⑤認知・行動技法

スーパーバイジーの認知・行動技法の能力は、次の三点を評価します。

1）認知・行動技法を概念として理解できているか（理論を理解できているか）

これが不十分な場合は、スーパーバイジーには参考文献などで学習してもらう必要があります。

2）認知・行動技法を適切な状況で用いることができているか（症例に合った技法を選択できているか）

これが不十分な場合は、症例の概念化を中心に話し合う必要があります。

3）認知・行動技法をスキルとしてきちんと実践できているか（患者に有益となるように、実際の言葉として実践できているか）

これが不十分な場合は、視聴覚教材で具体的なスキルを学んでもらったり、スーパーバイザーとスーパーバイジーとの間でロールプレイを行うことで、具体的な言葉の使い方などを学んでもらうようにします。

スーパーバイザーが観察すべきポイント

スーパーバイザーが観察すべき点は、大きく4つあります。

①概念化スキル

スーパーバイジーがそのセッションで何をやろうとしているかを概念化出来ているか。

②介入スキル

概念化している目的や理論をスキルに落とし込めているか、また宿題などの介入法を適切に使えているか。

③個人的問題

スーパーバイジーが個人的にセッションに持ち込んだり（逆転移など）、クライアントとの関係の中で感じている関係性に関することなど。

④専門的問題

専門家として見逃してはいけないこと、たとえば、クライアントの自傷・他害の問題、虐待などの犯罪行為、自殺のリスクなど。その他、専門家として倫理面での配慮を要することなど。

次の点に着目することも役立つかもしれません（図1）。

①患者を見る・・・患者の概念化

録音やスーパーバイジーからの報告を題材に、スーパーバイザー自身も患者の概念化を行う

②やりとりを見る・・・患者ー治療者の間で交わされる下記

治療関係（治療同盟）、技法（具体的な言葉のやり取りを含む）、個人的感情（転移・逆転移感情など）、治療構造、倫理的側面（認知行動療法技法にとどまらない広く医学的・倫理的問題）

③治療者の頭の中を見る・・・　治療者の中の概念化

治療者にはどのように患者が見えているか

④治療者の特性・能力やｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｻﾞｰとの関係性（後述）

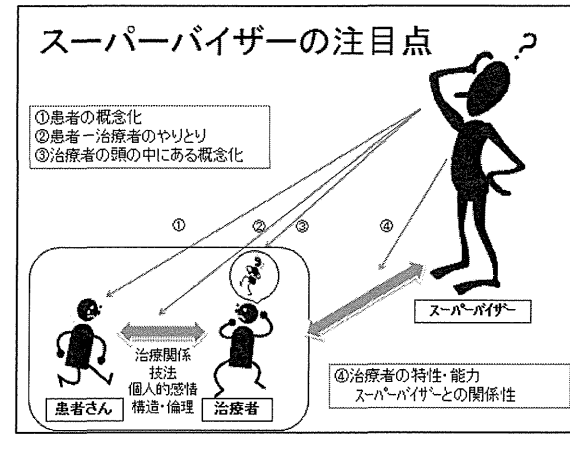


図1．スーパーバイザーの注目点

指導者として留意すべき点

新しい技術を習得するには、一定の時間とプロセスが必要です。

効果的な学習では、下記のように、実際の治療を経験し(experiencing)、それを振り返り(reflecting)、理論や概念として理解し(conceptualizing)、それをもとに、次の方法を考え(planning)、その方法を実践で試しながら(experimenting)、その経験から学ぶ、といったプロセスを経て技術を習得します[6]。

