理検査、④診療報酬対象外の心理検査の順に並べた。

##### C2-1-1-1 支援の実施(n=658)

「『心理検査』を行っている」との回答が 618 件であり、93.9%を占めた。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	37	(5.6)
「心理検査」を行っている	618	(93.9)
回答なし	3	(0.5)
合計	658	(100.0)

##### C2-1-1-2 診療報酬対象となっている検査(n=618) ※複数選択可

診療報酬対象となっている発達及び知能検査は、WISC-IV知能検査が最も割合が高く（89.6%）、WAIS-III成人知能検査・WAIS-IV成人知能検査（72.2%）、田中ビネー知能検査V（51.3%）と続いた。その他として、DAM グッドイナフ人物画知能検査(回答数 16)、WISC-III知能検査(回答数 14)、鈴木ビネー知能検査(回答数 13)、津守式乳幼児精神発達検査(回答数 8)、コース立方体組み合わせテスト(回答数 5)、などが挙げられた。

診療報酬対象となっている人格検査は、バウムテストが最も割合が高く（73.5%）、SCT（64.2%）、描画テスト（62.1%）と続いた。その他として、Y-G 矢田部ギルフォード性格検査(回答数 22)、TEG II 東大式／新版 TEG／新版 TEG II／TEG3(回答数 29)、MMPI(回答数 21)などが挙げられた。

診療報酬対象となっている認知機能検査及びその他の心理検査は、その他が最も割合が高く（22.7%）、その他として、親面接式自閉スペクトラム症評定尺度改訂版（PARS-TR）（回答数 94）、AQ 日本語版(回答数 50)、MMSE(回答数 13)、長谷川式知能評価スケール(回答数 11)、音読検査(特異的読字障害を対象としたもの)(回答数 11※音読検査(9) 音読検査(特異的読字障害を対象としたもの)(2) )、DSRS-C(回答数 10)、M-CHAT(回答数 10)、STAI 状態・特性不安検査(回答数 6)、ADAS(回答数 5)などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
遠城寺式乳幼児分析的発達検査	103	(16.7)
デンバー式発達スクリーニング	6	(1.0)
レーヴン色彩マトリックス	27	(4.4)
新版 K 式発達検査	225	(36.4)
WPPSI 知能診断検査	65	(10.5)

田中ビネー知能検査V	317	(51.3)
ベイリー発達検査	7	(1.1)
Vineland-II 日本版	97	(15.7)
WISC-IV 知能検査	554	(89.6)
WAIS-III 成人知能検査・WAIS-IV 成人知能検査	446	(72.2)
その他	78	(12.6)

#### 人格検査

バウムテスト	454	(73.5)
SCT	397	(64.2)
P-F スタディ	364	(58.9)
描画テスト	384	(62.1)
ロールシャッハテスト	262	(42.4)
その他	61	(9.9)

#### 認知機能検査及びその他の心理検査

IES-R	73	(11.8)
ベントン視覚記銘検査	61	(9.9)
ベンダーゲシュタルトテスト	100	(16.2)
リバーミード行動記憶検査	41	(6.6)
K-ABC II	132	(21.4)
DN-CAS 認知評価システム	53	(8.6)
発達障害の要支援度評価尺度 (MSPA)	102	(16.5)
子ども版解離評価表	22	(3.6)
その他	140	(22.7)

#### C2-1-1-3 診療報酬対象外の検査(n=618) ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、「診療報酬対象外の『心理検査』は行っていない」が最も割合が高く(35.1%)、行っている中では、Conners3 が最も割合が高かった(18.9%)。その他(23.5%)としては、その他の中には ADHD-RS (回答数 27)、標準読み書きスクリーニング検査(回答数 21)、S-M 社会生活能力検査 (回答数 17)、感覚プロファイル (SP) (回答数 9)、小児 AN エゴグラム(回答数 8)、LDT-R(回答数 7)などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	217	(35.1)
ADOS-2 自閉症診断観察検査 (エイドス・ツー)	31	(5.0)
ECBI アイバーク子どもの行動評価尺度 (エクビ)	9	(1.5)
SRS-2 対人応答性尺度	11	(1.8)
MSST 比喩・皮肉文テスト	41	(6.6)
Conners3	117	(18.9)
KIDS 乳幼児発達スケール	56	(9.1)
子どもの行動チェックリスト	61	(9.9)
TOM 心の理論課題検査 (トム)	37	(6.0)
PTSD-RI-5 DSM-5 版 UCLA 外傷後ストレス障害インデックス	29	(4.7)
その他	145	(23.5)

#### C2-1-1-4 フィードバック面接 (n=618)

フィードバック面接は、「ほぼ毎回実施している」が最も割合が高く (34.0%)、「ときどき実施している」(20.6%)、「まれに実施している」(16.0%)と続いた。

	n	(%)
実施していない	85	(13.8)
まれに実施している	99	(16.0)
ときどき実施している	127	(20.6)
よく実施している	96	(15.5)
ほぼ毎回実施している	210	(34.0)
回答なし	1	(0.2)
合計	618	(100.0)

#### C2-1-2 心理教育 (本人対象) (n=658)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育 (本人対象)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

##### C2-1-2-1 支援の実施 (n=658)

支援の実施について、「『心理教育』を行っている」との回答が 398 件あり、59.1%を占めた。

	n	(%)
「心理教育 (本人対象)」は行っていない	264	(40.1)
「心理教育 (本人対象)」を行っている	389	(59.1)
回答なし	5	(0.8)
合計	658	(100.0)

##### C2-1-2-2 支援の目的 (n=389) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く (76.1%)、対処スキル・能力の維持・向上 (70.4%)、不安の軽減・解消 (67.4%)と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	262	(67.4)
治療動機付け	130	(33.4)
自己理解・疾病理解等の促進	296	(76.1)
自己管理能力・生活管理力の回復	88	(22.6)
自己効力感回復	125	(32.1)
自己決定の援助	63	(16.2)
家族関係・対人関係の調整	180	(46.3)
対処スキル・能力の維持・向上	274	(70.4)
症状・問題行動の緩和・軽減	193	(49.6)
心身の機能維持・回復・改善	43	(11.1)
地域移行・地域定着支援	17	(4.4)
孤立防止と社会参加の保持・改善	14	(3.6)
QOL 向上	14	(3.6)
その他	3	(0.8)

### C2-1-2-3 支援の時間(n=389) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（47.3%）、40分以上50分未満（28.3%）、30分以上40分未満（20.8%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	6	(1.5)
20分以上30分未満	42	(10.8)
30分以上40分未満	81	(20.8)
40分以上50分未満	110	(28.3)
50分以上1時間未満	184	(47.3)
1時間以上1時間半未満	20	(5.1)
1時間半以上2時間未満	6	(1.5)
2時間以上4時間未満	1	(0.3)
4時間以上6時間未満	1	(0.3)
6時間以上	0	(0.0)
その他	10	(2.6)

### C2-1-2-4 支援の頻度(n=389) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く（40.6%）、次いで2週に1回（37.3%）であった。

	n	(%)
単回	69	(17.7)
1年に1回～数回	37	(9.5)
1か月に1回	158	(40.6)
3週に1回	27	(6.9)
2週に1回	145	(37.3)
1週に1回	45	(11.6)
1週に2回	8	(2.1)
1週に3回以上	2	(0.5)
その他	23	(5.9)

### C2-1-2-5 支援の期間(n=389) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く（51.9%）、1年以上2年未満（12.9%）、その他（9.0%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	202	(51.9)
単回	35	(9.0)
2週間未満	1	(0.3)
2週間以上1か月未満	7	(1.8)
1か月以上3か月未満	22	(5.7)
3か月以上半年未満	19	(4.9)
半年以上1年未満	33	(8.5)
1年以上2年未満	50	(12.9)
2年以上4年未満	28	(7.2)
4年以上	13	(3.3)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	21	(5.4)
その他	35	(9.0)

### C2-1-2-6 支援の回数(n=389) ※3 つまで複数回答可

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く（91.3%）、「おおまかに定めている」（6.9%）と続いた。

	n	(%)
定めていない	355	(91.3)
おおまかに定めている	27	(6.9)
定めている	7	(1.8)
合計	389	(100.0)

### C2-1-3 外来における心理面接（個人）(n=658)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

#### C2-1-3-1 支援の実施 (n=658)

支援の実施について、「『外来における心理面接（個人）』を行っている」との回答が552件あり、83.9%を占めた。

	n	(%)
「外来における心理面接（個人）」は行っていない	95	(14.4)
「外来における心理面接（個人）」を行っている	552	(83.9)
回答なし	11	(1.7)
合計	658	(100.0)

#### C2-1-3-2 支援の目的 (n=552) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く（70.5%）、不安の軽減・解消（64.7%）、対処スキル・能力の維持・向上（60.3%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	389	(70.5)
不安の軽減・解消	357	(64.7)
治療動機付け	78	(14.1)
自己理解・疾病理解等の促進	307	(55.6)
自己管理能力・生活管理能力の回復	75	(13.6)
自己効力感回復	190	(34.4)
自己決定の援助	83	(15.0)
家族関係・対人関係の調整	305	(55.3)
対処スキル・能力の維持・向上	333	(60.3)
症状・問題行動の緩和・軽減	313	(56.7)
心身の機能維持・回復・改善	81	(14.7)
地域移行・地域定着支援	17	(3.1)
孤立防止と社会参加の保持・改善	26	(4.7)
QOL 向上	12	(2.2)
その他	4	(0.7)

**C2-1-3-3 アプローチ法 (n=552) ※併用の場合は3つまで複数選択可**

アセスメントのみで終了する場合は4.3%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く85.5%であり、単独が10.1%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった(66.1%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く(93.6%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ(72.0%)、環境調整的アプローチ(46.6%)と続いた。

	n	(%)
単独	56	(10.1)
併用	472	(85.5)
アセスメントのみで終了	24	(4.3)
未記入	0	(0.0)
合計	552	(100.0)

	全体 (n=552)		単独 (n=56)		併用 (n=472)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	24	(4.3)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	349	(63.2)	9	(16.1)	340	(72.0)
力動的・精神分析的アプローチ	187	(33.9)	4	(7.1)	183	(38.8)
傾聴・支持的アプローチ	479	(86.8)	37	(66.1)	442	(93.6)
認知リハビリテーション的アプローチ	24	(4.3)	0	(0.0)	24	(5.1)
環境調整的アプローチ	223	(40.4)	3	(5.4)	220	(46.6)
その他のカテゴリーのアプローチ	43	(7.8)	3	(5.4)	40	(8.5)

**C2-1-3-4 支援の時間 (n=552) ※3つまで複数回答可**

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(47.5%)、40分以上50分未満(33.2%)、30分以上40分未満(20.1%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	8	(1.4)
20分以上30分未満	37	(6.7)
30分以上40分未満	111	(20.1)
40分以上50分未満	183	(33.2)
50分以上1時間未満	262	(47.5)
1時間以上1時間半未満	20	(3.6)
1時間半以上2時間未満	5	(0.9)
2時間以上	1	(0.2)
その他	11	(2.0)

**C2-1-3-5 支援の頻度 (n=552) ※3つまで複数回答可**

支援の頻度は、2週に1回が最も割合が高く(56.0%)、1か月に1回(50.2%)、1週に1回(14.1%)と続いた。

	n	(%)
単回	39	(7.1)
1年に1回～数回	34	(6.2)
1か月に1回	277	(50.2)

3週に1回	50	(9.1)
2週に1回	309	(56.0)
1週に1回	78	(14.1)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	2	(0.4)

#### C2-1-3-6 支援の期間 (n=552) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1年以上2年未満が最も割合が高く（42.4%）、半年以上1年未満（32.4%）、2年以上4年未満（30.6%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	53	(9.6)
2週間未満	1	(0.2)
2週間以上1か月未満	8	(1.4)
1か月以上3か月未満	34	(6.2)
3か月以上半年未満	65	(11.8)
半年以上1年未満	179	(32.4)
1年以上2年未満	234	(42.4)
2年以上4年未満	169	(30.6)
4年以上	98	(17.8)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	30	(5.4)

#### C2-1-3-7 支援の回数 (n=552)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く（89.7%）、「おおまかに定めている」（4.0%）と続いた。

	n	(%)
定めていない	495	(89.7)
おおまかに定めている	22	(4.0)
定めている	6	(1.1)
回答なし	29	(5.3)
合計	552	(100.0)

#### C2-1-4 外来における心理支援（集団） (n=658)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-1-4-1 支援の実施 (n=658)

支援の実施について、「『外来における心理支援（集団）』を行っている」のは12.3%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援（集団）」は行っていない	558	(84.8)
「外来における心理支援（集団）」を行っている	81	(12.3)
回答なし	19	(2.9)
合計	658	(100.0)

C2-1-4-2 支援の目的 (n=81) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、対処スキル・能力の維持・向上が最も割合が高く (77.8%)、自己理解・疾病理解等の促進 (48.1%)、自己効力感回復 (43.2%) と続いた。

	n	(%)
アセスメント	20	(24.7)
不安の軽減・解消	27	(33.3)
治療動機付け	7	(8.6)
自己理解・疾病理解等の促進	39	(48.1)
自己管理能力・生活管理力の回復	26	(32.1)
自己効力感回復	35	(43.2)
自己決定の援助	11	(13.6)
家族関係・対人関係の調整	33	(40.7)
対処スキル・能力の維持・向上	63	(77.8)
症状・問題行動の緩和・軽減	32	(39.5)
心身の機能維持・回復・改善	13	(16.0)
地域移行・地域定着支援	3	(3.7)
孤立防止と社会参加の保持・改善	21	(25.9)
QOL 向上	5	(6.2)
その他	4	(4.9)

C2-1-4-3 アプローチ法 (n=81) ※併用の場合は 3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は 2.5%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 64.2%であり、単独が 33.3%であった。単独の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高かった (59.3%)。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高く (84.6%)、傾聴・支持的アプローチ (67.3%)、環境調整的アプローチ (40.4%) と続いた。

	n	(%)
単独	27	(33.3)
併用	52	(64.2)
アセスメントのみで終了	2	(2.5)
回答なし	0	(0.0)
合計	81	(100.0)

	全体 (n=81)		単独 (n=27)		併用 (n=52)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(2.5)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	60	(74.1)	16	(59.3)	44	(84.6)
力動的・精神分析的アプローチ	16	(19.8)	0	(0.0)	16	(30.8)
傾聴・支持的アプローチ	40	(49.4)	5	(18.5)	35	(67.3)
認知リハビリテーション的アプローチ	8	(9.9)	1	(3.7)	7	(13.5)
環境調整的アプローチ	23	(28.4)	2	(7.4)	21	(40.4)
その他のカテゴリーのアプローチ	11	(13.6)	3	(11.1)	8	(15.4)

#### C2-1-4-4 支援の時間 (n=81) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（29.6%）、1時間以上1時間半未満（28.4%）、1時間半以上2時間未満（18.5%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	0	(0.0)
20分以上30分未満	1	(1.2)
30分以上40分未満	3	(3.7)
40分以上50分未満	4	(4.9)
50分以上1時間未満	24	(29.6)
1時間以上1時間半未満	23	(28.4)
1時間半以上2時間未満	15	(18.5)
2時間以上4時間未満	14	(17.3)
4時間以上6時間未満	1	(1.2)
6時間以上	1	(1.2)
その他	1	(1.2)

#### C2-1-4-5 支援の頻度 (n=81) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、2週に1回が最も割合が高く（34.6%）、1週に1回（27.2%）、1か月に1回（24.7%）と続いた。

	n	(%)
単回	5	(6.2)
1年に1回～数回	5	(6.2)
1か月に1回	20	(24.7)
3週に1回	2	(2.5)
2週に1回	28	(34.6)
1週に1回	22	(27.2)
1週に2回	6	(7.4)
1週に3回以上	3	(3.7)

#### C2-1-4-6 支援の期間 (n=81) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、「期間ではなくクール（一定回数等）で終了」が最も割合が高く（32.1%）、半年以上1年未満（30.9%）、3か月以上半年未満、1年以上2年未満がともに14.8%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	4	(4.9)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	3	(3.7)
1か月以上3か月未満	9	(11.1)
3か月以上半年未満	12	(14.8)
半年以上1年未満	25	(30.9)
1年以上2年未満	12	(14.8)
2年以上4年未満	9	(11.1)
4年以上	10	(12.3)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	26	(32.1)

### C2-1-5 入院における心理面接（個人）（n=658）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

#### C2-1-5-1 支援の実施（n=658）

支援の実施について、「『入院における心理面接（個人）』を行っている」との回答が304件あり、46.2%であった。

	n	(%)
「入院における心理面接（個人）」は行っていない	335	(50.9)
「入院における心理面接（個人）」を行っている	304	(46.2)
回答なし	19	(2.9)
合計	658	(100.0)

#### C2-1-5-2 支援の目的（n=304） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く（73.0%）、不安の軽減・解消（72.7%）、自己理解・疾病理解等の促進（58.9%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	222	(73.0)
不安の軽減・解消	221	(72.7)
治療動機付け	88	(28.9)
自己理解・疾病理解等の促進	179	(58.9)
自己管理能力・生活管理能力の回復	28	(9.2)
自己効力感回復	80	(26.3)
自己決定の援助	40	(13.2)
家族関係・対人関係の調整	140	(46.1)
対処スキル・能力の維持・向上	149	(49.0)
症状・問題行動の緩和・軽減	152	(50.0)
心身の機能維持・回復・改善	49	(16.1)
地域移行・地域定着支援	11	(3.6)
孤立防止と社会参加の保持・改善	6	(2.0)
QOL向上	7	(2.3)
その他	6	(2.0)

#### C2-1-5-3 アプローチ法（n=304） ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は3.3%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く83.2%であり、単独が13.5%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった（78.0%）。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（93.3%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（73.1%）、環境調整的アプローチ（50.2%）と続いた。

	n	(%)
単独	41	(13.5)
併用	253	(83.2)
アセスメントのみで終了	10	(3.3)

回答なし	0	(0.0)
合計	304	(100.0)

	全体 (n=304)		単独 (n=41)		併用 (n=253)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	10	(3.3)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	191	(62.8)	6	(14.6)	185	(73.1)
力動的・精神分析的アプローチ	102	(33.6)	1	(2.4)	101	(39.9)
傾聴・支持的アプローチ	268	(88.2)	32	(78.0)	236	(93.3)
認知リハビリテーション的アプローチ	13	(4.3)	0	(0.0)	13	(5.1)
環境調整的アプローチ	127	(41.8)	0	(0.0)	127	(50.2)
その他のカテゴリーのアプローチ	19	(6.3)	2	(4.9)	17	(6.7)

#### C2-1-5-4 支援の時間 (n=304) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（44.4%）、40分以上50分未満（28.9%）、30分以上40分未満（28.6%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	10	(3.3)
20分以上30分未満	47	(15.5)
30分以上40分未満	87	(28.6)
40分以上50分未満	88	(28.9)
50分以上1時間未満	135	(44.4)
1時間以上1時間半未満	10	(3.3)
1時間半以上2時間未満	2	(0.7)
2時間以上	2	(0.7)
その他	10	(3.3)

#### C2-1-5-5 支援の頻度 (n=304) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く（62.2%）、2週に1回（26.0%）、1週に2回（22.7%）と続いた。

	n	(%)
単回	47	(15.5)
1年に1回～数回	7	(2.3)
1か月に1回	23	(7.6)
3週に1回	8	(2.6)
2週に1回	79	(26.0)
1週に1回	189	(62.2)
1週に2回	69	(22.7)
1週に3回以上	25	(8.2)

#### C2-1-5-6 支援の期間 (n=304) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く（39.8%）、2週間以上1か月未満（21.4%）、半年以上1年未満（20.7%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	48	(15.8)
2週間未満	33	(10.9)
2週間以上1か月未満	65	(21.4)
1か月以上3か月未満	121	(39.8)
3か月以上半年未満	61	(20.1)
半年以上1年未満	63	(20.7)
1年以上2年未満	29	(9.5)
2年以上4年未満	18	(5.9)
4年以上	19	(6.3)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	19	(6.3)

### C2-1-6 入院における心理支援（集団）（n=658）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

#### C2-1-6-1 支援の実施（n=658）

支援の実施について、「『入院における心理支援（集団）』を行っている」との回答は55件、8.4%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援（集団）」は行っていない	583	(88.6)
「入院における心理支援（集団）」を行っている	55	(8.4)
回答なし	20	(3.0)
合計	658	(100.0)

#### C2-1-6-2 支援の目的（n=55） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、対処スキル・能力の維持・向上が最も割合が高く（74.5%）、自己理解・疾病理解等の促進（58.2%）、自己効力感回復（38.2%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	10	(18.2)
不安の軽減・解消	20	(36.4)
治療動機付け	9	(16.4)
自己理解・疾病理解等の促進	32	(58.2)
自己管理能力・生活管理能力の回復	17	(30.9)
自己効力感回復	21	(38.2)
自己決定の援助	13	(23.6)
家族関係・対人関係の調整	13	(23.6)
対処スキル・能力の維持・向上	41	(74.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	20	(36.4)
心身の機能維持・回復・改善	7	(12.7)
地域移行・地域定着支援	3	(5.5)
孤立防止と社会参加の保持・改善	11	(20.0)
QOL向上	8	(14.5)
その他	1	(1.8)

**C2-1-6-3 アプローチ法 (n=55) ※併用の場合は3つまで複数選択可**

アセスメントのみで終了する場合は3.6%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く63.6%であり、単独が32.7%であった。単独の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高かった(50.0%)。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高く(80.0%)、傾聴・支持的アプローチ(71.4%)、力動的・精神分析的アプローチ(42.9%)と続いた。

	n	(%)
単独	18	(32.7)
併用	35	(63.6)
アセスメントのみで終了	2	(3.6)
回答なし	0	(0.0)
合計	55	(100.0)

	全体 (n=55)		単独 (n=18)		併用 (n=35)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(3.6)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	37	(67.3)	9	(50.0)	28	(80.0)
力動的・精神分析的アプローチ	17	(30.9)	2	(11.1)	15	(42.9)
傾聴・支持的アプローチ	28	(50.9)	3	(16.7)	25	(71.4)
認知リハビリテーション的アプローチ	8	(14.5)	1	(5.6)	7	(20.0)
環境調整的アプローチ	12	(21.8)	1	(5.6)	11	(31.4)
その他のカテゴリーのアプローチ	6	(10.9)	2	(11.1)	4	(11.4)

**C2-1-6-4 支援の時間 (n=55) ※3つまで複数回答可**

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(45.5%)、1時間以上1時間半未満(23.6%)、30分以上40分未満(18.2%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	0	(0.0)
20分以上30分未満	3	(5.5)
30分以上40分未満	10	(18.2)
40分以上50分未満	3	(5.5)
50分以上1時間未満	25	(45.5)
1時間以上1時間半未満	13	(23.6)
1時間半以上2時間未満	5	(9.1)
2時間以上4時間未満	2	(3.6)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	1	(1.8)

**C2-1-6-5 支援の頻度 (n=55) ※3つまで複数回答可**

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(4.9%)、1か月に1回、1週に3回以上がともに1.2%で続いた。

	n	(%)
単回	3	(5.5)
1年に1回～数回	3	(5.5)
1か月に1回	8	(14.5)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	5	(9.1)
1週に1回	32	(58.2)
1週に2回	3	(5.5)
1週に3回以上	8	(14.5)

#### C2-1-6-6 支援の期間 (n=55) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く(3.2%)、「期間ではなくクール(一定回数等)で終了」(2.0%)、半年以上1年未満(1.5%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	6	(0.9)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	3	(0.5)
1か月以上3か月未満	21	(3.2)
3か月以上半年未満	9	(1.4)
半年以上1年未満	10	(1.5)
1年以上2年未満	9	(1.4)
2年以上4年未満	0	(0.0)
4年以上	5	(0.8)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	13	(2.0)

#### C2-1-7 アウトリーチによる支援(n=658)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-1-7-1 支援の実施 (n=658)

支援の実施は、「必要性を感じるが、実施できていない」が最も割合が高く(58.3%)、「必要がないので、実施していない」(29.6%)と続いた。「実施している」のは77件(12.1%)であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	189	(29.6)
必要性を感じるが、実施できていない	372	(58.3)
実施している	77	(12.1)
合計	638	(100.0)

##### C2-1-7-2 支援の目的 (n=77) ※5つまで複数回答可

支援の目的は、家族関係・対人関係の調整が最も割合が高く(61.0%)、アセスメント(59.7%)、地域移行・地域定着支援(40.3%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	46	(59.7)
不安の軽減・解消	22	(28.6)

治療動機付け	9	(11.7)
自己理解・疾病理解等の促進	21	(27.3)
自己管理能力・生活管理能力の回復	12	(15.6)
自己効力感回復	6	(7.8)
自己決定の援助	1	(1.3)
家族関係・対人関係の調整	47	(61.0)
対処スキル・能力の維持・向上	28	(36.4)
症状・問題行動の緩和・軽減	24	(31.2)
心身の機能維持・回復・改善	7	(9.1)
地域移行・地域定着支援	31	(40.3)
孤立防止と社会参加の保持・改善	25	(32.5)
QOL 向上	8	(10.4)
その他	5	(6.5)

### C2-1-8 家族支援(n=658)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

#### C2-1-8-1 家族支援の実施 (n=658) ※複数回答可

家族支援の実施について、行っているのは 81.3%であり、そのうち、家族のみの面接が最も割合が高く (45.4%)、本人と家族の合同面接及び家族のみの面接 (42.6%)、本人と家族の合同面接 (40.9%) と続いた。

	n	(%)
行っている	535	(81.3)
本人と家族の合同面接	269	(40.9)
家族のみの面接	299	(45.4)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	280	(42.6)
家族グループ・家族教室等の実施	73	(11.1)
チーム会議への家族の参加	71	(10.8)
その他	19	(2.9)

### C2-1-9 チーム医療・連携(n=658)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。

#### C2-1-9-1 連携等の実施 (n=658) ※複数回答可

連携等の実施について、行っているのは 83.0%であり、そのうち院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く (76.3%)、院外他機関・他職種との連携 (45.4%) と続いた。

	n	(%)
行っている	546	(83.0)
院内他職種とのチーム医療・連携	502	(76.3)
院外他機関・他職種との連携	299	(45.4)
その他	12	(1.8)

## C2-9 精神疾患全般（高次脳機能障害／脳血管疾患・認知症を除く）

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、精神疾患全般（高次脳機能障害／脳血管疾患・認知症を除く）への支援について尋ねた。

### C2-9-1 心理検査

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを選択してもらった。

#### C2-9-1-1 支援の実施（n=1,067）

「『心理検査』を行っている」と回答したのは899件であり、84.3%を占めた。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	138	(12.9)
「心理検査」を行っている	899	(84.3)
回答なし	30	(2.8)
合計	1,067	(100.0)

#### C2-9-1-2 診療報酬対象となっている検査（n=899） ※複数選択可

診療報酬対象となっている検査は、発達及び知能検査においては、WAIS-III成人知能検査又はWAIS-IV成人知能検査が最も割合が高く(91.9%)、WISC-IV知能検査(44.8%)、田中ビネー知能検査V(30.7%)と続いた。その他として、鈴木ビネー知能検査(回答数17)、DAMグッドイナフ人物画知能検査(回答数5)などが挙げられた。

人格検査においては、バウムテストが最も割合が高く(75.5%)、SCT(69.1%)、ロールシャッハテスト(67.7%)と続いた。その他として、TPI(回答数3)などが挙げられた。

認知機能検査及びその他の心理検査においては、AQ日本語版が最も割合が高く(70.4%)、長谷川式知能評価スケール(55.8%)、MMSE(54.5%)と続いた。その他として、親面接式自閉スペクトラム症評価尺度(PARS-TR)(回答数58)、CES-Dうつ病(抑うつ状態)自己評価尺度(回答数18)、日本語版LSAS-J(回答数13)、STAI状態・特性不安検査(回答数13)、CMI健康調査票(回答数11)、ベンダーゲシュタルトテスト(回答数11)、内田クレペリン精神検査(回答数11)、IES-R(回答数7)、MAS不安尺度(回答数7)、前頭葉評価バッテリーFAB(回答数6)、ADAS(回答数5)、HDRS(回答数5)、WURS(回答数5)などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
コース立方体組み合わせテスト	235	(26.1)
JART	184	(20.5)
田中ビネー知能検査V	276	(30.7)
Vineland-II 日本版	67	(7.5)
WISC-IV知能検査	403	(44.8)
WAIS-III成人知能検査又はWAIS-IV成人知能検査	826	(91.9)
その他	53	(5.9)
<b>人格検査</b>		
Y-G 矢田部ギルフォード性格検査	315	(35.0)

TEG II 東大式／新版 TEG／新版 TEG II／TEG3	494	(54.9)
バウムテスト	679	(75.5)
SCT	621	(69.1)
P-F スタディ	544	(60.5)
MMPI	370	(41.2)
描画テスト	516	(57.4)
ロールシャッハテスト	609	(67.7)
その他	30	(3.3)

#### 認知機能検査及びその他の心理検査

AQ 日本語版	633	(70.4)
長谷川式知能評価スケール	502	(55.8)
MMSE	490	(54.5)
SDS うつ性自己評価尺度	436	(48.5)
POMS/POMS2	177	(19.7)
COGNISTAT	159	(17.7)
MoCA-J	124	(13.8)
リバーミード行動記憶	103	(11.5)
WMS-R	155	(17.2)
発達障害の要支援度評価尺度 (MSPA)	117	(13.0)
その他	131	(14.6)

#### C2-9-1-3 診療報酬対象外の検査 (n=899) ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、CAARS 日本語版が最も割合が高く(40.2%)、ADHD-RS(25.8%)、「行っていない」(25.7%)と続いた。その他として、ASRS(回答数 22)、時計描画テスト(回答数 9)、TMT(トレイルメイキングテスト)(回答数 6)、などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	231	(25.7)
ADHD-RS	232	(25.8)
CAARS 日本語版	361	(40.2)
Conners3	126	(14.0)
A-ASD 成人期 ASD 検査	77	(8.6)
A-ADHD 成人期 ADHD 検査	130	(14.5)
早期記憶検査	3	(0.3)
HAM-D ハミルトン不安評価尺度	119	(13.2)
BDI-II ベック抑うつ尺度	185	(20.6)
Y-BOCS 強迫観念・強迫行為評価スケール	171	(19.0)
その他	115	(12.8)

#### C2-9-1-4 フィードバック面接 (n=899)

フィードバック面接は、「ほぼ毎回実施している」が最も割合が高く(30.6%)、「ときどき実施している」(20.1%)、「まれに実施している」(18.6%)と続いた。

	n	(%)
実施していない	112	(12.5)
まれに実施している	167	(18.6)
ときどき実施している	181	(20.1)
よく実施している	163	(18.1)
ほぼ毎回実施している	275	(30.6)
回答なし	1	(0.1)
合計	899	(100.0)

## C2-9-2 心理教育（本人対象）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育（本人対象）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

### C2-9-2-1 支援の実施（n=1,067）

「『心理教育』を行っている」と回答したのは618件であり、57.9%を占めた。

	n	(%)
「心理教育（本人対象）」は行っていない	416	(39.0)
「心理教育（本人対象）」を行っている	618	(57.9)
回答なし	33	(3.1)
合計	1,067	(100.0)

### C2-9-2-2 支援の目的（n=618） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く（89.8%）、不安の軽減・解消（65.5%）、対処スキル・能力の維持・向上（64.9%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	405	(65.5)
治療動機付け	260	(42.1)
自己理解・疾病理解等の促進	555	(89.8)
自己管理能力・生活管理能力の回復	248	(40.1)
自己効力感回復	179	(29.0)
自己決定の援助	84	(13.6)
家族関係・対人関係の調整	129	(20.9)
対処スキル・能力の維持・向上	401	(64.9)
症状・問題行動の緩和・軽減	309	(50.0)
心身の機能維持・回復・改善	67	(10.8)
地域移行・地域定着支援	40	(6.5)
孤立防止と社会参加の保持・改善	29	(4.7)
QOL向上	31	(5.0)
その他	3	(0.5)

**C2-9-2-3 支援の時間 (n=618) ※3 つまで複数回答可**

支援の時間は、50 分以上 1 時間未満が最も割合が高く (40.5%)、40 分以上 50 分未満 (26.2%)、30 分以上 40 分未満 (22.3%) と続いた。

	n	(%)
20 分未満	26	(4.2)
20 分以上 30 分未満	76	(12.3)
30 分以上 40 分未満	138	(22.3)
40 分以上 50 分未満	162	(26.2)
50 分以上 1 時間未満	250	(40.5)
1 時間以上 1 時間半未満	50	(8.1)
1 時間半以上 2 時間未満	21	(3.4)
2 時間以上 4 時間未満	7	(1.1)
4 時間以上 6 時間未満	0	(0.0)
6 時間以上	2	(0.3)
その他	17	(2.8)

**C2-9-2-4 支援の頻度 (n=618) ※3 つまで複数回答可**

支援の頻度は、2 週に 1 回が最も割合が高く (35.3%)、1 か月に 1 回 (28.8%)、1 週に 1 回 (25.7%) と続いた。

	n	(%)
単回	147	(23.8)
1 年に 1 回～数回	51	(8.3)
1 か月に 1 回	178	(28.8)
3 週に 1 回	37	(6.0)
2 週に 1 回	218	(35.3)
1 週に 1 回	159	(25.7)
1 週に 2 回	22	(3.6)
1 週に 3 回以上	14	(2.3)
その他	37	(6.0)

**C2-9-2-5 支援の期間 (n=618) ※3 つまで複数回答可**

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く (51.8%)、「期間ではなくクール (一定回数等) で終了」 (11.3%)、単回 (11.0%) と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	320	(51.8)
単回	68	(11.0)
2 週間未満	5	(0.8)
2 週間以上 1 か月未満	16	(2.6)
1 か月以上 3 か月未満	44	(7.1)
3 か月以上半年未満	38	(6.1)
半年以上 1 年未満	49	(7.9)
1 年以上 2 年未満	35	(5.7)

2年以上4年未満	27	(4.4)
4年以上	31	(5.0)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	70	(11.3)
その他	35	(5.7)

#### C2-9-2-6 支援の回数 (n=618)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く(85.9%)、「おおまかに定めている」(10.0%)と続いた。

	n	(%)
定めていない	531	(85.9)
おおまかに定めている	62	(10.0)
定めている	25	(4.0)
合計	618	(100.0)

#### C2-9-3 外来における心理面接（個人）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

##### C2-9-3-1 支援の実施 (n=1,067)

「『外来における心理面接（個人）』を行っている」と回答したのは801件であり、75.1%を占めた。

	n	(%)
「外来における心理面接（個人）」は行っていない	229	(21.5)
「外来における心理面接（個人）」を行っている	801	(75.1)
回答なし	37	(3.5)
合計	1,067	(100.0)

##### C2-9-3-2 支援の目的 (n=801) ※5つまで複数回答可

支援の目的は、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く(74.5%)、不安の軽減・解消(70.7%)、対処スキル・能力の維持・向上(62.4%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	470	(58.7)
不安の軽減・解消	566	(70.7)
治療動機付け	134	(16.7)
自己理解・疾病理解等の促進	597	(74.5)
自己管理力・生活管理力の回復	180	(22.5)
自己効力感回復	249	(31.1)
自己決定の援助	140	(17.5)
家族関係・対人関係の調整	288	(36.0)
対処スキル・能力の維持・向上	500	(62.4)

症状・問題行動の緩和・軽減	449	(56.1)
心身の機能維持・回復・改善	102	(12.7)
地域移行・地域定着支援	20	(2.5)
孤立防止と社会参加の保持・改善	32	(4.0)
QOL 向上	22	(2.7)
その他	9	(1.1)

### C2-9-3-3 アプローチ法 (n=801) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は1.2%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く87.1%であり、単独が11.2%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった(57.8%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く(94.7%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ(83.1%)、力動的・精神分析的アプローチ(48.7%)と続いた。

	n	(%)
単独	90	(11.2)
併用	698	(87.1)
アセスメントのみで終了	10	(1.2)
回答なし	3	(0.4)
合計	801	(100.0)

	全体 (n=801)		単独 (n=90)		併用 (n=698)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	10	(1.2)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	598	(74.7)	18	(20.0)	580	(83.1)
力動的・精神分析的アプローチ	355	(44.3)	15	(16.7)	340	(48.7)
傾聴・支持的アプローチ	713	(89.0)	52	(57.8)	661	(94.7)
認知リハビリテーション的アプローチ	30	(3.7)	0	(0.0)	30	(4.3)
環境調整的アプローチ	181	(22.6)	1	(1.1)	180	(25.8)
その他のカテゴリーのアプローチ	40	(5.0)	4	(4.4)	36	(5.2)

### C2-9-3-4 支援の時間 (n=801) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(47.9%)、40分以上50分未満(32.3%)、30分以上40分未満(23.6%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	15	(1.9)
20分以上30分未満	79	(9.9)
30分以上40分未満	189	(23.6)
40分以上50分未満	259	(32.3)
50分以上1時間未満	384	(47.9)
1時間以上1時間半未満	27	(3.4)
1時間半以上2時間未満	4	(0.5)
2時間以上	0	(0.0)
その他	18	(2.2)

#### C2-9-3-5 支援の頻度 (n=801) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、2週に1回が最も割合が高く(64.7%)、1か月に1回(49.1%)、1週に1回(24.2%)と続いた。

	n	(%)
単回	78	(9.7)
1年に1回～数回	47	(5.9)
1か月に1回	393	(49.1)
3週に1回	94	(11.7)
2週に1回	518	(64.7)
1週に1回	194	(24.2)
1週に2回	5	(0.6)
1週に3回以上	3	(0.4)

#### C2-9-3-6 支援の期間 (n=801) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、1年以上2年未満が最も割合が高く(39.1%)、半年以上1年未満(33.6%)、2年以上4年未満(32.0%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	98	(12.2)
2週間未満	3	(0.4)
2週間以上1か月未満	15	(1.9)
1か月以上3か月未満	59	(7.4)
3か月以上半年未満	91	(11.4)
半年以上1年未満	269	(33.6)
1年以上2年未満	313	(39.1)
2年以上4年未満	256	(32.0)
4年以上	255	(31.8)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	51	(6.4)

#### C2-9-4 外来における心理支援(集団)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援(集団)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-9-4-1 支援の実施 (n=1,067)

「『外来における心理支援(集団)』を行っている」と回答したのは220件であり、20.6%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援(集団)」は行っていない	804	(75.4)
「外来における心理支援(集団)」を行っている	220	(20.6)
回答なし	43	(4.0)
合計	1,067	(100.0)

C2-9-4-2 支援の目的 (n=220) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、対処スキル・能力の維持・向上が最も割合が高く(74.5%)、自己理解・疾病理解等の促進(73.6%)、症状・問題行動の緩和・軽減(51.4%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	25	(11.4)
不安の軽減・解消	83	(37.7)
治療動機付け	45	(20.5)
自己理解・疾病理解等の促進	162	(73.6)
自己管理能力・生活管理能力の回復	84	(38.2)
自己効力感回復	78	(35.5)
自己決定の援助	34	(15.5)
家族関係・対人関係の調整	36	(16.4)
対処スキル・能力の維持・向上	164	(74.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	113	(51.4)
心身の機能維持・回復・改善	39	(17.7)
地域移行・地域定着支援	25	(11.4)
孤立防止と社会参加の保持・改善	58	(26.4)
QOL 向上	14	(6.4)
その他	7	(3.2)

C2-9-4-3 アプローチ法 (n=220) ※併用の場合は3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は0.5%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く58.2%であり、単独が40.5%であった。単独の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高かった(56.2%)。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高く(85.2%)、傾聴・支持的アプローチ(68.8%)、認知リハビリテーション的アプローチ(30.5%)と続いた。

	n	(%)
単独	89	(40.5)
併用	128	(58.2)
アセスメントのみで終了	2	(0.9)
回答なし	1	(0.5)
合計	220	(100.0)

	全体 (n=220)		単独 (n=89)		併用 (n=128)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(0.9)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	159	(72.3)	50	(56.2)	109	(85.2)
力動的・精神分析的アプローチ	31	(14.1)	4	(4.5)	27	(21.1)
傾聴・支持的アプローチ	105	(47.7)	17	(19.1)	88	(68.8)
認知リハビリテーション的アプローチ	41	(18.6)	2	(2.2)	39	(30.5)
環境調整的アプローチ	40	(18.2)	2	(2.2)	38	(29.7)
その他のカテゴリーのアプローチ	33	(15.0)	14	(15.7)	19	(14.8)

**C2-9-4-4 支援の時間 (n=220) ※3 つまで複数回答可**

支援の時間は、1 時間以上 1 時間半未満が最も割合が高く (32.7%)、50 分以上 1 時間未満 (24.5%)、1 時間半以上 2 時間未満 (21.4%) と続いた。

	n	(%)
20 分未満	1	(0.5)
20 分以上 30 分未満	7	(3.2)
30 分以上 40 分未満	19	(8.6)
40 分以上 50 分未満	15	(6.8)
50 分以上 1 時間未満	54	(24.5)
1 時間以上 1 時間半未満	72	(32.7)
1 時間半以上 2 時間未満	47	(21.4)
2 時間以上 4 時間未満	30	(13.6)
4 時間以上 6 時間未満	10	(4.5)
6 時間以上	9	(4.1)
その他	4	(1.8)

**C2-9-4-5 支援の頻度 (n=220) ※3 つまで複数回答可**

支援の頻度は、1 週に 1 回が最も割合が高く (50.5%)、2 週に 1 回 (25.9%)、1 か月に 1 回 (17.7%) と続いた。

	n	(%)
単回	13	(5.9)
1 年に 1 回～数回	5	(2.3)
1 か月に 1 回	39	(17.7)
3 週に 1 回	2	(0.9)
2 週に 1 回	57	(25.9)
1 週に 1 回	111	(50.5)
1 週に 2 回	14	(6.4)
1 週に 3 回以上	36	(16.4)

**C2-9-4-6 支援の期間 (n=220) ※3 つまで複数回答可**

支援の期間は、「期間ではなくクール (一定回数等) で終了」が最も割合が高く (34.5%)、4 年以上 (24.5%)、半年以上 1 年未満 (20.9%) と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	22	(10.0)
2 週間未満	1	(0.5)
2 週間以上 1 か月未満	3	(1.4)
1 か月以上 3 か月未満	22	(10.0)
3 か月以上半年未満	37	(16.8)
半年以上 1 年未満	46	(20.9)
1 年以上 2 年未満	31	(14.1)
2 年以上 4 年未満	28	(12.7)
4 年以上	54	(24.5)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	76	(34.5)

## C2-9-5 入院における心理面接（個人）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-9-5-1 支援の実施（n=1,067）（n=1,067）

「『入院における心理面接（個人）』を行っている」と回答したのは 471 件であり、44.1%であった。

	n	(%)
「入院における心理面接（個人）」は行っていない	550	(51.5)
「入院における心理面接（個人）」を行っている	471	(44.1)
回答なし	46	(4.3)
合計	1,067	(100.0)

### C2-9-5-2 支援の目的（n=471） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（74.1%）、自己理解・疾病理解等の促進（70.3%）、症状・問題行動の緩和・軽減（57.1%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	253	(53.7)
不安の軽減・解消	349	(74.1)
治療動機付け	145	(30.8)
自己理解・疾病理解等の促進	331	(70.3)
自己管理能力・生活管理能力の回復	89	(18.9)
自己効力感回復	107	(22.7)
自己決定の援助	58	(12.3)
家族関係・対人関係の調整	100	(21.2)
対処スキル・能力の維持・向上	264	(56.1)
症状・問題行動の緩和・軽減	269	(57.1)
心身の機能維持・回復・改善	71	(15.1)
地域移行・地域定着支援	24	(5.1)
孤立防止と社会参加の保持・改善	8	(1.7)
QOL 向上	22	(4.7)
その他	7	(1.5)

### C2-9-5-3 アプローチ法（n=471） ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は3.0%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く83.2%であり、単独が13.8%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった（73.8%）。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（95.9%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（81.4%）、力動的・精神分析的アプローチ（45.7%）と続いた。

	n	(%)
単独	65	(13.8)
併用	392	(83.2)
アセスメントのみで終了	14	(3.0)
回答なし	0	(0.0)
合計	471	(100.0)

	全体 (n=471)		単独 (n=65)		併用 (n=392)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	14	(3.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	327	(69.4)	8	(12.3)	319	(81.4)
力動的・精神分析的アプローチ	183	(38.9)	4	(6.2)	179	(45.7)
傾聴・支持的アプローチ	424	(90.0)	48	(73.8)	376	(95.9)
認知リハビリテーション的アプローチ	25	(5.3)	0	(0.0)	25	(6.4)
環境調整的アプローチ	117	(24.8)	1	(1.5)	116	(29.6)
その他のカテゴリーのアプローチ	19	(4.0)	4	(6.2)	15	(3.8)

#### C2-9-5-4 支援の時間 (n=471) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(44.2%)、30分以上40分未満(35.2%)、40分以上50分未満(32.7%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	23	(4.9)
20分以上30分未満	101	(21.4)
30分以上40分未満	166	(35.2)
40分以上50分未満	154	(32.7)
50分以上1時間未満	208	(44.2)
1時間以上1時間半未満	21	(4.5)
1時間半以上2時間未満	3	(0.6)
2時間以上	0	(0.0)
その他	4	(0.8)

#### C2-9-5-5 支援の頻度 (n=471) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(69.6%)、2週に1回(29.5%)、1週に2回(17.0%)と続いた。

	n	(%)
単回	73	(15.5)
1年に1回～数回	14	(3.0)
1か月に1回	44	(9.3)
3週に1回	13	(2.8)
2週に1回	139	(29.5)
1週に1回	328	(69.6)
1週に2回	80	(17.0)
1週に3回以上	24	(5.1)

### C2-9-5-6 支援の期間 (n=471) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、1 か月以上 3 か月未満が最も割合が高く (45.2%)、3 か月以上半年未満 (22.7%)、2 週間以上 1 か月未満 (17.2%) と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	76	(16.1)
2 週間未満	39	(8.3)
2 週間以上 1 か月未満	81	(17.2)
1 か月以上 3 か月未満	213	(45.2)
3 か月以上半年未満	107	(22.7)
半年以上 1 年未満	70	(14.9)
1 年以上 2 年未満	60	(12.7)
2 年以上 4 年未満	46	(9.8)
4 年以上	52	(11.0)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	33	(7.0)

### C2-9-6 入院における心理支援 (集団)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援 (集団)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。

#### C2-9-6-1 支援の実施 (n=1,067)

「『入院における心理支援 (集団)』を行っている」と回答したのは 165 件であり、15.5%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援 (集団)」は行っていない	855	(80.1)
「入院における心理支援 (集団)」を行っている	165	(15.5)
回答なし	47	(4.4)
合計	1,067	(100.0)

#### C2-9-6-2 支援の目的 (n=165) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、対処スキル・能力の維持・向上が最も割合が高く (70.3%)、自己理解・疾病理解等の促進 (67.3%)、症状・問題行動の緩和・軽減 (41.8%) と続いた。

	n	(%)
アセスメント	26	(15.8)
不安の軽減・解消	66	(40.0)
治療動機付け	68	(41.2)
自己理解・疾病理解等の促進	111	(67.3)
自己管理能力・生活管理力の回復	54	(32.7)
自己効力感回復	54	(32.7)
自己決定の援助	13	(7.9)
家族関係・対人関係の調整	19	(11.5)
対処スキル・能力の維持・向上	116	(70.3)

症状・問題行動の緩和・軽減	69	(41.8)
心身の機能維持・回復・改善	27	(16.4)
地域移行・地域定着支援	15	(9.1)
孤立防止と社会参加の保持・改善	32	(19.4)
QOL 向上	21	(12.7)
その他	2	(1.2)

### C2-9-6-3 アプローチ法 (n=165) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は0.6%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く59.4%であり、単独が40.0%であった。単独の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高かった(48.5%)。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高く(83.7%)、傾聴・支持的アプローチ(73.5%)、力動的・精神分析的アプローチ(27.6%)と続いた。

	n	(%)
単独	66	(40.0)
併用	98	(59.4)
アセスメントのみで終了	1	(0.6)
回答なし	0	(0.0)
合計	165	(100.0)

	全体 (n=165)		単独 (n=66)		併用 (n=98)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	1	(0.6)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	114	(69.1)	32	(48.5)	82	(83.7)
力動的・精神分析的アプローチ	30	(18.2)	3	(4.5)	27	(27.6)
傾聴・支持的アプローチ	84	(50.9)	12	(18.2)	72	(73.5)
認知リハビリテーション的アプローチ	30	(18.2)	4	(6.1)	26	(26.5)
環境調整的アプローチ	19	(11.5)	1	(1.5)	18	(18.4)
その他のカテゴリーのアプローチ	29	(17.6)	14	(21.2)	15	(15.3)

### C2-9-6-4 支援の時間 (n=165) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(45.5%)、1時間以上1時間半未満(29.1%)、40分以上50分未満(14.5%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	1	(0.6)
20分以上30分未満	8	(4.8)
30分以上40分未満	20	(12.1)
40分以上50分未満	24	(14.5)
50分以上1時間未満	75	(45.5)
1時間以上1時間半未満	48	(29.1)
1時間半以上2時間未満	20	(12.1)
2時間以上4時間未満	4	(2.4)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-9-6-5 支援の頻度 (n=165) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(67.9%)、2週に1回(17.0%)、1か月に1回(12.1%)と続いた。

	n	(%)
単回	10	(6.1)
1年に1回～数回	6	(3.6)
1か月に1回	20	(12.1)
3週に1回	1	(0.6)
2週に1回	28	(17.0)
1週に1回	112	(67.9)
1週に2回	16	(9.7)
1週に3回以上	7	(4.2)

#### C2-9-6-6 支援の期間 (n=165) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満、「期間ではなくクール(一定回数等)で終了」がともに33.3%で最も割合が高く、4年以上(17.0%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	16	(9.7)
2週間未満	3	(1.8)
2週間以上1か月未満	10	(6.1)
1か月以上3か月未満	55	(33.3)
3か月以上半年未満	26	(15.8)
半年以上1年未満	22	(13.3)
1年以上2年未満	10	(6.1)
2年以上4年未満	10	(6.1)
4年以上	28	(17.0)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	55	(33.3)

#### C2-9-7 アウトリーチによる支援

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-9-7-1 支援の実施 (n=1,067)

支援の実施は、「必要性を感じるが、実施できていない」が最も割合が高く(57.9%)、「必要がないので、実施していない」(29.7%)と続いた。「実施している」のは82件(7.7%)であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	317	(29.7)
必要性を感じるが、実施できていない	618	(57.9)
実施している	82	(7.7)
回答なし	50	(4.7)
合計	1,067	(100.0)

### C2-9-7-2 支援目的 (n=82) ※複数回答可

支援の目的は、家族関係・対人関係の調整が最も割合が高く(52.4%)、地域移行・地域定着支援(47.6%)、アセスメント、症状・問題行動の緩和・軽減、孤立防止と社会参加の保持・改善がいずれも40.2%で続いた。

	n	(%)
アセスメント	33	(40.2)
不安の軽減・解消	29	(35.4)
治療動機付け	9	(11.0)
自己理解・疾病理解等の促進	23	(28.0)
自己管理能力・生活管理能力の回復	25	(30.5)
自己効力感回復	8	(9.8)
自己決定の援助	9	(11.0)
家族関係・対人関係の調整	43	(52.4)
対処スキル・能力の維持・向上	30	(36.6)
症状・問題行動の緩和・軽減	33	(40.2)
心身の機能維持・回復・改善	12	(14.6)
地域移行・地域定着支援	39	(47.6)
孤立防止と社会参加の保持・改善	33	(40.2)
QOL 向上	13	(15.9)
その他	3	(3.7)

### C2-9-8 家族支援

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

#### C2-9-8-1 家族支援の実施 (n=1,067)

家族支援の実施は、行っているのは 58.3%であり、そのうち、本人と家族の合同面接が最も割合が高く(27.5%)、本人と家族の合同面接及び家族のみの面接(27.0%)と続いた。

	n	(%)
行っている	622	(58.3)
本人と家族の合同面接	293	(27.5)
家族のみの面接	287	(26.9)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	288	(27.0)
家族グループ・家族教室等の実施	126	(11.8)
チーム会議への家族の参加	84	(7.9)
その他	12	(1.1)

## C2-9-9 チーム医療・連携

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-9-9-1 連携等の実施（n=818） ※複数回答可

連携等の実施は、行っているのが 76.7%であり、そのうち、院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く（72.7%）、院外他機関・他職種との連携（29.1%）と続いた。

	n	(%)
行っている	818	(76.7)
院内他職種とのチーム医療・連携	776	(72.7)
院外他機関・他職種との連携	310	(29.1)
その他	11	(1.0)

## 4 精神疾患：外来における心理面接（個人）

回答機関の部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）で公認心理師等が、主要な精神疾患に対して、部署・部門等である程度枠組みが定められた形での外来での個別心理面接を行っているか、行っている場合はそれがどのような実践であるかを、疾患別に尋ねた。ただし、新型コロナウイルス感染症により、心理支援内容や方法等に変更が生じている場合は、変更前の状況に基づいて回答を求めた。