スーパーバイザーは、スーパーバイジーがこのような学習プロセスを経ることができるよう支援することが大切です。

初めから理想的な治療ができるスーパーバイジーはいませんから、スーパーバイザーもスーパーバイジーも、時間、忍耐、練習が必要です。

スーパービジョンで扱う内容は、治療者の学習ニーズ(スーパーバイジーの研修経験や学習段階)に応じて修正する必要ということになります。

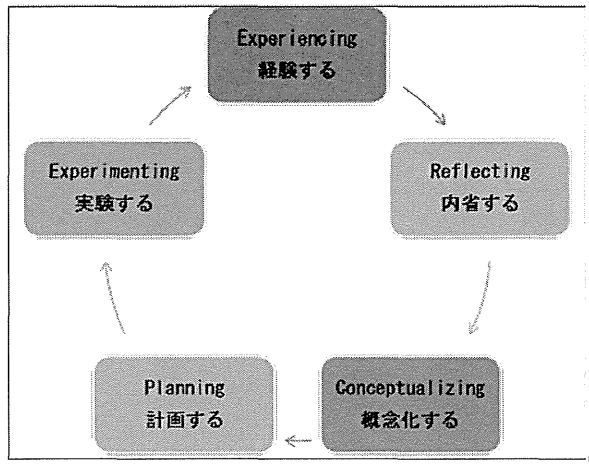


図 2. 効果的な学習プロセス

学習促進的な雰囲気作り

スーパーバイジーが安心して学べる環境作りも大切です。スーパーバイザーは、次のような点にも配慮します[7]。

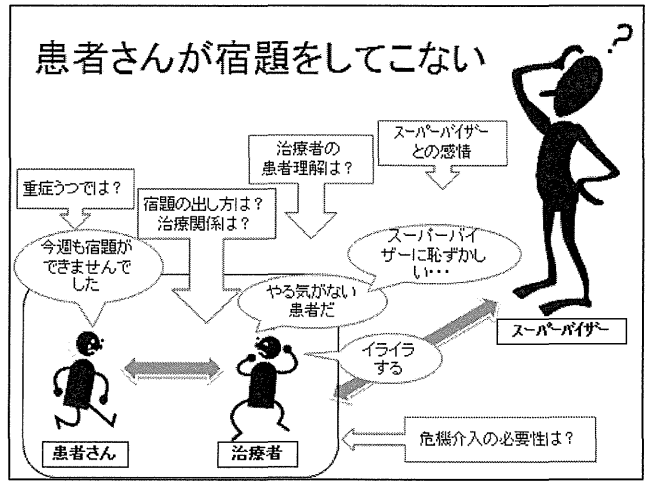
要素	定義・例
A. 促進的な条件	
安全な環境	・スーパーバイザーが支持的で信頼でき、スーパーバイジーにきちんと対応できる ・スーパーバイジーが、自分を認められ、尊重され、安全と感じられる
構造	境界設定を守る、時間を守る、など
コミットメント	スーパーバイザーが関心を持ってスーパービジョンに臨んでいる
B. 目標と課題	
ロールモデル	スーパーバイザーがロールモデルとなる (スキル、知識、尊敬に値する態度)
内省的な教育	スーパーバイジーの内省を通じた学習(スーパーバイジーの不安へも配慮する)
明確なフィードバック	スーパーバイジーの発達段階に応じた、建設的・定期的なフィードバック(正も負も)

Palomo (2004) Supervisory Relationship Questionnaire

スーパーバイジーとスーパーバイザーの感情的問題

スーパーバイジーもスーパーバイザーも、治療やスーパービジョンの中で大きな情緒的反応を経験することがあります。スーパーバイジーに沸き起こる情緒的反応や、関連する思考・信念の理解を促すこともスーパーバイザーの役割です。

たとえば、下記の例のように、ホームワークをしてこない患者に関して、スーパーバイジーがスーパーバイザーに「患者のやる気がないので、治療は中止にしたい」と報告したとします。