### B1 外来における心理面接（個人）の対象

回答機関の部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）で、公認心理師等が行っている外来での個別心理面接の対象疾患（主診断）として該当するものを、全て選択してもらった。ただし、その面接は、「部署・部門等において、枠組み（アプローチ法や面接時間・頻度・期間等）がある程度定められた形で行われているもの」とした。心理教育（本人対象）のみの支援も含めた。疾患名は、基本的に ICD-11 に基づいているが、一部で別の表記も含めた。

#### B1 外来における心理面接（個人）の対象（n=1,586）

外来における心理面接（個人）の対象については、神経発達症（発達障害）が最も割合が高く（68.5%）、気分症：抑うつ症・気分変調症等（抑うつ性障害）（68.3%）、不安または恐怖関連症（65.1%）と続いた。

	n	(%)
該当する対象疾患はない	276	(17.4)
神経発達症（発達障害）	1087	(68.5)
統合失調症等	682	(43.0)
気分症：双極症等（双極性障害）	808	(50.9)
気分症：抑うつ症・気分変調症等（抑うつ性障害）	1083	(68.3)
不安または恐怖関連症	1033	(65.1)
強迫症または関連症	834	(52.6)
ストレス関連症：心的外傷後ストレス症・急性ストレス反応等	868	(54.7)

## B2 外来における心理面接（個人）の実践内容

「B1 外来における心理面接（個人）の対象」で選択した対象疾患（主診断）それぞれに対して、外来における心理面接（個人）の枠組みについて尋ねた。回答機関の部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている外来における心理面接（個人）の「枠組み」の内容として該当するものを選択してもらった。複数の枠組みがある場合は、最も良く行われているもの1つについて回答を求めた。

### B2-1 神経発達症（発達障害）（n=1,087）

「B1 外来における心理面接（個人）の対象」で、神経発達症（発達障害）を選択した 856 機関に対して、以下の項目に回答を求めた。

#### B2-1-1 年齢区分（n=1,087）

神経発達症（発達障害）における年齢区分については、成人（目安：18 歳以上）が最も割合が高く（46.1%）、「年齢区分はない」（34.3%）、小児（19.2%）と続いた。

	n	(%)
小児（目安：18 歳未満）	209	(19.2)
成人（目安：18 歳以上）	501	(46.1)
年齢区分はない	373	(34.3)
回答なし	4	(0.4)
合計	1,087	(100.0)

#### B2-1-2 面接の目的（n=1,087） 5つまで複数回答可

面接の目的は、5 つまで複数選択可とした。神経発達症（発達障害）における面接の目的については、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く（73.2%）、対処スキル・能力の維持・向上（71.9%）、不安の軽減・解消（71.4%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	776	(71.4)
治療動機付け	129	(11.9)
自己理解・疾病理解等の促進	796	(73.2)
自己管理能力・生活管理能力の回復	373	(34.3)
自己効力感回復	421	(38.7)
自己決定の援助	232	(21.3)
家族関係・対人関係の調整	562	(51.7)
対処スキル・能力の維持・向上	782	(71.9)
症状・問題行動の緩和・軽減	625	(57.5)
心身の機能維持・回復・改善	159	(14.6)
地域移行・地域定着支援	63	(5.8)
孤立防止と社会参加の保持・改善	134	(12.3)
QOL 向上	46	(4.2)
その他	14	(1.3)

### B2-1-3 アプローチ法 (n=1,087) 併用の場合は3つまで複数選択可

神経発達症（発達障害）におけるアプローチ法については、単独が4.3%、併用が94.8%で、併用が多数を占めた。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（48.9%）、続いて心理教育（21.3%）であった。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（85.9%）、心理教育（81.1%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（74.0%）と続いた。

	n	(%)
単独	47	(4.3)
併用	1,031	(94.8)
回答なし	9	(0.8)
合計	1,087	(100.0)

	全体 (n=1,087)		単独 (n=47)		併用 (n=1,031)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理教育	846	(77.8)	10	(21.3)	836	(81.1)
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	771	(70.9)	8	(17.0)	763	(74.0)
力動的・精神分析的アプローチ	258	(23.7)	4	(8.5)	254	(24.6)
傾聴・支持的アプローチ	909	(83.6)	23	(48.9)	886	(85.9)
認知リハビリテーション的アプローチ	50	(4.6)	0	(0.0)	50	(4.8)
その他のカテゴリーのアプローチ	58	(5.3)	2	(4.3)	56	(5.4)

### B2-1-4 面接の時間 (n=1,087)

神経発達症（発達障害）における面接の時間については、50分以上1時間未満が最も割合が高く（41.1%）、40分以上50分未満（29.4%）、30分以上40分未満（15.1%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	8	(0.7)
20分以上30分未満	77	(7.1)
30分以上40分未満	164	(15.1)
40分以上50分未満	320	(29.4)
50分以上1時間未満	447	(41.1)
1時間以上1時間半未満	24	(2.2)
1時間半以上2時間未満	3	(0.3)
2時間以上	0	(0.0)
それ以外	36	(3.3)
回答なし	8	(0.7)
合計	1,087	(100.0)

#### B2-1-5 面接の頻度 (n=1,087)

神経発達症（発達障害）における面接の頻度については、2週に1回が最も割合が高く（44.8%）、1か月に1回（33.2%）、1週に1回（8.6%）と続いた。

	n	(%)
単回	38	(3.5)
1年に1回～数回	35	(3.2)
1か月に1回	361	(33.2)
3週に1回	57	(5.2)
2週に1回	487	(44.8)
1週に1回	93	(8.6)
1週に2回	5	(0.5)
1週に3回以上	3	(0.3)
回答なし	8	(0.7)
合計	1,087	(100.0)

#### B2-1-6 面接の期間 (n=1,087)

神経発達症（発達障害）における面接の期間については、そのほか最も割合が高く（23.6%）、1年以上2年未満（17.8%）、2年以上4年未満（16.7%）と続いた。

	n	(%)
単回	39	(3.6)
2週間未満	1	(0.1)
2週間以上1か月未満	15	(1.4)
1か月以上3か月未満	21	(1.9)
3か月以上半年未満	47	(4.3)
半年以上1年未満	162	(14.9)
1年以上2年未満	193	(17.8)
2年以上4年未満	181	(16.7)
4年以上	123	(11.3)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	35	(3.2)
その他	257	(23.6)
回答なし	13	(1.2)
合計	1,087	(100.0)

## B2-2 統合失調症等 (n=682)

### B2-2-1 年齢区分 (n=682)

統合失調症等における年齢区分については、成人（目安：18歳以上）が最も割合が高く（69.6%）、「年齢区分はない」（26.0%）と続き、小児は2.1%にとどまった。

	n	(%)
小児（目安：18歳未満）	14	(2.1)
成人（目安：18歳以上）	475	(69.6)
年齢区分はない	177	(26.0)
回答なし	16	(2.3)
合計	682	(100.0)

### B2-2-2 面接の目的 (n=682) 5つまで複数回答可

統合失調症等における面接の目的については、不安の軽減・解消が最も割合が高く（67.6%）、自己理解・疾病理解等の促進（65.4%）、対処スキル・能力の維持・向上（59.2%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	461	(67.6)
治療動機付け	138	(20.2)
自己理解・疾病理解等の促進	446	(65.4)
自己管理能力・生活管理能力の回復	325	(47.7)
自己効力感回復	155	(22.7)
自己決定の援助	129	(18.9)
家族関係・対人関係の調整	253	(37.1)
対処スキル・能力の維持・向上	404	(59.2)
症状・問題行動の緩和・軽減	315	(46.2)
心身の機能維持・回復・改善	90	(13.2)
地域移行・地域定着支援	88	(12.9)
孤立防止と社会参加の保持・改善	141	(20.7)
QOL向上	48	(7.0)
その他	6	(0.9)

### B2-2-3 アプローチ法 (n=682) 併用の場合は3つまで複数選択可

統合失調症等におけるアプローチ法については、単独が9.4%、併用が88.0%で、併用が多数を占めた。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（64.1%）、次いで心理教育（12.5%）および力動的・精神分析的アプローチ（12.5%）であった。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（87.5%）、心理教育（85.7%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（62.0%）と続いた。

	n	(%)
単独	64	(9.4)
併用	600	(88.0)
回答なし	18	(2.6)
合計	682	(100.0)

	全体 (n=682)		単独 (n=64)		併用 (n=600)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理教育	522	(76.5)	8	(12.5)	514	(85.7)
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	377	(55.3)	5	(7.8)	372	(62.0)
力動的・精神分析的アプローチ	117	(17.2)	8	(12.5)	109	(18.2)
傾聴・支持的アプローチ	566	(83.0)	41	(64.1)	525	(87.5)
認知リハビリテーション的アプローチ	44	(6.5)	0	(0.0)	44	(7.3)
その他のカテゴリーのアプローチ	12	(1.8)	2	(3.1)	10	(1.7)

#### B2-2-4 面接の時間 (n=682)

統合失調症等における面接の時間については、50分以上1時間未満が最も割合が高く(30.5%)、40分以上50分未満(23.8%)、30分以上40分未満(20.7%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	15	(2.2)
20分以上30分未満	108	(15.8)
30分以上40分未満	141	(20.7)
40分以上50分未満	162	(23.8)
50分以上1時間未満	208	(30.5)
1時間以上1時間半未満	10	(1.5)
1時間半以上2時間未満	1	(0.1)
2時間以上	0	(0.0)
それ以外	19	(2.8)
回答なし	18	(2.6)
合計	682	(100.0)

#### B2-2-5 面接の頻度 (n=682)

統合失調症等における面接の頻度については、2週に1回が最も割合が高く(42.4%)、1か月に1回(32.4%)、1週に1回(10.6%)と続いた。

	n	(%)
単回	29	(4.3)
1年に1回～数回	20	(2.9)
1か月に1回	221	(32.4)
3週に1回	24	(3.5)
2週に1回	289	(42.4)
1週に1回	72	(10.6)
1週に2回	8	(1.2)
1週に3回以上	1	(0.1)
回答なし	18	(2.6)
合計	682	(100.0)

#### B2-2-6 面接の期間 (n=682)

統合失調症等における面接の期間については、4年以上が最も割合が高く（22.0%）、その他（21.0%）、1年以上2年未満（15.4%）、2年以上4年未満（15.0%）と続いた。

	n	(%)
単回	27	(4.0)
2週間未満	1	(0.1)
2週間以上1か月未満	6	(0.9)
1か月以上3か月未満	19	(2.8)
3か月以上半年未満	27	(4.0)
半年以上1年未満	62	(9.1)
1年以上2年未満	105	(15.4)
2年以上4年未満	102	(15.0)
4年以上	150	(22.0)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	22	(3.2)
その他	143	(21.0)
回答なし	18	(2.6)
合計	682	(100.0)

## B2-3 気分症：双極症等（双極性障害）（n=808）

### B2-3-1 年齢区分（n=808）

気分症：双極症等（双極性障害）における年齢区分については、成人（目安：18歳以上）が最も割合が高く（68.4%）、「年齢区分はない」（25.4%）と続き、小児は2.7%にとどまった。

	n	(%)
小児（目安：18歳未満）	22	(2.7)
成人（目安：18歳以上）	553	(68.4)
年齢区分はない	205	(25.4)
回答なし	28	(3.5)
合計	808	(100.0)

### B2-3-2 面接の目的（n=808） 5つまで複数回答可

気分症：双極症等（双極性障害）における面接の目的については、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く（77.8%）、対処スキル・能力の維持・向上（65.1%）、不安の軽減・解消（63.9%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	516	(63.9)
治療動機付け	150	(18.6)
自己理解・疾病理解等の促進	629	(77.8)
自己管理能力・生活管理能力の回復	361	(44.7)
自己効力感回復	211	(26.1)
自己決定の援助	119	(14.7)
家族関係・対人関係の調整	327	(40.5)
対処スキル・能力の維持・向上	526	(65.1)
症状・問題行動の緩和・軽減	484	(59.9)
心身の機能維持・回復・改善	122	(15.1)
地域移行・地域定着支援	27	(3.3)
孤立防止と社会参加の保持・改善	49	(6.1)
QOL向上	35	(4.3)
その他	8	(1.0)

### B2-3-3 アプローチ法（n=808） 併用の場合は3つまで複数選択可

気分症：双極症等（双極性障害）におけるアプローチ法については、単独が5.9%、併用が90.5%で、併用が多数を占めた。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（62.5%）、続いて力動的・精神分析的アプローチ（16.7%）であった。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（82.5%）、心理教育（78.5%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（75.4%）と続いた。

	n	(%)
単独	48	(5.9)
併用	731	(90.5)
回答なし	29	(3.6)
合計	808	(100.0)

	全体 (n=808)		単独 (n=48)		併用 (n=731)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理教育	578	(71.5)	4	(8.3)	574	(78.5)
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	555	(68.7)	4	(8.3)	551	(75.4)
力動的・精神分析的アプローチ	221	(27.4)	8	(16.7)	213	(29.1)
傾聴・支持的アプローチ	633	(78.3)	30	(62.5)	603	(82.5)
認知リハビリテーション的アプローチ	19	(2.4)	0	(0.0)	19	(2.6)
その他のカテゴリーのアプローチ	17	(2.1)	2	(4.2)	15	(2.1)

#### B2-3-4 面接の時間 (n=808)

気分症：双極症等（双極性障害）における面接の時間については、50分以上1時間未満が最も割合が高く（39.4%）、40分以上50分未満（27.4%）、30分以上40分未満（15.0%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	11	(1.4)
20分以上30分未満	69	(8.5)
30分以上40分未満	121	(15.0)
40分以上50分未満	221	(27.4)
50分以上1時間未満	318	(39.4)
1時間以上1時間半未満	17	(2.1)
1時間半以上2時間未満	1	(0.1)
2時間以上	0	(0.0)
それ以外	20	(2.5)
回答なし	30	(3.7)
合計	808	(100.0)

#### B2-3-5 面接の頻度 (n=808)

気分症：双極症等（双極性障害）における面接の頻度については、2週に1回が最も割合が高く（46.5%）、1か月に1回（26.7%）、1週に1回（10.6%）と続いた。

	n	(%)
単回	30	(3.7)
1年に1回～数回	17	(2.1)
1か月に1回	216	(26.7)
3週に1回	47	(5.8)
2週に1回	376	(46.5)
1週に1回	86	(10.6)
1週に2回	5	(0.6)
1週に3回以上	1	(0.1)
回答なし	30	(3.7)
合計	808	(100.0)

### B2-3-6 面接の期間 (n=808)

気分症：双極症等（双極性障害）における面接の期間については、その他が最も割合が高く（21.7%）、1年以上2年未満（18.1%）、2年以上4年未満（16.7%）と続いた。

	n	(%)
単回	31	(3.8)
2週間未満	2	(0.2)
2週間以上1か月未満	7	(0.9)
1か月以上3か月未満	15	(1.9)
3か月以上半年未満	30	(3.7)
半年以上1年未満	94	(11.6)
1年以上2年未満	146	(18.1)
2年以上4年未満	135	(16.7)
4年以上	114	(14.1)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	29	(3.6)
その他	175	(21.7)
回答なし	30	(3.7)
合計	808	(100.0)

## B2-4 気分症：抑うつ症・気分変調症等（抑うつ性障害）（n=1,083）

### B2-4-1 年齢区分（n=1,083）

気分症：双極症等（抑うつ性障害）における年齢区分については、成人（目安：18歳以上）が最も割合が高く（59.4%）、「年齢区分はない」（31.7%）と続き、小児は5.6%にとどまった。

	n	(%)
小児（目安：18歳未満）	61	(5.6)
成人（目安：18歳以上）	643	(59.4)
年齢区分はない	343	(31.7)
回答なし	36	(3.3)
合計	1,083	(100.0)

### B2-4-2 面接の目的（n=1,083） 5つまで複数回答可

気分症：双極症等（抑うつ性障害）における面接の目的については、不安の軽減・解消が最も割合が高く（80.3%）、自己理解・疾病理解等の促進（67.8%）、対処スキル・能力の維持・向上（56.9%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	870	(80.3)
治療動機付け	119	(11.0)
自己理解・疾病理解等の促進	734	(67.8)
自己管理能力・生活管理能力の回復	308	(28.4)
自己効力感回復	520	(48.0)
自己決定の援助	251	(23.2)
家族関係・対人関係の調整	441	(40.7)
対処スキル・能力の維持・向上	616	(56.9)
症状・問題行動の緩和・軽減	563	(52.0)
心身の機能維持・回復・改善	224	(20.7)
地域移行・地域定着支援	46	(4.2)
孤立防止と社会参加の保持・改善	80	(7.4)
QOL向上	56	(5.2)
その他	7	(0.6)

### B2-4-3 アプローチ法（n=1,083） 併用の場合は3つまで複数選択可

気分症：双極症等（抑うつ性障害）におけるアプローチ法については、単独が7.3%、併用が89.3%で、併用が多数を占めた。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（62.0%）、続いて力動的・精神分析的アプローチ（16.5%）であった。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（87.5%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（74.0%）、心理教育（69.7%）と続いた。

	n	(%)
単独	79	(7.3)
併用	967	(89.3)
回答なし	37	(3.4)
合計	1,083	(100.0)

	全体 (n=1,083)		単独 (n=79)		併用 (n=967)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理教育	678	(62.6)	4	(5.1)	674	(69.7)
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	726	(67.0)	10	(12.7)	716	(74.0)
力動的・精神分析的アプローチ	374	(34.5)	13	(16.5)	361	(37.3)
傾聴・支持的アプローチ	895	(82.6)	49	(62.0)	846	(87.5)
認知リハビリテーション的アプローチ	27	(2.5)	0	(0.0)	27	(2.8)
その他のカテゴリーのアプローチ	35	(3.2)	3	(3.8)	32	(3.3)

#### B2-4-4 面接の時間 (n=1,083)

気分症：双極症等（抑うつ性障害）における面接の時間については、50分以上1時間未満が最も割合が高く（43.2%）、40分以上50分未満（26.6%）、30分以上40分未満（13.6%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	11	(1.0)
20分以上30分未満	75	(6.9)
30分以上40分未満	147	(13.6)
40分以上50分未満	288	(26.6)
50分以上1時間未満	468	(43.2)
1時間以上1時間半未満	29	(2.7)
1時間半以上2時間未満	3	(0.3)
2時間以上	0	(0.0)
それ以外	25	(2.3)
回答なし	37	(3.4)
合計	1,083	(100.0)

#### B2-4-5 面接の頻度 (n=1,083)

気分症：双極症等（抑うつ性障害）における面接の頻度については、2週に1回が最も割合が高く（47.4%）、1か月に1回（26.5%）、1週に1回（10.5%）と続いた。

	n	(%)
単回	36	(3.3)
1年に1回～数回	21	(1.9)
1か月に1回	287	(26.5)
3週に1回	62	(5.7)
2週に1回	513	(47.4)
1週に1回	114	(10.5)
1週に2回	9	(0.8)
1週に3回以上	4	(0.4)
回答なし	37	(3.4)
合計	1,083	(100.0)

#### B2-4-6 面接の期間 (n=1,083)

気分症：双極症等（抑うつ性障害）における面接の期間については、その他が最も割合が高く（21.0%）、1年以上2年未満（18.7%）、2年以上4年未満（15.9%）と続いた。

	n	(%)
単回	36	(3.3)
2週間未満	1	(0.1)
2週間以上1か月未満	12	(1.1)
1か月以上3か月未満	31	(2.9)
3か月以上半年未満	47	(4.3)
半年以上1年未満	162	(15.0)
1年以上2年未満	203	(18.7)
2年以上4年未満	172	(15.9)
4年以上	118	(10.9)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	37	(3.4)
その他	227	(21.0)
回答なし	37	(3.4)
合計	1,083	(100.0)

## B2-5 不安または恐怖関連症 (n=1, 033)

### B2-5-1 年齢区分 (n=1, 033)

不安または恐怖関連症における年齢区分については、成人（目安：18歳以上）が最も割合が高く（53.0%）、「年齢区分はない」（34.2%）、小児（9.1%）と続いた。

	n	(%)
小児（目安：18歳未満）	94	(9.1)
成人（目安：18歳以上）	547	(53.0)
年齢区分はない	353	(34.2)
回答なし	39	(3.8)
合計	1,033	(100.0)

### B2-5-2 面接の目的 (n=1, 033) 5つまで複数回答可

不安または恐怖関連症における面接の目的については、不安の軽減・解消が最も割合が高く（88.9%）、自己理解・疾病理解等の促進（69.2%）、対処スキル・能力の維持・向上（66.4%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	918	(88.9)
治療動機付け	132	(12.8)
自己理解・疾病理解等の促進	715	(69.2)
自己管理能力・生活管理能力の回復	247	(23.9)
自己効力感回復	414	(40.1)
自己決定の援助	191	(18.5)
家族関係・対人関係の調整	311	(30.1)
対処スキル・能力の維持・向上	686	(66.4)
症状・問題行動の緩和・軽減	657	(63.6)
心身の機能維持・回復・改善	155	(15.0)
地域移行・地域定着支援	18	(1.7)
孤立防止と社会参加の保持・改善	46	(4.5)
QOL向上	43	(4.2)
その他	8	(0.8)

### B2-5-3 アプローチ法 (n=1, 033) 併用の場合は3つまで複数選択可

不安または恐怖関連症におけるアプローチ法については、単独が6.4%、併用が89.6%で、併用が多数を占めた。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（50.0%）、続いて認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（22.7%）であった。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（80.8%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（80.0%）、心理教育（74.4%）と続いた。

	n	(%)
単独	66	(6.4)
併用	926	(89.6)
回答なし	41	(4.0)
合計	1,033	(100.0)

	全体 (n=1,033)		単独 (n=66)		併用 (n=926)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理教育	691	(66.9)	2	(3.0)	689	(74.4)
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	756	(73.2)	15	(22.7)	741	(80.0)
力動的・精神分析的アプローチ	322	(31.2)	12	(18.2)	310	(33.5)
傾聴・支持的アプローチ	781	(75.6)	33	(50.0)	748	(80.8)
認知リハビリテーション的アプローチ	20	(1.9)	0	(0.0)	20	(2.2)
その他のカテゴリーのアプローチ	39	(3.8)	4	(6.1)	35	(3.8)

#### B2-5-4 面接の時間 (n=1,033)

不安または恐怖関連症における面接の時間については、50分以上1時間未満が最も割合が高く(43.7%)、40分以上50分未満(27.6%)、30分以上40分未満(13.0%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	10	(1.0)
20分以上30分未満	60	(5.8)
30分以上40分未満	134	(13.0)
40分以上50分未満	285	(27.6)
50分以上1時間未満	451	(43.7)
1時間以上1時間半未満	28	(2.7)
1時間半以上2時間未満	1	(0.1)
2時間以上	0	(0.0)
それ以外	22	(2.1)
回答なし	42	(4.1)
合計	1,033	(100.0)

#### B2-5-5 面接の頻度 (n=1,033)

不安または恐怖関連症における面接の頻度については、2週に1回が最も割合が高く(47.9%)、1か月に1回(26.1%)、1週に1回(10.2%)と続いた。

	n	(%)
単回	33	(3.2)
1年に1回～数回	22	(2.1)
1か月に1回	270	(26.1)
3週に1回	55	(5.3)
2週に1回	495	(47.9)
1週に1回	105	(10.2)
1週に2回	9	(0.9)
1週に3回以上	2	(0.2)
回答なし	42	(4.1)
合計	1,033	(100.0)

#### B2-5-6 面接の期間 (n=1,033)

不安または恐怖関連症における面接の期間については、その他が最も割合が高く (20.8%)、1年以上2年未満 (19.8%)、2年以上4年未満 (16.6%) と続いた。

	n	(%)
単回	33	(3.2)
2週間未満	1	(0.1)
2週間以上1か月未満	7	(0.7)
1か月以上3か月未満	31	(3.0)
3か月以上半年未満	50	(4.8)
半年以上1年未満	149	(14.4)
1年以上2年未満	205	(19.8)
2年以上4年未満	171	(16.6)
4年以上	93	(9.0)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	36	(3.5)
その他	215	(20.8)
回答なし	42	(4.1)
合計	1,033	(100.0)

## B2-6 強迫症または関連症 (n=834)

### B2-6-1 年齢区分 (n=834)

強迫症または関連症における年齢区分については、成人（目安：18歳以上）が最も割合が高く（54.0%）、「年齢区分はない」（32.4%）、小児（8.6%）と続いた。

	n	(%)
小児（目安：18歳未満）	72	(8.6)
成人（目安：18歳以上）	450	(54.0)
年齢区分はない	270	(32.4)
回答なし	42	(5.0)
合計	834	(100.0)

### B2-6-2 面接の目的 (n=834) 5つまで複数回答可

強迫症または関連症における面接の目的については、不安の軽減・解消が最も割合が高く（76.9%）、自己理解・疾病理解等の促進（76.4%）、症状・問題行動の緩和・軽減（72.4%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	641	(76.9)
治療動機付け	177	(21.2)
自己理解・疾病理解等の促進	637	(76.4)
自己管理能力・生活管理能力の回復	232	(27.8)
自己効力感回復	254	(30.5)
自己決定の援助	96	(11.5)
家族関係・対人関係の調整	241	(28.9)
対処スキル・能力の維持・向上	540	(64.7)
症状・問題行動の緩和・軽減	604	(72.4)
心身の機能維持・回復・改善	97	(11.6)
地域移行・地域定着支援	16	(1.9)
孤立防止と社会参加の保持・改善	27	(3.2)
QOL向上	36	(4.3)
その他	4	(0.5)

### B2-6-3 アプローチ法 (n=834) 併用の場合は3つまで複数選択可

強迫症または関連症におけるアプローチ法については、単独が5.8%、併用が89.0%で、併用が多数を占めた。単独の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高く（43.8%）、続いて傾聴・支持的アプローチ（31.3%）であった。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高く（84.9%）、心理教育（77.2%）、傾聴・支持的アプローチ（73.3%）と続いた。

	n	(%)
単独	48	(5.8)
併用	742	(89.0)
回答なし	44	(5.3)
合計	834	(100.0)

	全体 (n=834)		単独 (n=48)		併用 (n=742)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理教育	575	(68.9)	2	(4.2)	573	(77.2)
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	651	(78.1)	21	(43.8)	630	(84.9)
力動的・精神分析的アプローチ	228	(27.3)	7	(14.6)	221	(29.8)
傾聴・支持的アプローチ	559	(67.0)	15	(31.3)	544	(73.3)
認知リハビリテーション的アプローチ	15	(1.8)	0	(0.0)	15	(2.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	26	(3.1)	3	(6.3)	23	(3.1)

#### B2-6-4 面接の時間 (n=834)

強迫症または関連症における面接の時間については、50分以上1時間未満が最も割合が高く(44.4%)、40分以上50分未満(26.9%)、30分以上40分未満(13.3%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	6	(0.7)
20分以上30分未満	42	(5.0)
30分以上40分未満	111	(13.3)
40分以上50分未満	224	(26.9)
50分以上1時間未満	370	(44.4)
1時間以上1時間半未満	18	(2.2)
1時間半以上2時間未満	1	(0.1)
2時間以上	1	(0.1)
それ以外	17	(2.0)
回答なし	44	(5.3)
合計	834	(100.0)

#### B2-6-5 面接の頻度 (n=834)

強迫症または関連症における面接の頻度については、2週に1回が最も割合が高く(49.0%)、1か月に1回(24.5%)、1週に1回(10.7%)と続いた。

	n	(%)
単回	28	(3.4)
1年に1回～数回	17	(2.0)
1か月に1回	204	(24.5)
3週に1回	38	(4.6)
2週に1回	409	(49.0)
1週に1回	89	(10.7)
1週に2回	5	(0.6)
1週に3回以上	0	(0.0)
回答なし	44	(5.3)
合計	834	(100.0)

#### B2-6-6 面接の期間 (n=834)

強迫症または関連症における面接の期間については、1年以上2年未満が最も割合が高く (21.8%)、その他 (20.4%)、半年以上1年未満と2年以上4年未満がともに14.6%で続いた。

	n	(%)
単回	24	(2.9)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	3	(0.4)
1か月以上3か月未満	20	(2.4)
3か月以上半年未満	41	(4.9)
半年以上1年未満	122	(14.6)
1年以上2年未満	182	(21.8)
2年以上4年未満	122	(14.6)
4年以上	70	(8.4)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	36	(4.3)
その他	170	(20.4)
回答なし	44	(5.3)
合計	834	(100.0)

## B2-7ストレス関連症：心的外傷後ストレス症・急性ストレス反応等（n=868）

### B2-7-1 年齢区分（n=868）

ストレス関連症における年齢区分については、成人（目安：18歳以上）が最も割合が高く（48.3%）、「年齢区分はない」（37.9%）、小児（8.9%）と続いた。

	n	(%)
小児（目安：18歳未満）	77	(8.9)
成人（目安：18歳以上）	419	(48.3)
年齢区分はない	329	(37.9)
回答なし	43	(5.0)
合計	868	(100.0)

### B2-7-2 面接の目的（n=868） 5つまで複数回答可

ストレス関連症における面接の目的については、不安の軽減・解消が最も割合が高く（81.2%）、自己理解・疾病理解等の促進（65.1%）、症状・問題行動の緩和・軽減（59.7%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	705	(81.2)
治療動機付け	99	(11.4)
自己理解・疾病理解等の促進	565	(65.1)
自己管理能力・生活管理能力の回復	185	(21.3)
自己効力感回復	450	(51.8)
自己決定の援助	164	(18.9)
家族関係・対人関係の調整	265	(30.5)
対処スキル・能力の維持・向上	512	(59.0)
症状・問題行動の緩和・軽減	518	(59.7)
心身の機能維持・回復・改善	223	(25.7)
地域移行・地域定着支援	19	(2.2)
孤立防止と社会参加の保持・改善	47	(5.4)
QOL向上	42	(4.8)
その他	8	(0.9)

### B2-7-3 アプローチ法（n=868） 併用の場合は3つまで複数選択可

ストレス関連症におけるアプローチ法については、単独が7.5%、併用が87.4%で、併用が多数を占めた。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（63.1%）、続いて認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（13.8%）であった。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチ（83.7%）が最も割合が高く、心理教育（76.8%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（69.0%）と続いた。

	n	(%)
単独	65	(7.5)
併用	759	(87.4)
回答なし	44	(5.1)
合計	868	(100.0)

	全体 (n=868)		単独 (n=65)		併用 (n=759)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理教育	586	(67.5)	3	(4.6)	583	(76.8)
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	533	(61.4)	9	(13.8)	524	(69.0)
力動的・精神分析的アプローチ	267	(30.8)	8	(12.3)	259	(34.1)
傾聴・支持的アプローチ	676	(77.9)	41	(63.1)	635	(83.7)
認知リハビリテーション的アプローチ	11	(1.3)	0	(0.0)	11	(1.4)
その他のカテゴリーのアプローチ	69	(7.9)	4	(6.2)	65	(8.6)

#### B2-7-4 面接の時間 (n=868)

ストレス関連症における面接の時間については、50分以上1時間未満が最も割合が高く(42.9%)、40分以上50分未満(26.7%)、30分以上40分未満(13.0%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	6	(0.7)
20分以上30分未満	44	(5.1)
30分以上40分未満	113	(13.0)
40分以上50分未満	232	(26.7)
50分以上1時間未満	372	(42.9)
1時間以上1時間半未満	32	(3.7)
1時間半以上2時間未満	4	(0.5)
2時間以上	1	(0.1)
それ以外	20	(2.3)
回答なし	44	(5.1)
合計	868	(100.0)

#### B2-7-5 面接の頻度 (n=868)

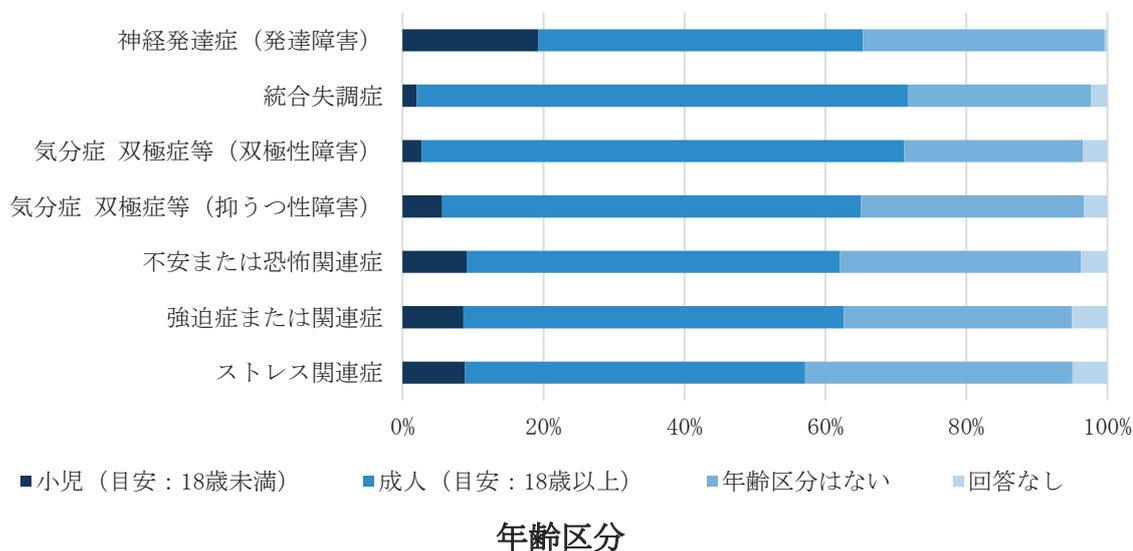
ストレス関連症における面接の頻度については、2週に1回が最も割合が高く(46.8%)、1か月に1回(22.0%)、1週に1回(13.4%)と続いた。

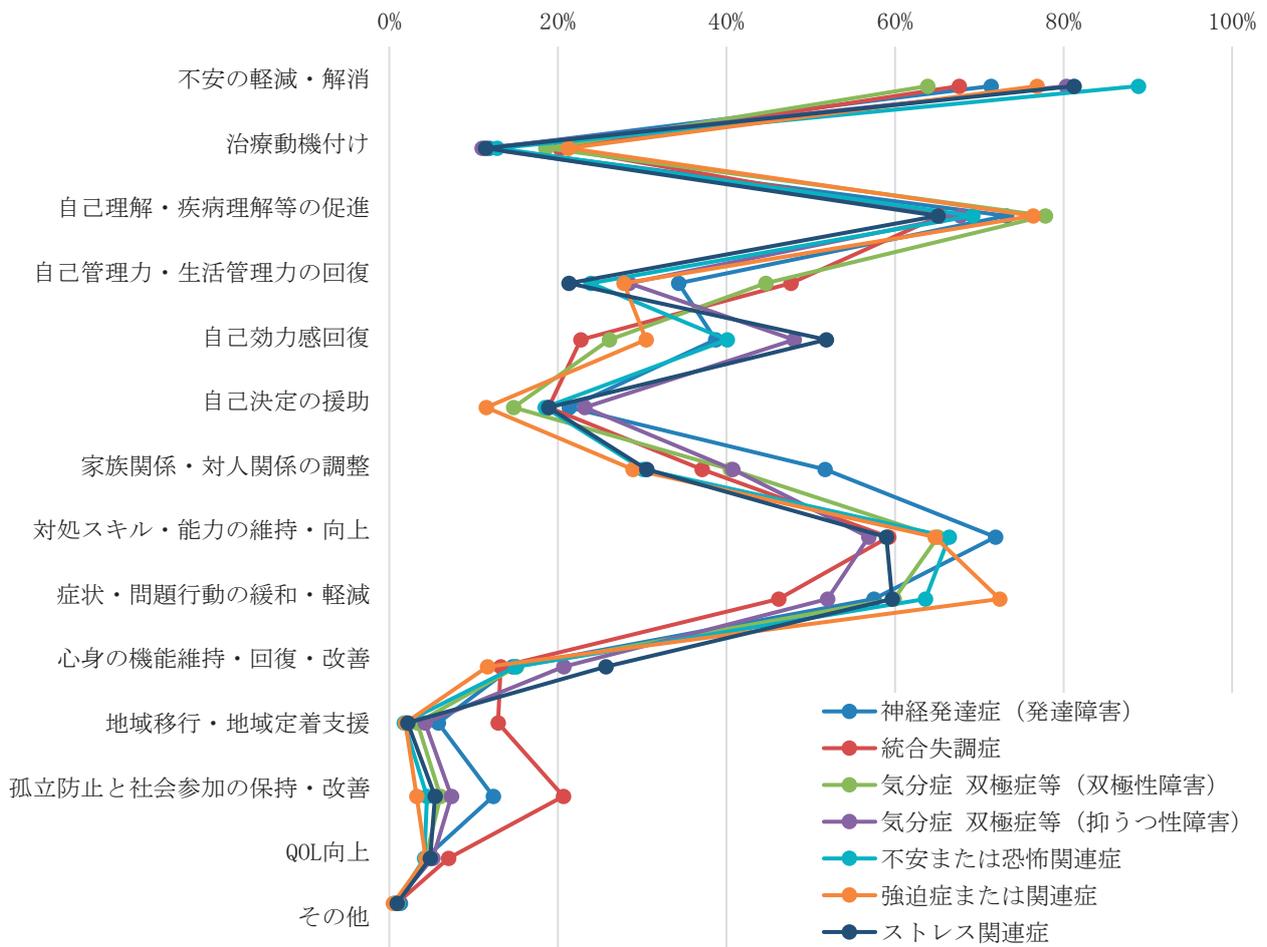
	n	(%)
単回	39	(4.5)
1年に1回～数回	17	(2.0)
1か月に1回	191	(22.0)
3週に1回	45	(5.2)
2週に1回	406	(46.8)
1週に1回	116	(13.4)
1週に2回	7	(0.8)
1週に3回以上	3	(0.3)
回答なし	44	(5.1)
合計	868	(100.0)

### B2-7-6 面接の期間 (n=868)

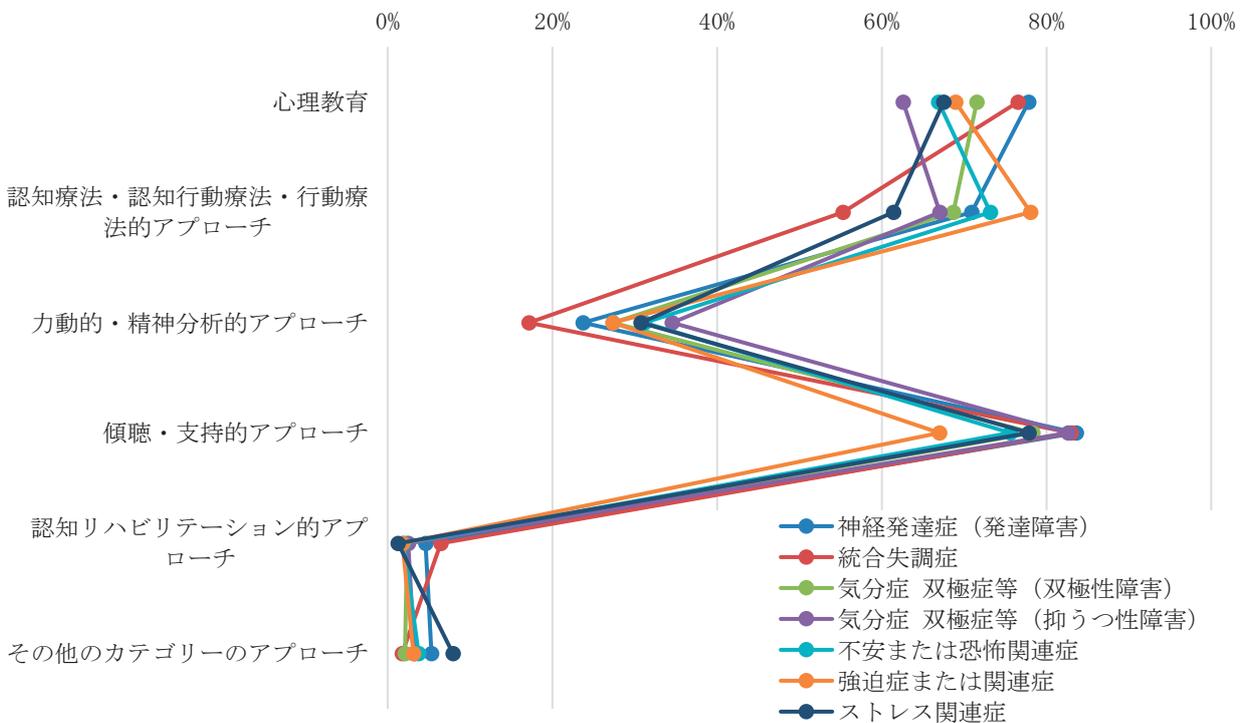
ストレス関連症における面接の期間については、その他が最も割合が高く (22.7%)、1年以上2年未満 (19.6%)、半年以上1年未満 (14.7%) と続いた。

	n	(%)
単回	38	(4.4)
2週間未満	1	(0.1)
2週間以上1か月未満	11	(1.3)
1か月以上3か月未満	22	(2.5)
3か月以上半年未満	47	(5.4)
半年以上1年未満	128	(14.7)
1年以上2年未満	170	(19.6)
2年以上4年未満	111	(12.8)
4年以上	66	(7.6)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	33	(3.8)
その他	197	(22.7)
回答なし	44	(5.1)
合計	868	(100.0)

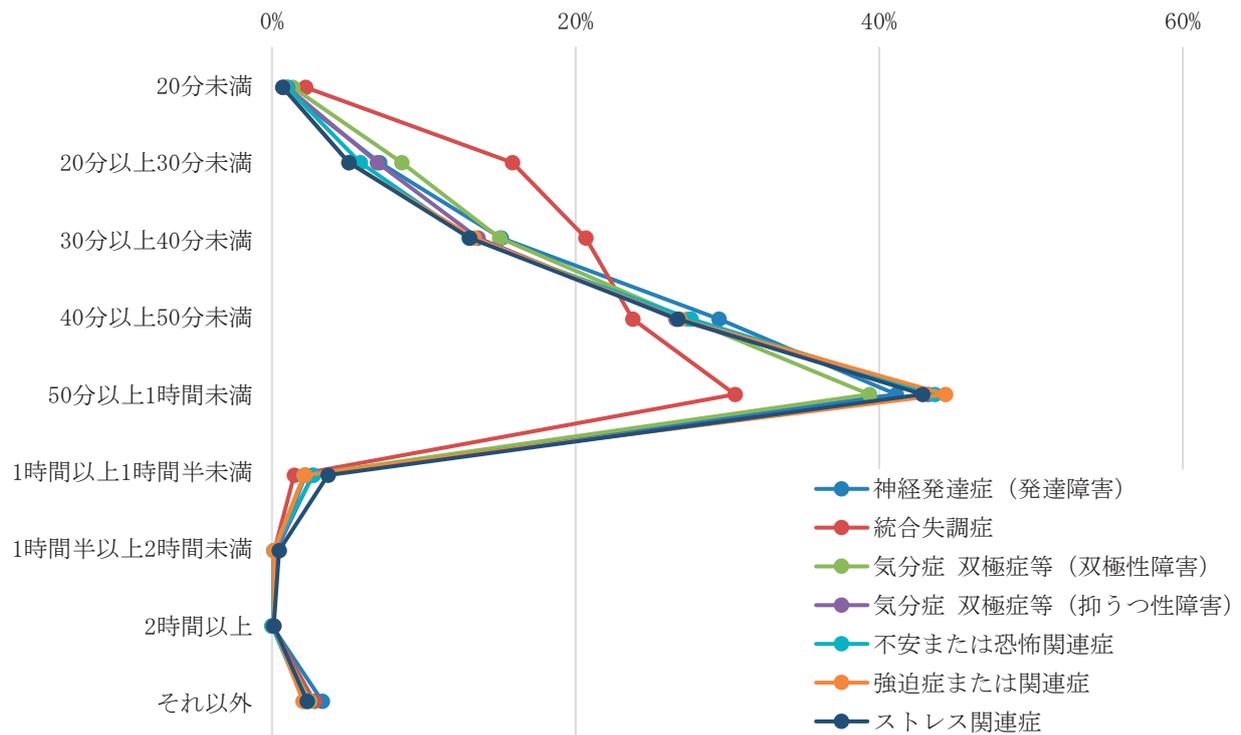




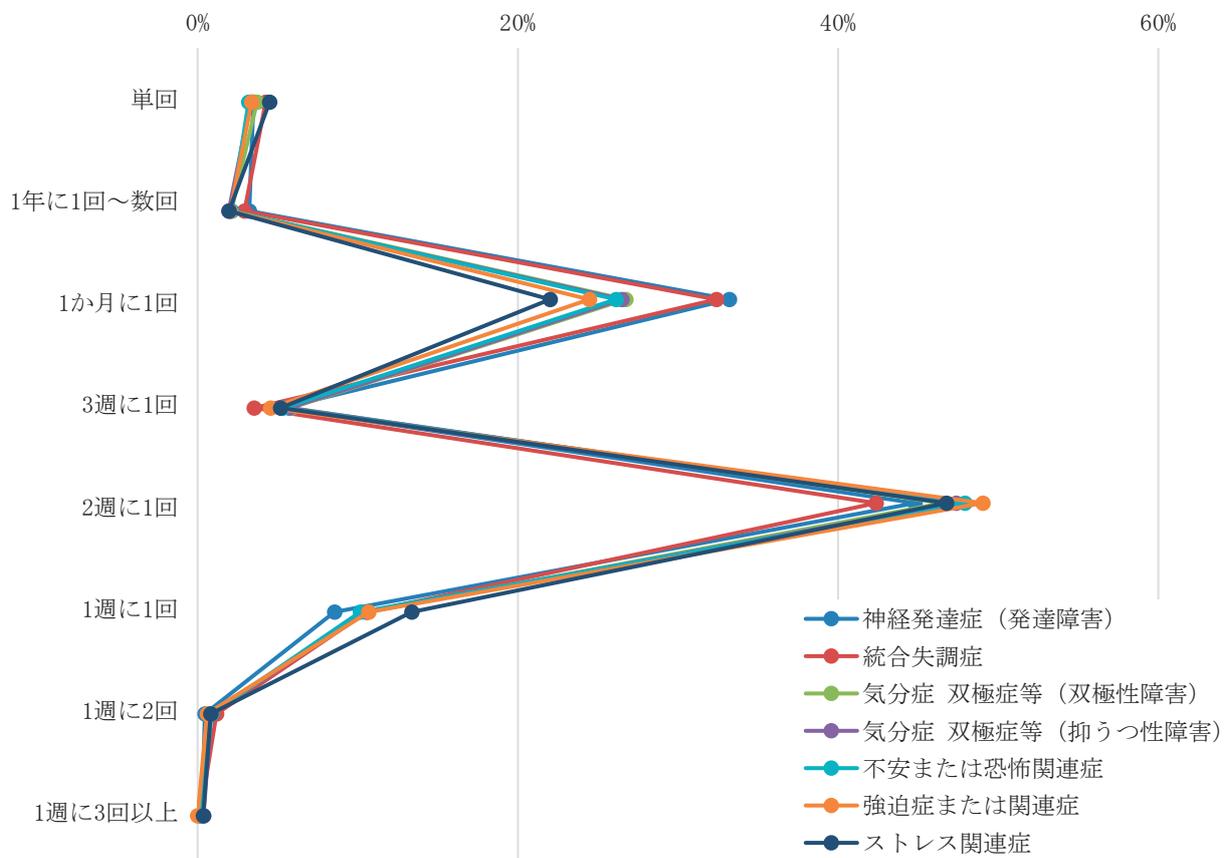
面接目的プロフィール図



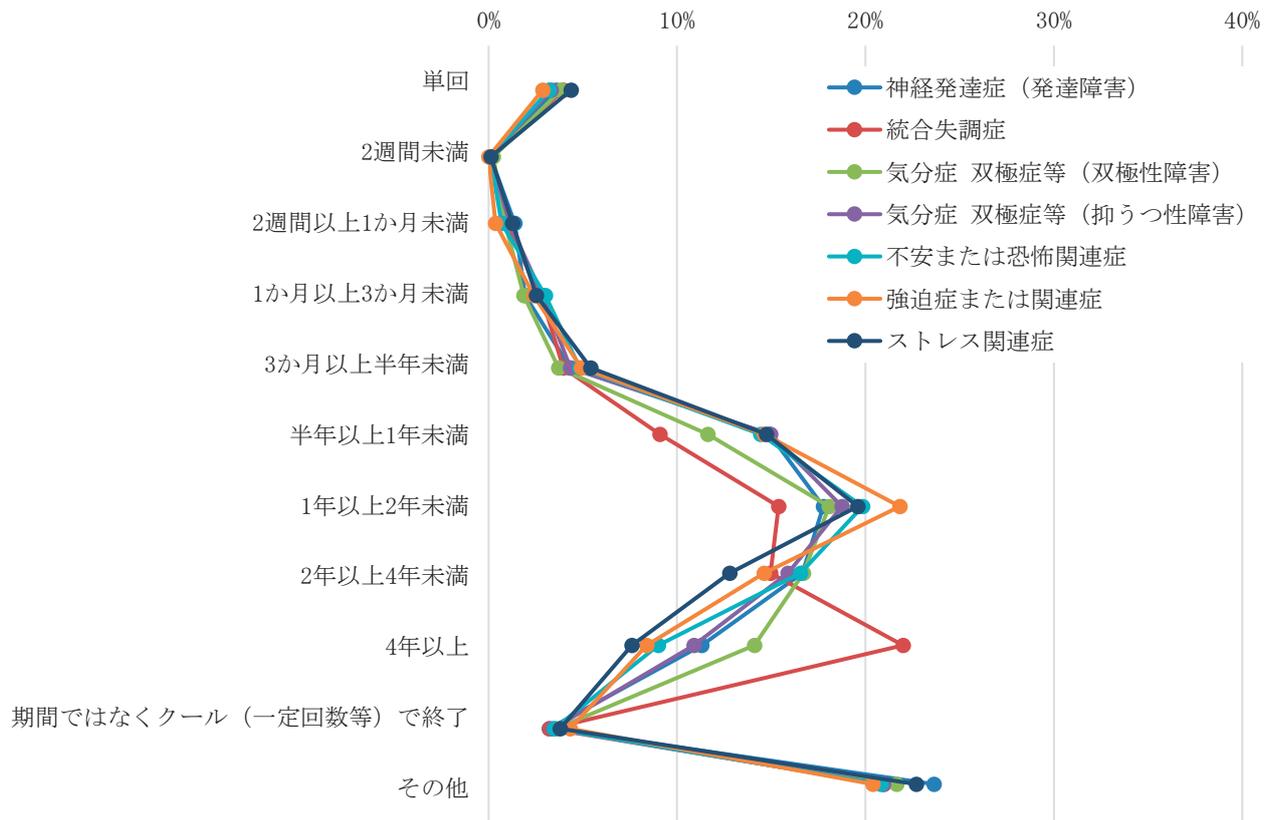
アプローチ法プロフィール図



面接の時間プロフィール図



面接の頻度



面接の期間 プロフィール図

## 5 特定の精神疾患等（高次脳機能障害・認知症）

### C2-7 高次脳機能障害／脳血管疾患（認知症を除く）

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、高次脳機能障害／脳血管疾患（認知症を除く）への支援について尋ねた。

#### C2-7-1 心理検査

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを選択してもらった。

##### C2-7-1-1 支援の実施（n=379）

「『心理検査』を行っている」と回答したのは305件であり、80.5%を占めた。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	59	(15.6)
「心理検査」を行っている	305	(80.5)
回答なし	15	(4.0)
合計	379	(100.0)

##### C2-7-1-2 診療報酬対象となっている検査（n=305） ※複数選択可

診療報酬対象となっている検査は、発達及び知能検査においては、WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査が最も割合が高く（89.8%）、コース立方体組み合わせテスト（43.6%）と続いた。その他として、WISC-Ⅳ（回答数5）、WMS（回答数4）、田中ビネー検査（回答数4）などが挙げられた。

人格検査においては、TEGⅡ東大式/新版 TEG/新版 TEGⅡ/TEG3 が最も割合が高く（26.6%）、MMPI（17.4%）と続いた。その他として、バウムテスト（回答数27）、ロールシャッハテスト（回答数12）、描画テスト ※描画検査（2）（回答数11）、P-Fスタディ（回答数9）、SCT（回答数9）、Y-G矢田部ギルフォード性格検査（回答数5）、含むなどが挙げられた。

認知機能検査及びその他の心理検査においては、長谷川式知能評価スケールが最も割合が高く（76.7%）、前頭葉評価バッテリー（56.1%）、リバーミード行動記憶検査（38.0%）と続いた。その他として、MMSE（回答数58）、WMS-R（回答数39）、MoCA-J（回答数19）、ADAS（回答数11）、COGNISTAT（回答数10）、ストループテスト（回答数9）、SDS（回答数8）、WAB失語症検査（回答数8）、ベンダーゲシュタルトテスト（回答数7）、ベントン視覚記銘検査（回答数7）、三宅式言語記銘力検査（回答数7）、VPTA標準高次視覚検査（回答数6）、などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
コース立方体組み合わせテスト	133	(43.6)
レーヴン色彩マトリックス	83	(27.2)
JART	93	(30.5)
WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査	274	(89.8)
その他	28	(9.2)