このような場合、スーパーバイザーは、

①患者についての概念化

例）宿題をしないのは重症うつ病だからではないか、この治療に危機介入をする必要はないか？

②患者と治療者のやりとり

例）治療者の宿題の出し方に問題はないか、患者と治療者の治療関係は？

③治療者の患者理解

例）治療者の概念化

治療者の逆転移感情（例：イライラ）、認知（自分は患者に馬鹿にされている）

感情制御能力に問題はないか

などについて考察します。さらに、

④スーパーバイジーがスーパーバイザーに対して抱く感情や思考

例：ホームワークをしてこないと、スーパーバイザーに能力不足と思われるのではないか

などにも配慮します。

また、患者がホームワークをしてこないくらいでイライラしているようでは、治療者としての資質や基本的な能力にも注意が必要かもしれません。

このように、スーパーバイザーは、治療の進展に影響を与えうるスーパーバイジーの個人的な問題にも気を配り、問題の背景を整理し、協働して問題解決にあたることが大切です。スーパービジョンは治療の縮図です。問題が認められた場合には、スーパーバイジーの問題と決めつける前に、スーパーバイザー自身やスーパーバイザーとスーパーバイジーの関係性にも問題がないか、も検討します。

スーパーバイジーについて評価すべき点は以下の点です[8]。

・治療者の強み
・治療者の弱み
・治療者の教育歴・臨床歴
・患者を概念化する際の理論的構成は？
・治療者の過去のスーパービジョン経験。
　どうすればこのスーパービジョンを治療の進展を役立てられるか。
治療者のコミュニケーション・スタイル。
　例）受身的、積極的・・・など。それが治療やスーパービジョンの進展に与える影響は？
・治療者の倫理的問題の扱い方
・治療者の管理面でのふるまい
　例）遅刻をしない、予約を守る、書類をきちんと書く、など
・治療者が自身が顕著な精神医学的・心理的な問題を抱えていないか？

スーパーバイジーの能力と特性への考慮

スーパーバイジーの能力や特性（年齢、臨床経験、地域文化差など）にも考慮して、スーパービジョンにあたりましょう。具体的には次の項目に配慮します[9]。

1）倫理的・法的考慮
　①非倫理的行為（例：患者との恋愛関係、など）
　②治療者としての非適格性（例：治療者自身がアルコール依存になっている）
　③専門家としての能力不足（例：能力以上のことをさせないよう配慮する）
2）文化的配慮
　患者やスーパーバイジーの背景・文化に配慮します。
　地域によって、治療者－患者の心理的距離や慣習が異なることもあるでしょう。
3）教育者としての基本的な価値観念
　・相手に対する敬意
　・責任性
　・サポートと挑戦のバランス（無理をさせないこと vs. 挑戦させること）
　・スーパーバイジーを元気づけること（励ますこと）
　・生涯学習・職業的成長への関与
　・臨床ニーズと教育ニーズのバランス
　・倫理原則の尊重
　・十分な知識の裏付けをさせること
　・自身の限界を知ることに注意を払うこと

ガイド作成
藤澤大介(国立がん研究センター東病院)
中川敦夫(国立精神・神経医療研究センター)
佐渡充洋(慶應義塾大学医学部精神神経科)
菊地俊暁(コロンビア大学・杏林大学)
田島美幸(国立精神・神経医療研究センター)
堀越勝(国立精神・神経医療研究センター)
大野裕(国立精神・神経医療研究センター)
2013 年 3 月発行(第 1 版)

---

[1] *Liese BS & Beck JS (2007) Cognitive Therapy Supervision. In: Handbook of Psychotherapy Supervision, Watkins*
[2] *Beck JS, et al. Psychotherapy-based approaches to supervision. In; Casebook for Clinical Supervision, APA 2009*
[3] *Liese BS & Beck JS (2007) Cognitive Therapy Supervision. Handbook of Psychotherapy Supervision, Watkins*
[4] Martin, DJ et al. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 68(3), 2000. 438-450.
[5] Bohart, AC et al. Therapist contributions and responsiveness to patients. In: Norcross, JC. Psychotherapy relationships that work: Oxford University Press, 2002. pp. 89-108.
[6] Milne D (2009). Evidence-based Clinical Supervision, Blackwell
[7] Palomo (2004) Supervisory Relationship Questionnaire
[8] Liese BS & Beck JS (2007) Cognitive Therapy Supervision. In: Handbook of Psychotherapy Supervision, Watkins
[9] Milne D (2009). Applying Supervision. In: Evidence-based Clinical Supervision, Blackwell

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	特になし						

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
藤澤大介、内富庸介	肺がん患者・家族への精神面でのサポート	益田典幸	肺がん診療と化学療法	ヴァンメディカル	東京	2011	190-199
藤澤大介	個人認知行動療法	大野裕	うつ病治療ハンドブック	金剛出版	東京	2011	234-243
藤澤大介	がんに並存する問題ーパーソナリティー障害	内富庸介・小川朝生	臨床精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	150-155
藤澤大介	精神腫瘍学の教育研修	内富庸介・小川朝生	臨床精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	374-380
藤澤大介	QIDS-SR	稲田俊也	大うつ病性障害の検証方治療継続アルゴリズム STAR*D：その臨床評価とエビデンス	星和書店	東京	2011	25-27
藤澤大介	認知行動療法	永井良三、笠井清登、村井俊哉、三村将、岡本泰昌、大島紀人	精神科研修ノート	診断と治療社	東京	2011	214-216
宮島加耶、藤澤大介	抑うつ	清水研	がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド	真興交易医書出版部	東京	2011	36-44
藤澤大介	メモリークリニックでの診療の実際ー診察前の評価	鹿島晴雄、鈴木則宏	メモリークリニック診療マニュアル	南江堂	東京	2011	9-19
藤澤大介	がん患者の精神医学的問題	山口徹、北原光夫、福井次矢	今日の治療指針	医学書院	東京	2012	864-5

雑誌（外国語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Kato TA, Tateno M, Nakano Y, Balhara YPS, Teo AR, Fujisawa D, Sasaki R, Ishida T, Kanba S	Impact of biopsychosocial factors on psychiatric training in Japan and overseas: Are psychiatrists oriented to mind, brain, or sociocultural issues?	Psychiatry and Clinical Neurosciences	64	520- 530	2010
Kato TA, Suzuki T, Sato R, Fujisawa D, Uehara K, Hashimoto N, Sawayama Y, Hayashi J, Kanba S, Otsuka K	Development of two-hour suicide intervention program among medical residents: First pilot trial.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	64	531- 540	2010
Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y	Prevalence and determinants of complicated grief in general population.	J Affective Disorders	127 (1-3)	352- 358	2010
Kojima R, Fujisawa D, Tajima M, Shibaoka M, Kakinuma M, Shjima S, Tanaka K, Ono Y	Efficacy of cognitive behavioral therapy training using brief e-mail sessions in the workplace: a controlled clinical trial.	Industrial Health	48(4)	495-502	2010
Fujisawa D, Nakagawa A, Tajima M, Sado M, Kikuchi T, Hanaoka M, Ono Y	Cognitive behavioral therapy for depression among adults in Japanese clinical settings: a single-group study.	BMC Res Notesn	3(1)	160	2010
Ono Y, Furukawa TA, Shimizu E, Okamoto Y, Nakagawa A, Fujisawa D, Nakagawa A, Ishii T	Current status of research on cognitive therapy/cognitive behavior therapy in Japan.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	65(2)	121-9	2011
Deno M, Miyashita M, Fujisawa D, Nakajima S, Ito M	The relationships between complicated grief, depression, and alexithymia according to the seriousness of complicated grief in the Japanese general population.	J Affect Disorders	135 (1-3)	122-127	2011
Fujisawa D, Nakagawa A, Kikuchi T, Sado M, Tajima M, Hanaoka M, Wright JH, Yutaka Ono	Reliability and validity of the Japanese version of the Cognitive Therapy Awareness Scale - a scale to measure competencies in cognitive therapy.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	65(1)	64- 69	2011
Kato TA, Shinfuku N, Fujisawa D, Tateno M, Ishida T, Akiyama T, Sartorius N, Teo AR, Choi TY, Wand AP, Balhara YP, Chang JP, Chang RY, Shadloo B, Ahmed HU, Lerthattasilp T, Umene-Nakano W, Horikawa H, Matsumoto R, Kuga H, Tanaka M, Kanba S	Introducing the concept of modern depression in Japan; an international case vignette survey. :,	J Affect Disord	135 (1-3)	66-76	2011
Inoue T, Honda M, Kawamura K, Tsuchiya K, Suzuki T, Ito K,	Sertraline treatment of patients with major depressive disorder who failed initial treatment with	Prog Neuropsychopharmacol Biol	38(2)	223-7	2012