## 人格検査

TEG II 東大式／新版 TEG／新版 TEG II／TEG3	81	(26.6)
MMPI	53	(17.4)
その他	52	(17.0)

## 認知機能検査及びその他の心理検査

長谷川式知能評価スケール	234	(76.7)
前頭葉評価バッテリー	171	(56.1)
標準言語性対連合学習検査 (S-PA)	39	(12.8)
WCST ウィスコンシン・カード分類検査	98	(32.1)
遂行機能障害症候群の行動評価 (BADS)	95	(31.1)
リバーミード行動記憶検査	116	(38.0)
Ray-Osterrieth Complex Figure Test (ROCFT)	63	(20.7)
標準注意検査法・標準意欲評価法	57	(18.7)
その他	114	(37.4)

### C2-7-1-3 診療報酬対象外の検査 (n=305) ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、TMT-J Trail Making Test 日本版が最も割合が高く(48.5%)、「行っていない」(38.7%)と続いた。その他として、CDT 時計描画テスト(回答数 19)、GDS(回答数 9)、かなひろいテスト(回答数 9)、ノイズパレイドリアテスト(回答数 5)、などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	118	(38.7)
SDSA 脳卒中ドライバーのスクリーニング評価 日本版	17	(5.6)
TMT-J Trail Making Test 日本版	148	(48.5)
その他	74	(24.3)

### C2-7-1-4 フィードバック面接 (n=305)

フィードバック面接は、「実施していない」が最も割合が高く(28.5%)、「まれに実施している」(23.6%)、「ときどき実施している」(18.7%)と続いた。

	n	(%)
実施していない	87	(28.5)
まれに実施している	72	(23.6)
ときどき実施している	57	(18.7)
よく実施している	37	(12.1)
ほぼ毎回実施している	51	(16.7)
回答なし	1	(0.3)
合計	305	(100.0)

## C2-7-2 心理教育（本人対象）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育（本人対象）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

### C2-7-2-1 支援の実施（n=379）

「『心理教育』を行っている」と回答したのは119件であり、31.4%であった。

	n	(%)
「心理教育（本人対象）」は行っていない	243	(64.1)
「心理教育（本人対象）」を行っている	119	(31.4)
回答なし	17	(4.5)
合計	379	(100.0)

### C2-7-2-2 支援の目的（n=119） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く(87.4%)、不安の軽減・解消(59.7%)、対処スキル・能力の維持・向上(54.6%)と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	71	(59.7)
治療動機付け	51	(42.9)
自己理解・疾病理解等の促進	104	(87.4)
自己管理能力・生活管理能力の回復	54	(45.4)
自己効力感回復	32	(26.9)
自己決定の援助	19	(16.0)
家族関係・対人関係の調整	37	(31.1)
対処スキル・能力の維持・向上	65	(54.6)
症状・問題行動の緩和・軽減	53	(44.5)
心身の機能維持・回復・改善	17	(14.3)
地域移行・地域定着支援	7	(5.9)
孤立防止と社会参加の保持・改善	10	(8.4)
QOL 向上	13	(10.9)
その他	2	(1.7)

### C2-7-2-3 支援の時間（n=119） ※3つまで複数回答可

支援の時間は、30分以上40分未満が最も割合が高く(36.1%)、50分以上1時間未満(34.5%)、40分以上50分未満(31.9%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	12	(10.1)
20分以上30分未満	25	(21.0)
30分以上40分未満	43	(36.1)
40分以上50分未満	38	(31.9)
50分以上1時間未満	41	(34.5)
1時間以上1時間半未満	12	(10.1)

1 時間半以上 2 時間未満	1	(0.8)
2 時間以上 4 時間未満	1	(0.8)
4 時間以上 6 時間未満	0	(0.0)
6 時間以上	1	(0.8)
その他	2	(1.7)

#### C2-7-2-4 支援の頻度 (n=119) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、単回が最も割合が高く(28.6%)、1週に1回、1か月に1回がともに24.4%で続いた。

	n	(%)
単回	34	(28.6)
1年に1回～数回	20	(16.8)
1か月に1回	29	(24.4)
3週に1回	4	(3.4)
2週に1回	24	(20.2)
1週に1回	29	(24.4)
1週に2回	17	(14.3)
1週に3回以上	17	(14.3)
その他	6	(5.0)

#### C2-7-2-5 支援の期間 (n=119) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く(59.7%)、単回、3か月以上半年未満がともに14.3%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	71	(59.7)
単回	17	(14.3)
2週間未満	2	(1.7)
2週間以上1か月未満	6	(5.0)
1か月以上3か月未満	15	(12.6)
3か月以上半年未満	17	(14.3)
半年以上1年未満	7	(5.9)
1年以上2年未満	6	(5.0)
2年以上4年未満	5	(4.2)
4年以上	3	(2.5)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	4	(3.4)
その他	3	(2.5)

#### C2-7-2-6 支援の回数 (n=119)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く(78.2%)、「おおまかに定めている」(3.4%)と続いた。

	n	(%)
定めていない	93	(78.2)
おおまかに定めている	4	(3.4)
定めている	2	(1.7)
回答なし	5	(4.2)
合計	119	(100.0)

### C2-7-3 外来における心理面接（個人）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

#### C2-7-3-1 支援の実施（n=379）

「『外来における心理面接（個人）』を行っている」と回答したのは123件であり、32.5%であった。

	n	(%)
「外来における心理面接（個人）」は行っていない	238	(62.8)
「外来における心理面接（個人）」を行っている	123	(32.5)
回答なし	18	(4.7)
合計	379	(100.0)

#### C2-7-3-2 支援の目的（n=123） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く（68.3%）、アセスメント（65.9%）、不安の軽減・解消（56.9%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	81	(65.9)
不安の軽減・解消	70	(56.9)
治療動機付け	14	(11.4)
自己理解・疾病理解等の促進	84	(68.3)
自己管理能力・生活管理能力の回復	49	(39.8)
自己効力感回復	28	(22.8)
自己決定の援助	14	(11.4)
家族関係・対人関係の調整	38	(30.9)
対処スキル・能力の維持・向上	61	(49.6)
症状・問題行動の緩和・軽減	43	(35.0)
心身の機能維持・回復・改善	15	(12.2)
地域移行・地域定着支援	9	(7.3)
孤立防止と社会参加の保持・改善	10	(8.1)
QOL向上	3	(2.4)
その他	2	(1.6)

**C2-7-3-3 アプローチ法 (n=123) ※併用の場合は3つまで複数選択可**

アセスメントのみで終了する場合は 12.2%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 74.8%であり、単独が 11.4%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチのみが用いられていた (100.0%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く (89.1%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (65.2%)、環境調整的アプローチ (56.5%) と続いた。

	n	(%)
単独	14	(11.4)
併用	92	(74.8)
アセスメントのみで終了	15	(12.2)
回答なし	2	(1.6)
合計	123	(100.0)

	全体 (n=123)		単独 (n=14)		併用 (n=92)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	15	(12.2)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	60	(48.8)	0	(0.0)	60	(65.2)
力動的・精神分析的アプローチ	14	(11.4)	0	(0.0)	14	(15.2)
傾聴・支持的アプローチ	96	(78.0)	14	(100.0)	82	(89.1)
認知リハビリテーション的アプローチ	26	(21.1)	0	(0.0)	26	(28.3)
環境調整的アプローチ	52	(42.3)	0	(0.0)	52	(56.5)
その他のカテゴリーのアプローチ	3	(2.4)	0	(0.0)	3	(3.3)

**C2-7-3-4 支援の時間 (n=123) ※3つまで複数回答可**

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く (35.8%)、30分以上40分未満 (26.0%)、40分以上50分未満 (24.4%) と続いた。

	n	(%)
20分未満	3	(2.4)
20分以上30分未満	12	(9.8)
30分以上40分未満	32	(26.0)
40分以上50分未満	30	(24.4)
50分以上1時間未満	44	(35.8)
1時間以上1時間半未満	9	(7.3)
1時間半以上2時間未満	2	(1.6)
2時間以上	2	(1.6)
その他	1	(0.8)

**C2-7-3-5 支援の頻度 (n=123) ※3つまで複数回答可**

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く (42.3%)、2週に1回 (30.1%)、1年に1回～数回 (17.9%) と続いた。

	n	(%)
単回	21	(17.1)
1年に1回～数回	22	(17.9)

1か月に1回	52	(42.3)
3週に1回	9	(7.3)
2週に1回	37	(30.1)
1週に1回	11	(8.9)
1週に2回	1	(0.8)
1週に3回以上	1	(0.8)

#### C2-7-3-6 支援の期間 (n=123) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1年以上2年未満が最も割合が高く(25.2%)、半年以上1年未満(23.6%)、4年以上(22.8%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	23	(18.7)
2週間未満	2	(1.6)
2週間以上1か月未満	1	(0.8)
1か月以上3か月未満	9	(7.3)
3か月以上半年未満	15	(12.2)
半年以上1年未満	29	(23.6)
1年以上2年未満	31	(25.2)
2年以上4年未満	25	(20.3)
4年以上	28	(22.8)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	7	(5.7)

#### C2-7-4 外来における心理支援(集団)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援(集団)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-7-4-1 支援の実施 (n=379)

「『外来における心理支援(集団)』を行っている」と回答したのは16件であり、4.2%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援(集団)」は行っていない	343	(90.5)
「外来における心理支援(集団)」を行っている	16	(4.2)
回答なし	20	(5.3)
合計	379	(100.0)

##### C2-7-4-2 支援の目的 (n=16) ※5つまで複数回答可

支援の目的は、対処スキル・能力の維持・向上が最も割合が高く(81.3%)、自己理解・疾病理解等の促進(68.8%)、自己管理能力・生活管理能力の回復(56.3%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	2	(12.5)
不安の軽減・解消	7	(43.8)
治療動機付け	1	(6.3)
自己理解・疾病理解等の促進	11	(68.8)
自己管理能力・生活管理能力の回復	9	(56.3)
自己効力感回復	5	(31.3)
自己決定の援助	3	(18.8)
家族関係・対人関係の調整	3	(18.8)
対処スキル・能力の維持・向上	13	(81.3)
症状・問題行動の緩和・軽減	8	(50.0)
心身の機能維持・回復・改善	3	(18.8)
地域移行・地域定着支援	1	(6.3)
孤立防止と社会参加の保持・改善	5	(31.3)
QOL 向上	0	(0.0)
その他	1	(6.3)

#### C2-7-4-3 アプローチ法 (n=16) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は6.3%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く68.8%であり、単独が25.0%であった。単独の場合は、認知リハビリテーション的アプローチが最も割合が高く(50.0%)、傾聴・支持的アプローチ、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ(25.0%)と共に続いた。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高く(72.7%)、傾聴・支持的アプローチ(63.6%)、認知リハビリテーション的アプローチ(54.5%)と続いた。

	n	(%)
単独	4	(25.0)
併用	11	(68.8)
アセスメントのみで終了	1	(6.3)
回答なし	0	(0.0)
合計	16	(100.0)

	全体 (n=16)		単独 (n=4)		併用 (n=11)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	1	(6.3)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	9	(56.3)	1	(25.0)	8	(72.7)
力動的・精神分析的アプローチ	1	(6.3)	0	(0.0)	1	(9.1)
傾聴・支持的アプローチ	8	(50.0)	1	(25.0)	7	(63.6)
認知リハビリテーション的アプローチ	8	(50.0)	2	(50.0)	6	(54.5)
環境調整的アプローチ	5	(31.3)	0	(0.0)	5	(45.5)
その他のカテゴリーのアプローチ	2	(12.5)	0	(0.0)	2	(18.2)

#### C2-7-4-4 支援の時間 (n=16) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(31.3%)、1時間半以上2時間未満(25.0%)、40分以上50分未満、1時間以上1時間半未満がともに18.8%で続いた。

	n	(%)
20分未満	1	(6.3)
20分以上30分未満	1	(6.3)
30分以上40分未満	2	(12.5)
40分以上50分未満	3	(18.8)
50分以上1時間未満	5	(31.3)
1時間以上1時間半未満	3	(18.8)
1時間半以上2時間未満	4	(25.0)
2時間以上4時間未満	2	(12.5)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-7-4-5 支援の頻度 (n=16) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(50.0%)、1年に1回～数回、2週に1回がともに18.8%で続いた。

	n	(%)
単回	1	(6.3)
1年に1回～数回	3	(18.8)
1か月に1回	1	(6.3)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	3	(18.8)
1週に1回	8	(50.0)
1週に2回	2	(12.5)
1週に3回以上	0	(0.0)

#### C2-7-4-6 支援の期間 (n=16) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、3か月以上半年未満、半年以上1年未満、「期間ではなくクール（一定回数等）で終了」がいずれも25.0%で最も割合が高かった。

	n	(%)
期間を定めていない	1	(6.3)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	0	(0.0)
1か月以上3か月未満	2	(12.5)
3か月以上半年未満	4	(25.0)
半年以上1年未満	4	(25.0)
1年以上2年未満	1	(6.3)
2年以上4年未満	3	(18.8)
4年以上	1	(6.3)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	4	(25.0)

### C2-7-5 入院における心理面接（個人）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

#### C2-7-5-1 支援の実施（n=379）

「『入院における心理面接（個人）』を行っている」と回答したのは 143 件であり、37.7%であった。

	n	(%)
「入院における心理面接（個人）」は行っていない	215	(56.7)
「入院における心理面接（個人）」を行っている	143	(37.7)
回答なし	21	(5.5)
合計	379	(100.0)

#### C2-7-5-2 支援の目的（n=143） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く（75.5%）、不安の軽減・解消（68.5%）、自己理解・疾病理解等の促進（60.8%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	108	(75.5)
不安の軽減・解消	98	(68.5)
治療動機付け	36	(25.2)
自己理解・疾病理解等の促進	87	(60.8)
自己管理能力・生活管理力の回復	27	(18.9)
自己効力感回復	41	(28.7)
自己決定の援助	19	(13.3)
家族関係・対人関係の調整	28	(19.6)
対処スキル・能力の維持・向上	46	(32.2)
症状・問題行動の緩和・軽減	49	(34.3)
心身の機能維持・回復・改善	27	(18.9)
地域移行・地域定着支援	6	(4.2)
孤立防止と社会参加の保持・改善	9	(6.3)
QOL 向上	17	(11.9)
その他	1	(0.7)

#### C2-7-5-3 アプローチ法（n=143） ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は 11.9%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 68.5%であり、単独が 18.2%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった（84.6%）。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（91.8%）、環境調整的アプローチ（59.2%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（49.0%）と続いた。

	n	(%)
単独	26	(18.2)
併用	98	(68.5)

アセスメントのみで終了	17	(11.9)
回答なし	2	(1.4)
合計	143	(100.0)

	全体 (n=143)		単独 (n=26)		併用 (n=98)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	17	(11.9)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	48	(33.6)	0	(0.0)	48	(49.0)
力動的・精神分析的アプローチ	13	(9.1)	0	(0.0)	13	(13.3)
傾聴・支持的アプローチ	112	(78.3)	22	(84.6)	90	(91.8)
認知リハビリテーション的アプローチ	40	(28.0)	3	(11.5)	37	(37.8)
環境調整的アプローチ	59	(41.3)	1	(3.8)	58	(59.2)
その他のカテゴリーのアプローチ	6	(4.2)	0	(0.0)	6	(6.1)

#### C2-7-5-4 支援の時間 (n=143) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、30分以上40分未満が最も割合が高く(37.8%)、20分以上30分未満(28.0%)、50分以上1時間未満(27.3%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	28	(19.6)
20分以上30分未満	40	(28.0)
30分以上40分未満	54	(37.8)
40分以上50分未満	35	(24.5)
50分以上1時間未満	39	(27.3)
1時間以上1時間半未満	8	(5.6)
1時間半以上2時間未満	1	(0.7)
2時間以上	0	(0.0)
その他	2	(1.4)

#### C2-7-5-5 支援の頻度 (n=143) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(49.0%)、1週に2回(28.7%)、2週に1回、1週に3回以上がともに21.0%で続いた。

	n	(%)
単回	27	(18.9)
1年に1回～数回	8	(5.6)
1か月に1回	13	(9.1)
3週に1回	4	(2.8)
2週に1回	30	(21.0)
1週に1回	70	(49.0)
1週に2回	41	(28.7)
1週に3回以上	30	(21.0)

### C2-7-5-6 支援の期間 (n=143) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、1 か月以上 3 か月未満が最も割合が高く (45.5%)、3 か月以上半年未満 (27.3%)、「期間を定めていない」 (20.3%) と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	29	(20.3)
2 週間未満	12	(8.4)
2 週間以上 1 か月未満	28	(19.6)
1 か月以上 3 か月未満	65	(45.5)
3 か月以上半年未満	39	(27.3)
半年以上 1 年未満	21	(14.7)
1 年以上 2 年未満	10	(7.0)
2 年以上 4 年未満	4	(2.8)
4 年以上	8	(5.6)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	10	(7.0)

### C2-7-6 入院における心理支援 (集団)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援 (集団)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。

#### C2-7-6-1 支援の実施 (n=379)

「『入院における心理支援 (集団)』を行っている」と回答したのは 16 件であり、4.2%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援 (集団)」は行っていない	340	(89.7)
「入院における心理支援 (集団)」を行っている	16	(4.2)
回答なし	23	(6.1)
合計	379	(100.0)

#### C2-7-6-2 支援の目的 (n=16) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く (50.0%)、自己効力感回復、対処スキル・能力の維持・向上、孤立防止と社会参加の保持・改善がいずれも 37.5%で続いた。

	n	(%)
アセスメント	4	(25.0)
不安の軽減・解消	8	(50.0)
治療動機付け	5	(31.3)
自己理解・疾病理解等の促進	4	(25.0)
自己管理能力・生活管理能力の回復	2	(12.5)
自己効力感回復	6	(37.5)
自己決定の援助	0	(0.0)
家族関係・対人関係の調整	2	(12.5)
対処スキル・能力の維持・向上	6	(37.5)

症状・問題行動の緩和・軽減	3	(18.8)
心身の機能維持・回復・改善	4	(25.0)
地域移行・地域定着支援	1	(6.3)
孤立防止と社会参加の保持・改善	6	(37.5)
QOL 向上	5	(31.3)
その他	0	(0.0)

### C2-7-6-3 アプローチ法 (n=16) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は 12.5%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 68.8%であり、単独が 18.8%であった。単独の場合は、その他のカテゴリーのアプローチが最も割合が高く (66.7%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (33.3%) と続いた。併用の場合は、認知リハビリテーション的アプローチが最も割合が高く (72.7%)、傾聴・支持的アプローチ、環境調整的アプローチ (54.5%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (45.5%) と続いた。

	n	(%)
単独	3	(18.8)
併用	11	(68.8)
アセスメントのみで終了	2	(12.5)
回答なし	0	(0.0)
合計	16	(100.0)

	全体 (n=16)		単独 (n=3)		併用 (n=11)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(12.5)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	6	(37.5)	1	(33.3)	5	(45.5)
力動的・精神分析的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
傾聴・支持的アプローチ	6	(37.5)	0	(0.0)	6	(54.5)
認知リハビリテーション的アプローチ	8	(50.0)	0	(0.0)	8	(72.7)
環境調整的アプローチ	6	(37.5)	0	(0.0)	6	(54.5)
その他のカテゴリーのアプローチ	3	(18.8)	2	(66.7)	1	(9.1)

### C2-7-6-4 支援の時間 (n=16) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、30分以上40分未満が最も割合が高く (31.3%)、50分以上1時間未満、1時間以上1時間半未満がともに 25.0%で続いた。

	n	(%)
20分未満	0	(0.0)
20分以上30分未満	0	(0.0)
30分以上40分未満	5	(31.3)
40分以上50分未満	1	(6.3)
50分以上1時間未満	4	(25.0)
1時間以上1時間半未満	4	(25.0)
1時間半以上2時間未満	1	(6.3)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-7-6-5 支援の頻度 (n=16) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(50.0%)、1か月に1回、2週に1回がともに12.5%で続いた。

	n	(%)
単回	1	(6.3)
1年に1回～数回	1	(6.3)
1か月に1回	2	(12.5)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	2	(12.5)
1週に1回	8	(50.0)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	1	(6.3)

#### C2-7-6-6 支援の期間 (n=16) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く(37.5%)、3か月以上半年未満(25.0%)、「期間を定めていない」、「期間ではなくクール(一定回数等)で終了」がともに18.8%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	3	(18.8)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	2	(12.5)
1か月以上3か月未満	6	(37.5)
3か月以上半年未満	4	(25.0)
半年以上1年未満	0	(0.0)
1年以上2年未満	0	(0.0)
2年以上4年未満	1	(6.3)
4年以上	0	(0.0)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	3	(18.8)

#### C2-7-7 アウトリーチによる支援

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-7-7-1 支援の実施 (n=379)

支援の実施は、「必要性を感じるが、実施できていない」が最も割合が高く(49.3%)、「必要がないので、実施していない」(37.2%)と続いた。「実施している」のは27件(7.1%)であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	141	(37.2)
必要性を感じるが、実施できていない	187	(49.3)
実施している	27	(7.1)
回答なし	24	(6.3)
合計	379	(100.0)

### C2-7-7-2 支援目的 (n=27) ※複数回答可

支援の目的は、地域移行・地域定着支援が最も割合が高く(55.6%)、アセスメント(51.9%)、孤立防止と社会参加の保持・改善(44.4%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	14	(51.9)
不安の軽減・解消	9	(33.3)
治療動機付け	4	(14.8)
自己理解・疾病理解等の促進	8	(29.6)
自己管理能力・生活管理能力の回復	6	(22.2)
自己効力感回復	2	(7.4)
自己決定の援助	3	(11.1)
家族関係・対人関係の調整	11	(40.7)
対処スキル・能力の維持・向上	7	(25.9)
症状・問題行動の緩和・軽減	4	(14.8)
心身の機能維持・回復・改善	6	(22.2)
地域移行・地域定着支援	15	(55.6)
孤立防止と社会参加の保持・改善	12	(44.4)
QOL 向上	8	(29.6)
その他	4	(14.8)

### C2-7-8 家族支援

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

#### C2-7-8-1 家族支援の実施 (n=379)

家族支援の実施は、行っているのは 39.3%であり、そのうち、家族のみの面接が最も割合が高く(23.5%)、本人と家族の合同面接(18.2%)と続いた。

	n	(%)
行っている	149	(39.3)
本人と家族の合同面接	69	(18.2)
家族のみの面接	89	(23.5)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	62	(16.4)
家族グループ・家族教室等の実施	14	(3.7)
チーム会議への家族の参加	23	(6.1)
その他	5	(1.3)

## C2-7-9 チーム医療・連携

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-7-9-1 連携等の実施（n=379） ※複数回答可

連携等の実施は、行っているのが 67.5%であり、そのうち院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く（66.5%）、院外他機関・他職種との連携は 17.4%にとどまった。

	n	(%)
行っている	256	(67.5)
院内他職種とのチーム医療・連携	252	(66.5)
院外他機関・他職種との連携	66	(17.4)
その他	7	(1.8)

## C2-8 認知症

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、認知症への支援について尋ねた。

### C2-8-1 心理検査

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを選択してもらった。

#### C2-8-1-1 支援の実施（n=721）

「『心理検査』を行っている」と回答したのは655件であり、90.8%を占めた。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	41	(5.7)
「心理検査」を行っている	655	(90.8)
回答なし	25	(3.5)
合計	721	(100.0)

#### C2-8-1-2 診療報酬対象となっている検査（n=655） ※複数選択可

診療報酬対象となっている検査は、発達及び知能検査においては、WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査が最も割合が高く（55.7%）、コース立方体組み合わせテスト（27.3%）、JART（24.6%）と続いた。その他として、鈴木ビネー（回答数 55）、WMS（回答数 3）、田中ビネー（回答数 3）などが挙げられた。

人格検査においては、バウムテストが最も割合が高く（29.2%）、TEGⅡ東大式/新版 TEG/新版 TEGⅡ/TEG3、ロールシャッハテストがともに 9.9%で続いた。その他として、SCT（回答数 10）、PF スタディ（回答数 5）などが挙げられた。

認知機能検査及びその他の心理検査においては、MMSE が最も割合が高く（93.1%）、長谷川式知能評価スケール（89.9%）、前頭葉評価バッテリー（52.4%）と続いた。その他として、COGNISTAT（回答数 52）、WMS-R（回答数 30）、CDR（回答数 23）、NPI（回答数 20）、MEDE 多面的初期認知症判定検査（回答数 13）、SDS（回答数 13）、ベントン視覚記憶式検査（回答数 9）、BGT（回答数 6）、CDT（回答数 6）、CES-D（回答数 6）、S-PA 標準言語性対連合学習検査（回答数 6）、ベンダーゲシュタルトテスト（回答数 6）、BADS（回答数 5）、WCST（回答数 5）などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
コース立方体組み合わせテスト	179	(27.3)
レーヴン色彩マトリックス	104	(15.9)
JART	161	(24.6)
WAIS-R 成人知能検査（WAIS を含む）	46	(7.0)
WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査	365	(55.7)
その他	24	(3.7)
<b>人格検査</b>		
TEGⅡ東大式/新版 TEG/新版 TEGⅡ/TEG3	65	(9.9)
バウムテスト	191	(29.2)

MMPI	45	(6.9)
ロールシャッハテスト	65	(9.9)
その他	24	(3.7)

#### 認知機能検査及びその他の心理検査

長谷川式知能評価スケール	589	(89.9)
MMSE	610	(93.1)
前頭葉評価バッテリー	343	(52.4)
MoCA-J	227	(34.7)
三宅式記銘力検査	118	(18.0)
リバーミード行動記憶検査	171	(26.1)
Ray-Osterrieth Complex Figure Test (ROCFT)	64	(9.8)
ADAS	247	(37.7)
その他	150	(22.9)

#### C2-8-1-3 診療報酬対象外の検査 (n=655) ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、「行っていない」が最も割合が高く(39.7%)、TMT-J Trail Making Test 日本版(30.1%)と続いた。その他として、CDT (回答数 97)、パレイドリアテスト (回答数 48)、立方体模写 (回答数 12)、FAB (回答数 10)、かなひろいテスト (回答数 9) などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	260	(39.7)
TMT-J Trail Making Test 日本版	197	(30.1)
GDS 高齢者用うつ病評価尺度	170	(26.0)
その他	201	(30.7)

#### C2-8-1-4 フィードバック面接 (n=655)

フィードバック面接は、「実施していない」が最も割合が高く(46.0%)、「まれに実施している」(25.2%)、「ときどき実施している」(13.4%)と続いた。

	n	(%)
実施していない	301	(46.0)
まれに実施している	165	(25.2)
ときどき実施している	88	(13.4)
よく実施している	46	(7.0)
ほぼ毎回実施している	53	(8.1)
回答なし	2	(0.3)
合計	655	(100.0)

#### C2-8-2 心理教育 (本人対象)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育 (本人対象)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

### C2-8-2-1 支援の実施 (n=721)

「『心理教育』を行っている」と回答したのは102件であり、14.1%であった。

	n	(%)
「心理教育（本人対象）」は行っていない	591	(82.0)
「心理教育（本人対象）」を行っている	102	(14.1)
回答なし	28	(3.9)
合計	721	(100.0)

### C2-8-2-2 支援の目的 (n=102) ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く(84.3%)、自己理解・疾病理解等の促進(61.8%)、治療動機付け(45.1%)と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	86	(84.3)
治療動機付け	46	(45.1)
自己理解・疾病理解等の促進	63	(61.8)
自己管理能力・生活管理力の回復	28	(27.5)
自己効力感回復	33	(32.4)
自己決定の援助	13	(12.7)
家族関係・対人関係の調整	34	(33.3)
対処スキル・能力の維持・向上	26	(25.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	32	(31.4)
心身の機能維持・回復・改善	18	(17.6)
地域移行・地域定着支援	9	(8.8)
孤立防止と社会参加の保持・改善	10	(9.8)
QOL向上	21	(20.6)
その他	2	(2.0)

### C2-8-2-3 支援の時間 (n=102) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、20分以上30分未満が最も割合が高く(37.3%)、30分以上40分未満(29.4%)、20分未満(28.4%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	29	(28.4)
20分以上30分未満	38	(37.3)
30分以上40分未満	30	(29.4)
40分以上50分未満	15	(14.7)
50分以上1時間未満	16	(15.7)
1時間以上1時間半未満	6	(5.9)
1時間半以上2時間未満	2	(2.0)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	2	(2.0)

#### C2-8-2-4 支援の頻度 (n=102) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、単回が最も割合が高く(44.1%)、1か月に1回、2週に1回がともに16.7%で続いた。

	n	(%)
単回	45	(44.1)
1年に1回～数回	16	(15.7)
1か月に1回	17	(16.7)
3週に1回	3	(2.9)
2週に1回	17	(16.7)
1週に1回	15	(14.7)
1週に2回	8	(7.8)
1週に3回以上	8	(7.8)
その他	2	(2.0)

#### C2-8-2-5 支援の期間 (n=102) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く(54.9%)、単回(28.4%)、3か月以上半年未満(6.9%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	56	(54.9)
単回	29	(28.4)
2週間未満	4	(3.9)
2週間以上1か月未満	6	(5.9)
1か月以上3か月未満	4	(3.9)
3か月以上半年未満	7	(6.9)
半年以上1年未満	6	(5.9)
1年以上2年未満	3	(2.9)
2年以上4年未満	1	(1.0)
4年以上	1	(1.0)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	1	(1.0)
その他	3	(2.9)

#### C2-8-2-6 支援の回数 (n=102)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く(96.1%)、「おおまかに定めている」(2.9%)と続いた。

	n	(%)
定めていない	98	(96.1)
おおまかに定めている	3	(2.9)
定めている	1	(1.0)
合計	102	(100.0)

### C2-8-3 外来における心理面接（個人）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

#### C2-8-3-1 支援の実施（n=721）

「『外来における心理面接（個人）』を行っている」と回答したのは 122 件であり、16.9%であった。

	n	(%)
「外来における心理面接（個人）」は行っていない	569	(78.9)
「外来における心理面接（個人）」を行っている	122	(16.9)
回答なし	30	(4.2)
合計	721	(100.0)

#### C2-8-3-2 支援の目的（n=122） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く（72.1%）、不安の軽減・解消（61.5%）、自己理解・疾病理解等の促進、症状・問題行動の緩和・軽減がともに 32.8%で続いた。

	n	(%)
アセスメント	88	(72.1)
不安の軽減・解消	75	(61.5)
治療動機付け	21	(17.2)
自己理解・疾病理解等の促進	40	(32.8)
自己管理能力・生活管理力の回復	19	(15.6)
自己効力感回復	27	(22.1)
自己決定の援助	16	(13.1)
家族関係・対人関係の調整	38	(31.1)
対処スキル・能力の維持・向上	36	(29.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	40	(32.8)
心身の機能維持・回復・改善	18	(14.8)
地域移行・地域定着支援	10	(8.2)
孤立防止と社会参加の保持・改善	14	(11.5)
QOL 向上	13	(10.7)
その他	3	(2.5)

#### C2-8-3-3 アプローチ法（n=122） ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は 24.6%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 52.5%であり、単独が 23.0%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった（71.4%）。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（93.8%）、環境調整的アプローチ（57.8%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（42.2%）と続いた。

	n	(%)
単独	28	(23.0)
併用	64	(52.5)

アセスメントのみで終了	30	(24.6)
回答なし	0	(0.0)
合計	122	(100.0)

	全体 (n=122)		単独 (n=28)		併用 (n=64)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	30	(24.6)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ 力動的・精神分析的アプローチ	29	(23.8)	2	(7.1)	27	(42.2)
傾聴・支持的アプローチ	12	(9.8)	0	(0.0)	12	(18.8)
認知リハビリテーション的アプローチ	80	(65.6)	20	(71.4)	60	(93.8)
環境調整的アプローチ	20	(16.4)	2	(7.1)	18	(28.1)
その他のカテゴリーのアプローチ	39	(32.0)	2	(7.1)	37	(57.8)
その他のカテゴリーのアプローチ	7	(5.7)	2	(7.1)	5	(7.8)

#### C2-8-3-4 支援の時間 (n=122) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(23.8%)、30分以上40分未満(20.5%)、40分以上50分未満(18.9%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	12	(9.8)
20分以上30分未満	22	(18.0)
30分以上40分未満	25	(20.5)
40分以上50分未満	23	(18.9)
50分以上1時間未満	29	(23.8)
1時間以上1時間半未満	3	(2.5)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上	0	(0.0)
その他	4	(3.3)

#### C2-8-3-5 支援の頻度 (n=122) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く(32.8%)、2週に1回(23.8%)、単回(23.0%)と続いた。

	n	(%)
単回	28	(23.0)
1年に1回～数回	24	(19.7)
1か月に1回	40	(32.8)
3週に1回	3	(2.5)
2週に1回	29	(23.8)
1週に1回	8	(6.6)
1週に2回	1	(0.8)
1週に3回以上	0	(0.0)

### C2-8-3-6 支援の期間 (n=122) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く(25.4%)、半年以上1年未満(24.6%)、1年以上2年未満(18.9%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	31	(25.4)
2週間未満	2	(1.6)
2週間以上1か月未満	2	(1.6)
1か月以上3か月未満	10	(8.2)
3か月以上半年未満	12	(9.8)
半年以上1年未満	30	(24.6)
1年以上2年未満	23	(18.9)
2年以上4年未満	12	(9.8)
4年以上	17	(13.9)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	7	(5.7)

### C2-8-4 外来における心理支援(集団)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援(集団)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

#### C2-8-4-1 支援の実施 (n=721)

「『外来における心理支援(集団)』を行っている」と回答したのは31件であり、4.3%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援(集団)」は行っていない	660	(91.5)
「外来における心理支援(集団)」を行っている	31	(4.3)
回答なし	30	(4.2)
合計	721	(100.0)

#### C2-8-4-2 支援の目的 (n=31) ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く(51.6%)、孤立防止と社会参加の保持・改善(48.4%)、自己効力感回復(41.9%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	7	(22.6)
不安の軽減・解消	16	(51.6)
治療動機付け	1	(3.2)
自己理解・疾病理解等の促進	7	(22.6)
自己管理能力・生活管理能力の回復	6	(19.4)
自己効力感回復	13	(41.9)
自己決定の援助	0	(0.0)
家族関係・対人関係の調整	7	(22.6)
対処スキル・能力の維持・向上	7	(22.6)

症状・問題行動の緩和・軽減	9	(29.0)
心身の機能維持・回復・改善	11	(35.5)
地域移行・地域定着支援	3	(9.7)
孤立防止と社会参加の保持・改善	15	(48.4)
QOL 向上	9	(29.0)
その他	0	(0.0)

### C2-8-4-3 アプローチ法 (n=31) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は3.2%であった。アプローチ法は、単独が最も割合が高く54.8%であり、併用が41.9%であった単独の場合は、認知リハビリテーション的アプローチが最も割合が高く(41.2%)、傾聴・支持的アプローチ(29.4%)、その他のカテゴリーのアプローチ(23.5%)と続いた。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く(76.9%)、認知リハビリテーション的アプローチ(69.2%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ、環境調整的アプローチ(38.5%)と続いた。

	n	(%)
単独	17	(54.8)
併用	13	(41.9)
アセスメントのみで終了	1	(3.2)
回答なし	0	(0.0)
合計	31	(100.0)

	全体 (n=31)		単独 (n=17)		併用 (n=13)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	1	(3.2)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	6	(19.4)	1	(5.9)	5	(38.5)
力動的・精神分析的アプローチ	1	(3.2)	0	(0.0)	1	(7.7)
傾聴・支持的アプローチ	15	(48.4)	5	(29.4)	10	(76.9)
認知リハビリテーション的アプローチ	16	(51.6)	7	(41.2)	9	(69.2)
環境調整的アプローチ	5	(16.1)	0	(0.0)	5	(38.5)
その他のカテゴリーのアプローチ	4	(12.9)	4	(23.5)	0	(0.0)

### C2-8-4-4 支援の時間 (n=31) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(29.0%)、40分以上50分未満、1時間以上1時間半未満がともに16.1%で続いた。

	n	(%)
20分未満	0	(0.0)
20分以上30分未満	1	(3.2)
30分以上40分未満	2	(6.5)
40分以上50分未満	5	(16.1)
50分以上1時間未満	9	(29.0)
1時間以上1時間半未満	5	(16.1)
1時間半以上2時間未満	2	(6.5)
2時間以上4時間未満	3	(9.7)
4時間以上6時間未満	2	(6.5)

6時間以上	2	(6.5)
その他	1	(3.2)

#### C2-8-4-5 支援の頻度 (n=31) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く(38.7%)、1週に1回(35.5%)、2週に1回(12.9%)と続いた。

	n	(%)
単回	2	(6.5)
1年に1回～数回	2	(6.5)
1か月に1回	12	(38.7)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	4	(12.9)
1週に1回	11	(35.5)
1週に2回	2	(6.5)
1週に3回以上	3	(9.7)

#### C2-8-4-6 支援の期間 (n=31) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、2年以上4年未満、4年以上が29.0%で最も割合が高く、1年以上2年未満(16.1%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	4	(12.9)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	2	(6.5)
1か月以上3か月未満	3	(9.7)
3か月以上半年未満	2	(6.5)
半年以上1年未満	3	(9.7)
1年以上2年未満	5	(16.1)
2年以上4年未満	9	(29.0)
4年以上	9	(29.0)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	2	(6.5)

#### C2-8-5 入院における心理面接(個人)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接(個人)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-8-5-1 支援の実施 (n=721)

「『入院における心理面接(個人)』を行っている」と回答したのは182件であり、25.2%であった。

	n	(%)
「入院における心理面接（個人）」は行っていない	509	(70.6)
「入院における心理面接（個人）」を行っている	182	(25.2)
回答なし	30	(4.2)
合計	721	(100.0)

### C2-8-5-2 支援の目的 (n=182) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く(72.0%)、不安の軽減・解消(70.3%)、症状・問題行動の緩和・軽減(39.0%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	131	(72.0)
不安の軽減・解消	128	(70.3)
治療動機付け	30	(16.5)
自己理解・疾病理解等の促進	41	(22.5)
自己管理能力・生活管理能力の回復	11	(6.0)
自己効力感回復	39	(21.4)
自己決定の援助	13	(7.1)
家族関係・対人関係の調整	31	(17.0)
対処スキル・能力の維持・向上	22	(12.1)
症状・問題行動の緩和・軽減	71	(39.0)
心身の機能維持・回復・改善	45	(24.7)
地域移行・地域定着支援	9	(4.9)
孤立防止と社会参加の保持・改善	18	(9.9)
QOL 向上	36	(19.8)
その他	6	(3.3)

### C2-8-5-3 アプローチ法 (n=182) ※併用の場合は3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は 15.4%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 54.9%であり、単独が 29.7%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった(77.8%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く(98.0%)、環境調整的アプローチ(66.0%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ(32.0%)と続いた。

	n	(%)
単独	54	(29.7)
併用	100	(54.9)
アセスメントのみで終了	28	(15.4)
回答なし	0	(0.0)
合計	182	(100.0)

	全体 (n=182)		単独 (n=54)		併用 (n=100)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	28	(15.4)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	35	(19.2)	3	(5.6)	32	(32.0)
力動的・精神分析的アプローチ	15	(8.2)	0	(0.0)	15	(15.0)

傾聴・支持的アプローチ	140	(76.9)	42	(77.8)	98	(98.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	26	(14.3)	0	(0.0)	26	(26.0)
環境調整的アプローチ	67	(36.8)	1	(1.9)	66	(66.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	18	(9.9)	8	(14.8)	10	(10.0)

#### C2-8-5-4 支援の時間 (n=182) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、20分以上30分未満が最も割合が高く(37.4%)、30分以上40分未満(32.4%)、20分未満(20.9%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	38	(20.9)
20分以上30分未満	68	(37.4)
30分以上40分未満	59	(32.4)
40分以上50分未満	24	(13.2)
50分以上1時間未満	28	(15.4)
1時間以上1時間半未満	7	(3.8)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上	0	(0.0)
その他	4	(2.2)

#### C2-8-5-5 支援の頻度 (n=182) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(46.2%)、1週に2回(22.5%)、単回(20.9%)と続いた。

	n	(%)
単回	38	(20.9)
1年に1回～数回	8	(4.4)
1か月に1回	12	(6.6)
3週に1回	2	(1.1)
2週に1回	21	(11.5)
1週に1回	84	(46.2)
1週に2回	41	(22.5)
1週に3回以上	31	(17.0)

#### C2-8-5-6 支援の期間 (n=182) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く(33.5%)、2週間以上1か月未満(22.5%)、3か月以上半年未満(22.0%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	33	(18.1)
2週間未満	17	(9.3)
2週間以上1か月未満	41	(22.5)
1か月以上3か月未満	61	(33.5)
3か月以上半年未満	40	(22.0)
半年以上1年未満	21	(11.5)

1年以上2年未満	11	(6.0)
2年以上4年未満	5	(2.7)
4年以上	8	(4.4)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	15	(8.2)

## C2-8-6 入院における心理支援（集団）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-8-6-1 支援の実施（n=721）

「『入院における心理支援（集団）』を行っている」と回答したのは89件であり、12.3%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援（集団）」は行っていない	601	(83.4)
「入院における心理支援（集団）」を行っている	89	(12.3)
回答なし	31	(4.3)
合計	721	(100.0)

### C2-8-6-2 支援の目的（n=89） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（58.4%）、自己効力感回復（53.9%）、心身の機能維持・回復・改善（51.7%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	19	(21.3)
不安の軽減・解消	52	(58.4)
治療動機付け	2	(2.2)
自己理解・疾病理解等の促進	3	(3.4)
自己管理能力・生活管理能力の回復	6	(6.7)
自己効力感回復	48	(53.9)
自己決定の援助	4	(4.5)
家族関係・対人関係の調整	7	(7.9)
対処スキル・能力の維持・向上	10	(11.2)
症状・問題行動の緩和・軽減	44	(49.4)
心身の機能維持・回復・改善	46	(51.7)
地域移行・地域定着支援	3	(3.4)
孤立防止と社会参加の保持・改善	45	(50.6)
QOL向上	38	(42.7)
その他	3	(3.4)

**C2-8-6-3 アプローチ法 (n=89) ※併用の場合は3つまで複数選択可**

アセスメントのみで終了する場合は2.2%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く58.4%であり、単独が39.3%であった。単独の場合は、その他のカテゴリーのアプローチが最も割合が高く(57.1%)、認知リハビリテーション的アプローチ(25.7%)、傾聴・支持的アプローチ(17.1%)と続いた。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く(73.1%)、認知リハビリテーション的アプローチ(53.8%)、その他のカテゴリーのアプローチ(44.2%)と続いた。

	n	(%)
単独	35	(39.3)
併用	52	(58.4)
アセスメントのみで終了	2	(2.2)
回答なし	0	(0.0)
合計	89	(100.0)

	全体 (n=89)		単独 (n=35)		併用 (n=52)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(2.2)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	8	(9.0)	0	(0.0)	8	(15.4)
力動的・精神分析的アプローチ	1	(1.1)	0	(0.0)	1	(1.9)
傾聴・支持的アプローチ	44	(49.4)	6	(17.1)	38	(73.1)
認知リハビリテーション的アプローチ	37	(41.6)	9	(25.7)	28	(53.8)
環境調整的アプローチ	17	(19.1)	0	(0.0)	17	(32.7)
その他のカテゴリーのアプローチ	43	(48.3)	20	(57.1)	23	(44.2)

**C2-8-6-4 支援の時間 (n=89) ※3つまで複数回答可**

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(36.0%)、30分以上40分未満(20.2%)、40分以上50分未満、1時間以上1時間半未満がともに19.1%で続いた。

	n	(%)
20分未満	1	(1.1)
20分以上30分未満	3	(3.4)
30分以上40分未満	18	(20.2)
40分以上50分未満	17	(19.1)
50分以上1時間未満	32	(36.0)
1時間以上1時間半未満	17	(19.1)
1時間半以上2時間未満	3	(3.4)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	1	(1.1)
6時間以上	0	(0.0)
その他	1	(1.1)

#### C2-8-6-5 支援の頻度 (n=89) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(49.4%)、2週に1回(16.9%)、1週に2回(15.7%)と続いた。

	n	(%)
単回	2	(2.2)
1年に1回～数回	4	(4.5)
1か月に1回	11	(12.4)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	15	(16.9)
1週に1回	44	(49.4)
1週に2回	14	(15.7)
1週に3回以上	4	(4.5)

#### C2-8-6-6 支援の期間 (n=89) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、4年以上、「期間ではなくクール（一定回数等）で終了」が最も割合が高く(19.1%)、1か月以上3か月未満(18.0%)、3か月以上半年未満(16.9%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	14	(15.7)
2週間未満	2	(2.2)
2週間以上1か月未満	5	(5.6)
1か月以上3か月未満	16	(18.0)
3か月以上半年未満	15	(16.9)
半年以上1年未満	9	(10.1)
1年以上2年未満	7	(7.9)
2年以上4年未満	7	(7.9)
4年以上	17	(19.1)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	17	(19.1)

#### C2-8-7 アウトリーチによる支援

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-8-7-1 支援の実施 (n=721)

支援の実施は、「必要性を感じるが、実施できていない」が最も割合が高く(53.7%)、「必要がないので、実施していない」(36.1%)と続いた。「実施している」のは43件(6.0%)であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	260	(36.1)
必要性を感じるが、実施できていない	387	(53.7)
実施している	43	(6.0)
回答なし	31	(4.3)
合計	721	(100.0)

### C2-8-7-2 支援目的 (n=43) ※複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く(74.4%)、家族関係・対人関係の調整(34.9%)、孤立防止と社会参加の保持・改善(32.6%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	32	(74.4)
不安の軽減・解消	13	(30.2)
治療動機付け	9	(20.9)
自己理解・疾病理解等の促進	7	(16.3)
自己管理能力・生活管理能力の回復	3	(7.0)
自己効力感回復	3	(7.0)
自己決定の援助	1	(2.3)
家族関係・対人関係の調整	15	(34.9)
対処スキル・能力の維持・向上	6	(14.0)
症状・問題行動の緩和・軽減	11	(25.6)
心身の機能維持・回復・改善	4	(9.3)
地域移行・地域定着支援	13	(30.2)
孤立防止と社会参加の保持・改善	14	(32.6)
QOL 向上	10	(23.3)
その他	6	(14.0)

### C2-8-8 家族支援

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

#### C2-8-8-1 家族支援の実施 (n=721)

家族支援の実施は、行っているのは 33.3%であり、そのうち、家族のみの面接が最も割合が高く(19.0%)、本人と家族の合同面接(10.0%)と続いた。

	n	(%)
行っている	240	(33.3)
本人と家族の合同面接	72	(10.0)
家族のみの面接	137	(19.0)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	63	(8.7)
家族グループ・家族教室等の実施	47	(6.5)
チーム会議への家族の参加	35	(4.9)
その他	8	(1.1)

## C2-8-9 チーム医療・連携

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-8-9-1 連携等の実施（n=721） ※複数回答可

連携等の実施は、行っているのは 72.7%であり、そのうち、院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く（71.4%）、院外他機関・他職種との連携は 15.3%にとどまった。

	n	(%)
行っている	524	(72.7)
院内他職種とのチーム医療・連携	515	(71.4)
院外他機関・他職種との連携	110	(15.3)
その他	4	(0.6)

## 6 小児の身体疾患・周産期

### C2-2 小児の身体疾患 (n=257)

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、小児の身体疾患（目安：18歳未満）への支援について尋ねた。

#### C2-2-1 心理検査 (n=257)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを選択してもらった。

##### C2-2-1-1 支援の実施 (n=257)

「『心理検査』を行っている」との回答が197件あり、76.7%を占めた。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	55	(21.4)
「心理検査」を行っている	197	(76.7)
回答なし	5	(1.9)
合計	257	(100.0)

##### C2-2-1-2 診療報酬対象となっている検査 (n=197) ※複数選択可

診療報酬対象となっている発達及び知能検査は、WISC-IV知能検査が最も割合が高く（89.3%）、新版K式発達検査（61.9%）、田中ビネー知能検査V、WAIS-III成人知能検査又はWAIS-IV成人知能検査がともに48.7%で続いた。その他として、津守式乳幼児精神発達検査（回答数5）、DAMグッドイナフ人物画知能検査（回答数3）などが挙げられた。

診療報酬対象となっている人格検査は、バウムテストが最も割合が高く（62.9%）、描画テスト（57.9%）、SCT（44.2%）と続いた。その他として、Y-G性格検査（回答数3）、TEGⅡ東大式／新版TEG／新版TEGⅡ／TEG3（回答数3）、などが挙げられた。

診療報酬対象となっている認知機能検査及びその他の心理検査は、K-ABCⅡが最も割合が高く（22.8%）、その他（16.2%）、ベンダーゲシュタルトテスト（13.2%）と続いた。その他として、PARS-TR（回答数16）、M-CHAT（回答数5）などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
遠城寺式乳幼児分析的発達検査	42	(21.3)
デンバー式発達スクリーニング	3	(1.5)
レーヴン色彩マトリックス	12	(6.1)
新版K式発達検査	122	(61.9)
WPPSI知能診断検査	39	(19.8)
田中ビネー知能検査V	96	(48.7)
ベイリー発達検査	4	(2.0)
Vineland-II日本版	26	(13.2)
WISC-IV知能検査	176	(89.3)
WAIS-III成人知能検査又はWAIS-IV成人知能検査	96	(48.7)

その他 12 (6.1)

### 人格検査

バウムテスト 124 (62.9)  
 SCT 87 (44.2)  
 P-F スタディ 85 (43.1)  
 描画テスト 114 (57.9)  
 ロールシャッハテスト 38 (19.3)  
 その他 7 (3.6)

### 認知機能検査及びその他の心理検査

IES-R 16 (8.1)  
 ベントン視覚記憶検査 16 (8.1)  
 ベンダーゲシュタルトテスト 26 (13.2)  
 リバーミード行動記憶検査 12 (6.1)  
 K-ABC II 45 (22.8)  
 DN-CAS 認知評価システム 24 (12.2)  
 発達障害の要支援度評価尺度 (MSPA) 22 (11.2)  
 子ども版解離評価表 4 (2.0)  
 その他 32 (16.2)

### C2-2-1-3 診療報酬対象外の検査 (n=197) ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、「診療報酬対象外の『心理検査』は行っていない」が最も割合が高く (53.8%)、行っているなかでは、KIDS 乳幼児発達スケール (14.7%) が最も割合が高く、CBCL 子どもの行動チェックリスト (10.7%) と続いた。その他として、ADHD-RS (回答数9)、LDI-R (回答数4)、STRAW (回答数4)、などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	106	(53.8)
ADOS-2 自閉症診断観察検査 (エイドス・ツー)	9	(4.6)
ECBI アイバーク子どもの行動評価尺度 (エクビ)	2	(1.0)
SRS-2 対人応答性尺度	1	(0.5)
MSST 比喩・皮肉文テスト	14	(7.1)
Conners3	10	(5.1)
KIDS 乳幼児発達スケール	29	(14.7)
CBCL 子どもの行動チェックリスト	21	(10.7)
TOM 心の理論課題検査 (トム)	13	(6.6)
PTSD-RI-5 DSM-5 版 UCLA 外傷後ストレス障害インデックス	5	(2.5)
その他	36	(18.3)

### C2-2-1-4 フィードバック面接 (n=197)

フィードバック面接は、「ほぼ毎回実施している」が最も割合が高く (29.9%)、「まれに実施している」 (22.3%)、「ときどき実施している」 (19.8%) と続いた。

	n	(%)
実施していない	25	(12.7)
まれに実施している	44	(22.3)
ときどき実施している	39	(19.8)
よく実施している	30	(15.2)

ほぼ毎回実施している	59	(29.9)
合計	197	(100.0)

## C2-2-2 心理教育（本人対象）（n=257）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育（本人対象）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

### C2-2-2-1 支援の実施（n=257）

支援の実施について、「『心理教育（本人対象）』を行っている」との回答が 146 件あり、56.8%を占めた。

	n	(%)
「心理教育（本人対象）」は行っていない	105	(40.9)
「心理教育（本人対象）」を行っている	146	(56.8)
回答なし	6	(2.3)
合計	257	(100.0)

### C2-2-2-2 支援の目的（n=146） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（73.3%）、自己理解・疾病理解等の促進（72.6%）、対処スキル・能力の維持・向上（43.2%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	107	(73.3)
治療動機付け	57	(39.0)
自己理解・疾病理解等の促進	106	(72.6)
自己管理能力・生活管理力の回復	40	(27.4)
自己効力感回復	44	(30.1)
自己決定の援助	26	(17.8)
家族関係・対人関係の調整	59	(40.4)
対処スキル・能力の維持・向上	63	(43.2)
症状・問題行動の緩和・軽減	60	(41.1)
心身の機能維持・回復・改善	36	(24.7)
地域移行・地域定着支援	5	(3.4)
孤立防止と社会参加の保持・改善	7	(4.8)
QOL 向上	8	(5.5)
その他	2	(1.4)

### C2-2-2-3 支援の時間（n=146） ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（51.4%）、40分以上50分未満（28.1%）、30分以上40分未満（27.4%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	6	(4.1)
20分以上30分未満	21	(14.4)
30分以上40分未満	40	(27.4)

40分以上50分未満	41	(28.1)
50分以上1時間未満	75	(51.4)
1時間以上1時間半未満	6	(4.1)
1時間半以上2時間未満	1	(0.7)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	4	(2.7)

#### C2-2-2-4 支援の頻度 (n=146) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1か月に1回が最も割合が高く（35.6%）、2週に1回（27.4%）、単回（20.5%）と続いた。

	n	(%)
単回	30	(20.5)
1年に1回～数回	25	(17.1)
1か月に1回	52	(35.6)
3週に1回	12	(8.2)
2週に1回	40	(27.4)
1週に1回	28	(19.2)
1週に2回	8	(5.5)
1週に3回以上	5	(3.4)
その他	6	(4.1)

#### C2-2-2-5 支援の期間 (n=146) ※3つまで複数回答可

支援の回数は、「期間を定めていない」が最も割合が高く（60.3%）、半年以上1年未満（16.4%）、1年以上2年未満（12.3%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	88	(60.3)
単回	14	(9.6)
2週間未満	5	(3.4)
2週間以上1か月未満	5	(3.4)
1か月以上3か月未満	11	(7.5)
3か月以上半年未満	7	(4.8)
半年以上1年未満	24	(16.4)
1年以上2年未満	18	(12.3)
2年以上4年未満	6	(4.1)
4年以上	1	(0.7)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	2	(1.4)
その他	10	(6.8)

#### C2-2-2-6 支援の回数 (n=146)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く（93.2%）、「おおまかに定めている」（6.8%）と続いた。

	n	(%)
定めていない	136	(93.2)
おおまかに定めている	10	(6.8)
定めている	0	(0.0)
合計	146	(100.0)

### C2-2-3 外来における心理面接（個人）（n=257）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

#### C2-2-3-1 支援の実施（n=257）

支援の実施について、「『外来における心理面接（個人）』を行っている」との回答が173件あり、67.3%を占めた。

	n	(%)
「外来における心理面接（個人）」は行っていない	73	(28.4)
「外来における心理面接（個人）」を行っている	173	(67.3)
回答なし	11	(4.3)
合計	257	(100.0)

#### C2-2-3-2 支援の目的（n=173） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く（74.6%）、不安の軽減・解消（72.3%）、家族関係・対人関係の調整（48.6%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	129	(74.6)
不安の軽減・解消	125	(72.3)
治療動機付け	30	(17.3)
自己理解・疾病理解等の促進	98	(56.6)
自己管理能力・生活管理能力の回復	28	(16.2)
自己効力感回復	55	(31.8)
自己決定の援助	22	(12.7)
家族関係・対人関係の調整	84	(48.6)
対処スキル・能力の維持・向上	82	(47.4)
症状・問題行動の緩和・軽減	79	(45.7)
心身の機能維持・回復・改善	44	(25.4)
地域移行・地域定着支援	5	(2.9)
孤立防止と社会参加の保持・改善	7	(4.0)
QOL向上	13	(7.5)
その他	3	(1.7)

#### C2-2-3-3 アプローチ法（n=173） ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は2.9%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く86.1%であり、単独が11.0%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（68.4%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ、力動的・精神分析的アプローチ（10.5%）であった。

併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（94.0%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（61.1%）、環境調整的アプローチ（59.7%）と続いた。

	n	(%)
単独	19	(11.0)
併用	149	(86.1)
アセスメントのみで終了	5	(2.9)
回答なし	0	(0.0)
合計	173	(100.0)

	全体 (n=173)		単独 (n=19)		併用 (n=149)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	3	(1.7)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	93	(53.8)	2	(10.5)	91	(61.1)
力動的・精神分析的アプローチ	51	(29.5)	2	(10.5)	49	(32.9)
傾聴・支持的アプローチ	153	(88.4)	13	(68.4)	140	(94.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	12	(6.9)	1	(5.3)	11	(7.4)
環境調整的アプローチ	90	(52.0)	1	(5.3)	89	(59.7)
その他のカテゴリーのアプローチ	8	(4.6)	0	(0.0)	8	(5.4)

#### C2-2-3-4 支援の時間 (n=173) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（56.6%）、40分以上50分未満（30.1%）、30分以上40分未満（22.5%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	5	(2.9)
20分以上30分未満	12	(6.9)
30分以上40分未満	39	(22.5)
40分以上50分未満	52	(30.1)
50分以上1時間未満	98	(56.6)
1時間以上1時間半未満	13	(7.5)
1時間半以上2時間未満	2	(1.2)
2時間以上	0	(0.0)
その他	5	(2.9)

#### C2-2-3-5 支援の頻度 (n=173) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1か月に1回が最も割合が高く（59.5%）、2週に1回（42.8%）、1年に1回～数回（17.3%）と続いた。

	n	(%)
単回	25	(14.5)
1年に1回～数回	30	(17.3)
1か月に1回	103	(59.5)
3週に1回	19	(11.0)
2週に1回	74	(42.8)
1週に1回	19	(11.0)
1週に2回	1	(0.6)
1週に3回以上	0	(0.0)

### C2-2-3-6 支援の期間 (n=173) ※3 つまで複数回答可

支援の回数は、1年以上2年未満が最も割合が高く(44.5%)、2年以上4年未満(29.5%)、半年以上1年未満(28.9%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	30	(17.3)
2週間未満	1	(0.6)
2週間以上1か月未満	3	(1.7)
1か月以上3か月未満	18	(10.4)
3か月以上半年未満	31	(17.9)
半年以上1年未満	50	(28.9)
1年以上2年未満	77	(44.5)
2年以上4年未満	51	(29.5)
4年以上	28	(16.2)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	7	(4.0)

### C2-2-4 外来における心理支援(集団) (n=257)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援(集団)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

#### C2-2-4-1 支援の実施 (n=257)

支援の実施について、「『外来における心理支援(集団)』を行っている」との回答は12件、4.7%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援(集団)」は行っていない	234	(91.1)
「外来における心理支援(集団)」を行っている	12	(4.7)
回答なし	11	(4.3)
合計	257	(100.0)

#### C2-2-4-2 支援の目的 (n=12) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く(75.0%)、自己理解・疾病理解等の促進(58.3%)、家族関係・対人関係の調整(50.0%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	3	(25.0)
不安の軽減・解消	9	(75.0)
治療動機付け	3	(25.0)
自己理解・疾病理解等の促進	7	(58.3)
自己管理能力・生活管理力の回復	2	(16.7)
自己効力感回復	4	(33.3)
自己決定の援助	4	(33.3)
家族関係・対人関係の調整	6	(50.0)
対処スキル・能力の維持・向上	4	(33.3)
症状・問題行動の緩和・軽減	3	(25.0)

心身の機能維持・回復・改善	1	(8.3)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	3	(25.0)
QOL 向上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-2-4-3 アプローチ法 (n=12) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合はなかった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 58.3%であり、単独が 41.7%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった (80.0%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く (85.7%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (57.1%)、環境調整的アプローチ (42.9%) と続いた。

	n	(%)
単独	5	(41.7)
併用	7	(58.3)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)
回答なし	0	(0.0)
合計	12	(100.0)

	全体 (n=12)		単独 (n=5)		併用 (n=7)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	5	(41.7)	1	(20.0)	4	(57.1)
力動的・精神分析的アプローチ	1	(8.3)	0	(0.0)	1	(14.3)
傾聴・支持的アプローチ	10	(83.3)	4	(80.0)	6	(85.7)
認知リハビリテーション的アプローチ	2	(16.7)	0	(0.0)	2	(28.6)
環境調整的アプローチ	3	(25.0)	0	(0.0)	3	(42.9)
その他のカテゴリーのアプローチ	1	(8.3)	0	(0.0)	1	(14.3)

#### C2-2-4-4 支援の時間 (n=12) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く (33.3%)、40分以上50分未満、1時間以上1時間半未満、2時間以上4時間未満がいずれも 16.7%で続いた。

	n	(%)
20分未満	1	(8.3)
20分以上30分未満	0	(0.0)
30分以上40分未満	0	(0.0)
40分以上50分未満	2	(16.7)
50分以上1時間未満	4	(33.3)
1時間以上1時間半未満	2	(16.7)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上4時間未満	2	(16.7)
4時間以上6時間未満	1	(8.3)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-2-4-5 支援の頻度 (n=12) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1年に1回～数回が最も割合が高く（33.3%）、単回、3週に1回がともに25.0%で続いた。

	n	(%)
単回	3	(25.0)
1年に1回～数回	4	(33.3)
1か月に1回	0	(0.0)
3週に1回	3	(25.0)
2週に1回	1	(8.3)
1週に1回	2	(16.7)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	0	(0.0)

#### C2-2-4-6 支援の期間 (n=12) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、半年以上1年未満、1年以上2年未満、「期間ではなくクール（一定回数等）で終了」が33.3%で最も割合が高かった。

	n	(%)
期間を定めていない	3	(25.0)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	0	(0.0)
1か月以上3か月未満	0	(0.0)
3か月以上半年未満	3	(25.0)
半年以上1年未満	4	(33.3)
1年以上2年未満	4	(33.3)
2年以上4年未満	0	(0.0)
4年以上	0	(0.0)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	4	(33.3)

#### C2-2-5 入院における心理面接（個人） (n=257)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-2-5-1 支援の実施 (n=257)

支援の実施について、「『入院における心理支援（個人）』を行っている」との回答が160件あり、62.3%を占めた。

	n	(%)
「入院における心理面接（個人）」は行っていない	86	(33.5)
「入院における心理面接（個人）」を行っている	160	(62.3)
回答なし	11	(4.3)
合計	257	(100.0)

C2-2-5-2 支援の目的 (n=160) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く (78.1%)、不安の軽減・解消 (77.5%)、家族関係・対人関係の調整 (41.9%) と続いた。

	n	(%)
アセスメント	125	(78.1)
不安の軽減・解消	124	(77.5)
治療動機付け	41	(25.6)
自己理解・疾病理解等の促進	66	(41.3)
自己管理能力・生活管理力の回復	21	(13.1)
自己効力感回復	45	(28.1)
自己決定の援助	29	(18.1)
家族関係・対人関係の調整	67	(41.9)
対処スキル・能力の維持・向上	38	(23.8)
症状・問題行動の緩和・軽減	64	(40.0)
心身の機能維持・回復・改善	43	(26.9)
地域移行・地域定着支援	4	(2.5)
孤立防止と社会参加の保持・改善	7	(4.4)
QOL 向上	14	(8.8)
その他	4	(2.5)

C2-2-5-3 アプローチ法 (n=160) ※併用の場合は3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、3.1%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 78.1%であり、単独が 18.8%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった (90.0%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く (93.6%)、環境調整的アプローチ (61.6%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (56.8%) と続いた。

	n	(%)
単独	30	(18.8)
併用	125	(78.1)
アセスメントのみで終了	5	(3.1)
回答なし	0	(0.0)
合計	160	(100.0)

	全体 (n=160)		単独 (n=30)		併用 (n=125)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	5	(3.1)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	72	(45.0)	1	(3.3)	71	(56.8)
力動的・精神分析的アプローチ	43	(26.9)	1	(3.3)	42	(33.6)
傾聴・支持的アプローチ	144	(90.0)	27	(90.0)	117	(93.6)
認知リハビリテーション的アプローチ	13	(8.1)	1	(3.3)	12	(9.6)
環境調整的アプローチ	77	(48.1)	0	(0.0)	77	(61.6)
その他のカテゴリーのアプローチ	7	(4.4)	0	(0.0)	7	(5.6)

#### C2-2-5-4 支援の時間 (n=160) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（43.8%）、30分以上40分未満（30.6%）、40分以上50分未満（27.5%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	17	(10.6)
20分以上30分未満	36	(22.5)
30分以上40分未満	49	(30.6)
40分以上50分未満	44	(27.5)
50分以上1時間未満	70	(43.8)
1時間以上1時間半未満	4	(2.5)
1時間半以上2時間未満	2	(1.3)
2時間以上	0	(0.0)
その他	2	(1.3)

#### C2-2-5-5 支援の頻度 (n=160) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く（56.3%）、1週に2回（26.9%）、単回（23.8%）と続いた。

	n	(%)
単回	38	(23.8)
1年に1回～数回	13	(8.1)
1か月に1回	19	(11.9)
3週に1回	3	(1.9)
2週に1回	31	(19.4)
1週に1回	90	(56.3)
1週に2回	43	(26.9)
1週に3回以上	18	(11.3)

#### C2-2-5-6 支援の期間 (n=160) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く（35.6%）、2週間以上1か月未満（26.3%）、「期間を定めていない」（25.6%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	41	(25.6)
2週間未満	33	(20.6)
2週間以上1か月未満	42	(26.3)
1か月以上3か月未満	57	(35.6)
3か月以上半年未満	26	(16.3)
半年以上1年未満	30	(18.8)
1年以上2年未満	21	(13.1)
2年以上4年未満	10	(6.3)
4年以上	8	(5.0)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	16	(10.0)

## C2-2-6 入院における心理支援（集団）（n=257）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-2-6-1 支援の実施（n=257）

支援の実施について、「『入院における心理支援（集団）』を行っている」との回答は 11 件、4.3%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援（集団）」は行っていない	235	(91.4)
「入院における心理支援（集団）」を行っている	11	(4.3)
回答なし	11	(4.3)
合計	257	(100.0)

### C2-2-6-2 支援の目的（n=11） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く（54.5%）、不安の軽減・解消、自己効力感回復が 45.5%と続いた。

	n	(%)
アセスメント	0	(0.0)
不安の軽減・解消	5	(45.5)
治療動機付け	3	(27.3)
自己理解・疾病理解等の促進	6	(54.5)
自己管理能力・生活管理力の回復	2	(18.2)
自己効力感回復	5	(45.5)
自己決定の援助	1	(9.1)
家族関係・対人関係の調整	3	(27.3)
対処スキル・能力の維持・向上	4	(36.4)
症状・問題行動の緩和・軽減	4	(36.4)
心身の機能維持・回復・改善	2	(18.2)
地域移行・地域定着支援	3	(27.3)
孤立防止と社会参加の保持・改善	2	(18.2)
QOL 向上	3	(27.3)
その他	0	(0.0)

### C2-2-6-3 アプローチ法（n=11） ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合はなかった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 72.7%であり、単独が 9.1%であった。単独の場合は、その他のカテゴリーのアプローチのみであった。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（100.0%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（75.0%）、力動的・精神分析的アプローチ（50.0%）と続いた。

	n	(%)
単独	1	(9.1)
併用	8	(72.7)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)

回答なし	2 (18.2)
合計	11 (100.0)

	全体 (n=11)		単独 (n=1)		併用 (n=8)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	6	(54.5)	0	(0.0)	6	(75.0)
力動的・精神分析的アプローチ	4	(36.4)	0	(0.0)	4	(50.0)
傾聴・支持的アプローチ	8	(72.7)	0	(0.0)	8	(100.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	1	(9.1)	0	(0.0)	1	(12.5)
環境調整的アプローチ	2	(18.2)	0	(0.0)	2	(25.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	1	(9.1)	1	(100.0)	0	(0.0)

#### C2-2-6-4 支援の時間 (n=11) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、1 時間以上 1 時間半未満が最も割合が高く (45.5%)、1 時間半以上 2 時間未満 (27.3%)、30 分以上 40 分未満、50 分以上 1 時間未満がともに 18.2% で続いた。

	n	(%)
20 分未満	0	(0.0)
20 分以上 30 分未満	0	(0.0)
30 分以上 40 分未満	2	(18.2)
40 分以上 50 分未満	1	(9.1)
50 分以上 1 時間未満	2	(18.2)
1 時間以上 1 時間半未満	5	(45.5)
1 時間半以上 2 時間未満	3	(27.3)
2 時間以上 4 時間未満	0	(0.0)
4 時間以上 6 時間未満	0	(0.0)
6 時間以上	0	(0.0)
その他	1	(9.1)

#### C2-2-6-5 支援の頻度 (n=11) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1 か月に 1 回が最も割合が高く (63.6%)、単回、2 週に 1 回、1 週に 1 回、1 週に 2 回がいずれも 9.1% で続いた。

	n	(%)
単回	1	(9.1)
1 年に 1 回～数回	0	(0.0)
1 か月に 1 回	7	(63.6)
3 週に 1 回	0	(0.0)
2 週に 1 回	1	(9.1)
1 週に 1 回	1	(9.1)
1 週に 2 回	1	(9.1)
1 週に 3 回以上	0	(0.0)

#### C2-2-6-6 支援の期間 (n=11) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」、1 か月以上 3 か月未満、3 か月以上半年未満、半年以上 1 年未満がいずれも 27.3%で最も割合が高かった。

	n	(%)
期間を定めていない	3	(27.3)
2 週間未満	0	(0.0)
2 週間以上 1 か月未満	0	(0.0)
1 か月以上 3 か月未満	3	(27.3)
3 か月以上半年未満	3	(27.3)
半年以上 1 年未満	3	(27.3)
1 年以上 2 年未満	0	(0.0)
2 年以上 4 年未満	1	(9.1)
4 年以上	0	(0.0)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	2	(18.2)

#### C2-2-7 アウトリーチによる支援 (n=257)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-2-7-1 支援の実施 (n=257)

支援の実施は、「必要性を感じるが、実施できていない」が最も割合が高く（48.2%）、「必要がないので、実施していない」（37.7%）と続いた。「実施している」のは 22 件（8.6%）であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	97	(37.7)
必要性を感じるが、実施できていない	124	(48.2)
実施している	22	(8.6)
回答なし	14	(5.4)
合計	257	(100.0)

##### C2-2-7-2 支援目的 (n=22) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く（72.7%）、家族関係・対人関係の調整（59.1%）、地域移行・地域定着支援（45.5%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	16	(72.7)
不安の軽減・解消	6	(27.3)
治療動機付け	4	(18.2)
自己理解・疾病理解等の促進	7	(31.8)
自己管理能力・生活管理力の回復	6	(27.3)
自己効力感回復	2	(9.1)
自己決定の援助	0	(0.0)
家族関係・対人関係の調整	13	(59.1)
対処スキル・能力の維持・向上	8	(36.4)
症状・問題行動の緩和・軽減	7	(31.8)

心身の機能維持・回復・改善	2	(9.1)
地域移行・地域定着支援	10	(45.5)
孤立防止と社会参加の保持・改善	7	(31.8)
QOL 向上	3	(13.6)
その他	0	(0.0)

### C2-2-8 家族支援 (n=257)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

#### C2-2-8-1 家族支援の実施 (n=257) ※複数回答可

家族支援の実施は、行っているのは 72.4%であり、そのうち、本人と家族の合同面接及び家族のみの面接が最も割合が高く (38.1%)、家族グループ・家族教室等の実施 (37.7%)、家族のみの面接 (26.8%) と続いた。

	n	(%)
行っている	186	(72.4)
本人と家族の合同面接	28	(10.9)
家族のみの面接	69	(26.8)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	98	(38.1)
家族グループ・家族教室等の実施	97	(37.7)
チーム会議への家族の参加	4	(1.6)
その他	12	(4.7)

### C2-2-9 チーム医療・連携 (n=257)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。

#### C2-2-9-1 連携等の実施 (n=257) ※複数回答可

連携等の実施は、行っているのは 78.2%であり、院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く (74.7%)、院外他機関・他職種との連携 (34.6%) と続いた。

	n	(%)
行っている	201	(78.2)
院内他職種とのチーム医療・連携	192	(74.7)
院外他機関・他職種との連携	89	(34.6)
その他	3	(1.2)

## C2-3 周産期 (n=241)

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、周産期への支援について尋ねた。

※ 周産期の児の支援は「C2-1 小児の精神疾患」もしくは「C2-2 小児の身体疾患」で回答を求めた

### C2-3-1 心理検査 (n=241)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを選択してもらった。

#### C2-3-1-1 支援の実施 (n=241)

「『心理検査』を行っている」との回答が 88 件あり、36.5%であった。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	144	(59.8)
「心理検査」を行っている	88	(36.5)
回答なし	9	(3.7)
合計	241	(100.0)

#### C2-3-1-2 診療報酬対象となっている検査 (n=88) ※複数選択可

診療報酬対象となっている発達及び知能検査は、WAIS-Ⅲ成人知能検査・WAIS-Ⅳ成人知能検査（50.0%）が最も割合が高かった。その他として、新版 K 式発達検査（回答数 5）などが挙げられた。

診療報酬対象となっている人格検査は、バウムテストが最も割合が高く（39.8%）、TEGⅡ東大式／新版 TEG／新版 TEGⅡ／TEG3（33.0%）、SCT（29.5%）と続いた。その他として、MMPI（回答数 3）などが挙げられた。

診療報酬対象となっている認知機能検査及びその他の心理検査は、その他（42.0%）が最も割合が高かった。その他として、SDS（回答数 8）、CES-D（回答数 5）、などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査	44	(50.0)
その他	12	(13.6)
<b>人格検査</b>		
TEGⅡ東大式／新版 TEG／新版 TEGⅡ／TEG3	29	(33.0)
バウムテスト	35	(39.8)
SCT	26	(29.5)
P-F スタディ	19	(21.6)
ロールシャッハテスト	22	(25.0)
その他	11	(12.5)
<b>認知機能検査及びその他の心理検査</b>		
IES-R	35	(39.8)
その他	37	(42.0)

### C2-3-1-3 診療報酬対象外の検査 (n=88) ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、エジンバラ産後うつ病質問票が最も割合が高く (55.7%)、赤ちゃんへの気持ち質問票 (MIBS Mother-to-Infant Bonding Scale) (33.0%)、「診療報酬対象外の『心理検査』は行っていない」 (25.0%) と続いた。その他として、A-ADHD (回答数3) などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	22	(25.0)
赤ちゃんへの気持ち質問票 (MIBS Mother-to-Infant Bonding Scale)	29	(33.0)
エジンバラ産後うつ病質問票	49	(55.7)
CAADID 日本語版	3	(3.4)
CAARS 日本語版	11	(12.5)
その他	9	(10.2)

### C2-3-1-4 フィードバック面接 (n=88)

フィードバック面接は、「ほぼ毎回実施している」が最も割合が高く (30.7%)、「よく実施している」 (21.6%) と続いた。

	n	(%)
実施していない	14	(15.9)
まれに実施している	13	(14.8)
ときどき実施している	14	(15.9)
よく実施している	19	(21.6)
ほぼ毎回実施している	27	(30.7)
回答なし	1	(1.1)
合計	88	(100.0)

### C2-3-2 心理教育 (本人対象) (n=241)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育 (本人対象)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

#### C2-3-2-1 支援の実施 (n=241)

支援の実施について、「『心理検査 (本人対象)』を行っている」との回答が 138 件であり、57.3% を占めた。

	n	(%)
「心理教育 (本人対象)」は行っていない	92	(38.2)
「心理教育 (本人対象)」を行っている	138	(57.3)
回答なし	11	(4.6)
合計	241	(100.0)

#### C2-3-2-2 支援の目的 (n=138) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く (89.9%)、自己理解・疾病理解等の促進 (51.4%)、家族関係・対人関係の調整 (48.6%) と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	124	(89.9)
治療動機付け	21	(15.2)
自己理解・疾病理解等の促進	71	(51.4)
自己管理能力・生活管理能力の回復	31	(22.5)
自己効力感回復	50	(36.2)
自己決定の援助	34	(24.6)
家族関係・対人関係の調整	67	(48.6)
対処スキル・能力の維持・向上	59	(42.8)
症状・問題行動の緩和・軽減	53	(38.4)
心身の機能維持・回復・改善	37	(26.8)
地域移行・地域定着支援	13	(9.4)
孤立防止と社会参加の保持・改善	28	(20.3)
QOL 向上	9	(6.5)
その他	1	(0.7)

### C2-3-2-3 支援の時間 (n=138) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（48.6%）、30分以上40分未満（27.5%）、20分以上30分未満（21.0%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	14	(10.1)
20分以上30分未満	29	(21.0)
30分以上40分未満	38	(27.5)
40分以上50分未満	24	(17.4)
50分以上1時間未満	67	(48.6)
1時間以上1時間半未満	9	(6.5)
1時間半以上2時間未満	2	(1.4)
2時間以上4時間未満	1	(0.7)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	6	(4.3)

### C2-3-2-4 支援の頻度 (n=138) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く（37.0%）、単回（31.9%）、2週に1回（30.4%）と続いた。

	n	(%)
単回	44	(31.9)
1年に1回～数回	17	(12.3)
1か月に1回	51	(37.0)
3週に1回	7	(5.1)
2週に1回	42	(30.4)
1週に1回	29	(21.0)
1週に2回	12	(8.7)
1週に3回以上	6	(4.3)
その他	11	(8.0)

### C2-3-2-5 支援の期間 (n=138) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く (54.3%)、単回 (13.8%)、半年以上1年未満 (12.3%) と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	75	(54.3)
単回	19	(13.8)
2週間未満	1	(0.7)
2週間以上1か月未満	9	(6.5)
1か月以上3か月未満	14	(10.1)
3か月以上半年未満	13	(9.4)
半年以上1年未満	17	(12.3)
1年以上2年未満	5	(3.6)
2年以上4年未満	3	(2.2)
4年以上	0	(0.0)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	8	(5.8)
その他	8	(5.8)

### C2-3-2-6 支援の回数 (n=138)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く (92.8%)、「おおまかに定めている」 (4.3%) と続いた。

	n	(%)
定めていない	128	(92.8)
おおまかに定めている	6	(4.3)
定めている	4	(2.9)
合計	138	(100.0)

### C2-3-3 外来における心理面接 (個人) (n=241)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接 (個人)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

#### C2-3-3-1 支援の実施 (n=241)

支援の実施について、「『外来における心理面接 (個人)』を行っている」との回答が173件あり、71.8%を占めた。

	n	(%)
「外来における心理面接 (個人)」は行っていない	56	(23.2)
「外来における心理面接 (個人)」を行っている	173	(71.8)
回答なし	12	(5.0)
合計	241	(100.0)

### C2-3-3-2 支援の目的 (n=173) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く (86.7%)、アセスメント (63.0%)、家族関係・対人関係の調整 (54.3%) と続いた。

	n	(%)
アセスメント	109	(63.0)
不安の軽減・解消	150	(86.7)
治療動機付け	9	(5.2)
自己理解・疾病理解等の促進	68	(39.3)
自己管理能力・生活管理力の回復	40	(23.1)
自己効力感回復	50	(28.9)
自己決定の援助	37	(21.4)
家族関係・対人関係の調整	94	(54.3)
対処スキル・能力の維持・向上	70	(40.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	54	(31.2)
心身の機能維持・回復・改善	29	(16.8)
地域移行・地域定着支援	15	(8.7)
孤立防止と社会参加の保持・改善	26	(15.0)
QOL 向上	7	(4.0)
その他	3	(1.7)

### C2-3-3-3 アプローチ法 (n=173) ※併用の場合は3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、1.7%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 79.8%であり、単独が 17.9%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった (93.5%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く (97.8%)、環境調整的アプローチ (63.0%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (51.4%) と続いた。

	n	(%)
単独	31	(17.9)
併用	138	(79.8)
アセスメントのみで終了	3	(1.7)
回答なし	1	(0.6)
合計	173	(100.0)

	全体 (n=173)		単独 (n=31)		併用 (n=138)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	3	(1.7)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	71	(41.0)	0	(0.0)	71	(51.4)
力動的・精神分析的アプローチ	46	(26.6)	0	(0.0)	46	(33.3)
傾聴・支持的アプローチ	164	(94.8)	29	(93.5)	135	(97.8)
認知リハビリテーション的アプローチ	2	(1.2)	0	(0.0)	2	(1.4)
環境調整的アプローチ	88	(50.9)	1	(3.2)	87	(63.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	7	(4.0)	1	(3.2)	6	(4.3)

### C2-3-3-4 支援の時間 (n=173) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く (50.9%)、30分以上40分未満 (23.1%)、40分以上50分未満 (22.0%) と続いた。

	n	(%)
20分未満	11	(6.4)
20分以上30分未満	24	(13.9)
30分以上40分未満	40	(23.1)
40分以上50分未満	38	(22.0)
50分以上1時間未満	88	(50.9)
1時間以上1時間半未満	10	(5.8)
1時間半以上2時間未満	4	(2.3)
2時間以上	0	(0.0)
その他	8	(4.6)

#### C2-3-3-5 支援の頻度 (n=173) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く（52.0%）、2週に1回（44.5%）、単回（30.1%）と続いた。

	n	(%)
単回	52	(30.1)
1年に1回～数回	23	(13.3)
1か月に1回	90	(52.0)
3週に1回	12	(6.9)
2週に1回	77	(44.5)
1週に1回	26	(15.0)
1週に2回	3	(1.7)
1週に3回以上	2	(1.2)

#### C2-3-3-6 支援の期間 (n=173) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、半年以上1年未満が最も割合が高く（40.5%）、「期間を定めていない」（29.5%）、1か月以上3か月未満（23.1%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	51	(29.5)
2週間未満	1	(0.6)
2週間以上1か月未満	8	(4.6)
1か月以上3か月未満	40	(23.1)
3か月以上半年未満	35	(20.2)
半年以上1年未満	70	(40.5)
1年以上2年未満	29	(16.8)
2年以上4年未満	14	(8.1)
4年以上	12	(6.9)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	12	(6.9)

#### C2-3-4 外来における心理支援（集団）（n=241）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

#### C2-3-4-1 支援の実施 (n=241)

支援の実施について、「『外来における心理支援（集団）』を行っている」との回答は 15 件、6.2%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援（集団）」は行っていない	212	(88.0)
「外来における心理支援（集団）」を行っている	15	(6.2)
回答なし	14	(5.8)
合計	241	(100.0)

#### C2-3-4-2 支援の目的 (n=15) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（86.7%）、家族関係・対人関係の調整、対処スキル・能力の維持・向上がともに 60.0%で続いた。

	n	(%)
アセスメント	7	(46.7)
不安の軽減・解消	13	(86.7)
治療動機付け	1	(6.7)
自己理解・疾病理解等の促進	5	(33.3)
自己管理能力・生活管理能力の回復	4	(26.7)
自己効力感回復	6	(40.0)
自己決定の援助	1	(6.7)
家族関係・対人関係の調整	9	(60.0)
対処スキル・能力の維持・向上	9	(60.0)
症状・問題行動の緩和・軽減	4	(26.7)
心身の機能維持・回復・改善	4	(26.7)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	4	(26.7)
QOL 向上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-3-4-3 アプローチ法 (n=15) ※併用の場合は 3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合はなかった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 80.0%であり、単独が 20.0%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった（66.7%）。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（100.0%）、環境調整的アプローチ（41.7%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ、力動的・精神分析的アプローチ、その他のカテゴリーのアプローチ（25.0%）と共に続いた。

	n	(%)
単独	3	(20.0)
併用	12	(80.0)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)
回答なし	0	(0.0)
合計	15	(100.0)

	全体 (n=15)		単独 (n=3)		併用 (n=12)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	3	(20.0)	0	(0.0)	3	(25.0)
力動的・精神分析的アプローチ	3	(20.0)	0	(0.0)	3	(25.0)
傾聴・支持的アプローチ	14	(93.3)	2	(66.7)	12	(100.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	2	(13.3)	0	(0.0)	2	(16.7)
環境調整的アプローチ	5	(33.3)	0	(0.0)	5	(41.7)
その他のカテゴリーのアプローチ	4	(26.7)	1	(33.3)	3	(25.0)

#### C2-3-4-4 支援の時間 (n=15) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（33.3%）、1時間以上1時間半未満（26.7%）、30分以上40分未満（20.0%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	2	(13.3)
20分以上30分未満	0	(0.0)
30分以上40分未満	3	(20.0)
40分以上50分未満	1	(6.7)
50分以上1時間未満	5	(33.3)
1時間以上1時間半未満	4	(26.7)
1時間半以上2時間未満	1	(6.7)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	1	(6.7)

#### C2-3-4-5 支援の頻度 (n=15) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く（40.0%）、2週に1回（26.7%）、単回、1年に1回～数回がともに20.0%で続いた。

	n	(%)
単回	3	(20.0)
1年に1回～数回	3	(20.0)
1か月に1回	6	(40.0)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	4	(26.7)
1週に1回	2	(13.3)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	0	(0.0)

#### C2-3-4-6 支援の期間 (n=15) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、半年以上1年未満が最も割合が高く（40.0%）、「期間を定めていない」（33.3%）、3か月以上半年未満、4年以上がともに13.3%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	5	(33.3)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	0	(0.0)
1か月以上3か月未満	0	(0.0)
3か月以上半年未満	2	(13.3)
半年以上1年未満	6	(40.0)
1年以上2年未満	1	(6.7)
2年以上4年未満	1	(6.7)
4年以上	2	(13.3)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	1	(6.7)

### C2-3-5 入院における心理面接（個人）（n=241）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接（個人）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

#### C2-3-5-1 支援の実施（n=241）

支援の実施について、「『入院における心理面接（個人）』を行っている」との回答が172件あり、71.4%を占めた。

	n	(%)
「入院における心理面接（個人）」は行っていない	54	(22.4)
「入院における心理面接（個人）」を行っている	172	(71.4)
回答なし	15	(6.2)
合計	241	(100.0)

#### C2-3-5-2 支援の目的（n=172） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（94.8%）、アセスメント（64.0%）、家族関係・対人関係の調整（41.9%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	110	(64.0)
不安の軽減・解消	163	(94.8)
治療動機付け	15	(8.7)
自己理解・疾病理解等の促進	60	(34.9)
自己管理能力・生活管理能力の回復	21	(12.2)
自己効力感回復	52	(30.2)
自己決定の援助	35	(20.3)
家族関係・対人関係の調整	72	(41.9)
対処スキル・能力の維持・向上	61	(35.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	52	(30.2)
心身の機能維持・回復・改善	42	(24.4)
地域移行・地域定着支援	13	(7.6)
孤立防止と社会参加の保持・改善	17	(9.9)
QOL向上	8	(4.7)
その他	3	(1.7)

**C2-3-5-3 アプローチ法 (n=172) ※併用の場合は3つまで複数選択可**

アセスメントのみで終了する場合は、2.3%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 70.9%であり、単独が 26.7%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった (91.3%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く (98.4%)、環境調整的アプローチ (59.0%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (50.8%) と続いた。

	n	(%)
単独	46	(26.7)
併用	122	(70.9)
アセスメントのみで終了	4	(2.3)
回答なし	0	(0.0)
合計	172	(100.0)

	全体 (n=172)		単独 (n=46)		併用 (n=122)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	4	(2.3)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	62	(36.0)	0	(0.0)	62	(50.8)
力動的・精神分析的アプローチ	41	(23.8)	1	(2.2)	40	(32.8)
傾聴・支持的アプローチ	162	(94.2)	42	(91.3)	120	(98.4)
認知リハビリテーション的アプローチ	1	(0.6)	0	(0.0)	1	(0.8)
環境調整的アプローチ	73	(42.4)	1	(2.2)	72	(59.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	4	(2.3)	2	(4.3)	2	(1.6)

**C2-3-5-4 支援の時間 (n=172) ※3つまで複数回答可**

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く (39.5%)、30分以上40分未満 (33.7%)、20分以上30分未満 (25.6%) と続いた。

	n	(%)
20分未満	27	(15.7)
20分以上30分未満	44	(25.6)
30分以上40分未満	58	(33.7)
40分以上50分未満	35	(20.3)
50分以上1時間未満	68	(39.5)
1時間以上1時間半未満	15	(8.7)
1時間半以上2時間未満	2	(1.2)
2時間以上	2	(1.2)
その他	8	(4.7)

**C2-3-5-5 支援の頻度 (n=172) ※3つまで複数回答可**

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く (54.7%)、単回 (36.6%)、2週に1回、1週に2回がともに 25.6%で続いた。

	n	(%)
単回	63	(36.6)
1年に1回～数回	9	(5.2)
1か月に1回	10	(5.8)
3週に1回	6	(3.5)
2週に1回	44	(25.6)

1週に1回	94	(54.7)
1週に2回	44	(25.6)
1週に3回以上	22	(12.8)

#### C2-3-5-6 支援の期間 (n=172) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く(39.0%)、「期間を定めていない」(36.0%)、2週間以上1か月未満(29.7%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	62	(36.0)
2週間未満	49	(28.5)
2週間以上1か月未満	51	(29.7)
1か月以上3か月未満	67	(39.0)
3か月以上半年未満	28	(16.3)
半年以上1年未満	19	(11.0)
1年以上2年未満	7	(4.1)
2年以上4年未満	4	(2.3)
4年以上	1	(0.6)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	14	(8.1)

#### C2-3-6 入院における心理支援(集団) (n=241)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援(集団)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-3-6-1 支援の実施 (n=241)

支援の実施について、「『入院における心理支援(集団)』を行っている」との回答は3件、1.2%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援(集団)」は行っていない	223	(92.5)
「入院における心理支援(集団)」を行っている	3	(1.2)
回答なし	15	(6.2)
合計	241	(100.0)

##### C2-3-6-2 支援の目的 (n=3) ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消、自己効力感回復、自己決定の援助、家族関係・対人関係の調整、心身の機能維持・回復・改善が66.7%で最も割合が高かった。

	n	(%)
アセスメント	1	(33.3)
不安の軽減・解消	2	(66.7)
治療動機付け	0	(0.0)
自己理解・疾病理解等の促進	1	(33.3)
自己管理能力・生活管理能力の回復	0	(0.0)
自己効力感回復	2	(66.7)

自己決定の援助	2	(66.7)
家族関係・対人関係の調整	2	(66.7)
対処スキル・能力の維持・向上	0	(0.0)
症状・問題行動の緩和・軽減	0	(0.0)
心身の機能維持・回復・改善	2	(66.7)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	0	(0.0)
QOL 向上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

### C2-3-6-3 アプローチ法 (n=3) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合はなかった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 66.7%であり、単独が 33.3%であった。単独の場合は、その他のカテゴリーのアプローチ(100.0%)のみだった。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く(100.0%)、力動的・精神分析的アプローチ、その他のカテゴリーのアプローチ(50.0%)と共に続いた。

	n	(%)
単独	1	(33.3)
併用	2	(66.7)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)
回答なし	0	(0.0)
合計	3	(100.0)

	全体 (n=3)		単独 (n=1)		併用 (n=2)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
力動的・精神分析的アプローチ	1	(33.3)	0	(0.0)	1	(50.0)
傾聴・支持的アプローチ	2	(66.7)	0	(0.0)	2	(100.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
環境調整的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	2	(66.7)	1	(100.0)	1	(50.0)

### C2-3-6-4 支援の時間 (n=3) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(66.7%)、20分以上30分未満(33.3%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	0	(0.0)
20分以上30分未満	1	(33.3)
30分以上40分未満	0	(0.0)
40分以上50分未満	0	(0.0)
50分以上1時間未満	2	(66.7)
1時間以上1時間半未満	0	(0.0)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)

6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-3-6-5 支援の頻度 (n=3) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が100%であった。

	n	(%)
単回	0	(0.0)
1年に1回～数回	0	(0.0)
1か月に1回	0	(0.0)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	0	(0.0)
1週に1回	3	(100.0)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	0	(0.0)

#### C2-3-6-6 支援の期間 (n=3) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」、3か月以上半年未満、2年以上4年未満、「期間ではなくクール（一定回数等）で終了」がいずれも33.3%となり、回答がばらけた。

	n	(%)
期間を定めていない	1	(33.3)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	0	(0.0)
1か月以上3か月未満	0	(0.0)
3か月以上半年未満	1	(33.3)
半年以上1年未満	0	(0.0)
1年以上2年未満	0	(0.0)
2年以上4年未満	1	(33.3)
4年以上	0	(0.0)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	1	(33.3)

#### C2-3-7 アウトリーチによる支援 (n=241)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-3-7-1 支援の実施 (n=241)

支援の実施について、「必要性を感じるが、実施できていない」が最も割合が高く（49.0%）、「必要がないので、実施していない」（35.3%）と続いた。「実施している」のは23件（9.5%）であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	85	(35.3)
必要性を感じるが、実施できていない	118	(49.0)
実施している	23	(9.5)
回答なし	15	(6.2)
合計	241	(100.0)

### C2-3-7-2 支援目的 (n=23) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く (60.9%)、家族関係・対人関係の調整 (47.8%)、地域移行・地域定着支援 (43.5%) と続いた。

	n	(%)
アセスメント	14	(60.9)
不安の軽減・解消	8	(34.8)
治療動機付け	3	(13.0)
自己理解・疾病理解等の促進	4	(17.4)
自己管理能力・生活管理力の回復	3	(13.0)
自己効力感回復	6	(26.1)
自己決定の援助	4	(17.4)
家族関係・対人関係の調整	11	(47.8)
対処スキル・能力の維持・向上	8	(34.8)
症状・問題行動の緩和・軽減	6	(26.1)
心身の機能維持・回復・改善	3	(13.0)
地域移行・地域定着支援	10	(43.5)
孤立防止と社会参加の保持・改善	8	(34.8)
QOL 向上	2	(8.7)
その他	1	(4.3)

### C2-3-8 家族支援 (n=241)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

#### C2-3-8-1 家族支援の実施 (n=241) ※複数回答可

家族支援の実施は、行っているのは 66.4%であり、そのうち、本人と家族の合同面接が最も割合が高く (35.7%)、家族のみの面接 (33.2%)、本人と家族の合同面接及び家族のみの面接 (29.0%) と続いた。

	n	(%)
行っている	160	(66.4)
本人と家族の合同面接	86	(35.7)
家族のみの面接	80	(33.2)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	70	(29.0)
家族グループ・家族教室等の実施	4	(1.7)
チーム会議への家族の参加	16	(6.6)
その他	2	(0.8)

### C2-3-9 チーム医療・連携 (n=241)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

#### C2-3-9-1 連携等の実施 (n=241) ※複数回答可

連携等の実施は、行っているのは 83.8%であり、そのうち、院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く（95.5%）、院外他機関・他職種との連携（48.0%）と続いた。

	n	(%)
行っている	202	(83.8)
院内他職種とのチーム医療・連携	193	(80.1)
院外他機関・他職種との連携	97	(40.2)
その他	3	(1.2)

## 7 その他身体疾患

### C2-4 腎疾患／糖尿病 (n=131)

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、腎臓疾患・糖尿病への支援について尋ねた。

#### C2-4-1 心理検査 (n=131)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを選択してもらった。

##### C2-4-1-1 支援の実施 (n=131)

「『心理検査』を行っている」との回答が 60 件あり、45.8%であった。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	66	(50.4)
「心理検査」を行っている	60	(45.8)
回答なし	5	(3.8)
合計	131	(100.0)

##### C2-4-1-2 診療報酬対象となっている検査 (n=60) ※複数選択可

診療報酬対象となっている発達及び知能検査は、WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査が最も割合が高く（53.3%）、コース立方体組み合わせテスト（10.0%）と続いた。その他として、複数回答はなかった。

診療報酬対象となっている人格検査は、TEGⅡ東大式／新版 TEG／新版 TEGⅡ／TEG3 が最も割合が高く（28.3%）、ロールシャッハテスト（20.0%）、MMPI（13.3%）と続いた。その他として、SCT（回答数 3）、バウムテスト（回答数 3）、などが挙げられた。

診療報酬対象となっている認知機能検査及びその他の心理検査は、SDS うつ性自己評価尺度が最も割合が高く（28.3%）、その他（21.7%）、STAI 状態・特性不安検査（20.0%）と続いた。その他として、MMSE（回答数 7）、HDS-R（回答数 7）、などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
コース立方体組み合わせテスト	6	(10.0)
WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査	32	(53.3)
その他	4	(6.7)
<b>人格検査</b>		
TEGⅡ東大式／新版 TEG／新版 TEGⅡ／TEG3	17	(28.3)
P-F スタディ	6	(10.0)
MMPI	8	(13.3)
ロールシャッハテスト	12	(20.0)
その他	8	(13.3)

### 認知機能検査及びその他の心理検査

SDS うつ性自己評価尺度	17	(28.3)
CES-D うつ病（抑うつ状態）自己評価尺度	7	(11.7)
HDRS ハミルトンうつ病症状評価尺度	4	(6.7)
STAI 状態・特性不安検査	12	(20.0)
POMS	8	(13.3)
WMS-R	7	(11.7)
その他	13	(21.7)

#### C2-4-1-3 診療報酬対象外の検査（n=60） ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、「診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない」が最も割合が高く（50.0%）、PHQ9 患者健康質問票-9（16.7%）、その他（15.0%）と続いた。その他として、GDS（回答数2）、HADS（回答数2）、などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	30	(50.0)
AIS アテネ不眠尺度（アテネ）	0	(0.0)
EAT-26 摂食障害スクリーニングテスト	2	(3.3)
SF-36 日本語版	3	(5.0)
KDQOL 日本語版	0	(0.0)
新 KAST 新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト	2	(3.3)
PHQ9 患者健康質問票-9	10	(16.7)
PAID 日本語版 糖尿病問題領域質問票（ペイド）	6	(10.0)
BDI-II ベック抑うつ尺度	8	(13.3)
その他	9	(15.0)

#### C2-4-1-4 フィードバック面接（n=60）

フィードバック面接は、「ほぼ毎回実施している」が最も割合が高く（30.0%）、「実施していない」（20.0%）と続いた。

	n	(%)
実施していない	12	(20.0)
まれに実施している	10	(16.7)
ときどき実施している	10	(16.7)
よく実施している	9	(15.0)
ほぼ毎回実施している	18	(30.0)
回答なし	1	(1.7)
合計	60	(100.0)

#### C2-4-2 心理教育（本人対象）（n=131）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育（本人対象）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

##### C2-4-2-1 支援の実施（n=131）

支援の実施について、「『心理検査（本人対象）』を行っている」との回答が63件あり、48.1%であった。

	n	(%)
「心理教育（本人対象）」は行っていない	61	(46.6)
「心理教育（本人対象）」を行っている	63	(48.1)
回答なし	7	(5.3)
合計	131	(100.0)

#### C2-4-2-2 支援の目的 (n=63) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く（77.8%）、治療動機付け（68.3%）、自己管理能力・生活管理能力の回復（65.1%）と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	39	(61.9)
治療動機付け	43	(68.3)
自己理解・疾病理解等の促進	49	(77.8)
自己管理能力・生活管理能力の回復	41	(65.1)
自己効力感回復	17	(27.0)
自己決定の援助	12	(19.0)
家族関係・対人関係の調整	7	(11.1)
対処スキル・能力の維持・向上	25	(39.7)
症状・問題行動の緩和・軽減	17	(27.0)
心身の機能維持・回復・改善	14	(22.2)
地域移行・地域定着支援	4	(6.3)
孤立防止と社会参加の保持・改善	4	(6.3)
QOL 向上	7	(11.1)
その他	2	(3.2)

#### C2-4-2-3 支援の時間 (n=63) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（31.7%）、30分以上40分未満（30.2%）、40分以上50分未満（28.6%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	5	(7.9)
20分以上30分未満	16	(25.4)
30分以上40分未満	19	(30.2)
40分以上50分未満	18	(28.6)
50分以上1時間未満	20	(31.7)
1時間以上1時間半未満	5	(7.9)
1時間半以上2時間未満	1	(1.6)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	1	(1.6)
6時間以上	0	(0.0)
その他	2	(3.2)

#### C2-4-2-4 支援の頻度 (n=63) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く（42.9%）、単回（34.9%）、2週に1回（19.0%）と続いた。

	n	(%)
単回	22	(34.9)
1年に1回～数回	10	(15.9)
1か月に1回	27	(42.9)
3週に1回	2	(3.2)
2週に1回	12	(19.0)
1週に1回	4	(6.3)
1週に2回	5	(7.9)
1週に3回以上	5	(7.9)
その他	6	(9.5)

#### C2-4-2-5 支援の期間 (n=63) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く (63.5%)、単回 (14.3%)、1年以上2年未満、4年以上がともに7.9%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	40	(63.5)
単回	9	(14.3)
2週間未満	3	(4.8)
2週間以上1か月未満	2	(3.2)
1か月以上3か月未満	3	(4.8)
3か月以上半年未満	0	(0.0)
半年以上1年未満	3	(4.8)
1年以上2年未満	5	(7.9)
2年以上4年未満	1	(1.6)
4年以上	5	(7.9)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	2	(3.2)
その他	4	(6.3)

#### C2-4-2-6 支援の回数 (n=63)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く (88.9%)、「定めている」 (7.9%) と続いた。

	n	(%)
定めていない	56	(88.9)
おおまかに定めている	2	(3.2)
定めている	5	(7.9)
合計	63	(100.0)

#### C2-4-3 外来における心理面接 (個人) (n=131)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接 (個人)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

### C2-4-3-1 支援の実施 (n=131)

支援の実施について、「『外来における心理面接（個人）』を行っている」との回答が 75 件あり、57.3%を占めた。

	n	(%)
「外来における心理面接（個人）」は行っていない	49	(37.4)
「外来における心理面接（個人）」を行っている	75	(57.3)
回答なし	7	(5.3)
合計	131	(100.0)

### C2-4-3-2 支援の目的 (n=75) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、自己理解・疾病理解等の促進が最も割合が高く（69.3%）、アセスメント（65.3%）、不安の軽減・解消（58.7%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	49	(65.3)
不安の軽減・解消	44	(58.7)
治療動機付け	38	(50.7)
自己理解・疾病理解等の促進	52	(69.3)
自己管理能力・生活管理能力の回復	32	(42.7)
自己効力感回復	25	(33.3)
自己決定の援助	13	(17.3)
家族関係・対人関係の調整	10	(13.3)
対処スキル・能力の維持・向上	22	(29.3)
症状・問題行動の緩和・軽減	22	(29.3)
心身の機能維持・回復・改善	16	(21.3)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	4	(5.3)
QOL 向上	6	(8.0)
その他	3	(4.0)

### C2-4-3-3 アプローチ法 (n=75) ※併用の場合は 3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、2.7%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 74.7%であり、単独が 22.7%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった（64.7%）。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（96.4%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（71.4%）、環境調整的アプローチ（41.1%）と続いた。

	n	(%)
単独	17	(22.7)
併用	56	(74.7)
アセスメントのみで終了	2	(2.7)
回答なし	0	(0.0)
合計	75	(100.0)

	全体 (n=75)		単独 (n=17)		併用 (n=56)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(2.7)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	44	(58.7)	4	(23.5)	40	(71.4)
力動的・精神分析的アプローチ	22	(29.3)	1	(5.9)	21	(37.5)
傾聴・支持的アプローチ	65	(86.7)	11	(64.7)	54	(96.4)
認知リハビリテーション的アプローチ	3	(4.0)	0	(0.0)	3	(5.4)
環境調整的アプローチ	23	(30.7)	0	(0.0)	23	(41.1)
その他のカテゴリーのアプローチ	5	(6.7)	1	(5.9)	4	(7.1)

#### C2-4-3-4 支援の時間 (n=75) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（36.0%）、40分以上50分未満（34.7%）、30分以上40分未満（24.0%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	8	(10.7)
20分以上30分未満	16	(21.3)
30分以上40分未満	18	(24.0)
40分以上50分未満	26	(34.7)
50分以上1時間未満	27	(36.0)
1時間以上1時間半未満	5	(6.7)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上	0	(0.0)
その他	2	(2.7)

#### C2-4-3-5 支援の頻度 (n=75) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く（57.3%）、2週に1回（33.3%）、1年に1回～数回（24.0%）と続いた。

	n	(%)
単回	11	(14.7)
1年に1回～数回	18	(24.0)
1か月に1回	43	(57.3)
3週に1回	3	(4.0)
2週に1回	25	(33.3)
1週に1回	6	(8.0)
1週に2回	1	(1.3)
1週に3回以上	1	(1.3)

#### C2-4-3-6 支援の期間 (n=75) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、1年以上2年未満、4年以上がともに37.3%で最も割合が高く、2年以上4年未満（22.7%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	11	(14.7)
2週間未満	1	(1.3)
2週間以上1か月未満	1	(1.3)
1か月以上3か月未満	8	(10.7)
3か月以上半年未満	9	(12.0)
半年以上1年未満	16	(21.3)
1年以上2年未満	28	(37.3)
2年以上4年未満	17	(22.7)
4年以上	28	(37.3)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	5	(6.7)

#### C2-4-4 外来における心理支援（集団）（n=131）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-4-4-1 支援の実施（n=131）

支援の実施について、「『外来における心理支援（集団）』を行っていない」との回答は7件、5.3%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援（集団）」は行っていない	117	(89.3)
「外来における心理支援（集団）」を行っている	7	(5.3)
回答なし	7	(5.3)
合計	131	(100.0)

##### C2-4-4-2 支援の目的（n=7） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（71.4%）、治療動機付け（57.1%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	2	(28.6)
不安の軽減・解消	5	(71.4)
治療動機付け	4	(57.1)
自己理解・疾病理解等の促進	2	(28.6)
自己管理能力・生活管理能力の回復	3	(42.9)
自己効力感回復	3	(42.9)
自己決定の援助	1	(14.3)
家族関係・対人関係の調整	1	(14.3)
対処スキル・能力の維持・向上	3	(42.9)
症状・問題行動の緩和・軽減	0	(0.0)
心身の機能維持・回復・改善	3	(42.9)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	2	(28.6)
QOL向上	1	(14.3)
その他	0	(0.0)

**C2-4-4-3 アプローチ法 (n=7) ※併用の場合は3つまで複数選択可**

アセスメントのみで終了する場合は、14.3%であった。アプローチ法は、単独が最も割合が高く71.4%であり、併用が14.3%であった。単独の場合は、その他のカテゴリーのアプローチが最も割合が高く(40.0%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ、力動的・精神分析的アプローチ、傾聴・支持的アプローチ(20.0%)と共に続いた。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ傾聴・支持的アプローチが同率であった(100.0%)。

	n	(%)
単独	5	(71.4)
併用	1	(14.3)
アセスメントのみで終了	1	(14.3)
回答なし	0	(0.0)
合計	7	(100.0)

	全体 (n=7)		単独 (n=5)		併用 (n=1)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	1	(14.3)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	2	(28.6)	1	(20.0)	1	(100.0)
力動的・精神分析的アプローチ	1	(14.3)	1	(20.0)	0	(0.0)
傾聴・支持的アプローチ	2	(28.6)	1	(20.0)	1	(100.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
環境調整的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	2	(28.6)	2	(40.0)	0	(0.0)

**C2-4-4-4 支援の時間 (n=7) ※3つまで複数回答可**

支援の時間は、20分未満、30分以上40分未満がともに28.6%で最も割合が高く、40分以上50分未満、50分以上1時間未満、1時間以上1時間半未満がいずれも14.3%で続いた。

	n	(%)
20分未満	2	(28.6)
20分以上30分未満	0	(0.0)
30分以上40分未満	2	(28.6)
40分以上50分未満	1	(14.3)
50分以上1時間未満	1	(14.3)
1時間以上1時間半未満	1	(14.3)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-4-4-5 支援の頻度 (n=7) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1年に1回～数回、1か月に1回が最も割合が高く(42.9%)、単回(14.3%)と続いた。

	n	(%)
単回	1	(14.3)
1年に1回～数回	3	(42.9)
1か月に1回	3	(42.9)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	0	(0.0)
1週に1回	0	(0.0)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	0	(0.0)

#### C2-4-4-6 支援の期間 (n=7) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く(42.9%)、4年以上(28.6%)、1年以上2年未満、2年以上4年未満がともに14.3%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	3	(42.9)
2週間未満	0	(0.0)
2週間以上1か月未満	0	(0.0)
1か月以上3か月未満	0	(0.0)
3か月以上半年未満	0	(0.0)
半年以上1年未満	0	(0.0)
1年以上2年未満	1	(14.3)
2年以上4年未満	1	(14.3)
4年以上	2	(28.6)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	0	(0.0)

#### C2-4-5 入院における心理面接(個人) (n=131)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接(個人)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-4-5-1 支援の実施 (n=131)

支援の実施について、「『入院における心理面接(個人)』を行っている」との回答が73件あり、55.7%を占めた。

	n	(%)
「入院における心理面接(個人)」は行っていない	51	(38.9)
「入院における心理面接(個人)」を行っている	73	(55.7)
回答なし	7	(5.3)
合計	131	(100.0)

C2-4-5-2 支援の目的 (n=73) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く (72.6%)、不安の軽減・解消 (71.2%)、自己理解・疾病理解等の促進 (61.6%) と続いた。

	n	(%)
アセスメント	53	(72.6)
不安の軽減・解消	52	(71.2)
治療動機付け	36	(49.3)
自己理解・疾病理解等の促進	45	(61.6)
自己管理能力・生活管理力の回復	25	(34.2)
自己効力感回復	18	(24.7)
自己決定の援助	17	(23.3)
家族関係・対人関係の調整	15	(20.5)
対処スキル・能力の維持・向上	22	(30.1)
症状・問題行動の緩和・軽減	20	(27.4)
心身の機能維持・回復・改善	10	(13.7)
地域移行・地域定着支援	2	(2.7)
孤立防止と社会参加の保持・改善	1	(1.4)
QOL 向上	9	(12.3)
その他	2	(2.7)

C2-4-5-3 アプローチ法 (n=73) ※併用の場合は3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、2.7%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 75.3%であり、単独が 21.9%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった (75.0%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く (98.2%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (67.3%)、環境調整的アプローチ (50.9%) と続いた。

	n	(%)
単独	16	(21.9)
併用	55	(75.3)
アセスメントのみで終了	2	(2.7)
回答なし	0	(0.0)
合計	73	(100.0)

	全体 (n=73)		単独 (n=16)		併用 (n=55)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(2.7)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	38	(52.1)	1	(6.3)	37	(67.3)
力動的・精神分析的アプローチ	21	(28.8)	1	(6.3)	20	(36.4)
傾聴・支持的アプローチ	66	(90.4)	12	(75.0)	54	(98.2)
認知リハビリテーション的アプローチ	3	(4.1)	0	(0.0)	3	(5.5)
環境調整的アプローチ	28	(38.4)	0	(0.0)	28	(50.9)
その他のカテゴリーのアプローチ	4	(5.5)	2	(12.5)	2	(3.6)

**C2-4-5-4 支援の時間 (n=73) ※3つまで複数回答可**

支援の時間は、30分以上40分未満、50分以上1時間未満がともに32.9%で最も割合が高く、20分以上30分未満、40分以上50分未満がともに31.5%で続いた。

	n	(%)
20分未満	11	(15.1)
20分以上30分未満	23	(31.5)
30分以上40分未満	24	(32.9)
40分以上50分未満	23	(31.5)
50分以上1時間未満	24	(32.9)
1時間以上1時間半未満	6	(8.2)
1時間半以上2時間未満	1	(1.4)
2時間以上	0	(0.0)
その他	3	(4.1)

**C2-4-5-5 支援の頻度 (n=73) ※3つまで複数回答可**

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(43.8%)、1週に2回(39.7%)、単回(30.1%)と続いた。

	n	(%)
単回	22	(30.1)
1年に1回~数回	7	(9.6)
1か月に1回	8	(11.0)
3週に1回	2	(2.7)
2週に1回	7	(9.6)
1週に1回	32	(43.8)
1週に2回	29	(39.7)
1週に3回以上	7	(9.6)

**C2-4-5-6 支援の期間 (n=73) ※3つまで複数回答可**

支援の期間は、2週間以上1か月未満が最も割合が高く(34.2%)、「期間を定めていない」(30.1%)、2週間未満(26.0%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	22	(30.1)
2週間未満	19	(26.0)
2週間以上1か月未満	25	(34.2)
1か月以上3か月未満	18	(24.7)
3か月以上半年未満	9	(12.3)
半年以上1年未満	6	(8.2)
1年以上2年未満	4	(5.5)
2年以上4年未満	1	(1.4)
4年以上	5	(6.8)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	6	(8.2)

## C2-4-6 入院における心理支援（集団）（n=131）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-4-6-1 支援の実施（n=131）

支援の実施について、「『入院における心理支援（集団）』を行っている」との回答は15件、11.5%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援（集団）」は行っていない	109	(83.2)
「入院における心理支援（集団）」を行っている	15	(11.5)
回答なし	7	(5.3)
合計	131	(100.0)

### C2-4-6-2 支援の目的（n=15） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、治療動機付けが最も割合が高く（73.3%）、自己理解・疾病理解等の促進（66.7%）、自己管理能力・生活管理能力の回復、対処スキル・能力の維持・向上がともに46.7%で続いた。

	n	(%)
アセスメント	6	(40.0)
不安の軽減・解消	7	(46.7)
治療動機付け	11	(73.3)
自己理解・疾病理解等の促進	10	(66.7)
自己管理能力・生活管理能力の回復	7	(46.7)
自己効力感回復	5	(33.3)
自己決定の援助	1	(6.7)
家族関係・対人関係の調整	0	(0.0)
対処スキル・能力の維持・向上	7	(46.7)
症状・問題行動の緩和・軽減	3	(20.0)
心身の機能維持・回復・改善	4	(26.7)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	3	(20.0)
QOL向上	3	(20.0)
その他	0	(0.0)

### C2-4-6-3 アプローチ法（n=15） ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、13.1%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く53.3%であり、単独が33.3%であった。単独の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ、その他のカテゴリーのアプローチが同率で最も割合が高かった（40.0%）。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチが最も割合が高く（75.0%）、傾聴・支持的アプローチ（50.0%）、その他のカテゴリーのアプローチ（37.5%）と続いた。

	n	(%)
単独	5	(33.3)
併用	8	(53.3)
アセスメントのみで終了	2	(13.3)
回答なし	0	(0.0)
合計	15	(100.0)

	全体 (n=15)		単独 (n=5)		併用 (n=8)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(13.3)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	8	(53.3)	2	(40.0)	6	(75.0)
力動的・精神分析的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
傾聴・支持的アプローチ	5	(33.3)	1	(20.0)	4	(50.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	1	(6.7)	0	(0.0)	1	(12.5)
環境調整的アプローチ	2	(13.3)	0	(0.0)	2	(25.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	5	(33.3)	2	(40.0)	3	(37.5)

#### C2-4-6-4 支援の時間 (n=15) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く（40.0%）、30分以上40分未満（33.3%）、20分未満、40分以上50分未満、1時間以上1時間半未満がいずれも6.7%で続いた。

	n	(%)
20分未満	1	(6.7)
20分以上30分未満	0	(0.0)
30分以上40分未満	5	(33.3)
40分以上50分未満	1	(6.7)
50分以上1時間未満	6	(40.0)
1時間以上1時間半未満	1	(6.7)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-4-6-5 支援の頻度 (n=15) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、単回が最も割合が高く（53.3%）、1週に1回（26.7%）、2週に1回、1週に2回がともに6.7%で続いた。

	n	(%)
単回	8	(53.3)
1年に1回～数回	0	(0.0)
1か月に1回	1	(6.7)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	1	(6.7)
1週に1回	4	(26.7)
1週に2回	1	(6.7)
1週に3回以上	0	(0.0)

#### C2-4-6-6 支援の期間 (n=15) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く（66.7%）、2週間未満、「期間ではなくクール（一定回数等）で終了」がともに13.3%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	10	(66.7)
2週間未満	2	(13.3)
2週間以上1か月未満	1	(6.7)
1か月以上3か月未満	0	(0.0)
3か月以上半年未満	0	(0.0)
半年以上1年未満	0	(0.0)
1年以上2年未満	0	(0.0)
2年以上4年未満	0	(0.0)
4年以上	1	(6.7)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	2	(13.3)

#### C2-4-7 アウトリーチによる支援 (n=131)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-4-7-1 支援の実施 (n=131)

支援の実施は、「必要がないので、実施していない」が最も割合が高く（48.9%）、「必要性を感じるが、実施できていない」（41.2%）と続いた。「実施している」のは5件（3.8%）であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	64	(48.9)
必要性を感じるが、実施できていない	54	(41.2)
実施している	5	(3.8)
回答なし	8	(6.1)
合計	131	(100.0)

##### C2-4-7-2 支援目的 (n=5) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く（100%）、治療動機付け（60.0%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	5	(100.0)
不安の軽減・解消	2	(40.0)
治療動機付け	3	(60.0)
自己理解・疾病理解等の促進	2	(40.0)
自己管理力・生活管理力の回復	2	(40.0)
自己効力感回復	1	(20.0)
自己決定の援助	0	(0.0)
家族関係・対人関係の調整	2	(40.0)
対処スキル・能力の維持・向上	0	(0.0)
症状・問題行動の緩和・軽減	0	(0.0)
心身の機能維持・回復・改善	0	(0.0)

地域移行・地域定着支援	2	(40.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	1	(20.0)
QOL 向上	1	(20.0)
その他	1	(20.0)

#### C2-4-8 家族支援 (n=131)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

##### C2-4-8-1 家族支援の実施 (n=131) ※複数回答可

家族支援の実施は、行っているのは 35.9%であり、そのうち、本人と家族の合同面接が最も割合が高く (18.3%)、家族のみの面接 (17.6%) と続いた。

	n	(%)
行っている	47	(35.9)
本人と家族の合同面接	24	(18.3)
家族のみの面接	23	(17.6)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	14	(10.7)
家族グループ・家族教室等の実施	2	(1.5)
チーム会議への家族の参加	8	(6.1)
その他	3	(2.3)

#### C2-4-9 チーム医療・連携 (n=131)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-4-9-1 連携等の実施 (n=131) ※複数回答可

連携等の実施は、行っているのは 76.3%であり、院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く (75.6%)、院外他機関・多職種との連携は 8.4%にとどまった。

	n	(%)
行っている	100	(76.3)
院内他職種とのチーム医療・連携	99	(75.6)
院外他機関・他職種との連携	11	(8.4)
その他	0	(0.0)

## C2-5 心疾患 (n=138)

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、心疾患への支援について尋ねた。

### C2-5-1 心理検査 (n=138)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを選択してもらった。

#### C2-5-1-1 支援の実施 (n=138)

「『心理検査』を行っている」との回答が 57 件あり、41.3%であった。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	72	(52.2)
「心理検査」を行っている	57	(41.3)
回答なし	9	(6.5)
合計	138	(100.0)

#### C2-5-1-2 診療報酬対象となっている検査 (n=57) ※複数選択可

診療報酬対象となっている発達及び知能検査は、WAIS-III成人知能検査・WAIS-IV成人知能検査が最も割合が高く（35.1%）、WISC-IV知能検査（19.3%）と続いた。その他として、複数回答はなかった。

診療報酬対象となっている人格検査は、バウムテストが最も割合が高く（35.1%）、TEG II 東大式／新版 TEG／新版 TEG II／TEG3（19.3%）と続いた。その他として、複数回答はなかった。

診療報酬対象となっている認知機能検査及びその他の心理検査は、MMSE が最も割合が高く（56.1%）、長谷川式知能評価スケール（47.4%）、STAI 状態・特性不安検査、その他がともに 17.5%で続いた。その他として MOCA-J（回答数 2）などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
田中ビネー知能検査V	3	(5.3)
WISC-IV知能検査	11	(19.3)
WAIS-III成人知能検査又は WAIS-IV成人知能検査	20	(35.1)
その他	1	(1.8)
<b>人格検査</b>		
TEG II 東大式／新版 TEG／新版 TEG II／TEG3	11	(19.3)
バウムテスト	20	(35.1)
その他	3	(5.3)
<b>認知機能検査及びその他の心理検査</b>		
長谷川式知能評価スケール	27	(47.4)
MMSE	32	(56.1)
HDRS ハミルトンうつ病症状評価尺度	4	(7.0)
STAI 状態・特性不安検査	10	(17.5)
IES-R	0	(0.0)
GHQ 精神健康評価票	5	(8.8)
遂行機能障害症候群の行動評価 (BADS)	3	(5.3)

リバーミード行動記憶検査	6	(10.5)
その他	10	(17.5)

### C2-5-1-3 診療報酬対象外の検査 (n=57) ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、「診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない」が最も割合が高く (42.1%)、PHQ9 患者健康質問票-9 (29.8%)、HADS 日本語版 (ハッズ) (15.8%) と続いた。その他として、GDS (回答数3) などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	24	(42.1)
SF-36 日本語版	2	(3.5)
CAM-ICU (キャム-アイシーユー)	2	(3.5)
DS14 日本語版 タイプD 尺度	2	(3.5)
HADS 日本語版 (ハッズ)	9	(15.8)
PHQ9 患者健康質問票-9	17	(29.8)
BDI-II ベック抑うつ尺度	6	(10.5)
その他	8	(14.0)

### C2-5-1-4 フィードバック面接 (n=57)

フィードバック面接は、「ほぼ毎回実施している」が最も割合が高く (38.6%)、「実施していない」 (19.3%)、「ときどき実施している」 (15.8%) と続いた。

	n	(%)
実施していない	11	(19.3)
まれに実施している	8	(14.0)
ときどき実施している	9	(15.8)
よく実施している	6	(10.5)
ほぼ毎回実施している	22	(38.6)
回答なし	1	(1.8)
合計	57	(100.0)

### C2-5-2 心理教育 (本人対象) (n=138)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育 (本人対象)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

#### C2-5-2-1 支援の実施 (n=138)

支援の実施について、「『心理検査 (本人対象)』を行っている」との回答が 55 件あり、39.9%であった。

	n	(%)
「心理教育 (本人対象)」は行っていない	73	(52.9)
「心理教育 (本人対象)」を行っている	55	(39.9)
回答なし	10	(7.2)
合計	138	(100.0)

C2-5-2-2 支援の目的 (n=55) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く (80.0%)、自己理解・疾病理解等の促進 (69.1%)、対処スキル・能力の維持・向上 (45.5%) と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	44	(80.0)
治療動機付け	22	(40.0)
自己理解・疾病理解等の促進	38	(69.1)
自己管理能力・生活管理力の回復	24	(43.6)
自己効力感回復	13	(23.6)
自己決定の援助	11	(20.0)
家族関係・対人関係の調整	8	(14.5)
対処スキル・能力の維持・向上	25	(45.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	22	(40.0)
心身の機能維持・回復・改善	13	(23.6)
地域移行・地域定着支援	1	(1.8)
孤立防止と社会参加の保持・改善	1	(1.8)
QOL 向上	9	(16.4)
その他	0	(0.0)

C2-5-2-3 支援の時間 (n=55) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、30 分以上 40 分未満が最も割合が高く (41.8%)、50 分以上 1 時間未満 (25.5%)、40 分以上 50 分未満 (23.6%) と続いた。

	n	(%)
20 分未満	9	(16.4)
20 分以上 30 分未満	12	(21.8)
30 分以上 40 分未満	23	(41.8)
40 分以上 50 分未満	13	(23.6)
50 分以上 1 時間未満	14	(25.5)
1 時間以上 1 時間半未満	3	(5.5)
1 時間半以上 2 時間未満	0	(0.0)
2 時間以上 4 時間未満	0	(0.0)
4 時間以上 6 時間未満	0	(0.0)
6 時間以上	0	(0.0)
その他	3	(5.5)

C2-5-2-4 支援の頻度 (n=55) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、単回が最も割合が高く (38.2%)、1 週に 1 回 (27.3%)、1 か月に 1 回 (18.2%) と続いた。

	n	(%)
単回	21	(38.2)
1 年に 1 回～数回	5	(9.1)
1 か月に 1 回	10	(18.2)
3 週に 1 回	1	(1.8)
2 週に 1 回	9	(16.4)
1 週に 1 回	15	(27.3)

1週に2回	7	(12.7)
1週に3回以上	2	(3.6)
その他	6	(10.9)

#### C2-5-2-5 支援の期間 (n=55) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く (47.3%)、単回 (32.7%)、4年以上 (9.1%) と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	26	(47.3)
単回	18	(32.7)
2週間未満	4	(7.3)
2週間以上1か月未満	3	(5.5)
1か月以上3か月未満	3	(5.5)
3か月以上半年未満	3	(5.5)
半年以上1年未満	0	(0.0)
1年以上2年未満	1	(1.8)
2年以上4年未満	0	(0.0)
4年以上	5	(9.1)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	1	(1.8)
その他	3	(5.5)

#### C2-5-2-6 支援の回数 (n=55)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く (89.1%)、「おおまかに定めている」 (10.9%) と続いた。

	n	(%)
定めていない	49	(89.1)
おおまかに定めている	6	(10.9)
定めている	0	(0.0)
合計	55	(100.0)

#### C2-5-3 外来における心理面接 (個人) (n=138)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接 (個人)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

##### C2-5-3-1 支援の実施 (n=138)

支援の実施について、「『外来における心理面接 (個人)』を行っている」との回答が 56 件あり、40.6%であった。

	n	(%)
「外来における心理面接 (個人)」は行っていない	72	(52.2)
「外来における心理面接 (個人)」を行っている	56	(40.6)
回答なし	10	(7.2)
合計	138	(100.0)

C2-5-3-2 支援の目的 (n=56) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く (80.4%)、アセスメント (53.6%)、自己理解・疾病理解等の促進 (50.0%) と続いた。

	n	(%)
アセスメント	30	(53.6)
不安の軽減・解消	45	(80.4)
治療動機付け	19	(33.9)
自己理解・疾病理解等の促進	28	(50.0)
自己管理能力・生活管理力の回復	20	(35.7)
自己効力感回復	15	(26.8)
自己決定の援助	7	(12.5)
家族関係・対人関係の調整	14	(25.0)
対処スキル・能力の維持・向上	19	(33.9)
症状・問題行動の緩和・軽減	16	(28.6)
心身の機能維持・回復・改善	13	(23.2)
地域移行・地域定着支援	1	(1.8)
孤立防止と社会参加の保持・改善	3	(5.4)
QOL 向上	8	(14.3)
その他	1	(1.8)

C2-5-3-3 アプローチ法 (n=56) ※併用の場合は 3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、5.4%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 62.5%であり、単独が 32.1%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった (72.2%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く (97.1%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (68.6%)、環境調整的アプローチ (48.6%) と続いた。

	n	(%)
単独	18	(32.1)
併用	35	(62.5)
アセスメントのみで終了	3	(5.4)
回答なし	0	(0.0)
合計	56	(100.0)

	全体 (n=56)		単独 (n=18)		併用 (n=35)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	3	(5.4)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	27	(48.2)	3	(16.7)	24	(68.6)
力動的・精神分析的アプローチ	12	(21.4)	1	(5.6)	11	(31.4)
傾聴・支持的アプローチ	47	(83.9)	13	(72.2)	34	(97.1)
認知リハビリテーション的アプローチ	4	(7.1)	0	(0.0)	4	(11.4)
環境調整的アプローチ	17	(30.4)	0	(0.0)	17	(48.6)
その他のカテゴリーのアプローチ	2	(3.6)	1	(5.6)	1	(2.9)

#### C2-5-3-4 支援の時間 (n=56) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、30分以上40分未満が最も割合が高く（30.4%）、50分以上1時間未満（28.6%）、40分以上50分未満（19.6%）と続いた。

	n	(%)
20分未満	7	(12.5)
20分以上30分未満	10	(17.9)
30分以上40分未満	17	(30.4)
40分以上50分未満	11	(19.6)
50分以上1時間未満	16	(28.6)
1時間以上1時間半未満	5	(8.9)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上	0	(0.0)
その他	3	(5.4)

#### C2-5-3-5 支援の頻度 (n=56) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く（51.8%）、2週に1回（25.0%）、1年に1回～数回（21.4%）と続いた。

	n	(%)
単回	9	(16.1)
1年に1回～数回	12	(21.4)
1か月に1回	29	(51.8)
3週に1回	5	(8.9)
2週に1回	14	(25.0)
1週に1回	7	(12.5)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	3	(5.4)

#### C2-5-3-6 支援の期間 (n=56) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、1年以上2年未満が最も割合が高く（33.9%）、半年以上1年未満（30.4%）、「期間を定めていない」（19.6%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	11	(19.6)
2週間未満	1	(1.8)
2週間以上1か月未満	1	(1.8)
1か月以上3か月未満	7	(12.5)
3か月以上半年未満	10	(17.9)
半年以上1年未満	17	(30.4)
1年以上2年未満	19	(33.9)
2年以上4年未満	6	(10.7)
4年以上	9	(16.1)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	3	(5.4)

#### C2-5-4 外来における心理支援（集団）（n=138）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-5-4-1 支援の実施（n=138）

支援の実施について、「『外来における心理支援（集団）』を行っている」との回答は 10 件、7.2%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援（集団）」は行っていない	118	(85.5)
「外来における心理支援（集団）」を行っている	10	(7.2)
回答なし	10	(7.2)
合計	138	(100.0)

##### C2-5-4-2 支援の目的（n=10） ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（100%）、自己理解・疾病理解等の促進、対処スキル・能力の維持・向上がともに 70.0%で続いた。

	n	(%)
アセスメント	2	(20.0)
不安の軽減・解消	10	(100.0)
治療動機付け	2	(20.0)
自己理解・疾病理解等の促進	7	(70.0)
自己管理能力・生活管理力の回復	3	(30.0)
自己効力感回復	2	(20.0)
自己決定の援助	1	(10.0)
家族関係・対人関係の調整	0	(0.0)
対処スキル・能力の維持・向上	7	(70.0)
症状・問題行動の緩和・軽減	3	(30.0)
心身の機能維持・回復・改善	3	(30.0)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	1	(10.0)
QOL 向上	1	(10.0)
その他	0	(0.0)

##### C2-5-4-3 アプローチ法（n=10） ※併用の場合は 3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合はなかった。アプローチ法は、併用と単独が同率で共に 50.0%であった。単独の場合は、その他のカテゴリーのアプローチが最も割合が高かった（60.0%）。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ、傾聴・支持的アプローチ、その他のカテゴリーのアプローチが同率で最も割合が高く（60.0%）、力動的・精神分析的アプローチ、環境調整的アプローチ（20.0%）と共に続いた。

	n	(%)
単独	5	(50.0)
併用	5	(50.0)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)
回答なし	0	(0.0)
合計	10	(100.0)

	全体 (n=10)		単独 (n=5)		併用 (n=5)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	4	(40.0)	1	(20.0)	3	(60.0)
力動的・精神分析的アプローチ	1	(10.0)	0	(0.0)	1	(20.0)
傾聴・支持的アプローチ	4	(40.0)	1	(20.0)	3	(60.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
環境調整的アプローチ	1	(10.0)	0	(0.0)	1	(20.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	6	(60.0)	3	(60.0)	3	(60.0)

#### C2-5-4-4 支援の時間 (n=10) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、20分未満が最も割合が高く(30.0%)、30分以上40分未満(20.0%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	3	(30.0)
20分以上30分未満	1	(10.0)
30分以上40分未満	2	(20.0)
40分以上50分未満	1	(10.0)
50分以上1時間未満	1	(10.0)
1時間以上1時間半未満	1	(10.0)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上4時間未満	1	(10.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-5-4-5 支援の頻度 (n=10) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、単回が最も割合が高く(30.0%)、1か月に1回、2週に1回、1週に1回がいずれも20.0%で続いた。

	n	(%)
単回	3	(30.0)
1年に1回~数回	1	(10.0)
1か月に1回	2	(20.0)
3週に1回	1	(10.0)
2週に1回	2	(20.0)
1週に1回	2	(20.0)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	0	(0.0)

#### C2-5-4-6 支援の期間 (n=10) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く (30.0%)、4 年以上、「期間ではなくクール (一定回数等) で終了」がともに 20.0% で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	3	(30.0)
2 週間未満	0	(0.0)
2 週間以上 1 か月未満	0	(0.0)
1 か月以上 3 か月未満	0	(0.0)
3 か月以上半年未満	1	(10.0)
半年以上 1 年未満	1	(10.0)
1 年以上 2 年未満	0	(0.0)
2 年以上 4 年未満	1	(10.0)
4 年以上	2	(20.0)
期間ではなくクール (一定回数等) で終了	2	(20.0)

#### C2-5-5 入院における心理面接 (個人) (n=138)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接 (個人)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった (アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-5-5-1 支援の実施 (n=138)

支援の実施について、「『入院における心理面接 (個人)』を行っている」との回答は 88 件であり、63.8% を占めた。

	n	(%)
「入院における心理面接 (個人)」は行っていない	40	(29.0)
「入院における心理面接 (個人)」を行っている	88	(63.8)
回答なし	10	(7.2)
合計	138	(100.0)

##### C2-5-5-2 支援の目的 (n=88) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く (84.1%)、アセスメント (70.5%)、自己理解・疾病理解等の促進 (46.6%) と続いた。

	n	(%)
アセスメント	62	(70.5)
不安の軽減・解消	74	(84.1)
治療動機付け	29	(33.0)
自己理解・疾病理解等の促進	41	(46.6)
自己管理能力・生活管理力の回復	15	(17.0)
自己効力感回復	18	(20.5)
自己決定の援助	25	(28.4)
家族関係・対人関係の調整	17	(19.3)
対処スキル・能力の維持・向上	24	(27.3)
症状・問題行動の緩和・軽減	31	(35.2)

心身の機能維持・回復・改善	25	(28.4)
地域移行・地域定着支援	1	(1.1)
孤立防止と社会参加の保持・改善	2	(2.3)
QOL 向上	14	(15.9)
その他	1	(1.1)

### C2-5-5-3 アプローチ法 (n=88) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、1.1%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 64.8%であり、単独が 34.1%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった (83.3%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く (98.2%)、環境調整的アプローチ (63.2%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ (54.4%) と続いた。

	n	(%)
単独	30	(34.1)
併用	57	(64.8)
アセスメントのみで終了	1	(1.1)
回答なし	0	(0.0)
合計	88	(100.0)

	全体 (n=88)		単独 (n=30)		併用 (n=57)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	1	(1.1)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	31	(35.2)	0	(0.0)	31	(54.4)
力動的・精神分析的アプローチ	20	(22.7)	2	(6.7)	18	(31.6)
傾聴・支持的アプローチ	81	(92.0)	25	(83.3)	56	(98.2)
認知リハビリテーション的アプローチ	6	(6.8)	0	(0.0)	6	(10.5)
環境調整的アプローチ	37	(42.0)	1	(3.3)	36	(63.2)
その他のカテゴリーのアプローチ	5	(5.7)	2	(6.7)	3	(5.3)

### C2-5-5-4 支援の時間 (n=88) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、30分以上40分未満が最も割合が高く (47.7%)、20分以上30分未満 (30.7%)、40分以上50分未満 (26.1%) と続いた。

	n	(%)
20分未満	18	(20.5)
20分以上30分未満	27	(30.7)
30分以上40分未満	42	(47.7)
40分以上50分未満	23	(26.1)
50分以上1時間未満	19	(21.6)
1時間以上1時間半未満	3	(3.4)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上	0	(0.0)
その他	5	(5.7)

#### C2-5-5-5 支援の頻度 (n=88) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く（62.5%）、1週に2回（36.4%）、単回（25.0%）と続いた。

	n	(%)
単回	22	(25.0)
1年に1回～数回	6	(6.8)
1か月に1回	4	(4.5)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	12	(13.6)
1週に1回	55	(62.5)
1週に2回	32	(36.4)
1週に3回以上	14	(15.9)

#### C2-5-5-6 支援の期間 (n=88) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く（38.6%）、2週間以上1か月未満（31.8%）、「期間を定めていない」（28.4%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	25	(28.4)
2週間未満	16	(18.2)
2週間以上1か月未満	28	(31.8)
1か月以上3か月未満	34	(38.6)
3か月以上半年未満	14	(15.9)
半年以上1年未満	9	(10.2)
1年以上2年未満	4	(4.5)
2年以上4年未満	2	(2.3)
4年以上	4	(4.5)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	9	(10.2)

#### C2-5-6 入院における心理支援（集団） (n=138)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-5-6-1 支援の実施 (n=138)

支援の実施について、「『入院における心理支援（集団）』を行っている」との回答は7件、5.1%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援（集団）」は行っていない	121	87.7
「入院における心理支援（集団）」を行っている	7	5.1
回答なし	10	7.2
合計	138	100.0

C2-5-6-2 支援の目的 (n=7) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（85.7%）、自己理解・疾病理解等の促進（71.4%）、治療動機付け、自己管理能力・生活管理能力の回復がともに57.1%で続いた。

	n	(%)
アセスメント	3	(42.9)
不安の軽減・解消	6	(85.7)
治療動機付け	4	(57.1)
自己理解・疾病理解等の促進	5	(71.4)
自己管理能力・生活管理能力の回復	4	(57.1)
自己効力感回復	3	(42.9)
自己決定の援助	1	(14.3)
家族関係・対人関係の調整	1	(14.3)
対処スキル・能力の維持・向上	3	(42.9)
症状・問題行動の緩和・軽減	0	(0.0)
心身の機能維持・回復・改善	3	(42.9)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	1	(14.3)
QOL 向上	1	(14.3)
その他	0	(0.0)

C2-5-6-3 アプローチ法 (n=7) ※併用の場合は3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合はなかった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く57.1%であり、単独が42.9%であった。単独の場合は、その他のカテゴリーのアプローチが最も割合が高く（66.7%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（33.3%）と続いた。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（100.0%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ、環境調整的アプローチ（50.0%）、認知リハビリテーション的アプローチ（25.0%）と続いた。

	n	(%)
単独	3	(42.9)
併用	4	(57.1)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)
回答なし	0	(0.0)
合計	7	(100.0)

	全体 (n=7)		単独 (n=3)		併用 (n=4)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	3	(42.9)	1	(33.3)	2	(50.0)
力動的・精神分析的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
傾聴・支持的アプローチ	4	(57.1)	0	(0.0)	4	(100.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	1	(14.3)	0	(0.0)	1	(25.0)
環境調整的アプローチ	2	(28.6)	0	(0.0)	2	(50.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	2	(28.6)	2	(66.7)	0	(0.0)

C2-5-6-4 支援の時間 (n=7) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は、30分以上40分未満、50分以上1時間未満が最も割合が高く（57.1%）、40分以上50分未満、1時間以上1時間半未満がともに14.3%で続いた。

	n	(%)
20分未満	0	(0.0)
20分以上30分未満	0	(0.0)
30分以上40分未満	4	(57.1)
40分以上50分未満	1	(14.3)
50分以上1時間未満	4	(57.1)
1時間以上1時間半未満	1	(14.3)
1時間半以上2時間未満	0	(0.0)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

C2-5-6-5 支援の頻度 (n=7) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く（57.1%）、単回（28.6%）と続いた。

	n	(%)
単回	2	(28.6)
1年に1回～数回	1	(14.3)
1か月に1回	1	(14.3)
3週に1回	1	(14.3)
2週に1回	1	(14.3)
1週に1回	4	(57.1)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	0	(0.0)

C2-5-6-6 支援の期間 (n=7) ※3 つまで複数回答可

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く（57.1%）、「期間を定めていない」（42.9%）、3か月以上半年未満（28.6%）と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	3	(42.9)
2週間未満	1	(14.3)
2週間以上1か月未満	0	(0.0)
1か月以上3か月未満	4	(57.1)
3か月以上半年未満	2	(28.6)
半年以上1年未満	1	(14.3)
1年以上2年未満	0	(0.0)
2年以上4年未満	0	(0.0)
4年以上	0	(0.0)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	0	(0.0)

## C2-5-7 アウトリーチによる支援 (n=138)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-5-7-1 支援の実施 (n=138)

支援の実施は、「必要がないので、実施していない」が最も割合が高く（49.3%）、「必要性を感じるが、実施できていない」（41.3%）と続いた。「実施している」のは3件（2.2%）であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	68	(49.3)
必要性を感じるが、実施できていない	57	(41.3)
実施している	3	(2.2)
回答なし	10	(7.2)
合計	138	(100.0)

### C2-5-7-2 支援目的 (n=3) ※5つまで複数回答可

支援の目的は、孤立防止と社会参加の保持・改善が66.7%で最も割合が高かった。

	n	(%)
アセスメント	1	(33.3)
不安の軽減・解消	1	(33.3)
治療動機付け	0	(0.0)
自己理解・疾病理解等の促進	1	(33.3)
自己管理能力・生活管理能力の回復	1	(33.3)
自己効力感回復	0	(0.0)
自己決定の援助	0	(0.0)
家族関係・対人関係の調整	1	(33.3)
対処スキル・能力の維持・向上	1	(33.3)
症状・問題行動の緩和・軽減	0	(0.0)
心身の機能維持・回復・改善	0	(0.0)
地域移行・地域定着支援	1	(33.3)
孤立防止と社会参加の保持・改善	2	(66.7)
QOL向上	0	(0.0)
その他	1	(33.3)

## C2-5-8 家族支援 (n=138)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

### C2-5-8-1 家族支援の実施 (n=138) ※複数回答可

家族支援の実施は、行っているのは43.5%であり、そのうち、家族のみの面接が最も割合が高く（23.9%）、本人と家族の合同面接及び家族のみの面接（19.6%）と続いた。

	n	(%)
行っている	60	(43.5)
本人と家族の合同面接	26	(18.8)
家族のみの面接	33	(23.9)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	27	(19.6)
家族グループ・家族教室等の実施	0	(0.0)
チーム会議への家族の参加	4	(2.9)
その他	3	(2.2)

#### C2-5-9 チーム医療・連携 (n=138)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-5-9-1 連携等の実施 (n=138) ※複数回答可

連携等の実施は、行っているのは 80.4%であり、そのうち、院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く（79.7%）、院外他機関・他職種との連携は 12.3%にとどまった。

	n	(%)
行っている	111	(80.4)
院内他職種とのチーム医療・連携	110	(79.7)
院外他機関・他職種との連携	17	(12.3)
その他	1	(0.7)

## C2-6 がん／緩和ケア

部署・部門等（部署・部門等に分かれていない場合は機関全体）において、公認心理師等が行っている、高次脳機能障害／脳血管疾患（認知症を除く）への支援について尋ねた。

### C2-6-1 心理検査

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「心理検査」として該当するものを選択してもらった。

#### C2-6-1-1 支援の実施（n=372）

「『心理検査』を行っている」と回答したのは114件であり、30.6%であった。

	n	(%)
「心理検査」は行っていない	245	(65.9)
「心理検査」を行っている	114	(30.6)
回答なし	13	(3.5)
合計	372	(100.0)

#### C2-6-1-2 診療報酬対象となっている検査（n=114） ※複数選択可

診療報酬対象となっている検査は、発達及び知能検査においては、WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査が最も割合が高かった(28.9%)。その他として、WISC-Ⅳ（回答数5※WISC含む）、（回答数）、などが挙げられた。

人格検査においては、バウムテストが最も割合が高く(32.5%)、Y-G 矢田部ギルフォード性格検査(7.0%)と続いた。その他として、SCT（回答数3）、TEGⅡ東大式／新版 TEG／新版 TEGⅡ／TEG3（回答数3）、などが挙げられた。

認知機能検査その他の心理検査においては、SDS うつ性自己評価尺度が最も割合が高く(36.8%)、CES-D うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度(21.1%)、HDRS ハミルトンうつ病症状評価尺度、GHQ 精神健康評価がともに9.6%で続いた。その他として、MMSE（回答数18）、HDS-R 長谷川式簡易知能検査（回答数15）、POMS（回答数5）、STAI（回答数5）などが挙げられた。

	n	(%)
<b>発達及び知能検査</b>		
WAIS-Ⅲ成人知能検査又は WAIS-Ⅳ成人知能検査	33	(28.9)
その他	17	(14.9)
<b>人格検査</b>		
Y-G 矢田部ギルフォード性格検査	8	(7.0)
バウムテスト	37	(32.5)
P-F スタディ	7	(6.1)
16P-F 人格検査	0	(0.0)
その他	14	(12.3)
<b>認知機能検査及びその他の心理検査</b>		
SDS うつ性自己評価尺度	42	(36.8)
CES-D うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度	24	(21.1)

HDRS ハミルトンうつ病症状評価尺度	11	(9.6)
GHQ 精神健康評価票	11	(9.6)
WHO QOL26	3	(2.6)
その他	40	(35.1)

#### C2-6-1-3 診療報酬対象外の検査 (n=114) ※複数選択可

診療報酬対象外の検査は、「行っていない」が最も割合が高く (55.3%)、BDI-II ベック抑うつ尺度 (14.9%)、HADS 日本語版(ハズ) (12.3%) と続いた。その他として、GDS(老年期うつ病評価) (回答数 5) などが挙げられた。

	n	(%)
診療報酬対象外の「心理検査」は行っていない	63	(55.3)
EORTC QLQ-C30 日本語版	1	(0.9)
HADS 日本語版 (ハズ)	14	(12.3)
PHQ-2 患者健康質問票-2 * 心理支援の有無	6	(5.3)
BDI-II ベック抑うつ尺度	17	(14.9)
その他	20	(17.5)

#### C2-6-1-4 フィードバック面接 (n=114)

フィードバック面接は、「ほぼ毎回実施している」、「ときどき実施している」がともに 21.1%で最も割合が高く、「よく実施している」、「まれに実施している」がともに 19.3%で続いた。

	n	(%)
実施していない	21	(18.4)
まれに実施している	22	(19.3)
ときどき実施している	24	(21.1)
よく実施している	22	(19.3)
ほぼ毎回実施している	24	(21.1)
回答なし	1	(0.9)
合計	114	(100.0)

#### C2-6-2 心理教育 (本人対象)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で、普段からよく行っている「心理教育 (本人対象)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。個別・集団の別は問わなかった。

##### C2-6-2-1 支援の実施 (n=372)

「『心理教育』を行っている」と回答したのは 160 件であり、43.0%であった。

	n	(%)
「心理教育 (本人対象)」は行っていない	197	(53.0)
「心理教育 (本人対象)」を行っている	160	(43.0)
回答なし	15	(4.0)
合計	372	(100.0)

### C2-6-2-2 支援の目的 (n=160) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く(92.5%)、自己理解・疾病理解等の促進(64.4%)、自己決定の援助(42.5%)と続いた。

	n	(%)
不安の軽減・解消	148	(92.5)
治療動機付け	45	(28.1)
自己理解・疾病理解等の促進	103	(64.4)
自己管理能力・生活管理能力の回復	25	(15.6)
自己効力感回復	61	(38.1)
自己決定の援助	68	(42.5)
家族関係・対人関係の調整	55	(34.4)
対処スキル・能力の維持・向上	65	(40.6)
症状・問題行動の緩和・軽減	59	(36.9)
心身の機能維持・回復・改善	41	(25.6)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	10	(6.3)
QOL 向上	30	(18.8)
その他	1	(0.6)

### C2-6-2-3 支援の時間 (n=160) ※3 つまで複数回答可

支援の時間は 30 分以上 40 分未満が最も割合が高く(43.8%)、50 分以上 1 時間未満(33.1%)、20 分以上 30 分未満(32.5%)と続いた。

	n	(%)
20 分未満	35	(21.9)
20 分以上 30 分未満	52	(32.5)
30 分以上 40 分未満	70	(43.8)
40 分以上 50 分未満	43	(26.9)
50 分以上 1 時間未満	53	(33.1)
1 時間以上 1 時間半未満	7	(4.4)
1 時間半以上 2 時間未満	2	(1.3)
2 時間以上 4 時間未満	1	(0.6)
4 時間以上 6 時間未満	0	(0.0)
6 時間以上	0	(0.0)
その他	6	(3.8)

### C2-6-2-4 支援の頻度 (n=160) ※3 つまで複数回答可

支援の頻度は、1 週に 1 回が最も割合が高く(41.3%)、単回(28.8%)、2 週に 1 回(25.0%)と続いた。

	n	(%)
単回	46	(28.8)
1 年に 1 回～数回	14	(8.8)
1 か月に 1 回	28	(17.5)
3 週に 1 回	7	(4.4)

2週に1回	40	(25.0)
1週に1回	66	(41.3)
1週に2回	39	(24.4)
1週に3回以上	19	(11.9)
その他	15	(9.4)

#### C2-6-2-5 支援の期間 (n=160) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く(76.9%)、単回(9.4%)、2週間以上1か月未満(6.9%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	123	(76.9)
単回	15	(9.4)
2週間未満	7	(4.4)
2週間以上1か月未満	11	(6.9)
1か月以上3か月未満	9	(5.6)
3か月以上半年未満	7	(4.4)
半年以上1年未満	10	(6.3)
1年以上2年未満	7	(4.4)
2年以上4年未満	2	(1.3)
4年以上	3	(1.9)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	5	(3.1)
その他	10	(6.3)

#### C2-6-2-6 支援の回数 (n=160)

支援の回数は、「定めていない」が最も割合が高く(96.9%)、「おおまかに定めている」(2.5%)と続いた。

	n	(%)
定めていない	155	(96.9)
おおまかに定めている	4	(2.5)
定めている	1	(0.6)
合計	160	(100.0)

#### C2-6-3 外来における心理面接(個人)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理面接(個人)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。複数ある場合は、最もよく行われているもの1つについて回答を求めた。

#### C2-6-3-1 支援の実施 (n=372)

支援の実施を、「行っている」と回答したのは219件であり、58.9%を占めた。

	n	(%)
「外来における心理面接（個人）」は行っていない	137	(36.8)
「外来における心理面接（個人）」を行っている	219	(58.9)
回答なし	16	(4.3)
合計	372	(100.0)

### C2-6-3-2 支援の目的 (n=219) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く(95.0%)、自己理解・疾病理解等の促進(51.1%)、自己決定の援助(44.7%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	95	(43.4)
不安の軽減・解消	208	(95.0)
治療動機付け	44	(20.1)
自己理解・疾病理解等の促進	112	(51.1)
自己管理能力・生活管理力の回復	21	(9.6)
自己効力感回復	89	(40.6)
自己決定の援助	98	(44.7)
家族関係・対人関係の調整	74	(33.8)
対処スキル・能力の維持・向上	63	(28.8)
症状・問題行動の緩和・軽減	59	(26.9)
心身の機能維持・回復・改善	55	(25.1)
地域移行・地域定着支援	2	(0.9)
孤立防止と社会参加の保持・改善	24	(11.0)
QOL 向上	30	(13.7)
その他	4	(1.8)

### C2-6-3-3 アプローチ法 (n=219) ※併用の場合は3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、1.4%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 74.0%であり、単独が 24.7%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった(88.9%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く(98.8%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ(60.5%)、環境調整的アプローチ(49.4%)と続いた。

	n	(%)
単独	54	(24.7)
併用	162	(74.0)
アセスメントのみで終了	3	(1.4)
回答なし	0	(0.0)
合計	219	(100.0)

	全体 (n=219)		単独 (n=54)		併用 (n=162)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	3	(1.4)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	101	(46.1)	3	(5.6)	98	(60.5)
力動的・精神分析的アプローチ	71	(32.4)	2	(3.7)	69	(42.6)

傾聴・支持的アプローチ	208	(95.0)	48	(88.9)	160	(98.8)
認知リハビリテーション的アプローチ	1	(0.5)	0	(0.0)	1	(0.6)
環境調整的アプローチ	80	(36.5)	0	(0.0)	80	(49.4)
その他のカテゴリーのアプローチ	7	(3.2)	1	(1.9)	6	(3.7)

#### C2-6-3-4 支援の時間 (n=219) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く(46.6%)、30分以上40分未満(35.6%)、40分以上50分未満(30.6%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	16	(7.3)
20分以上30分未満	46	(21.0)
30分以上40分未満	78	(35.6)
40分以上50分未満	67	(30.6)
50分以上1時間未満	102	(46.6)
1時間以上1時間半未満	14	(6.4)
1時間半以上2時間未満	2	(0.9)
2時間以上	1	(0.5)
その他	5	(2.3)

#### C2-6-3-5 支援の頻度 (n=219) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1か月に1回が最も割合が高く(62.1%)、2週に1回(36.1%)、単回(25.6%)と続いた。

	n	(%)
単回	56	(25.6)
1年に1回～数回	32	(14.6)
1か月に1回	136	(62.1)
3週に1回	37	(16.9)
2週に1回	79	(36.1)
1週に1回	30	(13.7)
1週に2回	4	(1.8)
1週に3回以上	4	(1.8)

#### C2-6-3-6 支援の期間 (n=219) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、半年以上1年未満が最も割合が高く(37.9%)、1年以上2年未満(31.1%)、「期間を定めていない」(25.6%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	56	(25.6)
2週間未満	2	(0.9)
2週間以上1か月未満	11	(5.0)
1か月以上3か月未満	33	(15.1)
3か月以上半年未満	50	(22.8)
半年以上1年未満	83	(37.9)

1年以上2年未満	68	(31.1)
2年以上4年未満	34	(15.5)
4年以上	43	(19.6)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	14	(6.4)

#### C2-6-4 外来における心理支援（集団）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「外来における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-6-4-1 支援の実施（n=372）

「『外来における心理支援（集団）』を行っている」と回答したのは22件であり、5.9%であった。

	n	(%)
「外来における心理支援（集団）」は行っていない	333	(89.5)
「外来における心理支援（集団）」を行っている	22	(5.9)
回答なし	17	(4.6)
合計	372	(100.0)

##### C2-6-4-2 支援の目的（n=22） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（77.3%）、自己理解・疾病理解等の促進（54.5%）、孤立防止と社会参加の保持・改善（50.0%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	2	(9.1)
不安の軽減・解消	17	(77.3)
治療動機付け	4	(18.2)
自己理解・疾病理解等の促進	12	(54.5)
自己管理能力・生活管理力の回復	4	(18.2)
自己効力感回復	9	(40.9)
自己決定の援助	2	(9.1)
家族関係・対人関係の調整	2	(9.1)
対処スキル・能力の維持・向上	10	(45.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	3	(13.6)
心身の機能維持・回復・改善	5	(22.7)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	11	(50.0)
QOL 向上	4	(18.2)
その他	0	(0.0)

### C2-6-4-3 アプローチ法 (n=22) ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合はなかった。アプローチ法は、単独が最も割合が高く 54.5%であり、併用が 45.5%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった (75.0%)。併用の場合は、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチと傾聴・支持的アプローチが同率で最も割合が高く (80.0%)、力動的・精神分析的アプローチ、環境調整的アプローチ (40.0%と続いた。

	n	(%)
単独	12	(54.5)
併用	10	(45.5)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)
回答なし	0	(0.0)
合計	22	(100.0)

	全体 (n=22)		単独 (n=12)		併用 (n=10)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	8	(36.4)	0	(0.0)	8	(80.0)
力動的・精神分析的アプローチ	4	(18.2)	0	(0.0)	4	(40.0)
傾聴・支持的アプローチ	17	(77.3)	9	(75.0)	8	(80.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	1	(4.5)	0	(0.0)	1	(10.0)
環境調整的アプローチ	4	(18.2)	0	(0.0)	4	(40.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	4	(18.2)	3	(25.0)	1	(10.0)

### C2-6-4-4 支援の時間 (n=22) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、50分以上1時間未満が最も割合が高く (40.9%)、1時間半以上2時間未満 (27.3%)、1時間以上1時間半未満 (18.2%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	0	(0.0)
20分以上30分未満	1	(4.5)
30分以上40分未満	3	(13.6)
40分以上50分未満	1	(4.5)
50分以上1時間未満	9	(40.9)
1時間以上1時間半未満	4	(18.2)
1時間半以上2時間未満	6	(27.3)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

### C2-6-4-5 支援の頻度 (n=22) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1年に1回～数回が最も割合が高く (59.1%)、1か月に1回 (27.3%)、単回 (13.6%)と続いた。

	n	(%)
単回	3	(13.6)
1年に1回～数回	13	(59.1)
1か月に1回	6	(27.3)
3週に1回	1	(4.5)
2週に1回	1	(4.5)
1週に1回	0	(0.0)
1週に2回	0	(0.0)
1週に3回以上	0	(0.0)

#### C2-6-4-6 支援の期間 (n=22) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、「期間を定めていない」が最も割合が高く(40.9%)、「期間ではなくクール(一定回数等)で終了」(22.7%)、2年以上4年未満、4年以上がともに13.6%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	9	(40.9)
2週間未満	1	(4.5)
2週間以上1か月未満	1	(4.5)
1か月以上3か月未満	2	(9.1)
3か月以上半年未満	0	(0.0)
半年以上1年未満	0	(0.0)
1年以上2年未満	1	(4.5)
2年以上4年未満	3	(13.6)
4年以上	3	(13.6)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	5	(22.7)

#### C2-6-5 入院における心理面接(個人)

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理面接(個人)」の形態・内容として該当するものを選択してもらった(アセスメントのみの支援も含めた)。

##### C2-6-5-1 支援の実施 (n=372)

「『入院における心理面接(個人)』を行っている」と回答したのは299件であり、80.4%を占めた。

	n	(%)
「入院における心理面接(個人)」は行っていない	56	(15.1)
「入院における心理面接(個人)」を行っている	299	(80.4)
回答なし	17	(4.6)
合計	372	(100.0)

C2-6-5-2 支援の目的 (n=299) ※5 つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く(96.7%)、アセスメント(58.5%)、自己決定の援助(47.2%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	175	(58.5)
不安の軽減・解消	289	(96.7)
治療動機付け	46	(15.4)
自己理解・疾病理解等の促進	125	(41.8)
自己管理能力・生活管理能力の回復	26	(8.7)
自己効力感回復	94	(31.4)
自己決定の援助	141	(47.2)
家族関係・対人関係の調整	96	(32.1)
対処スキル・能力の維持・向上	60	(20.1)
症状・問題行動の緩和・軽減	105	(35.1)
心身の機能維持・回復・改善	68	(22.7)
地域移行・地域定着支援	2	(0.7)
孤立防止と社会参加の保持・改善	19	(6.4)
QOL 向上	53	(17.7)
その他	5	(1.7)

C2-6-5-3 アプローチ法 (n=299) ※併用の場合は3 つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合は、0.7%であった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く 69.2%であり、単独が 30.1%であった。単独の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高かった(96.7%)。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く(99.0%)、環境調整的アプローチ(61.4%)、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ(52.7%)と続いた。

	n	(%)
単独	90	(30.1)
併用	207	(69.2)
アセスメントのみで終了	2	(0.7)
回答なし	0	(0.0)
合計	299	(100.0)

	全体 (n=299)		単独 (n=90)		併用 (n=207)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	2	(0.7)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	110	(36.8)	1	(1.1)	109	(52.7)
力動的・精神分析的アプローチ	80	(26.8)	1	(1.1)	79	(38.2)
傾聴・支持的アプローチ	292	(97.7)	87	(96.7)	205	(99.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	4	(1.3)	0	(0.0)	4	(1.9)
環境調整的アプローチ	128	(42.8)	1	(1.1)	127	(61.4)
その他のカテゴリーのアプローチ	4	(1.3)	0	(0.0)	4	(1.9)

**C2-6-5-4 支援の時間 (n=299) ※3 つまで複数回答可**

支援の時間は、20分以上30分未満が最も割合が高く(42.5%)、30分以上40分未満(41.8%)、50分以上1時間未満(28.8%)と続いた。

	n	(%)
20分未満	80	(26.8)
20分以上30分未満	127	(42.5)
30分以上40分未満	125	(41.8)
40分以上50分未満	80	(26.8)
50分以上1時間未満	86	(28.8)
1時間以上1時間半未満	16	(5.4)
1時間半以上2時間未満	2	(0.7)
2時間以上	0	(0.0)
その他	14	(4.7)

**C2-6-5-5 支援の頻度 (n=299) ※3 つまで複数回答可**

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(65.9%)、1週に2回(46.5%)、単回(24.4%)と続いた。

	n	(%)
単回	73	(24.4)
1年に1回～数回	7	(2.3)
1か月に1回	12	(4.0)
3週に1回	8	(2.7)
2週に1回	60	(20.1)
1週に1回	197	(65.9)
1週に2回	139	(46.5)
1週に3回以上	65	(21.7)

**C2-6-5-6 支援の期間 (n=299) ※3 つまで複数回答可**

支援の期間は、1か月以上3か月未満が最も割合が高く(49.5%)、2週間以上1か月未満(38.5%)、「期間を定めていない」(27.4%)と続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	82	(27.4)
2週間未満	55	(18.4)
2週間以上1か月未満	115	(38.5)
1か月以上3か月未満	148	(49.5)
3か月以上半年未満	66	(22.1)
半年以上1年未満	46	(15.4)
1年以上2年未満	22	(7.4)
2年以上4年未満	11	(3.7)
4年以上	13	(4.3)
期間ではなくクール(一定回数等)で終了	27	(9.0)

## C2-6-6 入院における心理支援（集団）

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「入院における心理支援（集団）」の形態・内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-6-6-1 支援の実施（n=372）

「『入院における心理支援（集団）』を行っている」と回答したのは11件であり、3.0%であった。

	n	(%)
「入院における心理支援（集団）」は行っていない	344	(92.5)
「入院における心理支援（集団）」を行っている	11	(3.0)
回答なし	17	(4.6)
合計	372	(100.0)

### C2-6-6-2 支援の目的（n=11） ※5つまで複数回答可

支援の目的は、不安の軽減・解消が最も割合が高く（100.0%）、自己理解・疾病理解等の促進（63.6%）、QOL向上（54.5%）と続いた。

	n	(%)
アセスメント	5	(45.5)
不安の軽減・解消	11	(100.0)
治療動機付け	4	(36.4)
自己理解・疾病理解等の促進	7	(63.6)
自己管理能力・生活管理力の回復	1	(9.1)
自己効力感回復	0	(0.0)
自己決定の援助	4	(36.4)
家族関係・対人関係の調整	5	(45.5)
対処スキル・能力の維持・向上	5	(45.5)
症状・問題行動の緩和・軽減	3	(27.3)
心身の機能維持・回復・改善	1	(9.1)
地域移行・地域定着支援	0	(0.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	2	(18.2)
QOL向上	6	(54.5)
その他	0	(0.0)

### C2-6-6-3 アプローチ法（n=11） ※併用の場合は3つまで複数選択可

アセスメントのみで終了する場合はなかった。アプローチ法は、併用が最も割合が高く54.5%であり、単独が45.5%であった。単独の場合は、その他のカテゴリーのアプローチが最も割合が高く（60.0%）、傾聴・支持的アプローチ（40.0%）と続いた。併用の場合は、傾聴・支持的アプローチが最も割合が高く（100.0%）、認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ（83.3%）、環境調整的アプローチ（50.0%）と続いた。

	n	(%)
単独	5	(45.5)
併用	6	(54.5)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)
回答なし	0	(0.0)
合計	11	(100.0)

	全体 (n=11)		単独 (n=5)		併用 (n=6)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントのみで終了	0	(0.0)	-	-	-	-
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	5	(45.5)	0	(0.0)	5	(83.3)
力動的・精神分析的アプローチ	2	(18.2)	0	(0.0)	2	(33.3)
傾聴・支持的アプローチ	8	(72.7)	2	(40.0)	6	(100.0)
認知リハビリテーション的アプローチ	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
環境調整的アプローチ	3	(27.3)	0	(0.0)	3	(50.0)
その他のカテゴリーのアプローチ	3	(27.3)	3	(60.0)	0	(0.0)

#### C2-6-6-4 支援の時間 (n=11) ※3つまで複数回答可

支援の時間は、20分未満、20分以上30分未満がともに36.4%で最も割合が高く、30分以上40分未満、50分以上1時間未満、1時間以上1時間半未満、1時間半以上2時間未満がいずれも18.2%で続いた。

	n	(%)
20分未満	4	(36.4)
20分以上30分未満	4	(36.4)
30分以上40分未満	2	(18.2)
40分以上50分未満	1	(9.1)
50分以上1時間未満	2	(18.2)
1時間以上1時間半未満	2	(18.2)
1時間半以上2時間未満	2	(18.2)
2時間以上4時間未満	0	(0.0)
4時間以上6時間未満	0	(0.0)
6時間以上	0	(0.0)
その他	0	(0.0)

#### C2-6-6-5 支援の頻度 (n=11) ※3つまで複数回答可

支援の頻度は、1週に1回が最も割合が高く(45.5%)、1年に1回～数回、1週に2回がともに27.3%で続いた。

	n	(%)
単回	2	(18.2)
1年に1回～数回	3	(27.3)
1か月に1回	1	(9.1)
3週に1回	0	(0.0)
2週に1回	1	(9.1)

1週に1回	5	(45.5)
1週に2回	3	(27.3)
1週に3回以上	2	(18.2)

#### C2-6-6-6 支援の期間 (n=11) ※3つまで複数回答可

支援の期間は、2週間以上1か月未満、1か月以上3か月未満がともに27.3%で最も割合が高く、3か月以上半年未満、1年以上2年未満、2年以上4年未満がいずれも18.2%で続いた。

	n	(%)
期間を定めていない	1	(9.1)
2週間未満	1	(9.1)
2週間以上1か月未満	3	(27.3)
1か月以上3か月未満	3	(27.3)
3か月以上半年未満	2	(18.2)
半年以上1年未満	1	(9.1)
1年以上2年未満	2	(18.2)
2年以上4年未満	2	(18.2)
4年以上	1	(9.1)
期間ではなくクール（一定回数等）で終了	2	(18.2)

#### C2-6-7 アウトリーチによる支援

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「アウトリーチ」による支援の内容として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

##### C2-6-7-1 支援の実施 (n=372)

支援の実施は、「必要性を感じるが、実施できていない」が最も割合が高く(48.4%)、「必要がないので、実施していない」(40.6%)と続いた。「実施している」のは25件(6.7%)であった。

	n	(%)
必要がないので、実施していない	151	(40.6)
必要性を感じるが、実施できていない	180	(48.4)
実施している	25	(6.7)
回答なし	16	(4.3)
合計	372	(100.0)

##### C2-6-7-2 支援目的 (n=25) ※複数回答可

支援の目的は、アセスメントが最も割合が高く(56.0%)、QOL向上(40.0%)、不安の軽減・解消(36.0%)と続いた。

	n	(%)
アセスメント	14	(56.0)
不安の軽減・解消	9	(36.0)
治療動機付け	2	(8.0)

自己理解・疾病理解等の促進	6	(24.0)
自己管理能力・生活管理能力の回復	2	(8.0)
自己効力感回復	1	(4.0)
自己決定の援助	4	(16.0)
家族関係・対人関係の調整	8	(32.0)
対処スキル・能力の維持・向上	3	(12.0)
症状・問題行動の緩和・軽減	7	(28.0)
心身の機能維持・回復・改善	7	(28.0)
地域移行・地域定着支援	7	(28.0)
孤立防止と社会参加の保持・改善	8	(32.0)
QOL 向上	10	(40.0)
その他	3	(12.0)

## C2-6-8 家族支援

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「家族支援」の形態・内容として該当するものを選択してもらった。

### C2-6-8-1 家族支援の実施 (n=372)

家族支援の実施は、行っているのは 30.6%であり、そのうち、家族のみの面接が最も割合が高く(44.6%)、本人と家族の合同面接及び家族のみの面接(30.9%)、本人と家族の合同面接(30.1%)と続いた。

	n	(%)
行っている	114	(30.6)
本人と家族の合同面接	112	(30.1)
家族のみの面接	166	(44.6)
本人と家族の合同面接及び家族のみの面接	115	(30.9)
家族グループ・家族教室等の実施	14	(3.8)
チーム会議への家族の参加	23	(6.2)
その他	10	(2.7)

## C2-6-9 チーム医療・連携

部署・部門等の公認心理師等がこの領域の支援で普段からよく行っている「チーム医療・連携」の実施状況として該当するものを選択してもらった（アセスメントのみの支援も含めた）。

### C2-6-9-1 連携等の実施 (n=372) ※複数回答可

連携等の実施は、行っているのは 90.3%であり、そのうち、院内他職種とのチーム医療・連携が最も割合が高く(89.2%)、院外他機関・他職種との連携は 12.9%にとどまった。

	n	(%)
行っている	336	(90.3)
院内他職種とのチーム医療・連携	332	(89.2)
院外他機関・他職種との連携	48	(12.9)
その他	4	(1.1)

## 8 医療分野における公認心理師の課題

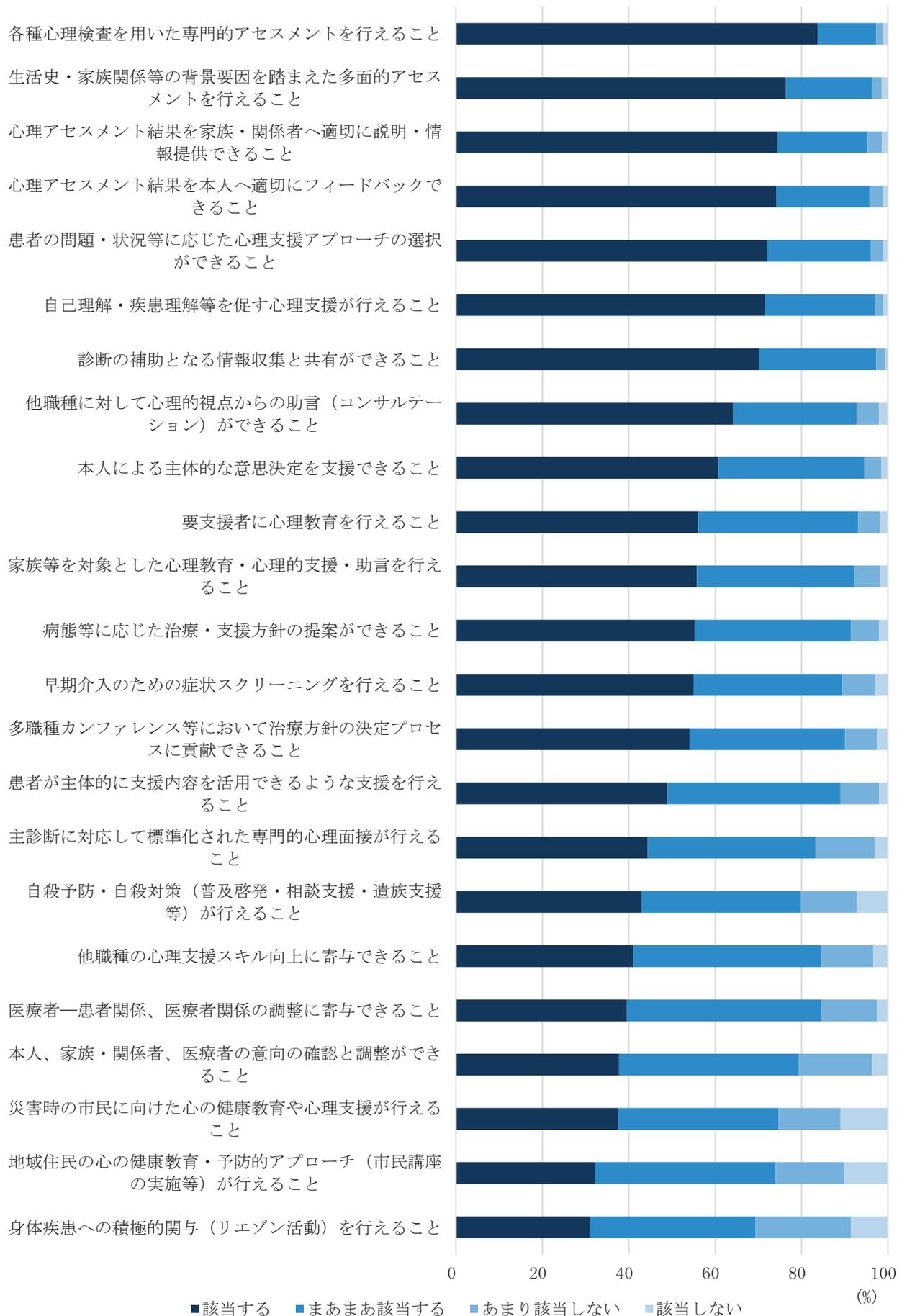
医療分野における公認心理師の課題について尋ねた。新型コロナウイルス感染症により、心理支援内容や方法等に変更が生じている場合は、変更前の状況に基づいて回答を求めた。D項目に1項目以上回答した1396部署・部門等を対象とした。

### D1 公認心理師の専門性 (n=1, 396)

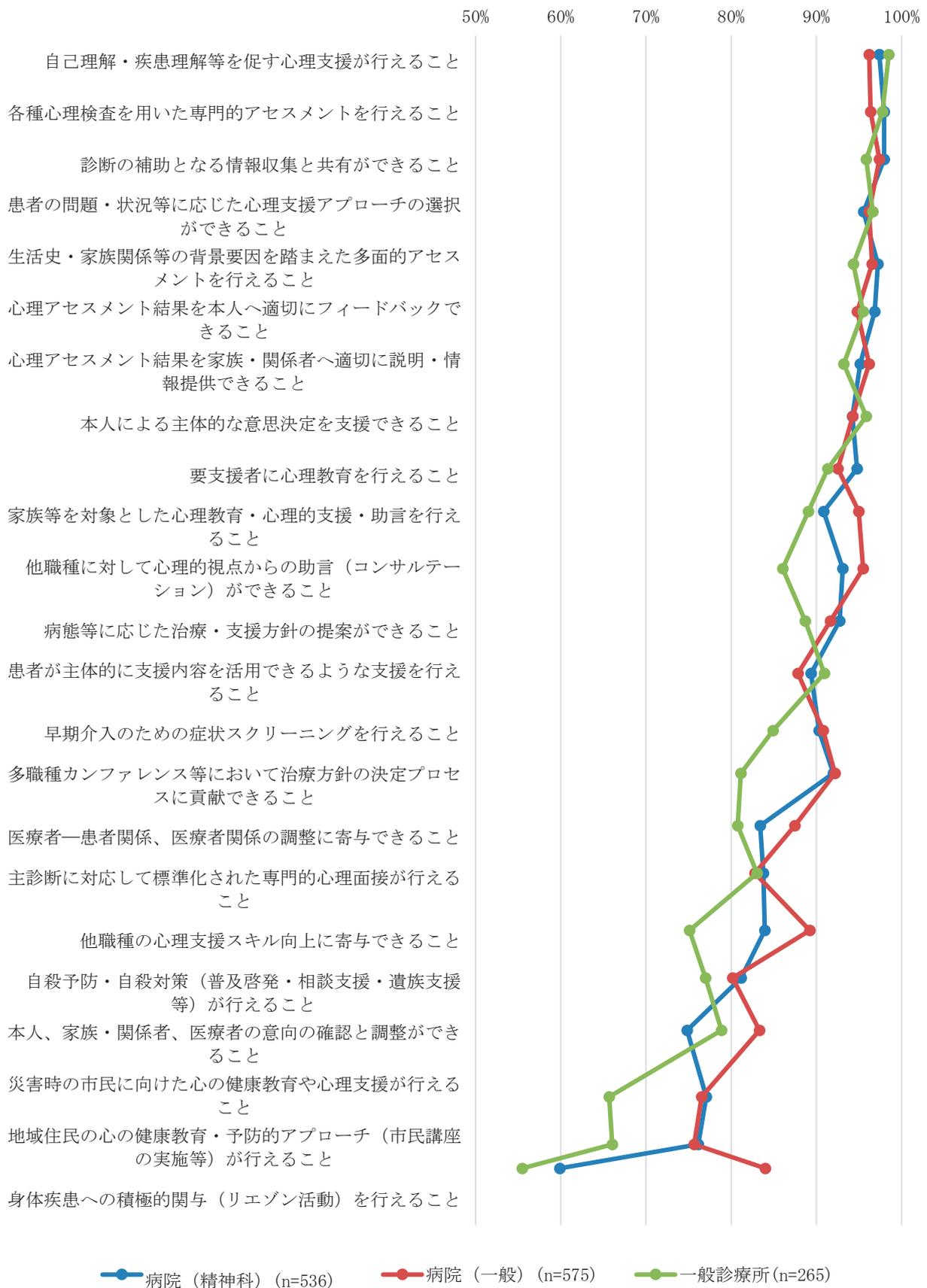
医療分野における公認心理師の専門性について、下記の事項が該当する程度を、各選択肢から1つずつ選んでもらった。医療分野における公認心理師の専門性について、アセスメントに関するものが上位4つを占め(74.2%~83.7%)、患者の問題・状況等に応じた心理支援アプローチの選択(72.1%)、自己理解・疾患理解等を促す心理支援(71.5%)と続いた。

	該当しない		あまり該当しない		まあまあ該当する		該当する		回答なし	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
早期介入のための症状スクリーニングを行えること	41	(2.9)	106	(7.6)	481	(34.5)	768	(55.0)	0	(0.0)
生活史・家族関係等の背景要因を踏まえた多面的アセスメントを行えること	19	(1.4)	32	(2.3)	277	(19.8)	1,067	(76.4)	1	(0.1)
各種心理検査を用いた専門的アセスメントを行えること	15	(1.1)	22	(1.6)	189	(13.5)	1,169	(83.7)	1	(0.1)
心理アセスメント結果を本人へ適切にフィードバックできること	16	(1.1)	43	(3.1)	300	(21.5)	1,036	(74.2)	1	(0.1)
心理アセスメント結果を家族・関係者へ適切に説明・情報提供できること	18	(1.3)	47	(3.4)	291	(20.8)	1,039	(74.4)	1	(0.1)
病態等に応じた治療・支援方針の提案ができること	27	(1.9)	92	(6.6)	504	(36.1)	772	(55.3)	1	(0.1)
診断の補助となる情報収集と共有ができること	8	(0.6)	29	(2.1)	377	(27.0)	981	(70.3)	1	(0.1)
患者の問題・状況等に応じた心理支援アプローチの選択ができること	13	(0.9)	40	(2.9)	335	(24.0)	1,006	(72.1)	2	(0.1)
自己理解・疾患理解等を促す心理支援が行えること	13	(0.9)	26	(1.9)	357	(25.6)	998	(71.5)	2	(0.1)
主診断に対応して標準化された専門的心理面接が行えること	40	(2.9)	191	(13.7)	543	(38.9)	620	(44.4)	2	(0.1)
要支援者に心理教育を行えること	24	(1.7)	70	(5.0)	517	(37.0)	783	(56.1)	2	(0.1)
家族等を対象とした心理教育・心理的支援・助言を行えること	25	(1.8)	81	(5.8)	509	(36.5)	779	(55.8)	2	(0.1)
多職種カンファレンス等において治療方針の決定プロセスに貢献できること	33	(2.4)	103	(7.4)	503	(36.0)	755	(54.1)	2	(0.1)

他職種の心理支援スキル向上に寄与できること	45	(3.2)	168	(12.0)	608	(43.6)	573	(41.0)	2	(0.1)
本人、家族・関係者、医療者の意向の確認と調整ができること	49	(3.5)	238	(17.0)	580	(41.5)	527	(37.8)	2	(0.1)
患者が主体的に支援内容を活用できるような支援を行えること	27	(1.9)	124	(8.9)	560	(40.1)	683	(48.9)	2	(0.1)
医療者－患者関係、医療者関係の調整に寄与できること	34	(2.4)	179	(12.8)	628	(45.0)	553	(39.6)	2	(0.1)
本人による主体的な意思決定を支援できること	19	(1.4)	55	(3.9)	472	(33.8)	848	(60.7)	2	(0.1)
他職種に対して心理的視点からの助言（コンサルテーション）ができること	26	(1.9)	73	(5.2)	399	(28.6)	896	(64.2)	2	(0.1)
身体疾患への積極的関与（リエゾン活動）を行えること	117	(8.4)	310	(22.2)	535	(38.3)	432	(30.9)	2	(0.1)
地域住民の心の健康教育・予防的アプローチ（市民講座の実施等）が行えること	139	(10.0)	222	(15.9)	584	(41.8)	449	(32.2)	2	(0.1)
自殺予防・自殺対策（普及啓発・相談支援・遺族支援等）が行えること	98	(7.0)	181	(13.0)	515	(36.9)	600	(43.0)	2	(0.1)
災害時の市民に向けた心の健康教育や心理支援が行えること	151	(10.8)	201	(14.4)	518	(37.1)	524	(37.5)	2	(0.1)



### 公認心理師の専門性

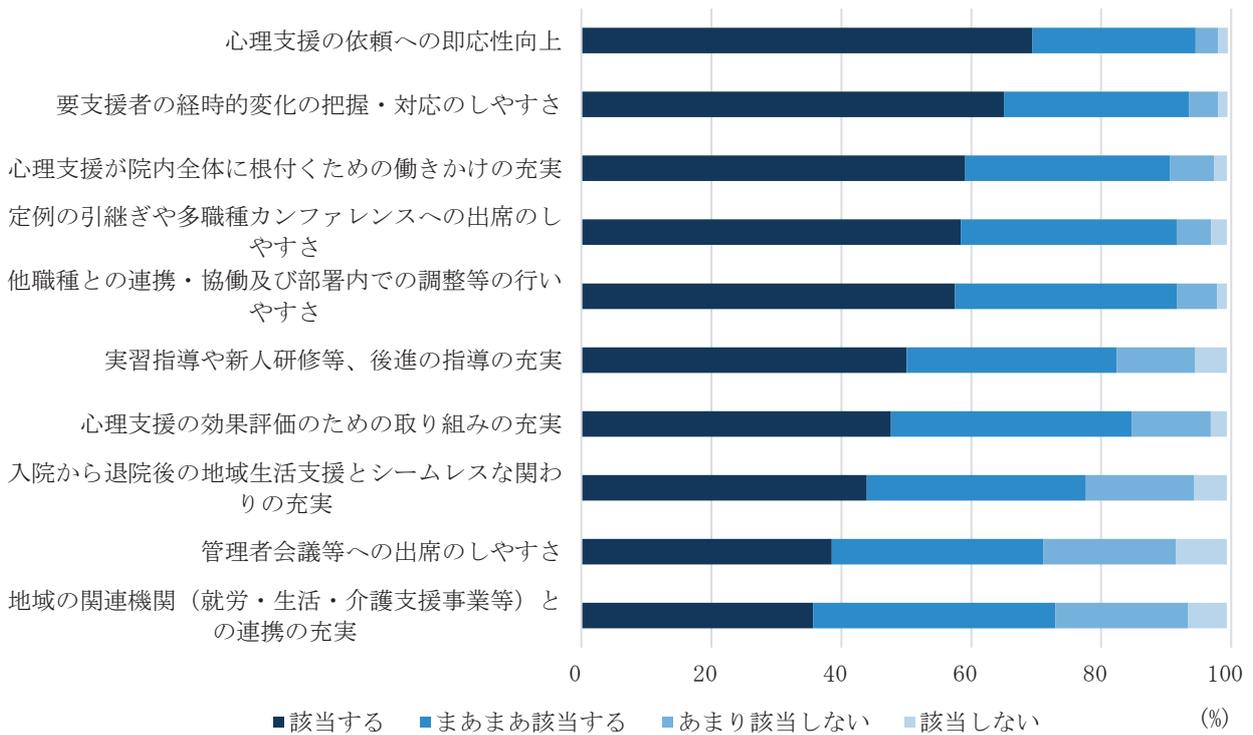


公認心理師の専門性 機関種別回答

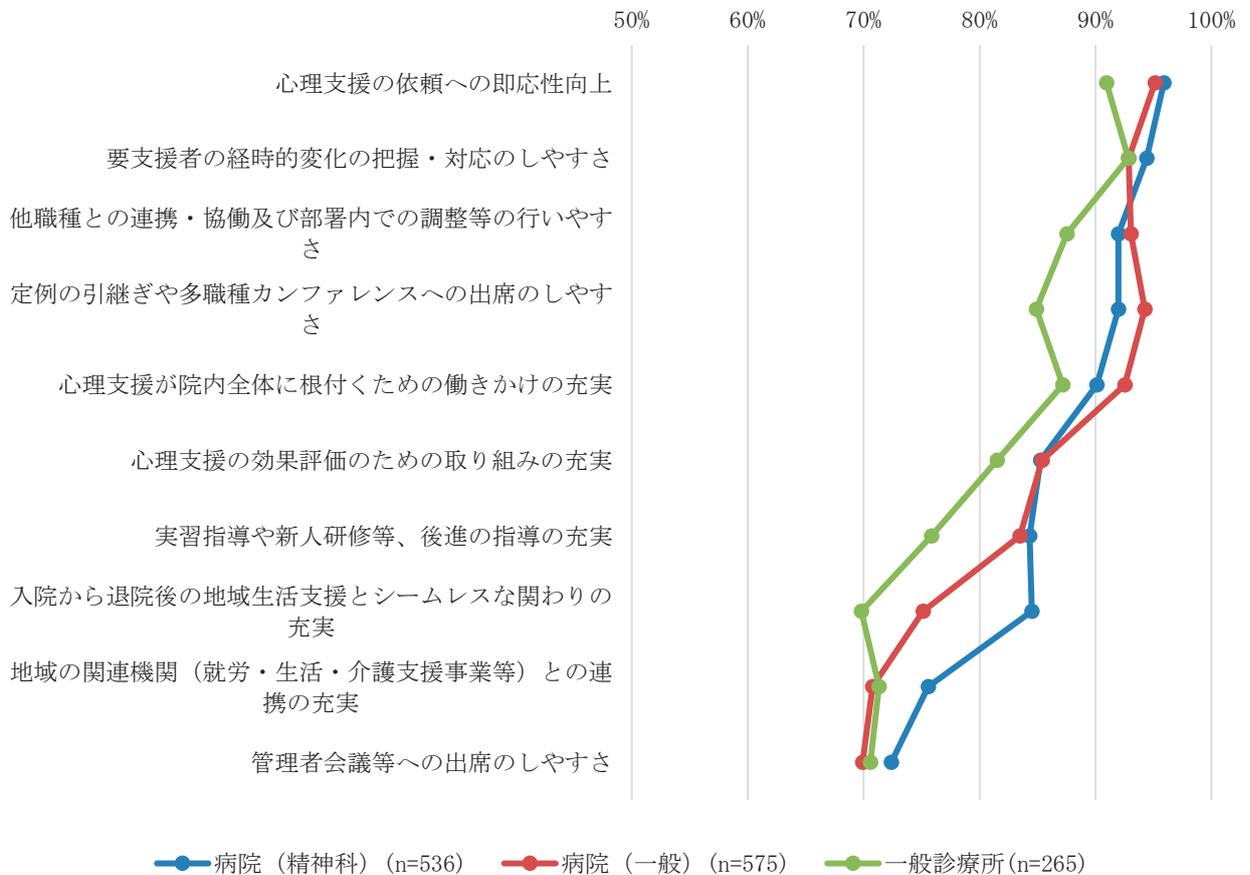
## D2 公認心理師の常勤雇用 (n=1, 396)

医療分野における公認心理師の常勤雇用についてのメリットとして、「心理支援の依頼への即応性向上」(69.4%)が最も割合が高く、「要支援者の経時的変化の把握・対応のしやすさ」(65.0%)、「心理支援が院内全体に根付くための働きかけの充実」(59.1%)と続き、心理支援に関する内容が上位に挙げられた。

	該当しない		あまり該当しない		まあまあ該当する		該当する		回答なし	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
心理支援の依頼への即応性向上	21	(1.5)	48	(3.4)	351	(25.1)	969	(69.4)	7	(0.5)
要支援者の経時的変化の把握・対応のしやすさ	20	(1.4)	63	(4.5)	397	(28.4)	908	(65.0)	8	(0.6)
入院から退院後の地域生活支援とシームレスな関わりの充実	70	(5.0)	233	(16.7)	471	(33.7)	613	(43.9)	9	(0.6)
定例の引継ぎや多職種カンファレンスへの出席のしやすさ	34	(2.4)	74	(5.3)	464	(33.2)	815	(58.4)	9	(0.6)
他職種との連携・協働及び部署内での調整等のしやすさ	21	(1.5)	86	(6.2)	477	(34.2)	803	(57.5)	9	(0.6)
地域の関連機関（就労・生活・介護支援事業等）との連携の充実	83	(5.9)	286	(20.5)	520	(37.2)	498	(35.7)	9	(0.6)
心理支援が院内全体に根付くための働きかけの充実	28	(2.0)	94	(6.7)	440	(31.5)	825	(59.1)	9	(0.6)
心理支援の効果評価のための取り組みの充実	35	(2.5)	170	(12.2)	517	(37.0)	665	(47.6)	9	(0.6)
実習指導や新人研修等、後進の指導の充実	68	(4.9)	169	(12.1)	451	(32.3)	699	(50.1)	9	(0.6)
管理者会議等への出席のしやすさ	110	(7.9)	285	(20.4)	454	(32.5)	538	(38.5)	9	(0.6)



### 公認心理師の常勤雇用

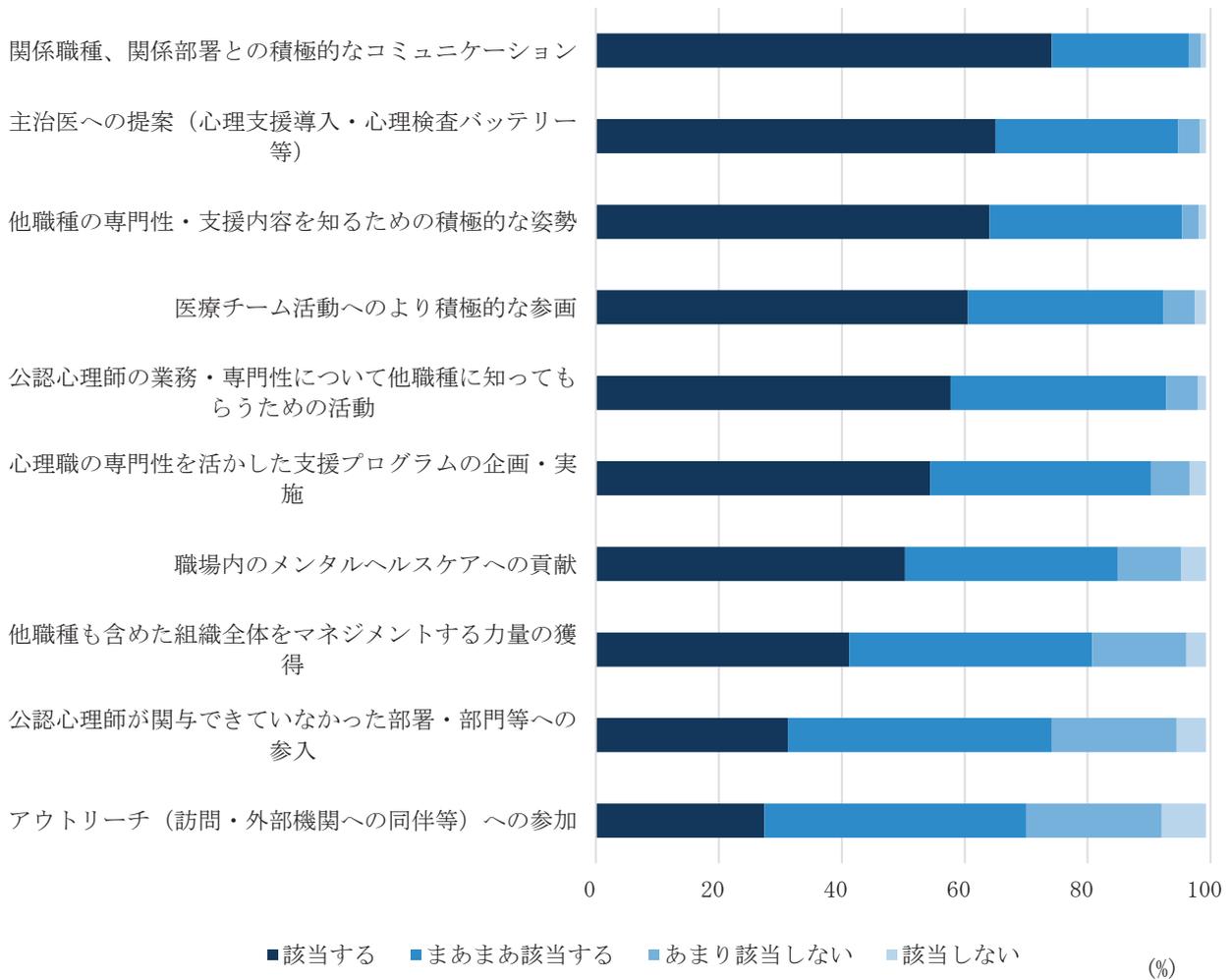


### 公認心理師の常勤雇用 機関種別回答

### D3 公認心理師が取り組むべき課題 (n=1,396)

医療分野における公認心理師が取り組むべき課題について、「関係職種、関係部署との積極的なコミュニケーション」(74.1%)と最も割合が高く、「主治医への提案(心理支援導入・心理検査バッテリー等)」(65.0%)、「他職種の専門性・支援内容を知るための積極的な姿勢」(64.0%)と続き、多職種連携に関する内容が上位に挙げられた。

	該当しない		あまり該当しない		まあまあ該当する		該当する		回答なし	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
主治医への提案(心理支援導入・心理検査バッテリー等)	14	(1.0)	50	(3.6)	414	(29.7)	908	(65.0)	10	(0.7)
関係職種、関係部署との積極的なコミュニケーション	12	(0.9)	28	(2.0)	311	(22.3)	1,035	(74.1)	10	(0.7)
公認心理師の業務・専門性について他職種に知ってもらうための活動	18	(1.3)	73	(5.2)	489	(35.0)	806	(57.7)	10	(0.7)
他職種の専門性・支援内容を知るための積極的な姿勢	17	(1.2)	38	(2.7)	437	(31.3)	894	(64.0)	10	(0.7)
他職種も含めた組織全体をマネジメントする力量の獲得	45	(3.2)	214	(15.3)	552	(39.5)	575	(41.2)	10	(0.7)
アウトリーチ(訪問・外部機関への同伴等)への参加	101	(7.2)	307	(22.0)	595	(42.6)	383	(27.4)	10	(0.7)
職場内のメンタルヘルスケアへの貢献	56	(4.0)	145	(10.4)	483	(34.6)	702	(50.3)	10	(0.7)
医療チーム活動へのより積極的な参画	26	(1.9)	72	(5.2)	443	(31.7)	845	(60.5)	10	(0.7)
公認心理師が関与できていなかった部署・部門等への参入	67	(4.8)	283	(20.3)	600	(43.0)	436	(31.2)	10	(0.7)
心理職の専門性を活かした支援プログラムの企画・実施	38	(2.7)	87	(6.2)	502	(36.0)	759	(54.4)	10	(0.7)

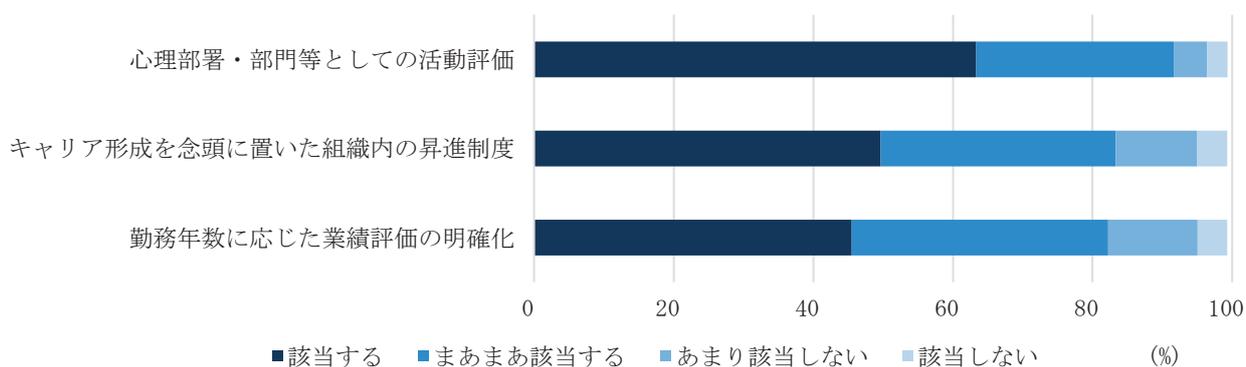


公認心理師が取り組むべき課題

## D4 公認心理師の職場定着 (n=1, 396)

医療分野における公認心理師の職場定着について望まれる事項として、「心理部署・部門等としての活動評価」(63.3%)が最も割合が高く、「キャリア形成を念頭に置いた組織内の昇進制度」(49.6%)、「勤務年数に応じた業績評価の明確化」(45.5%)と続いた。

	該当しない		あまり該当しない		まあまあ該当する		該当する		回答なし	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
勤務年数に応じた業績評価の明確化	59	(4.2)	179	(12.8)	513	(36.7)	635	(45.5)	10	(0.7)
キャリア形成を念頭に置いた組織内の昇進制度	60	(4.3)	163	(11.7)	470	(33.7)	693	(49.6)	10	(0.7)
心理部署・部門等としての活動評価	41	(2.9)	67	(4.8)	395	(28.3)	884	(63.3)	9	(0.6)

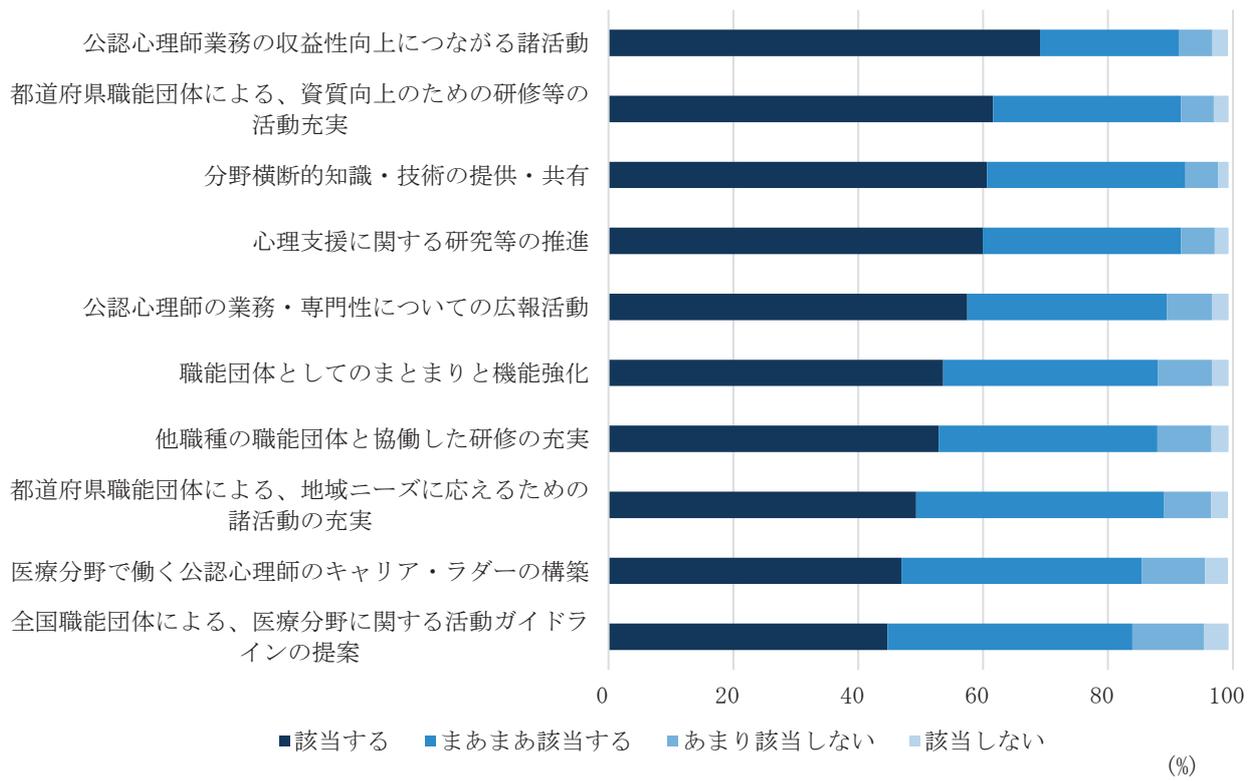


公認心理師の職場定着

## D5 職能団体に期待する活動等 (n=1, 396)

医療分野における公認心理師の職能団体に期待する活動等について、「公認心理師業務の収益性向上につながる諸活動」(69.1%)が最も割合が高く、「都道府県職能団体による、資質向上のための研修等の活動充実」(61.6%)、「分野横断的知識・技術の提供・共有」(60.6%)と続いた。

	該当しない		あまり該当しない		まあまあ該当する		該当する		回答なし	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
公認心理師の業務・専門性についての広報活動	37	(2.7)	100	(7.2)	447	(32.0)	802	(57.4)	10	(0.7)
分野横断的知識・技術の提供・共有	23	(1.6)	73	(5.2)	444	(31.8)	846	(60.6)	10	(0.7)
他職種の職能団体と協働した研修の充実	38	(2.7)	121	(8.7)	489	(35.0)	738	(52.9)	10	(0.7)
心理支援に関する研究等の推進	31	(2.2)	75	(5.4)	443	(31.7)	837	(60.0)	10	(0.7)
職能団体としてのまとまりと機能強化	37	(2.7)	120	(8.6)	481	(34.5)	748	(53.6)	10	(0.7)
全国職能団体による、医療分野に関する活動ガイドラインの提案	55	(3.9)	160	(11.5)	547	(39.2)	624	(44.7)	10	(0.7)
都道府県職能団体による、資質向上のための研修等の活動充実	33	(2.4)	73	(5.2)	420	(30.1)	860	(61.6)	10	(0.7)
都道府県職能団体による、地域ニーズに応えるための諸活動の充実	38	(2.7)	105	(7.5)	554	(39.7)	688	(49.3)	11	(0.8)
医療分野で働く公認心理師のキャリア・ラダーの構築	51	(3.7)	142	(10.2)	537	(38.5)	655	(46.9)	11	(0.8)
公認心理師業務の収益性向上につながる諸活動	35	(2.5)	75	(5.4)	310	(22.2)	965	(69.1)	11	(0.8)



職能団体に期待する活動等

## 9 自由記載

### C 重点調査領域

各項目での自由記載のなかで、心理支援の具体的な実践、専門性が発揮されている場面の記載をとりあげる（内容を変えない程度に、抜粋、改変している）。

どの疾患においても、病を抱えたことで精神的に不安定になった患者への心理支援のニーズは高い。公認心理師は、患者が抱く不安感の背景や要因をアセスメントし、本人の状態や理解度に応じた支援を提供している。また、入院から地域生活への切れ目ないサポート、患者への関わり方のアドバイスは、チーム医療に大いに貢献している。家族支援の依頼も多く、個別サポートだけでなく家族会のバックアップも行うなど、さまざまな場面で家族をサポートしている。生活を支えるための地域連携、自宅に支援を届けるアウトリーチにも積極的に関わっている部署もある。診療報酬に組み込まれていないために、心理支援についての理解が得られないこと、実施が制限されている実態も報告されている。

#### 1) 精神疾患全般

##### C2-1 小児の精神疾患

###### 心理教育

- 一度で自分の問題を理解し、対処スキルを習得してもらう事は小児に限らず難しいことも多い。実際は、カウンセリング内で何回も繰り返し扱っている。年齢の低い子どもの場合は、言葉で伝えるより遊びを通して扱うこともある。
- 心理検査のフィードバック面接から導入して、心理教育という流れになることが多い。

###### 外来の心理面接（個人）

- 対象者の状態によって期間は異なる。単回～おおむね3か月以上半年未満が多いが、2年以上面接を実施しているケースもある。また、頻度は基本一か月一回であり、空く方であれば、3か月や半年に1回のフォローアップをしている方もいる。症状安定してきているが、ライフステージの変化による課題が予想される方は、間隔をあけて面接を設定している（小児科的な関わり方と感じている）。
- 進学・就職などの時期に、転居や次のステップに移行することが多い。その時期までの橋渡し、土台作りなどがメイン。小児の場合のアプローチとしては、回復力の向上や成長促進的な役割が大きい。
- 小児特定疾患カウンセリング料が算定出来るようになり、月2回まで心理面接を行うようになった。これは算定期間内で終了する。

###### 外来の心理支援（集団）

- 発達障害児を持つ親を対象としたペアレントトレーニングや疾患理解のための学習会を実施している。
- ネットゲーム依存の小児を含む集団精神療法を実施している。

###### 入院の心理面接（個人）

- 入院が3か月程度までなので、ほぼそれ以内の期間になる。短時間、ベッドサイドで話すことに加えて、週1回じっくり時間を作って話すことを併用をしたり、身体状況が良くなければ短時間の面接を頻回にするなど、相手に合わせて工夫する。

###### 入院の心理面接（集団）

- 集団遊びや座談会のような形まで、形態が多様である。
- 支援する期間は入院期間により異なる（入院期間いっぱいまで支援することが多い）。

## 家族支援

- ・ペアレントトレーニング、一般の保護者向けの学習会や講演会などを実施している。
- ・親子関係の修復や、親子間の意思の疎通を助けることが必要な場合が多い。
- ・本人の様子を観察しながら、家族と話をするスタイルが多い。

## 連携

- ・学校への情報提供書のみでなく訪問支援が必要と感じることがあるが、予算、時間の関係で不可能である。
- ・院内では、主に医師、SWと連携。外部では、他院の専門職の他に、患者が所属する学校などの関係者とも話し合いを行っている。
- ・県内の総合病院に勤務する心理士の集まりがあり、定期的に情報交流を行っている。

## まとめ

心理教育は、理解力に応じて心理面接やプレイセラピーの中で繰り返し行われる個別面接の期間は対象により異なり、ライフステージの変化に応じたサポート、フォローアップも行われる。親子関係を支えるさまざまなアプローチが行われている。学校などの関係機関の関係者だけでなく、地域の心理職同士の連携も行われている。

## C2-9 精神疾患全般（成人）

### 心理教育

- ・継続的な面接の導入期に、患者の理解度を確認して必要な説明を行う。
- ・心理検査のフィードバックが、単回であっても心理教育的な機能を果たす場合が多い。
- ・心理面接による支援の中で、常に心理教育的な視点で会うケースもある。

### 外来の心理面接（個人）

- ・患者の病状や状態、ニーズによってそれぞれ異なるためパッケージ化されていない。
- ・心理療法は、医師が治療手段の一つとしてオーダーされるが、医師にとっても重要な治療のカードが使いにくい現状にあり、早期の保険収載が求められる。

### 外来の心理支援（集団）

- ・デイケアでは、集団精神療法のように長く続けているものもあれば、認知行動療法のように一定期間で終了するものもある。6時間という枠組みすべてが広義の心理支援だと思われる。

### 入院の心理面接（個人）

- ・外来で個別面接を継続していた人が入院した場合に入院後も面接を継続するケースと、退院後も継続して通院する予定のケースで入院時面接を実施することが多い。

### 入院の心理面接（集団）

- ・多職種で定期的に行っている入院グループがある。統合失調症や双極性障の疾患について扱う時と、疾患別にせずストレスコーピングをテーマにするときがある。患者同士が話し合ったり、薬が嫌だというマイナスの思いも話せることを大事にしている。

### アウトリーチ

- ・デイケア通所をしている利用者に対して、訪問看護による支援を行っている。その中で、家族の方と関わっている。

### チーム医療・連携

- ・病棟のカンファレンスの場で、公認心理師が支援に直接入っていない患者に対しても公認心理師としての視点の意見を述べるたり、他の職種からか関わり方のアドバイスを求められることもある。
- ・病棟やデイケアでのグループと必要に応じて個別での関りがある。クライシスプランを一緒に作成し、連携部署と情報を共有している。

## まとめ

心理教育は、心理面接、心理検査フィードバックの中で実施されており、患者の理解度に応じた伝え方がされている。個別心理面接は、患者の状態やニーズに応じて提供され、入院と外来通院をつなげる役目も果たしている。集団心理支援は、目的、対象に応じて運営されており、患者同士の語らいを大事にしている。アウトリーチによる家族支援も行われる。関係職種から心理的視点からの関わり方についてアドバイスが評価されている。

## 2) 特定の精神疾患

### C2-7 高次脳機能障害／脳血管障害

#### 心理教育

- ・ 脳血管疾患等を持つ患者がそれに伴って経験する心理的困難等について説明し、対処法等を紹介している。

#### 外来個別心理面接

- ・ 患者が安定した社会参加（地域定着、就労定着）が送れるようになるまで支援を実施している。

#### 入院個別心理面接

- ・ 救命救急病棟に搬送されてくる脳血管疾患患者が支援対象。そのため、介入はリハビリ病院への転院までの短期間になる。
- ・ 評価結果に合わせて認知訓練、心理教育等を行う。必要に応じてカウンセリングなど精神面のサポートや地域に戻る際の支援を行う（家族、職場、学校、地域の支援機関等が対象）。

#### アウトリーチ

- ・ 医療部門で実施できない就労や在宅のためのアウトリーチ支援を行っている。

#### 家族支援

- ・ 患者の状態によって家族に負担がかかることが多く、家族が精神的に耐えられるように面接を行うことが多い。
- ・ 家族会の運営に関わるサポートや、当事者家族の家族会への紹介、家族会へ紹介が入ったケースの相談なども行っている。

#### チーム医療・連携

- ・ 重複障害、依存症治療過程において高次脳機能障害も併発している場合は多い。適切な社会資源の活用を含めたマネジメントを実施している。
- ・ 外部の支援機関からの相談を受けることも多く、その際、医療で実施した神経心理学検査の結果を踏まえて障害特性を支援者に説明し、当事者への対応方法や支援のポイントを伝えている。

## まとめ

救急からリハビリ、社会参加までサポート。連携他職種、他機関との連携が重要となる。神経心理学的アセスメントが、支援者に役立っている。個別の家族支援だけでなく、家族会のサポートを行うことで、家族支援体制がより充実する。

### C2-8 認知症

#### 外来の心理面接（個別）

- ・ 認知症の方の場合は、アセスメントのみで終了することが多い。
- ・ 認知症の方の中で抑うつを伴う方の場合、心理面接を求められる。話の内容の繰り返しも多いが、聞いてもらうことで安心し、次に来院するまで死なずに頑張るという方もいる。「死にたい」という話は、心理面接という形だからお話できているようだ。

#### 入院の心理面接（個別）

- ・ 心理検査のフィードバックのために面接を行うことが多いが、そこから継続的な心理面接に移行

する場合もある。心理検査道具を用いにくい方の場合は、心理面接を重ね、話しながらアセスメントを行う。

- ・ 周辺症状がある程度落ち着いたら、そこで終了することもあるので、支援の期間は個人差がある。

#### 家族支援

- ・ 定期的に開催している家族教室のプログラムの一環として、『認知症』と『家族への支援』をテーマに取り上げている。
- ・ 高齢者支援センターへの派遣業務にて、家族介護者の相談や家族教室での認知症講座を実施している。

#### アウトリーチ

- ・ アウトリーチに精神科訪問看護を活用したいので、心理師が要件に入ることを望む。現状として経営上、積極的にはアウトリーチしづらい状況である。

#### チーム医療・連携

- ・ 認知症ケアチームの一員に公認心理師が入っているので、公認心理師が支援に直接入っていない患者に対してもカンファレンスの場で公認心理師としての視点の意見を述べている。

#### まとめ

認知症の特性を踏まえつつ、面接をとおしてのアセスメント、「死にたい」という言葉を安心して話せる場としての心理支援、地域に出向いての家族サポートなど、公認心理師の専門性が柔軟に発揮されている。

### 3) 小児の身体疾患、周産期

#### C2-2 小児の身体疾患

##### 心理教育

- ・ 継続的な心理社会的支援のなかで、必要時に随時おこなっている。

##### 外来の心理支援（個人）

- ・ いわゆる古典的な心理療法のような枠組みは全くなく、疾患と治療の状況に合わせたフレキシブルな対応を行っている。
- ・ 身体疾患そのものではなく、背景に発達障害が疑われたり、不登校などの二次障害が出ている場合になる。

##### 入院の心理支援（個人）

- ・ 入院中は、短時間でもできるだけフレキシブルに枠を設定して実施している。
- ・ 支援の期間については、症状の改善が見られても、入院中で支援が終わることはないため、退院後の支援も続き、そこも含めて考えた場合は、2年以上となることが多い。

##### その他

- ・ 小児科や整形外科において、虐待疑いの枠組みでサポート的に保護者にお話を聞くことが多い。
- ・ 児童虐待、マルトリートメントが疑われる事例について介入を行っている。

#### まとめ

治療と状況に応じたフレキシブルが対応を行っている。背景の発達障害や児童虐待、不登校などの問題に関わり、退院後も長期に支援が続くこともある。

#### C2-3 周産期

##### 心理教育

- ・ 妊産婦の抱える問題の内容と本人の中での重さなどを考慮して、1回1回のクライアントの状況のアセスメントしながら終結の時期を決めている。傾聴・支持的アプローチを意識しながら以下

のようなテーマを中心に心理教育を行うことが多い。・自身の不安と上手に向き合う ・パートナーや家族との折り合いをつける。 ・自身の捉え方や考え方をもっと現実適応的・建設的にする。 ・精神科や心療内科に対する偏見や抵抗感を取り除く。

#### 外来の心理支援（個人）

- ・ 妊婦健診で来院するタイミングで診察の前後に心理面接も実施するというパターンが主である。死産のケースも含めて産後2週間健診、産後1か月健診くらいまでは周産期心理士が対応することも多い。その後、通常では最後の産後健診が終了すると、児の支援を主体とした小児科へとシフトチェンジされていくが、産後ケア外来で受診を継続される児の母もあり、そういった場合は以後も母親に対し周産期心理士が対応を継続していくこともある。また、フィードバック面接もこちらから率先して実施できるとよいと考えている。

#### 入院の心理支援（個人）

- ・ 周産期においては、切迫早産等で患者が入院を余儀なくされた際、急激に情緒不安定に陥るケースが多く発生し、医師から心理士介入を求められることが特に多い。その不安定さの原因はどの患者についても「新型コロナウイルス感染症対策としての、入院中の面会制限」にあった。医師や看護師、助産師など一人の患者に割ける時間が少ない職種に比べ、一人ひとりにある程度の時間を割くことのできる心理士の持ち味を発揮し、入院中、不安定な患者については敢えて頻回に訪れ、たっぷり話を聞く機会を設けたことで、患者の精神状態が速やかに良くなることも多かった。

#### 家族

- ・ 普段は、NICU/GCU ユニット内で家族が安心して過ごしたり、気がかりなことを表出しやすくしたりするために、ラウンドして家族への声掛けを行っている。心理面接は NICU/GCU 外の別室で家族が希望された際に行っている。

#### 連携

- ・ 行政からの委託により、母子保健事業に協力して参加している。
- ・ 周産期支援はリエゾンチームとして看護師と協働して関わることが多い。ケースによっては、心理師のみが期間限定で定期面接を行ったり、そこから精神科外来で診察になり外来でのカウンセリングに移行する方もいる。

#### まとめ

妊婦検診から産後検診、切迫早産、死産、新生児の状態など、周産期の問題は多様であり、声掛け、時間を割いての対話により精神状態が改善される。行政の母子保健事業に公認心理師の関与が期待されている。

## 4) 慢性身体疾患等

### C2-4 腎疾患/糖尿病

#### 心理教育

- ・ 入院患者に対するアドヒアランス不良への対処や、認知機能の評価。必要に応じた心理教育とリハビリ、医師、看護師での多職種協働がメインである。
- ・ 個別の関わりだけでなく、栄養指導と連携したり、糖尿病教室等の集団支援も行っている。対象者によってその頻度時間等は様々である。

#### 外来の心理面接（個人）

- ・ いずれも原疾患に付随する二次的な問題（不登校や対人トラブル等）が出現したときに外来での心理面接を行っていることが多い。
- ・ 慢性疾患の方は、長く続くか、すぐに来なくなってしまいか二極化される傾向もある。長く支援に入る方は、調子のよい時も悪い時も対応するので、疾患がありながらの人生に伴走するような形をとる。

### 入院の心理面接（個人）

- ・ 入院中の心理面接は、入院前から継続して支援に入っている方でなければ、心理検査を行ってそのフィードバック面接を行う形でお会いすることが多い。場合によってはそこから継続面接に移行する。
- ・ 腎移植評価面接を実施した患者には移植手術の前後で心理面接を行いフォローしている。

### 家族支援

- ・ 対応に疲れてしまった家族のお話を聴いたり、退院カンファレンスに家族に来ていただき、退院後の生活について協力をお願いしたことがある。

### チーム医療・連携

- ・ 透析以外の適応がなく、本人から透析中止・不開始の申し出があった場合、助けられるはずの命を諦めることになるため、医療者側の支援も必須である。心理としても本人・家族の意思決定支援に苦慮するが、特に若年患者と家族への対応が困難であり、倫理委員会含め何度も検討が必要な時には、連携も頻回になる。

### まとめ

アドヒアランス不良の背景のアセスメントが求められており、付随する二次的に生じる問題、長期に渡る治療のサポートに心理支援が貢献している。いのちに関わる局面での意思決定、倫理問題では多職種連携が重要となる。

## C2-5 心疾患

### 心理教育

- ・ 疾患に伴い不安等が見られる患者に対して、予防的アプローチとして心理教育を実施し、精神面の影響に関する情報やその対処法の提供を行う。

### 外来の心理面接（個人）

- ・ 脳死下心臓移植後は外来受診は生涯続くので、支援期間も数年に及ぶことがある。

### 外来の心理支援（集団）

- ・ 心臓リハビリに同席して患者と話し、不安を聞きとる、塩分や体重コントロールについて看護師や管理栄養士さんの話を一緒に思い出すなどしている。

### 入院の心理面接（個人）

- ・ 緩和ケアチームとしての支援は、介入依頼から退院までとなることも多く、その間で必要に応じて訪室しており、回数や時間は決まっていない。また、心理師のみで訪室することもあれば、チームメンバーと訪室することもあり、面接構造も一定ではない。緩和ケアチーム介入患者以外でも、医療者・患者からのニーズがあれば対応している。そちらも、面接構造については柔軟に対応している。

### チーム医療・連携

- ・ 心臓リハビリテーションチームが心理教育をになっているが、ICD 埋込型の患者への不安対処・検査技師など他職種が定期検査時どのような声かけを行うかなどのコンサルトがある。入院中、スタッフ対応に迷う方、ICU 入院となるなど、心理衝撃度に応じて依頼がくるためその都度、多職種連携しチームの一員として支援している。
- ・ 緩和ケア内科所属でほぼ病棟専従のため、心不全患者であっても緩和ケアチームへの依頼を通して医師もしくは看護師も一緒に関わる形をとっている。当院は、心移植や補助人工心臓に関する治療が減っているため依頼件数もさほど多くはないが、心理教育や患者家族の療養中のストレスケア、外来移行後の孤立しないようなサポート、他職種への心理社会的視点のコンサルテーションはニーズがある。

## まとめ

心不全の治療プロセスに応じて、心理教育、面接、集団支援、家族支援を提供している。他職種からの心理社会的視点のコンサルテーションのニーズがあり、ケアチームの一員として柔軟に対応している。

## C2-6 がん／緩和ケア

### 心理教育

- ・ 身体症状がおさまっても不安にともなうパニック症状様が続く時に、不安の生起要因や維持要因、対処法やリラクゼーションの指導が患者家族・他職種からのニーズが高い。
- ・ 傾聴を主体とした心理面接の中に、教育的な助言を交えることを指して「心理教育」ととらえている。

### 外来の心理面接（個人）

- ・ がん末期で依頼があれば基本的に外来から在宅に移行するか、転院するか、亡くなるまで支援することになる。
- ・ 患者の主訴によって面接期間は異なる。不安を主体とした方が多く、理由も様々だが、ほとんどの方に継続してお会いする。「こんなことを相談していいのか」と思いながら始まった面接でも、回数を重ねると、広く気がかりを話せる場になっていく。その中で、がん医療の段階と、本人の心のありようのズレが気になれば、隙間を埋めるような助言をすることもある。ベースに精神疾患などを抱えていそうな方、すでに診断がついている方のサポートを頼まれることも多い。
- ・ 緩和ケア患者への心理療法を行っても、診療報酬に該当しないため、チーム医療の中で、心理療法がしっかりと位置づけられていない。そのため、医師が緩和ケアにおける心理療法の利用を知らないことも多く、必要な患者に心理的支援が届かないことが起きている。

### 入院の心理面接（個人）

- ・ 外来・病棟のしぼりがなく患者を中心に支援できる部署にいるため、単回終了となる患者もいれば、外来（初発）→入院→外来（再発）→入院→外来（再々発）→入院とずっと支援し、支援が数年にわたる場合もある。
- ・ 緩和ケア病棟の場合、当院では原則入院期間は1か月である。症状もどんどん変化。悪化する中で、話す時間や回数なども限られることが多い。

### 家族支援

- ・ 入院中から関わっていた家族について、希望により遺族ケア面接も行っている。診療報酬にはつながらず、件数も多くないが、確実に必要とされる方は存在すると感じる。
- ・ 家族の疲労の強さ、気持ちの落ち込み、混乱などが目立つときにスタッフから介入の依頼が来ることが多い。また、所属するがん相談支援センターに直来した患者家族のお話をそのまま伺うことも多い。

### チーム医療・連携

- ・ 対象患者がいる病棟に心理師が配置されていれば、確実に他職種との連携につながりやすい。もしくは、MSWのように担当病棟を決める形で定期的にカンファレンスに参加できるシステムになっていると、院内他職種も心理師もタイムリーな情報やニーズ把握につながりやすい。がん相談支援員に部署異動の可能性が低い心理師がなることも組織上メリットが大きいのではないかと。

## まとめ

不安の要因・持続要因のアセスメント、不安軽減の支援のニーズが高い。外来、病棟のしぼりがなく患者を支援できる部署にいて、切れ目ない心理支援を提供できる一方、病棟配属であればタイムリーな情報やニーズを把握しやすい。家族のサポート依頼も多く、遺族ケアも求められる。

## E ご意見・ご感想 (n=511)

### E1 医療分野における公認心理師について (n=398)

この項目は、「医療分野で勤務する公認心理師について、これまでお答えいただいたこと以外にご意見・ご感想があれば、ご記入ください」についての自由記載であり、398件の回答があった。一人の自由記述から複数のカテゴリーを抽出できる場合は、複数のカテゴリーを抽出した。カッコ内には当該カテゴリーの回答数を示した。類似するカテゴリーをまとめた結果、カテゴリー数が多いものから、以下の8つのカテゴリーが生成された。(1)「診療報酬について」、(2)「待遇問題」、(3)「職能の地位・独自性」、(4)「専門性・資質」、(5)「組織への寄与」、(6)「連携・他職種との関係」、(7)「業務制約」、(8)「その他」であり、医療分野においては、診療報酬に対する関心の高さが窺えた。なお、カテゴリー欄のカッコ内には当該カテゴリーの回答数を示した。

全体的な記載内容を概観すると、以下のような特徴が窺えた。診療報酬に関する課題により、組織の収益化へ十分に寄与できず、業務に制約を受けたり、組織内での地位低下や独自性の不明瞭さ、待遇問題に繋がっている。公認心理師の周知不足・認識不足も、地位低下や待遇問題等に関わっている。これらの課題解決のために、公認心理師の周知や連携促進、専門性・資質向上の必要性が訴えられ、研修や自己研鑽の必要性、教育制度の拡充が指摘された。多職種連携の際に求められることとしては、一般的な医療知識や社会人スキルとの記述が散見された。

E1では、疾患別、重要調査領域別に特化した内容ではなく、より総合的な意見が得られた。特筆すべき記述として、緩和ケア病棟やリハビリテーション病棟、身体科、がん患者、難病患者、長期療養者等に対する診療報酬化への要望やニーズの記述がみられた。

カテゴリー	サブカテゴリー	主な記載内容
(1)「診療報酬について」 (231)  * 診療報酬の現状や診療報酬拡大の要望に関する記述	「診療報酬の現状・要望」	心理師の活動が診療報酬化されて欲しいです。現状では、雇用する側が心理師を積極的に活用しようとする動機につながらないし、雇用される側も、成果を具体的に主張しにくいです。
		診療報酬が低すぎるため、採算が合わない活動になっていると思います。確かに、費用対効果が不透明ではありますが、収益が得られるような方法にしなければ、質の高い支援が担保できないと考えられます。
	「心理面接・心理療法に関する診療報酬の現状・要望」	自費診療となるため、個人面接がやりづらい。保険対応となることが望まれる。また入院対応としても、院内の集団療法には他職種（PSW や OT、Ns.）がいれば心理師は「点数上」は必要ないため、参加の機会が減ってしまいます。
		公認心理師の主な業務であるカウンセリングを行うためには、病院へ大きな負担を強いているのが実情です。また、カウンセリングに料金がかからないということは、患者の動機づけや、枠作りという専門的な面でも弊害が生まれます。ただし、漫然と行われている有料カウンセリングがあるのも事実です。その精査をしっかりと行い、カウンセリング加算化を目指して頂けたらと思います。
	「心理検査関連、施設基準、配置・チーム加算に関する診療報酬の現状・要望」	知能検査等、各種心理検査結果のフィードバックは検査代に含まれていますが（実質無料）、長い時間をかけて説明を行っていたり、本人用文章を時間をかけて作成しているのが現状です。検査代

		とは別に検査のフィードバックに対して医療点数をつけて頂けるとありがたいです。
		公認心理師の活動が診療報酬として評価されておらず、必要な支援が十分に提供できていません。一般医療においても、医療チームへの参加や病棟配置などで評価されることによって、患者支援やスタッフ支援につながると考えます。
		各種医療チーム活動の必須構成要員として公認心理師を認めていただきたいです。
(2)「待遇問題」 (98)	「雇用や勤務条件等に関する現状・要望」	現時点では心理師は組織内での数が少なく管理職もいないため、体制作りのためにも「組織内での常勤職の数」を増やす必要があると思います。
*雇用や勤務条件、収入等に関する記述		医療現場において常勤心理師が雇用されやすいよう、制度が改善されていくことを望んでいます。
	「収入に関する現状・要望」	賃金が低すぎて、15年以上の力のある心理士（心理師）が職場に定着しないのは、医療分野の治療貢献に対して、相当な痛手だと考えています。
		心理師としての長期的なキャリアプランを立てるためには、組織内の立場の安定や収入面への改善は欠かせないと思います。
(3)「職能の地位・独自性」 (89)	「地位の現状・要望」	常勤で働いても医療点数的に採算が取れないため、職場での地位や発言力が低いです。いなければ困るものの、必要以上に雇えば病院の赤字がかさむ存在です。何とかしてほしいです。
*公認心理師の地位・プレゼンスに関して、独自性（他職種とのすみ分け）の不明瞭さに関して、他職種や世間に十分に周知されていないという記述		所属する医療機関では、収益のためいくつかの心理検査がルーティンで課せられています。専門的見地からすれば本当に必要なことなのか疑問ですが、それを意見すると「給与分の収益を上げていない」ことを指摘されてしまいます。
		院内の立場が正當に評価されて適正数の配置をしてもらえるようにならない限り、テスター+アルファの扱いのまま、求められる公認心理師像には近づいていけません。
	「独自性の不明瞭さ」	根本的な問題としてチーム医療としての「立ち位置」がしっかりしていないと感じました。
		心理の仕事が、確立されていないと感じます。とても働きづらいです。
		臨床心理士と精神保健福祉士、公認心理師との職務の違いがまだによくわかりません。前者がこれまで行っていた中に、公認心理師はどのような違いを作って独自の職域を作るのか。今のところ心理士やPSWの資格を持っている人が公認心理師も持っている、という中で仕事をしていることが多いと思うので、公認心理師のみ資格を持っている人がどのように医療の中で動くのか、のイメージがまだないです。
	「周知不足・周知の要望」	身体科領域においても心理職の活躍は増えてきていると思われていますが、他職種や社会にはまだ十分に知られていない事も多いです。
		心理職があまり知られていません。「何をしてくれる人なのか」と職員にも患者にも聞かれます。

		臨床心理士と公認心理師との違いについても尋ねられることが多いです。
(4)「専門性・資質」 (77)  * 専門性や資質の懸念や向上の必要性、これらの向上のための研修・自己研鑽・教育制度拡充に関する記述	「専門性・資質の懸念や向上」	医療分野で公認心理師が働くためには一定度の専門的なスキルを身につけている必要があります。ただ単に試験で回答した紙の上の知識だけでは話になりません。
		医療分野は命に直結する領域であり、心理職が国家資格としての公認心理師になっても、これまでの心理職が行ってきた支援の内容と質を落とさず担保される高度な専門性と臨床技術を身に着けていることが必須であると考えます。その上で、国家資格者だからこそ新たに携われることが広がることを望みます。
	「研修・自己研鑽・教育制度拡充」	教育段階において、心理職としての専門的な知識・技術に加え、一般的な医療知識、他職種との協働、また一職員としての立ち居振る舞い（社会的なマナー）を身につける機会を提供すべきだと感じます。 医療分野の基礎的な知識（医療倫理、医療安全など）についての研修機会があると良いと思います。
(5)「組織への寄与」 (46)  * 組織の収益化への寄与など組織貢献に関する記述		医療やサービスの質、患者満足度の向上に、公認心理師が貢献することはできると思うものの、収益には結びつきにくいです。
		公認心理師が病院に対して経営面で貢献できる立場にならないと、患者や医師のニーズに応じた心理的支援を安定して提供することはできません。
		組織全体をアセスメントするスキルが重要。組織は非常に不安定なため力動的な評価を行い組織をまとめていく力が必要です。
(6)「連携・他職種との関係」 (38)  * 連携や他職種との関係性についての記述	「連携・他職種との関係について」	医療分野で勤務するにあたっては、専門性である心理学的知識・技術等に加え、最低限の医学・看護学・薬学等の知識が必須と考えます。これらがあることにより他職種とよりよい信頼関係が築け、心理職の活動もより充実するものと考えます。
		身体疾患を扱う一般病棟で勤務する場合、専門性を持っていること以上に、多職種を尊重し、繋がる力が求められると思います。
	「医師の指示に関して」	院内で常勤で働いている心理士に職員のメンタルヘルスも同時に担当させると多重関係(クライアント兼同僚)となり倫理違反となるため本来は担うことが難しいです。しかし人事担当者にはその認識がないです。 心理師が所属する部門に医師もおられる場合、他部門から心理的支援の依頼であっても、医師によって心理師につながるか否かの判断がなされ、心理師までつながらず、要支援者への支援がなされないという難しさがあります。

		医師の方針に沿って動くことが基本で、心理の考えが反映される範囲の大小は医師の姿勢によります。
(7)「業務制約」 (33)  *実施できる業務が限られており、利用者のニーズに即した業務が十分に実施できないという記述		<p>カウンセリング業務が保険適用ではないため、カウンセリングの必要な患者、希望している患者へのカウンセリングを導入を拒否するドクターも少なくありません。</p> <p>医療機関では、効率、収益、エビデンスに基づく治療法が重視されます。なので、たとえば、面接は、回数制限ありの認知行動療法などが好まれます。知能検査は、IQ値だけ出せばいいから、速い回転率で施行してほしいと言われます。しかし、実際は、長期的な面接をすることや、心理検査報告書を丁寧に書くことが大切な症例も多々あると思うのです。</p>
(8)「その他」 (20)  *上記以外の記述		<p>今回の支援対象の選択肢にはなかったのですが、神経難病患者の支援にも参加しています。慢性的かつ進行していく疾患を抱えた患者・家族の心理的支援は重要であると思われま。</p> <p>国家資格となり病院での位置づけ、アイデンティティも定まりやすくなったと感じます。</p>

## E2 公認心理師全体について (n=300)

この項目は、「勤務分野にかかわらず、公認心理師全体のことについて、ご意見・ご感想があれば、ご記入ください」についての自由記載であり、300件の回答があった。一人の自由記述から複数のカテゴリーを抽出できる場合は、複数のカテゴリーを抽出した。類似するカテゴリーをまとめた結果、カテゴリー数が多いものから、以下の8つのカテゴリーが生成された。①「専門性・資質」、②「職能の地位・独自性」、③「資格試験制度・養成制度」、④「職能団体のあり方」、⑤「待遇問題」、⑥「連携・他職種との関係」、⑦「診療報酬について」、⑧「その他」であり、公認心理師全体においては、専門性・資質に対する関心の高さが窺えた。なお、カテゴリー欄のカッコ内には当該カテゴリーの回答数を示した。

全体的な記載内容を概観すると、以下のような特徴が窺えた。専門性や資質の低下が懸念され、維持・向上のために、研修や自己研鑽の必要性、教育制度の拡充および資格試験制度や実習含む養成制度の改善が指摘された。また、職能の地位低下や独自性の不明瞭さ、待遇問題も指摘され、職能団体へこれらの改善を要望したり、職能団体のあり方自体について懸念する声が窺えた。

E2 では、疾患別、重要調査領域別に特化した内容ではなく、より総合的な意見が得られた。特筆すべき記述として、緩和ケアやがん検診、身体疾患に対する診療報酬化への要望やニーズの指摘がみられた。

カテゴリー	サブカテゴリー	主な記載内容
(1)「専門性・資質」 (156)  *専門性や資質の懸念や向上の必要性、これらの向上のための研修・自己研鑽・教育制度拡充に関する記述	「専門性・資質の懸念や向上の必要性」	<p>医療に限らず、教育や福祉の分野において、様々な専門職種に対して、公認心理師の立場から支援方針への助言ができることや、他職種から求められるよう、心理師の専門性を磨くことが、まずは必要であると思います。</p> <p>一つのアプローチだけですべて賄えるわけではありませんし、かといってエビデンスに無関心では医療として無責任です。バランスのとれた知識やスキル、業務への構えをもちたいと思います。</p>

		最低でも臨床心理士並の教育・研修、資格更新に基づく職能レベルを担保すべきです。
	「研修・自己研鑽・教育制度拡充」	全体としての基礎な知識と技能の担保のための研修と、基礎の上のアドバンストの専門心理職としての研修が体系化できると、全体の質の向上につながるのではないのでしょうか。
		臨床心理士は5年毎に資格更新のための継続研修が義務付けられていますが、公認心理師にも同様の研修制度が必要であると考えます。
		子育て中の女性や地方の資格者に対して、WEB研修や必要な論文等へのアクセス権を職能団体が用意するなど、継続的に学習し続けられる環境が整うとよいかと思っています。現場ごとに必要なスキルや知識も違いますので、幅広く学習内容や専門の情報が用意され、必要なときにアクセスできると質のよい心理支援の提供の一助になると思います。
(2)「職能の地位・独自性」 (61)  * 公認心理師の地位・プレゼンスに関して、独自性（他職種とのすみ分け）の不明瞭さに関して、他職種や世間に十分に周知されていないという記述	「地位の現状・向上の要望」	医療専門職の中でも、心理職は精神科を主とする診療科以外は地位が低い印象を受けます。厚労省のガイドラインでも、その他心理職等という表記が多く、部門のスタートアップにおいても参加メンバーに入れられないことがないです。
		心理臨床の仕事の重要性が国民全体に広まるように一人ひとりが確かな実力を備えることと地位の向上を期待したいです。
	「独自性の不明瞭さ」	臨床心理士の流れで資格は取りましたが、公認心理師がどのような資格なのか、活動範囲や対象など、当の本人も全体像がつかめないうです。
		臨床心理士やほかの心理職とのすみ分け・協同など、一本化するのか差別化するのか、様々な問題があるように思います。
	「周知不足・周知の要望」	世間一般における公認心理師の認知度はまだ低いです。病院としても臨床心理士と名乗った方が患者に理解してもらいやすいです。世間に、公認心理師の活動と実績を正当な形で知ってもらえる広報が必要だと感じます。
		公認心理師という国家資格ができたことが、まだ周知されていないのが現実ではないかと思えます。まだ、臨床心理士のほうが断然知名度が高いと思うので、広報活動も必要かと思えます。
(3)「資格試験制度・養成制度」 (56)  * 資格試験制度や養成制度に関する記述	「資格試験制度・移行措置の懸念・要望」	毎年問題になりますが、来年で終了する経過措置（Gルート）についてです。実務経験の定義があまりにも曖昧だったため、心理的支援とは程遠いような業種も受験資格を得られてしまいます。
		対人援助職である心理士としての技量は、対人関係における自分のクセ（逆転移の傾向）をどれだけ意識化できるかにかかっていると思います。人格的に未熟（クライアントに対して問題行動のある）公認心理師をあらかじめスクリーニングできる資格試験制度、その場合にトレーニングを受けてもらえるような研修がないことを不安に思っています。

	「養成・実習について」	<p>大学、大学院でのカリキュラムの充実を期待しています。実習指導に関してもきめ細かくしていただけると、安心して実習を受け入れることができると思います。また、社会人基礎力についても基本的なマナーやマインドの部分を教育していただけると医療分野でも活躍できる人材になると思います。</p> <p>公認心理師の養成課程において、クライアントの主訴解決を目指す実効性のある心理療法の修得が必要と考えます。</p>
(4)「職能団体のあり方」 (48)  *職能団体のあり方に関する記述	「職能団体への要望」	<p>心理検査、心理面接に対する報酬（例：医療保険制度等）に関して、公認心理師関連団体がより積極的に働きかけることが、今後有資格者の社会的貢献や活躍のためには必須です。</p> <p>職能団体で広報、研修などでリードしていただき、幅広い分野にいる公認心理師の横のつながりや多職種との連携、一般社会での認知を広げ、個々の力量を向上させる支援をお願いしたいです。</p> <p>政治的にも発せられる職能団体があればいいと思うことはあります。</p>
		<p>職能団体について、公認心理師協会と公認心理師の会の2つに分かれているのは問題と考えます。本来職能団体は1つでよく、2つに分かれている状態は同業者の中で話し合いや考えのすり合わせができていないこと（仲が悪い）を社会に示唆するものであり公認心理師全体にとってマイナスだと思います。早く1つに統合して頂きたいです。</p> <p>職能団体が複数あり、どの団体に所属すれば良いか迷います。また、専門領域やオリエンテーションの違いで仲間割れしているようで恥ずかしく感じます。</p> <p>臨床心理士のように内部分裂しないで欲しいと思っていましたが初めからダメでしたね。一資格一職能団体であってほしいのですが。</p>
	「職能団体について」	<p>個人では解決できないような不安を抱えた時に、もっと気軽に公認心理師の支援にアクセスが出来るような仕組みや制度の整備が求められていると思います。勿論、公認心理師自身も、支援のスキル向上や研鑽に努めていますが、その基盤となる身分や雇用の安定化を図ることも不可欠ではないでしょうか。</p> <p>副業により多様な分野へ参入できるメリットはあるものの、常勤の雇用先は非常に限られています。</p>
(5)「待遇問題」 (44)  *雇用や勤務条件、収入等に関する記述	「雇用や勤務条件等に関する現状・要望」	<p>高い専門性を求められるのであれば、それに相応しい報酬・裁量を与えるべきだし、それに伴った社会的責任も負っていくべきだと考えます。</p> <p>各学会の年会費や専門書代、勉強会やSVの費用、奨学金の支払い等、どうしても出費がかさみます。お給料が、専門性を高めるための費用も含めると、見合わないと感じます。</p>
	「収入に関する現状・要望」	

(6)「連携・他職種との関係」 (23)  *連携や他職種との関係性に関する記述		多職種に心理ができることを知ってもらい、より連携協同できるようになることを願います。
		自分の職場のメンタルヘルスに関わるとき、同僚という多重関係になるが、どう対処すべきか、悩むことがあります。
(7)「診療報酬について」 (21)  *診療報酬の現状や診療報酬拡大の要望に関する記述		心理士業務に保険診療が加算されることを願っています。
		診療報酬に取り込まれることのデメリット（その分野の業務だけに追われ、できていた業務ができなくなる）もよく検討されたうえで改善してほしいです。
(8)「その他」 (10)  *上記以外の記述		制度が始まってまだ年数が経過していないので、評価はこれからだと感じています。医療分野としては資格は必須なので、取得してよかったと思っています。
		公認心理師登録証がカードであれば、必要時に携帯しやすいです。また、バッジなど、資格取得者であることを簡便に示せるものがあれば便利です。

### E3 この調査について (n=218)

この項目は、「この調査について、ご意見・ご感想があれば、ご記入ください」についての自由記載であり、218件の回答があった。一人の自由記述から複数のカテゴリーを抽出できる場合は、複数のカテゴリーを抽出した。類似するカテゴリーをまとめた結果、カテゴリー数が多いものから、以下の4つのカテゴリーが生成された。①「調査の問題点」、②「期待・活用」、③「調査の改善点」、④「振り返り・感謝等」であり、本調査に対しては、調査の問題点に対する記述が多くみられた。なお、カテゴリー欄のカッコ内には当該カテゴリーの回答数を示した。

全体的な記載内容を概観すると、以下の特徴が窺えた。調査の質問内容や選択肢が、実態を十分に反映しているかどうかの懸念や回答の困難さに繋がっていた。調査結果の活用や今後の期待、調査の意義、調査の改善点も多く記述され、本調査への関心の高さも窺えた。

E3では、疾患別、重要調査領域別に特化した内容ではなく、より総合的な意見が得られた。

カテゴリー	サブカテゴリー	主な記載内容
(1)「調査の問題点」 (115)  *調査への問題点に関する記述	「実態を反映しづらい」	集団、個人にかかわらず、面接の頻度や期間、目的等は患者個人によって全く異なります。病名や病態ごとに同じでもありません。よって、集計という形で業務内容をまとめることはできません。
		支援の対象者が、疾患ごとに分けられていますが、実際の臨床では複数の疾患が併存し、症状や問題が複雑化していることが少なくないです。
		病名（病気の種類）によって、心理面接の技法、頻度、回数が決まるわけではなく、患者の病態、併存症の有無、パーソナリティ要因など様々な要因で変わってきますので、本調査の聞き方では実態が分からないのではないかと思います。精神疾患は、身体疾患でいうところのDPCのようなわ

		けにはいかないというところをご理解いただければと思います。
	「回答しづらい」	<p>周産期分野での心理活動は NICU という大きな枠のなかでの支援を行うことがおおく、時間や回数、場所などの枠組みがないため、回答が難しかったです。</p> <p>心疾患・がん・糖尿病／腎臓病など、急性期→回復期→慢性期→終末期…といった年余の経過のあるもの、またそれぞれの疾患（がん種や循環器疾患、多岐にわたるデバイス）で期待される介入領域が細分化されているものには、どの辺りを回答すればよいか悩ましい点もありました。同様に、周産期のように母体と児にまたがり DV や虐待／被虐待、生殖医療や死産・流産・新生児死、人工中絶に際しての意思決定など多岐にわたる点で、回答の選択は困難でした。</p> <p>回答が困難。当院は「小規模多機能」を謳っており、心理職も含め多様な疾患に対応していることもあり、逆にパッケージ化されているものは少ないです。テキスト等でパッケージ化された治療プログラムを実施しているのは依存症（アルコール／薬物／ギャンブル）と統合失調症くらい。それらもテキストで決められたセッションの後にフォローアップを長期的に続けることがあり、本調査では回答しにくいです。</p>
	「わかりにくい」	<p>質問項目の意味がよくわかりにくい、または、どう回答していいのかわからない箇所があり、自身の回答が適切だったのか不安に思います。</p> <p>似たような項目が多く、何を尋ねられているのかに混乱しやすかったので、内容にも影響している可能性があります。</p>
	「項目数が多い、負担となる」	<p>質問項目が多すぎて、正確に答えられているか不安です。</p> <p>項目が多い。業務中の Web 上での調査であることを考慮し簡潔にして欲しいです。</p>
	「その他問題点」	システムのバグが多く、選択できない項目があるなど、回答しづらかったです。
(2)「期待・活用」 (81)	「調査への期待・意義」	<p>公認心理師の実態を明らかにすることは非常に重要と考えます。有益な調査になれば。</p> <p>とても有意義な調査だと思います。調査結果をもとに、関係団体への働き掛けも期待しております。どうぞよろしく願いいたします。</p>
* 調査への期待・意義、活用等に関する記述	「調査結果の活用・開示」	<p>是非この調査を活かしていただき、少しでも公認心理師の働きやすい環境（保険診療ができる、施設基準となる等）となることを願っています。</p> <p>回答者にはこの調査の結果がどのような形で反映されたかについての具体的な報告をお願いいたします。</p>
(3)「調査の改善点」 (41)	「調査の改善点」	実際は心理士がいろいろな科に対応しているのが多く（当院では精神科、認知症医療疾患センター、クリニック、認知症デイケア）、兼務が多い

<p>* 調査の改善点に関する記述</p>		<p>状態であるため、兼務状況へのアンケート内容を詳しく答えられる項目があるとよいと思います。</p> <p>心理支援のアプローチもより多面的、包括的な方法が求められ、支援の期間も長期に及ぶことがあります。もう少し質問項目の設計の仕方に実際に即した工夫が欲しかったと思います。</p> <p>調査内容に今後盛り込んでほしい内容として、一日（又は一か月）に何件面接が入っているのか、一か月で何件心理検査が入っているのか、診療報酬はどうなっているのか、そして実際の給料についても任意で記入できると、もっと実態が把握できて良いのではないのでしょうか。</p>
	<p>「対象疾患に関して」</p>	<p>重点項目の質問の疾患に「糖尿病」「脳血管性障害」などは入っていましたが、「HIV 感染症」が入っておりませんでした。「HIV 感染症」への心理的支援は、歴史的にみれば、がん領域に心理職が入る前から必要とされていた領域です。関わっている心理職が限られていることが一因かと思いますが、心理職が対応すべき重要な身体的疾患ですので、是非入れてください。</p>
		<p>今回の支援対象の選択肢にはありませんでしたが、神経難病患者の支援にも参加しています。パーキンソンや ALS 等の神経難病関連の疾患も選択肢に入れていただきたいです。</p>
		<p>本調査において、Bの疾患の中に依存症がありませんでしたが、医療分野では、依存症の治療や、集団精神療法においても、公認心理師が専門性を発揮していると思います。</p>
<p>(4) 「振り返り・感謝等」 (35)  * 調査が振り返りとなった、調査に対する感謝等の記述</p>	<p>「自分の振り返りとなった」</p>	<p>調査の回答を始めてみて、項目の量、質問の細かさなどに圧倒されましたが、日々の自身の業務を振り返るよいきっかけとなりました。</p> <p>公認心理師であろうと臨床心理士であろうと、同様に高い専門性を求められていると再確認いたしました。</p>
	<p>「調査への感謝」</p>	<p>公認心理師を取っておしまいの資格にしないためにも、こういった調査は貴重な機会であり、誠に有難い調査でもあります。</p> <p>アンケートを作成する難しさも重々承知しているつもりです。公認心理師のために、お時間やエネルギーを費やして動いていただき大変感謝しております。</p>

## 第3章

### 調査結果（インタビュー調査）



# 第3章 調査結果（インタビュー調査）

## 1. 結果

この章では、インタビュー調査の結果を提示する。調査対象は、1)精神科病院（病棟）、2)精神科病院（外来）、3)精神科クリニック（外来）、4)精神科病院（デイケア・就労支援）、5)精神科病院（アウトリーチ）、6)総合病院（コンサルテーション・リエゾン）、7)摂食障害、8)小児（身体疾患）、9)小児（精神疾患）、10)依存症（物質依存）、11)依存症（嗜癖行動）、12)がん・緩和ケア（両立支援）、13)がん・緩和ケア（緩和ケア）、14)周産期（婦人科/生殖医療）、15)周産期（ハイリスク妊婦）、16)高次脳機能障害（リハビリテーション）、17)高次脳機能障害（地域生活支援）、18)腎疾患（透析）、19)腎疾患（糖尿病）、20)心疾患（心不全緩和）、21)心疾患（心臓リハビリテーション）、22)認知症（総合病院ケアチーム）、23)認知症（認知症疾患医療センター）、24)救急・自殺、に関連した施設であった。

インタビューの結果は、調査対象ごとに整理し、1枚の図として示した。図の上部には、インタビュー対象の職種を掲載した。図の左半分は、心理支援の内容をまとめた。図の右の上半分は、連携他職種からの発言をまとめた。図の右下には、「課題」として、当該領域の心理支援の現状における課題と、その課題を解決していくための今後の方向性、をまとめて記載した。また図の下には、その領域における概要をまとめている。

なお、14)周産期（婦人科/生殖医療） 24)救急・自殺 については、他の連携職種のインタビューが実施できなかったため、公認心理師に対するインタビューで得られた内容から、連携する他の職種からの意見と思われる内容をピックアップして掲載した。

それぞれの領域で公認心理師が所属施設でどのように活動しているかについて、インタビュー調査から得られた結果を示したが、今回はサンプル数も少なく、各領域一例ずつであるので、これらを理想的なモデル例として示したわけではないことには注意する必要がある。

24 施設の結果を示した後に、心理支援の項目ごとにインタビューの内容を示した。

# 1) 精神科病院（病棟）

インタビュー対象：公認心理師・医師（精神科）

## 精神科病院（病棟）

<p><b>公認心理師の活動</b></p> <p><b>心理検査</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・精神科救急入院病棟や児童思春期入院病棟での検査が多い</li><li>・全体像を見立て、情報を含めて検査バッテリーを検討して実施</li><li>・本人、家族に対して、フィードバック面接を実施</li></ul> <p><b>心理教育</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・急性期病棟、児童病棟、アルコールリハビリテーションプログラムで、心理教育を含めたグループを実施</li><li>・慢性期病棟、社会復帰病棟でSST実施</li></ul> <p><b>個別心理面接</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・関わりに困る患者の面接依頼</li><li>・希死念慮や自殺未遂歴がある患者の支援</li></ul> <p><b>家族支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・アルコール依存症家族のグループを実施</li></ul> <p><b>院内連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ケースカンファレンスに参加し情報共有</li><li>・チーム医療の中でバランスを取る役割</li></ul> <p><b>院外連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・子ども家庭支援センターや児童相談所、スクールカウンセラー、大学の学生相談員等と情報共有</li><li>・ケースによっては訪問看護、警察等と情報共有を行う</li></ul>	<p><b>連携他職種からの意見</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・心理検査実施に当たり、検査の目的などについて、公認心理師から患者に丁寧に説明したり働きかけてもらえるのが、医師として大変ありがたい。心理検査の組み合わせ、実施に対する負荷や侵襲性などについても公認心理師からアドバイスをもらっている</li><li>・公認心理師から外来でのアセスメント情報が提供されると、入院後の患者支援を行う他の職種にとって有用である</li><li>・複雑な問題・課題を抱えるケースは、医師の診察や看護ケアなどの枠組のみでは十分に関わることが難しく、患者に対するアセスメントに公認心理師が入ることによって、より多角的になる。個別心理面接による支援が大変必要とされる</li><li>・国民の心の健康・メンタルヘルスに関わる国家資格の職種として公認心理師の活動・活躍に期待している</li></ul> <p><b>現状</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・心理検査のフィードバックは効果的だが制度的な裏付けがない</li><li>・心理教育へのニーズが高いが、実施する人員が不足している</li></ul> <p><b>課題</b></p> <p><b>今後の方向性</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・診療報酬化に向け、心理検査フィードバックや心理教育の効果を目に見える形でデータを蓄積していくべきと考える</li><li>・病棟配置心理師の標準的な業務配分をガイドラインとして示し、公認心理師配置の施設基準の検討につなげる必要がある</li></ul>
--	---

### 結果のまとめ

- ・精神科専門病棟の特性や、疾患に応じたプログラムが行われていた、例えば、急性期病棟、児童病棟、アルコールリハビリテーションプログラムにおいて、心理教育を含めたグループが実施されていた。
- ・チームの中でバランスを取る役割が公認心理師に求められている。
- ・入院病棟における公認心理師の仕事についてのインタビューではあったが、「外来時の情報が公認心理師から得られると治療上役に立つ」「複雑な問題・課題を抱えるケースは、医師の診察や看護ケアなどの枠組のみでは十分に関わることが難しく、患者に対するアセスメントに公認心理師が入ることによって、より多角的になる。個別心理面接による支援が大変必要とされる」という医師からの意見があった。

## 2) 精神科病院（外来）

インタビュー対象：公認心理師・精神保健福祉士

### 精神科病院（外来）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・鑑別診断の資料提供、心理面接時の患者の状態のアセスメントとして、知能検査・人格検査をパッケージ化して実施。症状や障害・問題に応じて検査を追加
- ・フィードバック面接は必ず実施し、時には家族や職場の人にも同席してもらう

##### 個別心理面接

- ・非構造化の心理面接を主に行っている
- ・認知療法・認知行動療法を、厚生労働省マニュアルに沿って、うつ病患者に実施する例もあるが、16回では終了できず、非構造的面接と柔軟に組み合わせる

##### 家族支援

- ・家族への心理検査フィードバック面接の他、疾患別の家族支援・家族教室を他職種と役割分担して協働で実施

##### 院内連携

- ・公認心理師のアセスメントを踏まえた患者の心の動きをカンファレンス時など他職種に伝え、本人理解を深めてもらう。関りの工夫などについても伝えている

##### 院外連携

- ・要保護児童対策地域協議会の場で、全てを網羅的に話すのではなく、その場での問題のみに焦点を絞り、アセスメント結果や関わり方を伝える

#### 連携他職種からの意見

- ・公認心理師による心理検査や個別心理面接を通して得られるアセスメント、助言が支援を考えていく上で有用な情報となる。PSWをはじめとした他職種が支援・介入をはじめた後にも、公認心理師の個別心理面接のなかで患者本人から意見を聞くことができ、その情報を共有することで、支援や介入についてモニタリングすることができる。それがチーム医療の促進・充実に寄与している。他機関との連携でも、公認心理師からの情報提供が支援に役立つ
- ・家族の理解なしには支援を進めていくことが難しいケースも多々あるが、公認心理師によるアプローチによって家族の本人への理解が促進されることで、その後の他職種による支援もスムーズになる

#### 現状

- ・就労支援の一環として、心理アセスメントの結果を伝えているが、それ以上の関わりはできていない
- ・小中学生の受診も増え、療育的な関わり、神経心理検査やアウトリーチなどさらなるニーズや期待があるものの、マンパワー不足で実現できていない

#### 課題

#### 今後の方向性

- ・診療報酬の裏付けがあることが必要
- ・病院内で貢献するだけでなく、「社会・地域に貢献する心理師」として広い視点やスタンスを持った公認心理師として、他職種を尊重しながら関わっていくことが必要

#### 結果のまとめ

- ・外来では、構造化された心理支援を行うこともあるが、それではニーズを満たしきれず、非構造化面接と組み合わせて行っている。
- ・心理検査はパッケージ化して提供する工夫がなされている。フィードバック面接は、必ず実施し、必要に応じて関係者も交えて行っている。
- ・要保護児童対策地域協議会などにも関わりアセスメント資料を提供している。
- ・「家族の理解なしには支援を進めていくことが難しいケースも多々あるが、公認心理師によるアプローチによって家族の本人への理解が促進されることで、その後の他職種による支援もスムーズになる」という他職種からの意見があった。
- ・地域に根差した病院の職員として、地域への貢献も視野に入れての活動となっている。

### 3) 精神科クリニック（外来）

インタビュー対象：公認心理師・医師（精神科）

#### 精神科クリニック（外来）

##### 公認心理師の活動

###### 心理検査

- ・目的に応じて検査の組み合わせを提案し、心理検査を実施
- ・本人へのフィードバックは診察前に実施し、診察につなげている

###### 心理教育

- ・主にグループの中で心理教育を実施。個別心理面接の中でも必要に応じて行う

###### 個別心理面接

- ・思春期、トラウマや家族関係の問題、愛着の問題等の患者の支援依頼が多い

###### 集団心理支援

- ・アルコール・うつ・不安障害デイケア、ギャンブル依存症再発防止プログラム等を実施。個別と集団の両面から支援する

###### 家族支援

- ・家族への心理教育グループを実施

###### 院内連携

- ・毎朝、全スタッフでの申し送りを行う中で多職種間で情報共有を行っている

###### 院外連携

- ・地域の支援者会議、要保護児童対策地域協議会のケースカンファレンスに出席

###### 就労支援

- ・リワークデイケアを実施。産業医と連携。転職活動や手帳取得のサポートの実施

##### 連携他職種からの意見

- ・公認心理師の関わりで患者の病状をより理解しやすくなる。診断的な面でも治療面でも役立つ。心理検査の結果による裏付けがあると、診断につながりやすい
- ・公認心理師によるカウンセリングの実施により、患者が医療者に「話しやすい」土壌を作ってくれる
- ・患者が「自分のために時間を作ってもらっている」と感じ、患者満足度が上がる
- ・心理面接後、診察という流れのため、診察時にカウンセリングで得られた情報が入り、診療上役立つ
- ・専門的な精神療法を行うことばかりでなく、ちょっとした「相談」に公認心理師が応じてくれていることも、診療上大変役に立っている

##### 現状

- ・経営とのバランスの為、支援に時間をかけられない葛藤がある
- ・スタッフが多忙な為、心理師同士での共有、研鑽し合える時間が十分に確保できない

##### 課題

##### 今後の方向性

- ・個別面接、心理検査フィードバック、家族支援の診療報酬化が期待される
- ・集団での支援と個別支援の両面から実施できる公認心理師が増えるとよい。集団精神療法はすでに診療報酬化されているので、そこに公認心理師が積極的に取り組むことで収益にも貢献できることが期待される

##### 結果のまとめ

- ・地域のクリニックとして、様々な患者を引き受け、心理支援も行っている。
- ・心理検査のフィードバックは診察前に実施し、診察につなげる工夫がなされている。
- ・集団による支援と、個別支援を組み合わせで行っており、それが患者の支援として効果的に、相補的に働いている。
- ・朝の全スタッフでのミーティングなど、情報共有の工夫を行っている。
- ・「公認心理師が、構造化された心理面接に限らず、『相談』として患者の話聞くことで、診察もスムーズに流れ、患者が話しやすい土台となる」と医師からの意見があった。

## 4) 精神科病院（デイケア・就労支援）

インタビュー対象：公認心理師・作業療法士

### 精神科病院（デイケア：就労支援）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・デイケアプログラム「認知機能リハビリテーション」の実施前後にデイケア担当の公認心理師が認知機能検査を実施

##### 個別心理面接

- ・デイケア参加患者の個人目標、リハビリに合った個別支援
- ・定期的面接の他、個人が抱えるストレス、家族のこと、メンバー同士の問題等の相談を受ける

##### 集団心理支援

- ・デイケアという集団の中で心理教育、認知機能リハ、CBT、IMR、メタ認知トレーニング、SSTを実施

##### 家族支援

- ・年2回の家族会とともに、必要に応じ家族相談を実施

##### 院内連携

- ・電子カルテを活用し情報共有。入院患者が退院後、デイケアに参加する際には、退院前カンファレンスに公認心理師も参加し、情報共有を行っている

##### 院外連携

- ・保健師や地域就労支援機関とのカンファレンスへの参加、メンバーが利用している就労移行支援事務所などへの同行支援を行っている

#### 連携他職種からの意見

- ・公認心理師との個別面接を行った患者からは、自己理解が進んだとの報告がある
- ・公認心理師は患者に発言を促したり、意見を広げていく関わり方が上手く、患者自身が視野を広がり、患者本人が自信を取り戻す支援となっている
- ・院内連携において他職種と情報共有し、関係者間の繋がりを強くしてくれる役割がある
- ・アウトリーチでの見立てが必要な患者がいるので、訪問看護の算定条件に心理職が含まれるとよい
- ・他職種の視点から作業療法プログラム運営にもアドバイスをもらえると、関わり方の工夫が広がると思っている。集団の中にいる患者の対人関係面を公認心理師からアセスメントしてもらえるとよいと感じている

#### 現状

- ・引きこもり患者のグループや、訪問看護への動向も期待され、また治療段階に沿ったプログラムを実施したいが、マンパワー不足でできていない
- ・人員不足で他職種のスタッフ教育に関わっていない
- ・集団的アプローチと個別支援を充分組み合わせることで回復が期待できると思われるが、十分でない

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・診療報酬の加算の充実が望まれる。それに合った人員の増加が望まれる
- ・デイケアにおける見立てや支援の段階を可視化したクリニカルパスの作成が必要である
- ・医療で働く心理職のキャリアパスの作成が望まれる
- ・公認心理師実習のガイドライン作成が望まれる

#### 結果のまとめ

- ・デイケアのスタッフとして関わる中で、デイケアプログラムの「認知機能リハビリテーション」の実施前後にデイケア担当の公認心理師が認知機能検査を実施したり、参加者の個別心理面接を取り入れたりしている。
- ・デイケア参加者の個人目標に応じて保健師や地域就労支援機関とのカンファレンスへの参加、メンバーが利用している就労移行支援事務所などへの同行支援を行っている。
- ・他職種からは「アウトリーチでの公認心理師による見立てが求められており、必要な患者がいるので、訪問看護の算定条件に心理職が含まれるとよい」という意見があった

## 5) 精神科医療機関アウトリーチ

インタビュー対象：公認心理師・医師（精神科）・訪問看護師(2)

### 精神科医療機関アウトリーチ

#### 公認心理師の活動

##### アウトリーチ

- ・精神科未治療、通院に繋がらない、問題解決の糸口が見つからない、本人に支援ニーズがない等の困難ケースの訪問看護に心理師が同行。アセスメント・コンサルテーション、カンファレンスを実施

##### 心理教育

- ・他職種から心理教育のニーズが多い
- ・困り事が疾患から起因することを伝える。要支援者の家族に疾病理解を促す

##### 家族支援

- ・訪問先の要支援者や家族への心理教育

##### 院内連携

- ・他職種（主に訪問看護師）からアセスメントやコンサルテーションの依頼がある。要支援者への後方支援を実施している

##### 院外連携

- ・院外会議において、他機関スタッフの要支援者への関わり方を提案
- ・相談支援事業所、自治体の保健師、福祉事務所、家族、後見人、社会福祉協議会の方などの関係者にアセスメント情報を伝え、退院後の関わり方について提案
- ・要支援者に自傷他害のリスクがあるかどうかの確認が必要。そうした場合は、保健師や警察官等と同行支援となることがある

#### 連携他職種からの意見

- ・シェアド・デジジョン・メイキング（SDM）を通して患者本人が問題や症状をコントロールできるようになることが重要であり、疾患や特性のみならず、背景にある問題がどのようにアドヒアランスに影響しているかの評価は主に公認心理師が行っている。また、心理教育、行動療法、エンパワメントなど、これら一連の支援は公認心理師のスーパーバイズがあってこそ実施できると考える。公認心理師はSDMを実現させる要になっている
- ・発達障害やひきこもりの方など、支援に繋がらない方に公認心理師が対応することで、きっかけが作られ、結果として支援につながる
- ・対応が難しいケースでは、公認心理師に対応の仕方のアドバイスを得ることで関わりやすくなる

#### 現状

- ・訪問看護などのアウトリーチをすることは時間を要し、コストパフォーマンスが悪い
- ・地域福祉に移行すると支援が届きにくくなるケースに関しては、公認心理師が家に出向いての支援が望まれるが、実施できていない

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・今後、訪問看護の算定基準に心理師が含まれていくことが望まれる
- ・他職種への支援【コンサルテーション】にも診療報酬上算定可能となることが望まれる

#### 結果のまとめ

- ・精神科未治療、通院に繋がらない、問題解決の糸口が見つからない、本人に支援ニーズがない等の困難ケースの訪問看護に心理師が同行。アセスメント・コンサルテーション、カンファレンスを実施。
- ・訪問先で、要支援者や家族への心理教育が求められる。また、同行しない場合も、後方支援としての公認心理師の活動が期待されている。
- ・地域福祉に移行し支援が届きにくくなるケースへの公認心理師が家に出向いての支援は行えていないが、期待されている。
- ・訪問看護チームに公認心理師も含まれるようになることや、同行しなくとも、後方支援として公認心理師が行ったコンサルテーションに対しての保険点数化が望まれる。

## 6) 総合病院（コンサルテーション・リエゾン）

インタビュー対象：公認心理師・精神看護専門看護師

### 総合病院（コンサルテーション・リエゾン）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・疾患や治療への理解やアドヒアランスなど、身体科治療を進める上での問題が認められる患者に心理検査を実施
- ・医療スタッフへ、当該患者への説明や対応の仕方など、フィードバックを行う

##### 個別心理面接

- ・精神科リエゾンチームの関与から心理支援が必要と判断された身体疾患患者に対する支援
- ・臓器移植患者への心理アセスメント面接
- ・臓器移植待機患者や切迫早産の妊婦など、入院が長期化したケースに対する支援
- ・腎代替療法外来での心理社会的アセスメントとそれに基づいた意思決定支援

##### 院内連携

- ・精神科リエゾンチームのチームメンバー内での連携の他、リハビリテーション専門職、管理栄養士、助産師、移植コーディネーターといったスタッフと情報の共有を行い、チームの調整役を担う。連携職種は連携先によって異なる

##### 院外連携

- ・精神的な課題を抱える妊産婦について退院時カンファレンスで心理的視点からの情報提供

##### その他

- ・病棟や治療チーム全体を俯瞰し、チームがさらに機能できるように調整や助言を行う

#### 連携他職種からの意見

- ・リエゾンチーム専従の公認心理師が患者の日々の様子を継続して把握し、また、職種間の情報や状況をつないでくれていることで、支援全体が繋がっている
- ・公認心理師がチームに加わることで症状だけでなく、背景要因を含めて患者を理解し、支援することが可能になる
- ・スタッフの困り感の軽減・解消に役立っている
- ・自殺対策をもっとやってもらいたい
- ・ハイリスクな課題、倫理的な問題を多職種で検討する際にもっと公認心理師にも出てもらえるとよい
- ・スタッフ教育での講義を担当して欲しい（対応困難例の理解や対応、理解のためのツールの紹介、アセスメントのプロセスの説明など）
- ・病棟、外来、その他、患者サービス室などのそれぞれに担当心理師が配置されると、支援の質が上がり、スタッフも相談しやすいのではないかと感じる

#### 現状

- ・多数の病床に対しリエゾン担当公認心理師は一人なのでできることが限られる。倫理カンファレンスへの参加等も期待されているが現状対応できていない
- ・外来へ移った際の継続フォローを充実させたいが、外来ではリエゾンチームのコストがとれないこと、マンパワー不足の理由で実現されていない。地域への支援も期待されているが実施できていない

#### 課題

#### 今後の方向性

- ・診療報酬上、精神科リエゾンチーム加算のように、公認心理師が関わるチーム加算、公認心理師が病棟やセンターなどに配置された場合の配置加算、病院全体の公認心理師の人数による総合体制加算、などの充実が望まれる

#### 結果のまとめ

- ・総合病院内精神科リエゾンチームの一員として、各科からの依頼に基づき、心理支援が必要と判断される患者の支援に関わる。そのため、連携職種も医師や看護師のみならず、リハビリテーション専門職、管理栄養士、助産師、レシピエント移植コーディネーターなど、多岐にわたる。
- ・治療選択の意思決定支援や高度医療をめぐる心理的評価と支援（臓器移植や腎代替療法選択）を行っている。
- ・臓器移植患者に対する面接、腎代替療法外来での心理社会的アセスメントとそれに基づいた意思決定支援など、身体疾患の治療上、心理的に介入が必要な患者に対して支援要請が入る。
- ・大規模な病院であり、多くの病床に対し、リエゾン担当の公認心理師は1名なので、マンパワー不足である。
- ・「ハイリスクな課題、倫理的な問題を多職種で検討する際にもっと公認心理師にも出てもらいたい」「病棟、外来、その他、患者サービス室などのそれぞれに担当心理師が配置されると、支援の質が上がり、スタッフも相談しやすいのではないかと」と看護師などの他職種から意見があった。

## 7) 摂食障害

インタビュー対象：公認心理師・管理栄養士

### 摂食障害

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・症状の背景にある個人の特性を掴むために実施。検査時の面接で家族関係や成育歴等もアセスメントを行う
- ・本人・家族向けにフィードバックを行う。それによりカウンセリングと同様の効果が得られる場合もある
- ・結果をカンファレンスで共有し、スタッフの患者理解につなげる

##### 個別心理面接

- ・身体状況に合わせて、面接内容や頻度などを変化させていく。低体重時は心理教育中心、回復してきたら家族葛藤を扱うなど、より内省的な心理面接に移行する

##### 集団心理支援

- ・集団療法のファシリテーターとして関与

##### 家族支援

- ・治療の段階や局面に応じて介入。同席面接、個別の家族面接を組み合わせ実施

##### 院内連携

- ・連携する専門職に必要な情報を提供
- ・医師、看護師、栄養士、ソーシャルワーカーなど

##### 院外連携

- ・作業所・学校関係者などとの連携

#### 連携他職種からの意見

- ・公認心理師の心理アセスメントにより、患者の内面の理解がしやすくなる
- ・公認心理師に相談できることで自職種の支援の道筋を立てやすくなり、安心して関与できる
- ・カウンセリングを受けている人はひどい低体重に至らず、入院しない傾向にあると感じる
- ・家族支援をもっと充実させてほしい
- ・中学生～高校生といった若い症例は思春期における挫折などの課題があり、もっと公認心理師に積極的に介入してほしい
- ・支援スタッフの教育を公認心理師に行ってほしい
- ・もっと他の身体疾患にも関わってほしい
- ・カンファレンスなどでもっと公認心理師の意見が欲しい

#### 現状

- ・心理面接を必要な全例に実施することが難しい。特に早期介入が求められているが、不十分である
- ・本人だけでなく家族支援、家族面接が必要だが十分に行えていない。カンファレンス関与も十分ではない
- ・倫理カンファレンスに関わってほしいという要望があるが十分に参加できていない
- ・スタッフ教育に公認心理師が十分関わっていない

#### 課題

#### 今後の方向性

- ・治療初期段階からのカウンセリング導入、病棟での関与のための人員確保に向け配置を求めていく
- ・公認心理師との協働経験がある職種を増やす努力を行う。研修医教育の中に公認心理師を知ってもらうような内容を入れていく。多職種のスタッフ教育に寄与する

#### 結果のまとめ

- ・摂食障害の症状の背景にある個人の特性を掴むために心理検査を実施し、検査時の面接で家族関係や成育歴等も含めたアセスメントを行い、本人・家族向けにフィードバックを行う。それによりカウンセリングと同様の効果が得られる場合もあり、カウンセリング導入となる場合もある。
- ・身体状況に合わせて、面接内容や頻度などを変化させていく。低体重時は心理教育中心、回復してきたら家族葛藤を扱うなど、より内省的な心理面接に移行する。
- ・治療には家族の関与が重要であり、家族支援が求められる。親子同席面接や、患者の個人面接と家族面接の併用など柔軟に対応している。
- ・医師、看護師、管理栄養士、ソーシャルワーカーなど、連携職種は多岐にわたる。
- ・長期化する例もあり、摂食障害をアディクションモデルでとらえることも必要である。
- ・「精神科や心療内科の患者の対応に不慣れたスタッフに対する教育や、摂食障害患者の心理的特徴などのレクチャーなどをもっと行ってほしい、公認心理師と一緒に支援に入っていると自職種の支援が安心してできる」と管理栄養士から意見があった。
- ・業務の中で公認心理師との協働経験がある職種を増やす努力が必要である。

## 8) 小児（身体疾患）

インタビュー対象：公認心理師・医師（小児神経科）

### 小児（身体疾患）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・各科からオーダーがあり、心理検査を実施する。知能検査、発達検査が多い。脳神経系の疾患では神経心理学的検査も実施
- ・退院までに状態がかなり変化するため、退院直前に検査実施。

##### 心理教育

- ・心理面接や検査フィードバックを通し、心理教育を実施する

##### 個別心理面接

- ・児童精神科からオーダーされて実施
- ・障害や疾患についての基礎知識や地域での生活に向けての面接となり、心理教育が中心となる

##### 家族支援

- ・障害受容も含めての支援を行う。きょうだい児支援は必要と思うが未着手

##### 院内連携

- ・児童精神科、放射線科、神経科のカンファレンスにも出席
- ・院内学級のカンファレンスに参加
- ・児童精神科につなぐ必要があるケースについての連携、公認心理師が属する保健発達部内での連携は常に行っている
- ・多職種のスタッフで総合的に評価する集団外来を実施している

##### 院外連携

- ・併設支援学校教員や、地域の学校に復学する場合は当該校の教員との会議に参加

#### 連携他職種からの意見

- ・発達などの評価が迅速に必要なケースに公認心理師がすぐ対応してくれるため診療の質が高められている
- ・患児の評価や患児の今の発達状況を家族がどう受け入れているのかなど、公認心理師がアセスメントしてくれるため医師のみでは対応しきれないところに支援が届けられている
- ・各科をまたいで患者を横断的に見ていく職種は少ないが、公認心理師はその役割を担っているのので、柔軟に活動していけるような枠組みを作ってほしい
- ・慢性疾患等、継続支援が必要な科と協働していくと、さらに公認心理師の役割や重要性が広く認知されているのではないかと

#### 現状

- ・心理検査の依頼件数が多く、常に待機がいる
- ・様々な科から公認心理師の支援が求められるが、診療報酬化されていないため、支援対象が限られる。必要とされても支援が届かない
- ・きょうだい児支援は必要だが出来ていない

#### 課題

#### 今後の方向性

- ・心理職の果たす役割を増やしていく。そのためにも診療報酬化が望まれる。診療報酬化により、もう少し人員を確保したい

#### 結果のまとめ

- ・小児の総合病院のため、各科からオーダーがあり、各種心理検査を実施するが、知能検査、発達検査が多い。脳神経系の疾患では神経心理学的検査も実施している。
- ・退院までに状態がかなり変化するため、退院直前にも検査を実施する。身体状態や、発達に応じて、検査結果は変わっていくので、その都度のアセスメント、それに合わせた支援が必要である。
- ・心理検査結果も踏まえ、障害や疾患についての基礎知識や地域での生活に向けての面接となり、本人・家族ともに心理教育が中心となる。きょうだい児支援は必要と思うが未着手である。
- ・院内各診療科から親の支援も含めて、公認心理師の関与がさらに期待されているが、対応しきれていない。
- ・「各科横断的に動く職種は少ないが、公認心理師はその役割を担っているのので、柔軟に活動していけるような枠組みが必要」「慢性疾患等、継続支援が必要な科と協働していくとさらに良い」という医師からの意見があった。

## 9) 小児（精神疾患）

インタビュー対象：公認心理師・医師（児童精神科）

### 小児（精神疾患）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・精神科、児童精神科ではWISC-IV等の知能検査、またNICU、GCUから超低出生体重児、極低出生体重児にはK式等の発達検査を実施する。フォローアップ外来でも検査やフィードバックを実施

##### 心理教育

- ・PTSDの方に対する心理教育と、思春期、青年期の発達障害の方への自己理解の心理教育を行っている

##### 個別心理面接

- ・子どもの個別カウンセリング、親へのカウンセリングを実施する
- ・発達障害、DV、虐待など、複雑なケースが増え、それらが支援対象となっている

##### 家族支援

- ・ニーズがありそうな母親に対して、公認心理師との面接につなげてもらい必要に応じて継続支援を行う

##### 院内連携

- ・NICU、GCUでのカンファレンスに参加し、病棟スタッフとの情報共有も行う。発達外来では多職種のスタッフで総合的に評価するアセスメント外来を実施している

##### 院外連携

- ・医療的ケアの継続が必要な場合、退院支援カンファレンスに参加する
- ・虐待、マルトリートメントの場合なども院外の機関と連携する場合がある

#### 連携他職種からの意見

- ・入院患者の心の安定化、保護者を支えることで、入院治療を継続させていくことができている
- ・患者の問題行動について、公認心理師から心理的な知識や理解の枠組みを提示することで、関係スタッフの理解のまとまりを作っていくことができている
- ・虐待防止につながるような育児支援、親支援という枠組みのものをもっと充実させていけたらいいと思う
- ・一か所の職場に複数人の心理師がいるといい。ケースの数としても複数人いないと回らないと思う
- ・性別がどちらかに偏ることなく、心理師が配置されているといい

#### 現状

- ・公認心理師の人員が不足しており、ケースをもっと丁寧に支援したくてもできていない。ニーズがあっても、見過ごされてしまう場合がある
- ・もっと専門性の高い支援や多職種による親支援グループを実施したいができていない

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・公認心理師の活動の診療報酬化。活動しやすくなり、人員が確保できる
- ・ある程度専従化できると、支援ニーズを見落とすことがなく、よいのではと感じる
- ・大学院の実習生が病院内でサブアシスタント的に活用できるとよい。受け入れる側にもメリットがある実習のあり方の検討が望まれる

#### 結果のまとめ

- ・PTSDの方に対する心理教育と、思春期、青年期の発達障害の方への自己理解のための心理教育、心理面接を行っている。
- ・多職種によるアセスメント評価を行う「アセスメント外来」を行っている。
- ・発達障害、DV、虐待など、複雑なケースが増えている。その支援に必要な職種との院内連携、院外連携が行われている。
- ・「本人だけでなく、保護者を支えることで、治療を継続させていくことができている」「虐待防止につながるような育児支援、親支援という枠組みをもっと充実させてほしい」「一か所の職場に複数人の心理師が、性別が偏ることなく配置されているといい。」という医師の意見があった。
- ・公認心理師の活動が診療報酬化されると活動しやすくなり、人員が確保できる。

## 10) 依存症（物質依存）

インタビュー対象：公認心理師・精神保健福祉士

### 依存症（物質依存）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・アルコール依存症病棟で離脱期の内科的治療における心理検査を実施。検査結果により、スクリーニングを行う

##### 心理教育

- ・病棟におけるアルコール依存症に対する多職種による勉強会を実施しており、公認心理師は「アルコールと心理」「アンガーマネージメント」の講義を担当

##### 個別心理面接

- ・医師から依頼された患者の心理面接

##### 集団心理支援

- ・入院中の認知行動療法および勉強会をグループで実施
- ・デイケアにおいて、運動、農作業、芸術療法などのプログラム実施、アルコール依存症の方のみを対象とした勉強会
- ・マインドフルネスのチームに公認心理師も協働。外来での認知行動療法のプログラムを公認心理師が作成中である

##### 家族支援

- ・PSW、看護師とも協働しながら家族会に心理も携わる

##### 院内連携

- ・集団精神療法やデイケア、集団心理教育、家族会において、必要な多職種と協働

#### 連携他職種からの意見

- ・心理検査により、認知機能を中心とするその患者の理解度、情報処理能力、遂行能力、などが把握できるため、今後の施設利用や家族への説明などに役立つ
- ・個別カウンセリングは、集団での支援だけでは対応不十分な方の自己理解の支援、継続的なサポートなどに役立っている
- ・外来のアルコール治療プログラムの認知行動療法において、否認の解除、動機付け、ストレスコーピングなど、重要なところを公認心理師が担っている
- ・家族支援においても、個別で継続的なかかわりが必要な方に対して、個別面接が行われている

#### 現状

- ・診療報酬化されていないプログラムの実施は、経営とのバランスで難しい
- ・入院患者の心理面接は保険点数化されていないため、必要であるが減らしていく方向である
- ・もっと様々な場面で患者・家族ともに個別支援が必要と思うが、十分でない

#### 課題

#### 今後の方向性

- ・公認心理師の活動が診療報酬化され、必要な人員が確保できることが望まれる
- ・国内・海外で、この領域の研究において活躍できる人材が増える事が望まれる
- ・公認心理師の認知度をあげる努力をしていく

#### 結果のまとめ

- ・アルコール依存症患者の治療に対して、入院・外来問わず多職種で支援にあたっている。
- ・集団支援の中で、心理教育として多職種による勉強会を実施。デイケアでも、多職種チームの一員として関わる。
- ・外来での認知行動療法のプログラムを公認心理師が作成中である。
- ・「個別カウンセリングは、集団での支援だけでは対応不十分な方の自己理解の支援、継続的なサポートなどに役立っている。」と他職種から意見があった。
- ・もっと様々な場面で患者・家族ともに個別支援が必要であるが十分に行えておらず人員不足である。
- ・診療報酬化されていないプログラムの実施や、入院中の心理支援は、収益にならずサービスとなってしまうため、提供が難しい。

## 11) 依存症（嗜癖行動）

インタビュー対象：公認心理師・精神保健福祉士

### 依存症（嗜癖行動）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・外来インテーク後や入院時に心理検査を実施
- ・ゲーム障害のスクリーニングの他に、他精神疾患との鑑別。とくに発達障害との合併が多いため発達検査、知能検査を実施

##### 心理教育

- ・集団療法や家族会の中で、心理教育や講義などを行っている

##### 個別心理面接

- ・主に外来で、心理面接を実施。入院中の心理面接もある
- ・オンラインカウンセリングも実施

##### 集団心理支援

- ・インターネット／ゲーム依存症者に対する治療キャンプ。内容は医療的なプログラムと体験的プログラムのかけ合わせ

##### 家族支援

- ・家族会の中心はPSWであるが、公認心理師が講師として参加、座談会に参加する
- ・オンラインの家族相談、家族ワークショップ（講義＋座談会）も用意

##### 院内連携

- ・本人に心理師が会い、ドクターが親御さんの話を聴くことで連携。時には家族と本人、主治医、心理で合同セッション

##### 院外連携

- ・専門家向けの研修会講師や事例検討会のファシリテーター
- ・予防的な支援として、小・中学校で講義したり、家族向けの講演もしている
- ・イベントとしての治療キャンプは文科省の事業であり教育機関と一緒にいる

#### 連携他職種からの意見

- ・公認心理師の丁寧なアセスメントを元に、その後の支援を考えることができる
- ・グループワークや家族会などで、ソーシャルワーカーの視点と心理職の視点の両方があることで、グループへの関わり方に広がり生まれ、互いに勉強にもなる
- ・グループワークでは、治療プログラム以外のウォーミングアップやフリーなプログラムのなかで素直に語られる話（例：生育歴を振り返りつつの自己理解や、来年度の目標など）が引き出せるような関わりができるとうよい
- ・特化した病棟への配置になると、視野が狭くなったり、現実感が分からなくなってしまうリスクがあると感じる

#### 現状

- ・様々なプログラムを用意しているため、スタッフが忙しい
- ・依存症はケースごとにマンパワーと時間がかかり、現状の診療報酬と見合わない
- ・公認心理師には技法や理論の違いによりばらばらであると感じる

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・集団治療プログラムを充実させたい。診療報酬化により人員を確保したい
- ・困難事例を振り返り支援の質を高めることが望まれる
- ・公認心理師が、技法などの違いはあれ、もっとまとまっていく必要がある

#### 結果のまとめ

- ・基本的に医師とともに支援を行い、入院治療ではさらに多くの職種と連携する。家族と本人、主治医、心理で合同面接を行う場合もある。
- ・発達障害との合併が多いため発達検査、知能検査を実施している。
- ・集団療法や家族会の中で、心理教育や講義などを行っている。
- ・入院・外来ともに心理面接を実施している。本人の支援、家族支援もオンラインでも対応している。
- ・インターネット／ゲーム依存症者に対する治療キャンプを実施している。
- ・集団支援の場で「ソーシャルワーカーの視点と心理職の視点の両方があることで、グループへの関わり方に広がり生まれる」と他職種（ソーシャルワーカー）の意見があった。
- ・専門家向けに研修会講師を行ったり、予防的な支援として、小・中学校で講義したり、家族向けの講演もしている。

## 12) がん・緩和ケア（両立支援）

インタビュー対象：公認心理師・がん看護専門看護師

### がん・緩和ケア（両立支援）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・神経心理学検査や各種アセスメント評価。他職種が行う場合もある

##### 心理教育

- ・患者や家族に対して、がんに対する心理教育の支援を行う

##### 個別心理面接

- ・がん治療の前後や外来受診に合わせて面接を設定しており、決まった枠はない
- ・がん治療の意思決定などについては、継続で支援する

##### 集団心理支援

- ・患者会やサロン、ピアサポートグループの支援を長期に渡って行っている

##### 家族支援

- ・適宜精神科や、地域の相談機関を紹介する

##### 就労支援

- ・告知に同席したうえで、今後の生活や治療の影響について考える場を設ける
- ・医療費や社会資源の情報提供を行う

##### 院内連携

- ・精神科医の介入が必要と思われる方は、患者と相談し、精神科にコンサルトする

##### 院外連携

- ・就労支援のため産業保健総合支援センター、県内の中小企業向けの就労全般の相談機関である中小企業労働相談所との連携

#### 連携他職種からの意見

- ・医師の説明を、公認心理師が補足して丁寧にわかりやすく説明し、患者の不安軽減につながっている
- ・患者に説明する言葉の選び方、配慮について、スキルが高い
- ・診断直後、治療中、終末期のそれぞれの時期に応じた心理状況のアセスメント力が高い
- ・精神疾患を持った方ががん治療で起りうることを予測して説明してくれるのでスタッフが対応しやすくなる
- ・患者の特性を理解したうえで具体的なアドバイスを公認心理師からもらうことができ、他職種として心強い
- ・公認心理師はまだ、病院のなかでは希少な存在。精神科、小児科などでは公認心理師の役割について比較的知られているが、がん患者の中には公認心理師の存在をあまり知らない場合が多い
- ・公認心理師にできることをもっとわかりやすくアピールしてほしい。心理師の活動を見る化してもらえると、他科からも声もかけやすい
- ・公認心理師の視点が様々な場面で役に立つので、公認心理師の活動が診療報酬で算定できるようになるとよいと思う

#### 現状

- ・がんの治療や就労についての支援を行っても評価されにくい
- ・心理師は必要だとは言ってもらえるが、人員増加につながらない
- ・公認心理師が院内に点在していることもあるのか、存在が知られておらず、心理支援依頼は少ない

#### 課題

#### 今後の方向性

- ・両立支援について、さらなる充実が必要である
- ・公認心理師の関与に診療報酬上の評価が必要である
- ・心理検査を用いたアセスメントが必要な患者は、公認心理師が他科から依頼を受けて支援を担い、「心理」の視点を広めていくことを目指す

#### 結果のまとめ

- ・相談支援センター所属ということもあり、がんの治療の前後や外来受診に合わせて面接を設定し、枠にとらわれず面接をしている。告知場面に同席したり、治療の意思決定などについては、継続で支援。がん告知のショックで退職してしまう方もいるので、「辞めない」ための支援を行っている。
- ・患者会やサロン、ピアサポートグループの支援を長期に渡って行う。
- ・就労支援のため産業保健総合支援センター、県内の中小企業向けの就労全般の相談機関である中小企業労働相談所との連携を行い支援している。
- ・「がん患者は公認心理師を知らない場合が多い。公認心理師の活動をアピールしてもらえると、他科からも声もかけやすい。」「公認心理師の視点が様々な場面で役に立つので、活動が診療報酬で算定できるようになるとよい」と看護師からの意見があった。

## 13) がん・緩和ケア（緩和ケア）

インタビュー対象：公認心理師・緩和ケア認定看護師

### がん・緩和ケア（緩和ケア）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・患者の負担を避けるためツールは用いず、会話の中で見当識を判断するなどのアセスメントを実施

##### 心理教育

- ・本人・家族に個別面接の中で適宜行う

##### 個別心理面接

- ・不安が高い患者に面接することが多く単回の面接が多い。継続支援が必要な場合は精神科にリファーする。家族支援も適宜行っている

##### 集団心理支援

- ・患者会やがん相談支援センター実施の「心理相談会」に参加し支援につなげている

##### 就労支援

- ・ソーシャルワーカーの支援に繋いでいく

##### 院内連携

- ・患者や家族、周囲の支援者の精神状態をアセスメント、支援スタッフに伝える
- ・病棟看護師へコンサルテーションも行う
- ・多職種で意見を出し合うときに患者や家族の意見が取りこぼされないように拾い上げ患者や家族が主体性をもって課題の解決に向かっていけるような支援を行う

##### 院外連携

- ・在宅医療への退院前のカンファレンスに出席し、地域包括支援センターと連携する
- ・教員やSGCに対し、家族ががんになった生徒への対応の注意点などを伝える

#### 連携他職種からの意見

- ・病棟のポリシーなどにより、公認心理師の活用に温度差がある
- ・心理師とは週に1回病棟をラウンドし緩和ケアの依頼元に行き、身体面への訴えには認定看護師、心理面だと公認心理師が対応する
- ・公認心理師のアセスメントによって、患者や家族の関係性、心理状況について大変わかりやすくなる。特性や性格傾向の見立てを公認心理師が行った結果を他職種が活用でき、その後のケアが行いやすくなる
- ・支援者側がケアに当たる中で苦しい時に、考え方やストレスの発散の仕方なども教えてもらえるため、他の職種が大変助かる
- ・院内に公認心理師は少ないので、もう少し人員が欲しい
- ・医師と患者の間で、コミュニケーションが上手くいかなかった場合に、公認心理師が間に入って上手くいくことがあった
- ・ケースカンファレンスにも公認心理師が参加して、心理の視点での意見をもっと言ってほしい
- ・病院のシステムや体制を整えるための話し合いにも、幅広い見方ができる公認心理師が入ってもらえるとよいのと思う

#### 現状

- ・公認心理師の数が少なく、急を要する案件が重なると業務が滞る。マンパワーがさらに必要
- ・院内全体で、公認心理師の支援ニーズをキャッチする力が不十分である
- ・がん患者の親を持つ子どものケアについて充実させたいが、人員不足で出来ていない

#### 課題

#### 今後の方向性

- ・人員不足を補う意味でも業務をシステムティックに進める仕組みが必要である
- ・他職種に公認心理師の活用について研修する
- ・公認心理師が活動している様々な場面に適切な診療報酬による評価が付くことが必要である

#### 結果のまとめ

- ・緩和ケアチームに属し、依頼に応じて各科に出向いて支援を行い、他職種へのコンサルテーションを行う。個別支援、家族支援も適宜行っている。
- ・緩和ケアを受ける患者の身体状況を踏まえ、負担がかかる心理検査ではなく、会話の中で見当識を判断するなどのアセスメントを行っている。
- ・多職種で意見を出し合うときに患者や家族の意見が取りこぼされないように拾い上げ、患者や家族が主体性をもって課題の解決に向かっていけるような支援を行う。
- ・「公認心理師が行ったアセスメント結果を他職種が活用でき、その後のケアが行いやすくなる。院内に公認心理師は少ないので、もう少し人員が欲しい。」という看護師からの意見があった。
- ・教員やスクールカウンセラーに対して、家族ががんになった生徒への対応の注意点などを連携して伝えている。
- ・がん患者の親を持つ子どものケアについて院内での活動を充実させたいが、人員不足で出来ていない。
- ・活動に診療報酬の裏付けが欲しい。

## 14) 周産期（産婦人科／生殖医療）

インタビュー対象：公認心理師

### 周産期（産婦人科/生殖医療）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・アセスメント面接時エゴグラムを実施
- ・診断補助的な意味でのアセスメント、知能・発達検査は行っていない

##### 心理教育

- ・初診時すべての方に不妊治療との付き合い方等ガイダンス的面接を行っている

##### 個別心理面接

- ・個人面接、カップルセラピーを実施
- ・妊娠できないことへの劣等感を持っているため、それに対する支援
- ・不妊の診断や、妊娠がうまくいかない事実から立ち直って治療を継続することの支援を行う。治療の意思決定、その人らしさを保つ支援を行う

##### 家族支援

- ・夫や、それ以外の家族にも関わることがある

##### 院外連携

- ・他クリニックに通院中の方のカウンセリングも引き受けている

##### 院内連携

- ・日に一度のスタッフ間でのミーティングでの情報共有。胚培養士は医療系の教育を受けてこなかった方々も多いため、対人援助サービスについての助言等を行っている

#### 連携他職種からの意見

- ・普段、患者がクリニックで医師や他の医療スタッフでは話せないことを公認心理師になら話しやすいというメリットがある
- ・不妊治療が円滑に進むことへの支援が求められ、診療が滞るような方（話の長い患者さん、治療が不成功でいつまでも泣いてしまう、など）の対応が公認心理師に求められる
- ・生殖補助医療の場に、不妊治療を進めること、妊娠することを絶対的価値をしない立場として公認心理師がいることの意味は大きいですが、まだ理解は進んでいない

#### 現状

- ・生殖医療がきちんと行われることが重要であり、生殖医療や不妊について正しく知る、という心理教育が必要であるが不十分である
- ・性のことは、医療にかかる本人も、医療者も知らない現状がある

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・不妊治療について、公認心理師がもっとこの領域に関わるための研修の充実を望む
- ・精神科以外の身体疾患の領域での心理支援の知識の共有が大切。それぞれの身体科で蓄積してきたものを職能団体が中心となって集約し、身体疾患の医療現場でも心理師が役に立つと啓発していくこと重要
- ・性に関する教育や不妊に関する知識を義務教育でもきちんと行い、そこに公認心理師が関わるとよい

#### 結果のまとめ

- ・初診時すべての方に不妊治療との付き合い方等ガイダンス的面接を行っている。診断補助的な意味でのアセスメント、知能・発達検査は行っていない。
- ・個人面接、カップルセラピーを実施している。
- ・治療は意思決定の連続であり、継続だけではなく、治療終結を決断する場面にも公認心理師の支援が求められる
- ・生殖医療や不妊について正しく知る、という心理教育が必須である。
- ・性のことは、医療にかかる本人も、医療者も知らない現状がある。
- ・性に関する教育や不妊に関する知識を義務教育でもきちんと行い、そこに公認心理師が関わるとよい。
- ・生殖医療に関わる公認心理師は少ない。この領域に関わる公認心理師を増やす、興味を持ってもらうための研修の充実が望まれる。

\*この領域は連携他職種からのインタビューが実施できなかったため、公認心理師に対するインタビュー内容から、連携他職種の意見と思われる内容を抽出した。

## 15) 周産期（ハイリスク妊婦）

インタビュー対象：公認心理師・助産師

### 周産期（ハイリスク妊婦）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・ エジンバラ産後うつ質問票（EPDS）、赤ちゃんへの気持ち質問票（MIBS）、精神科からのオーダーでパーソナリティ検査や知能検査

##### 心理教育

- ・ 両親学級（集団）を妊娠初期・中期・後期で実施し、そこに公認心理師も関与

##### 個別心理面接

- ・ 本人の希望があれば実施する

##### アウトリーチ

- ・ 訪問看護ステーションでのスーパービジョン的コンサルテーション

##### 家族支援

- ・ 両親教室、配偶者の疲弊のサポート

##### 就労支援

- ・ 不妊治療での退職や保育園への入園支援などの課題はソーシャルワーカーに繋ぐ

##### 院内連携

- ・ 各種連携会議への参加、他部署・専門職への橋渡し、スタッフ教育

##### 院外連携

- ・ 地域連携会議、行政・児相との連携

##### その他

- ・ スタッフ研修・教育、システムづくり、研究・発表

#### 連携他職種からの意見

- ・ 公認心理師は時間を掛け傾聴・受容をしてくれる。「公認心理師に患者をつなげば必ず何かをしてくれる」という信頼感が生まれ、支援が充実していった
- ・ 多職種で支えるシステムの中で、何を誰が担当するかに配慮する「裏のサポート」をしてもらえる
- ・ 産科には公認心理師が専任として配置されれば、妊産婦が話しかけやすく、スタッフも相談しやすくなる
- ・ スタッフ教育の充実が望まれる。特に看護師では1年目研修、3年目研修など、キャリアのステップに応じた内容に公認心理師の講義が入るとよい
- ・ スタッフの心理サポートも求められている

#### 現状

- ・ 妊娠中をサポートしていた患者が産院で出産する場合の連携が課題である
- ・ 公認心理師の支援は求められており、主な担当も決めているが、病棟に配置されているわけではない

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・ 保育園の巡回支援のように、周産期医療においても地域の産院を担当心理師が巡回するシステムが望まれる
- ・ 地域内で互いに「顔見知り」の関係を作る努力がさらに必要である
- ・ 特定の病棟への配置ではなく、病床の人数比率での配置や、「この診療科がある場合は公認心理師を必置とする」といった形での人員配置がよいと考える

#### 結果のまとめ

- ・ 妊娠（外来通院中）-出産（入院中）-産後（退院後）の流れに沿った、院内・院外他職種連携による切れ目のない支援を実施している。
- ・ 集団支援として妊娠初期・中期・後期の「両親学級」に、公認心理師も関与。個別心理面接、家族支援は希望や依頼に応じて実施している。
- ・ 「産科に公認心理師が専任として配置されれば、妊産婦が話しかけやすく、スタッフも相談しやすくなる」と助産師からの意見があった。
- ・ ハイリスク妊婦に関わる訪問看護ステーションでのスーパービジョン的コンサルテーションでの関与。虐待防止との関連で、地域連携会議、行政・児相との連携が重要となる。
- ・ 妊娠中をサポートしていた患者が産院で出産する場合の連携が課題であり、地域の産院の巡回支援などができないかと考える。

## 16) 高次脳機能障害（リハビリテーション）

インタビュー対象：公認心理師・作業療法士

### 高次脳機能障害（リハビリテーション）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・神経心理学的アセスメント＋精神医学的問題のアセスメント
- ・評価は高次脳機能と精神症状・心理的機制に跨がる専門性から病状理解や状況改善の糸口を探る
- ・運転に関する神経心理学的評価も行っている

##### 心理教育

- ・病識を持ち、自分の状態を理解しリハビリに取り組めるよう援助する。訓練の中で、そこでの様子をフィードバックしながら心理教育を行っている

##### 個別心理面接

- ・認知リハビリテーションと、精神医学的問題への心理療法等を実施している

##### 家族支援

- ・本人や家族の希望によって対応

##### 就労支援

- ・作業療法士が中心であるが、連携して行う。本人の希望があれば、企業の担当者へ障害や支援の説明も行う

##### 院内連携

- ・医師や看護師の他、リハビリテーション職との連携、コンサルテーションが多い
- ・スタッフ教育を行う

##### 院外連携

- ・大学の復学支援、作業所、福祉事務所の依頼で利用者の再評価。運転支援で、自動車学校、運転免許センター等と連携

#### 連携他職種からの意見

- ・公認心理師は多くの評価方法を知っているため、偏らず広く評価してくれている。一歩引いた視点で評価するので妥当性がある
- ・公認心理師の評価により、実際に表れる症状の裏付けが可能となる
- ・公認心理師は、ケースカンファレンスに参加して他の職種と情報共有の場面に加わっている
- ・より高次な機能障害の支援が必要な時、認知症症状がある方、精神的に落ち着かない方の対応に公認心理師が関わる
- ・高次脳機能障害の訓練法について若手の作業療法士が公認心理師にアドバイスを聞く機会がある。専門領域外の話を書くことはありがたい
- ・形式的なケースカンファレンスよりも立ち話的な情報共有で公認心理師につながるケースも多い
- ・公認心理師の心理アセスメントの評価は、わかりやすくコンパクトにまとめられており、役立っている
- ・リハ領域で公認心理師の行う心理検査による評価は、作業療法士や言語聴覚士も行うため、各職域の棲み分けは議論していく必要がある

#### 現状

- ・公認心理師の配置が少なく、認知度がまだ低い
- ・リハビリテーション領域以外でも地域の心理支援に役立ちたいが不十分
- ・採算の取れない部門とみなされている

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・人員配置を増やすために、診療報酬の点数化に含まれる必要がある。そのための実績の蓄積が必要
- ・院内だけでなく、地域に開かれた心理支援のサービスに拡充させることを考えている
- ・収益を上げるための事業の立ち上げを検討する
- ・心理職や院内のみの勉強会ではなく、地域全体での多職種・多機関をカバーする研修会の開催

#### 結果のまとめ

- ・神経心理学的アセスメントおよび精神医学的問題のアセスメントを実施している。
- ・本人が病識を持ち、自分の状態を理解しリハビリに取り組めるよう援助、心理教育を行っている。大学の復学支援、作業所、福祉事務所の依頼で利用者の再評価を実施。運転支援で、自動車学校、運転免許センター等と連携を行っている。
- ・「公認心理師の評価により、実際に表れる症状の裏付けが可能となるため、支援に役立っている。」と作業療法士からの意見があった。
- ・人員配置を増やすために、診療報酬の点数化に含まれる必要がある。そのための実績の蓄積が必要と考えられる。
- ・院内だけでなく、地域に開かれた心理支援のサービスに拡充させることを考えている。

## 17) 高次脳機能障害（地域生活支援）

インタビュー対象：公認心理師・患者・家族会

### 高次脳機能障害（地域生活支援）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・脳卒中、脳血管疾患の高齢者が多い。基本的には、高次脳機能障害のスクリーニングから、より深いアセスメントへ進める
- ・麻痺、言語性と動作性の乖離の有無、状況理解や自己理解の程度を確認する。会話の中で意識障害や不安の程度、教示や応答が可能かをアセスメントする
- ・検査の実施が可能であるか、可能ならばどのような検査バッテリーが適切であるかを判断し、タイミングをみて実施する
- ・できること、前と変わらないこと、大丈夫なことを伝えた上で疾病の影響について説明する

##### 心理教育

- ・心理職は回復期のリハビリテーションの段階で、本人への支援に入ることが多い
- ・認知症の場合は機能維持、高次脳機能障害では一旦低下した機能が回復するため退院後は代償手段を身につけるなどしてできることを増やす支援を行う

##### 個別心理面接

- ・神経心理学的リハビリテーション。アセスメントから心理療法、代替手段の獲得につなげる
- ・障害の受容に寄り添う支援は心理職に期待される

##### 家族支援

- ・急性期の支援は、家族支援が中心。家族に、症状理解の心理教育や、今後の見通しを伝え、支えていく

##### アウトリーチ

- ・復学時には、学校に出向いて、今後必要な支援について相談・説明することもある

##### 院外連携

- ・当事者会・家族会の支援、就労継続支援B型事業所との連携、ピアサポーター・ピアカウンセラー・サポーターの養成講座等を行っている

#### 患者・家族会からの意見

- ・家族、当事者の想いを深くきいてもらえる
- ・心理検査の結果を踏まえて、当事者のことを支援者や家族が理解できる
- ・事業として公認心理師と協働し、ピアサポーター、ピアカウンセラー、高次脳機能サポーター養成講座の開催・運営を行うことができています
- ・事業所に公認心理師がいると、当事者の理解を共有したり、他のスタッフも安心できる
- ・対外的にも専門性のある職種である公認心理師を雇用しているとして、事業所の長所として対外的にも伝えることができる

#### 現状

- ・公認心理師による心理検査や面接は加算の対象外であり、運営面の困難さがある
- ・長い年月を要する障害受容の支援は病院だけでは提供できないが、アウトリーチや、その後の長い地域支援への関りは不十分
- ・この領域に関わる公認心理師が不足している

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・公認心理師の活動が加算となる制度が望ましい
- ・B型作業所などの支援を行う各事業所に公認心理師が配置される状態を目指したい
- ・職能団体として専門制度などを充実させ、ラダーづくりなども取り組んでいくべき
- ・実習をきちんと受けられる心理師の養成も必要

#### 結果のまとめ

- ・脳卒中、脳血管疾患の高齢者の高次脳機能障害のスクリーニングから、より深いアセスメントへ進める。その結果から、できること、前と変わらないこと、大丈夫なことを伝えた上で疾病の影響について説明する。障害の受容に寄り添う支援は心理職に期待される。
- ・家族にも、症状理解の心理教育や、今後の見通しを伝え、支えていく。
- ・復学時には、学校に出向いて、今後必要な支援について相談・説明することもある。
- ・当事者会・家族会の支援、就労継続支援 B 型事業所と連携、ピアサポーター・ピアカウンセラー・サポーターの養成講座等を行っている。
- ・公認心理師の活動が加算となる制度が望まれる。
- ・B 型作業所など支援を行う各事業所に公認心理師が配置される状態を目指したい。
- ・職能団体として専門制度などを充実させ、この領域で働く公認心理師のラダー作りなども取り組んでいくべきと考える。

## 18) 腎疾患（透析）

インタビュー対象：公認心理師・看護師

### 腎疾患（透析）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・腎不全保存期：理解力の確認のために認知機能検査やバウムテストを実施
- ・透析導入期：MMSE、HDS-R、バウムテスト、MOCA-JとSF36を全員に実施
- ・脳血管疾患の合併：認知機能の評価のためにCOGNISTAT、WAIS-IV、SLTAを実施
- ・抑うつ症状の評価としてPHQ-9、SDS、GDS、TEGを実施
- ・心理検査の結果を視覚化して患者・家族に説明することもある

##### 心理教育

- ・腎不全に関連する認知機能、心理状態について伝える

##### 個別心理面接

- ・腎代替療法選択期から導入期は、全例への心理的支援を行う
- ・透析導入のための入院時は、病棟あるいは透析室のベッドサイドで面接を実施
- ・パーソナリティの問題や複雑な家族背景を持つ場合、疾病受容が難しくセルフケアが十分に行われない等、課題がある

##### アウトリーチ

- ・患者の在宅支援のため、作業療法士や理学療法士の家屋調査に同行する

##### 家族支援

- ・家族のライフイベント、他の疾患への罹患や合併症の発生などの場面で家族支援を行うこともある
- ・患者が亡くなった際の家族フォローも行う

##### 院内連携

- ・CKD（慢性腎臓病）チームという多職種チームを形成しまた、リエゾンチームの一員として多職種で活動

##### 院外連携

- ・リハビリ施設の見学に同行。ケアマネの依頼で、地域の連携会議に出席する

#### 連携他職種からの意見

- ・心理的に複雑な患者さんに医療者が巻き込まれすぎないように、誰がどこまで話を聞くかといった判断、役割分担をしてもらえる
- ・心理師のアセスメント、どう考えているかを伝えてもらうことで、患者さんに対する理解が深まる
- ・他職種による患者さんへの指導がうまくいかない理由を、心理的な視点で評価して返してもらえる
- ・患者さんにだけでなく、医療者に対する助言が非常に有用である
- ・心理師は問題解決しなくてもその場においてつらさに寄り添うことも大切ということを示してくれた。看護師にとっても支えになる
- ・患者さんが心理的に今の状況（患者さんの適応力、病気への取り組み方や向き合い方、家族との関係など）、それに対して医療者はどうすべきか、という意見を、心理師の専門性によって発信してくれており、今後も期待したい
- ・心理師がいてスタッフと関わることで自分が、スタッフへのケアになっている。何かあれば相談できる存在になってきている

#### 現状

- ・医療の中で心理師の支援がどのようなものか、目に見える形で理解してもらうことが難しい
- ・定期フォローアップ面談や認知機能評価等、関与したい業務があるが、マンパワー不足である

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・公認心理師の行う支援内容や成果を他職種などからさらに見えるようにする必要がある
- ・心理師が病院にいてことで役立つことを周囲に示すことが必要である
- ・心理支援の診療報酬化が必要と考える

#### 結果のまとめ

- ・CKD（慢性腎臓病）チーム、リエゾンチームといった多職種チームを院内で形成して、持続的な活動を行っている。
- ・腎代替療法選択期から導入期は、疾患への心理的不適応が生じるハイリスク期で、治療全般へのアドヒアランス不良も生じやすい時期のため、全例への心理的支援を行う。
- ・心理検査の結果を視覚化して患者・家族に説明することもある。
- ・透析導入のための入院時は病棟及び透析中は透析室ベッドサイドで面接する。
- ・患者の在宅支援のため、作業療法士や理学療法士の家屋調査に同行したり、リハビリ施設の見学に同行している。
- ・ケアマネージャーからの依頼で、地域の連携会議に出席する。
- ・「心理師は問題解決しなくても、その場において、つらさに寄り添うことも大切ということを示してくれた。看護師にとっても支えになる」と看護師からの意見があった。

## 19) 糖尿病

インタビュー対象：公認心理師・管理栄養士

### 糖尿病

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・自己管理能力やサポートの必要性の評価
- ・得意不得意を見て、生活の工夫の方法を探すための手がかりとしてもらう

##### 心理教育

- ・糖尿病教室でのレクチャーを行う

##### 個別心理面接

- ・心理的なアセスメントと支持的精神療法を基本とし、認知行動療法の技法やリラクゼーション法などを組み合わせ行う

##### 家族支援

- ・退院後の本人の生活の協力を依頼したり、本人の個別カウンセリング時に、付き添い家族から困りごとを伺う

##### 就労支援

- ・社会参加が難しい場合に職業訓練の情報を伝え、療養への動機づけを高める
- ・ソーシャルワーカーと協力し就労支援につなげる

##### 院内連携

- ・医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、管理栄養士と連携
- ・主治医と情報共有し支援の仕方を相談
- ・多職種、家族が集まるカンファレンスに参加する

##### 院外連携

- ・患者の入所福祉施設と連携する

#### 連携他職種からの意見

- ・公認心理師の面接があることで、管理栄養士は栄養指導に専念できる
- ・公認心理師から面接後速やかな情報共有があるので、患者への栄養指導時の対応の参考となる
- ・公認心理師の記録は細やかで豊富な情報が得られる
- ・長く勤務する公認心理師がいると、患者は自分の事を長く知っていてくれることで安心感や信頼感を持つ
- ・糖尿病に対するストレスへの対応や、特に心理社会的苦痛を伴う1型糖尿病患者の対応について、公認心理師に相談ができる
- ・病棟に限らず外来でも心理支援が必要とされている
- ・診療報酬化されることが依頼されやすさに繋がる

#### 現状

- ・公認心理師が少ないので、支援に限られる。病棟での支援をもう少し行いたくても不十分である
- ・糖尿病に対する心理支援は点数につながらない。糖尿病教室も多職種で関わっているが、ポストがつかない

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・依頼ケース以外の病棟の困り事にも対応するため、ある程度専属で支援を行える体制が必要
- ・入院患者に心理検査を活用し、フィードバックを行うなど、心理支援の窓口を広げたい
- ・糖尿病のチーム支援の診療報酬化が望ましい

#### 結果のまとめ

- ・糖尿病治療を支援するチームの一員として、公認心理師も参加。糖尿病教室でのレクチャーも多職種で行う。医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、管理栄養士と特に連携している。
- ・糖尿病は長期にわたる生活上の多様な自己管理が必要なため、ときに心理検査でのアセスメントを行い、自分の得意不得意を見て、生活の工夫の方法を探すための手がかりとしてもらう。
- ・心理的なアセスメントと支持的精神療法を基本とし、認知行動療法の技法やリラクゼーション法など組み合わせ行う。
- ・「栄養指導を行っている、カウンセリング的な関わりを求められることも多い。公認心理師の支援があることで、患者が安定し栄養指導をしやすくなる」という他職種からの意見があった。
- ・長期にわたる支援が必要なため、回数で区切った構造的な支援では支えきれない。例えばセルフヘルプグループを週1回必ず行って、「困った時に行ける場所」を常に作っておく形がサポートとしては良いのではないかと考える。

## 20) 心疾患（心不全緩和）

インタビュー対象：公認心理師・緩和ケア認定看護師

### 心疾患（心不全緩和）

#### 公認心理師の活動

##### 心理教育

- ・本人の経験した症状と生活上の変化などを共に振り返る中で病状理解を促す

##### 個別心理面接

- ・意思決定に関与する面接が多い
- ・救急搬送後、短時間に行動特性や心理特性を把握
- ・死への不安、再発不安、見通しの不透明さなどへの不安への対応が課題
- ・不安軽減
- ・維持機能のアセスメント

##### 家族支援

- ・急性期の患者の心理的機能・社会的機能のアセスメント
- ・末期患者の在宅療養を検討、支援計画を他職種と策定、提案。家族関係の調整

##### 院内連携

- ・本人にできること、リハビリを通して回復可能なことを他職種と計画、実行
- ・こまめに他職種と情報共有、方針を検討し情報共有
- ・患者さんのサポートを本来の職種に戻していくことで、皆で患者さんを支えることに繋がる

##### 院外連携

- ・在宅療養となる患者の退院前カンファレンスに出席し他機関と情報共有を行う

#### 連携他職種からの意見

- ・医療のペース、時間的限界も踏まえたうえで、患者や家族のペースや立場に合わせた意思決定や治療選択を支援してくれる
- ・他職種の言語化しにくい患者の特徴やパーソナリティを評価して共有してくれるため、医療者の、患者や家族についての理解が深まる
- ・意思決定支援の場面での患者や家族の言動のとらえ方について、心理的な視点から対象者の理解が深まるよう、他職種に対して助言を受けている
- ・カンファレンスで、他職種間の視点の違いや意見の相違の調整をしてくれる
- ・スタッフのメンタルヘルスケア、グリーンケアを行っている

#### 現状

- ・公認心理師という職種、心理支援の必要性をこの領域で理解してもらうことが難しい。診療報酬の裏付け、位置づけ、立場の明確化が確立されていない
- ・各診療科に複数の心理師がいるが、診療科の垣根を越えることが難しい
- ・身体疾患患者の心理支援は従来型の心理面接室での個別面接では対応できない、十分届いていない

#### 課題

#### 今後の方向性

- ・公認心理師の役割についてのエビデンスやプレゼンスを形にしていくことが必要である
- ・診療科を横断して公認心理師が柔軟に協力できる体制作りが必要である
- ・ベッドサイドや病棟で必要に応じて柔軟に行っていくことが、身体疾患のニーズに応えるためには必要と考える

#### 結果のまとめ

- ・死への不安、再発不安、見通しの不透明さなど様々な「不安」への対応が課題となる。多職種チームで関わっており、公認心理師は意思決定に関与する面接が多い。
- ・急性期医療、救急医療であること、その中で、命に関わる意思決定などを行うことになるので救急搬送後、短時間に行動特性や心理特性を把握するアセスメントが求められる。
- ・末期患者の場合は在宅療養を検討、支援計画を他職種と評価し、策定、提案する。
- ・「意思決定支援の場面での患者や家族の言動のとらえ方について、心理的な視点から対象者の理解が深まるよう、他職種に対して助言を行っている」との他職種（看護師）からの意見があった。
- ・公認心理師という職種、心理支援の必要性をこの領域で理解してもらうことが難しい。診療報酬の裏付け、位置づけ、立場が確立されていない。
- ・身体疾患のニーズに応えるためには、ベッドサイドや病棟で必要に応じた支援を柔軟に行うことが必要である。

## 21) 心疾患（心臓リハビリテーション）

インタビュー対象：公認心理師・医師（心臓血管外科）

### 心疾患（心臓リハビリテーション）

#### 公認心理師の活動

##### 心理検査

- ・大動脈弁狭窄症に対するカテーテル治療（TAVI）の前後、1年後に認知機能検査（MMSE）を全例に対して実施。治療成果が認知機能の側面からも確認できる

##### 個別心理面接

- ・医師からの指示（処方）で介入開始。ベッドサイドに向いての面接
- ・看護師が確認し、患者の意向を確認して心理面接依頼となる
- ・外来では、不安、発達や知的水準の問題、心疾患を契機に社会的ひきこもりから受診・入院に至った患者の面接に対応
- ・入院では術後リハビリに上手く適応できない患者の支援依頼が多い
- ・患者自身が越えることのできるハードル設定を患者の目線とともに行っていくことが公認心理師の役割
- ・アドヒアランスの問題に関しては、心理支援が入ることで治療からのドロップアウトを防ぐ

##### 集団心理支援・心理教育

- ・心不全患者の心理教育プログラムの一環として「ストレス教室」を月2回担当

##### 家族支援

- ・患者と家族が不安な場合、家族との面接も実施し、双方を支援する

##### 就労支援

- ・リハビリの中で認知機能も評価し、復職が可能か、どのような仕事が可能かも含めて、復職・就労支援を行う

##### 院内連携

- ・カンファレンスに参加する他、電話や直接会って主治医の困りごとを聞き、支援につなげている
- ・看護師、リハビリスタッフと話し、情報収集する

#### 連携他職種からの意見

- ・心臓リハビリ患者にうつや不安があり、それが心疾患の発症・経過に関与している場合、その問題への対処を依頼している
- ・週1回の多職種カンファレンスに参加してもらっている
- ・他職種が患者さんの気になる側面に気が付いた際、すぐに心理師に相談できる
- ・コミュニケーションが困難な患者さんとの関わり方を、多職種に助言してもらえる
- ・評価ツールに基づく精度の高い評価を心理師が行い、多職種と共有することでその後の関わり、治療に役立てられる
- ・心血管治療の効果を認知機能の面から測定し、改善が得られている
- ・心臓リハビリテーションの目的にフレイル予防も含まれる。高齢で社会的なフレイルの状況にある人（独居・ひきこもり）への地域での支援等、地域包括ケアについて、心理師のさらなる関与を期待したい

#### 現状

- ・業務に診療報酬の裏付けがないことが一番の問題である
- ・心理師の専門性やできることを、口頭説明のみで他職種に理解してもらうことは難しい

#### 課題

##### 今後の方向性

- ・心理支援を診療報酬につなげていく検討を進める必要がある
- ・公認心理師が自ら業務内容としてできることをアピールすること必要である。院内周知の場を設けたり、オーダーを簡略化したりすることで、依頼を増やす努力をすることが望ましい

#### 結果のまとめ

- ・入院では術後リハビリに上手く適応できない患者の心理支援依頼が多い。
- ・カテーテル治療（TAVI）の前後、1年後に認知機能検査（MMSE）を全例に対して実施し、治療の成果が認知機能の側面からも確認できるようにしている。
- ・アドヒアランスの問題に関しては、心理支援が入ることで治療からのドロップアウトを防ぐ。
- ・心不全患者の心理教育プログラムの一環として「ストレス教室」を月2回公認心理師が担当。
- ・「うつや不安があり、それが心疾患の発症・経過に関与している場合、その問題への対処を依頼している。高齢で社会的なフレイルの状況にある人（独居・ひきこもり）への地域での支援等、地域包括ケアについて、心理師のさらなる関与を期待したい。」と他職種（医師）から意見があった。