Matsubara R, Shinohara K, Ishikane T, Sasaki K, Boku S, Fujisawa D, Ono Y, Koyama T	paroxetine or fluvoxamine.	Psychiatry			
Ito M, Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., Shear, M. K., Ghesquiere, A., Wall, M. M	Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity.	PLoS One	7(2)	e31209	2012
Kagami M, Maruyama, T., Koizumi, T., Miyazaki, K., Nishikawa-Uchida, S., Oda, H., Uchida, H., Fujisawa, D., Ozawa, N., Schmidt, L., Yoshimura, Y	Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss.	Hum Reprod	27(3)	787-94	2012
Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N, Akiyama T, Ishida T, Choi TY, Balhara YP, Matsumoto R, Umene-Nakano W, Fujimura Y, Wand A, Chang JP, Chang RY, Shadloo B, Ahmed HU, Lerthattasilp T, Kanba S	Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol	47(1)	1061- 7 5	2012
Umene-nakano W, A.Kato, T., Kikuchi, S., Tateno, M., Fujisawa, D., Hoshuyama, T., Nakamura, J	Nationwide Survey of Work Environment, Work-Life Balance and Burnout among Psychiatrists in Japan.	PLoS One	8(2)	e55189	2013

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
藤澤大介	認知行動療法の評価尺度－QIDS-SR、DAS24、治療者評価尺度.	臨床精神医学	39 増刊号	839-850	2010
藤澤大介、宗未来	今日の精神科治療ガイドライン－単極性うつ病の精神療法（心理社会療法）.	精神科治療学	25 増刊号	126-129	2010
藤澤大介，中川敦夫，田島美幸，佐渡充洋，菊地俊暁，射場麻帆，渡辺義信，山口洋介，舳松克代，衛藤理沙，花岡素美，吉村公雄，大野裕	. 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度（日本語版QIDS-SR）の開発.	ストレス科学	25(1)	43-52	2010

藤澤大介，菊地俊暁，佐渡充洋，中川敦夫，大野裕	認知療法の研修システム案.	認知療法研究	3	1-7	2010
藤澤大介	外来で実践できる認知行動療法.	精神科	16(6)	507-12	2010
藤澤大介，大野裕	精神科後期研修で何を学ぶか？－精神療法.	精神科	16 (4)	339-43	2010
藤澤大介	内科医にできる不安障害・うつ病の評価と治療—認知行動療法.	内科	105 (2)	263-8	2010
藤澤大介、内富庸介	精神科・わたしの診察手順－がん患者の抑うつ・不安.	臨床精神医学	40 (増刊号)	199-201	2011
藤澤大介	うつ状態にあるがん患者のこころのケアのすすめかた.	Medical Practice	28 (10)	1779-82	2011
藤澤大介	卵巣がん患者への心のケアに関する現状と展望.	がん看護	16 (6)	627-30	2011
藤澤大介	不眠の患者さんへの指導のポイント.	レジデントノート	13 (7)	1202-8	2011
藤澤大介、能野淳子	がん患者さんへの認知行動療法－レジリエンス向上にいかす症例の概念化と治療計画.	総合病院精神医学	24 (1)	10-17	2012
能野淳子、藤澤大介	がん領域における認知行動療法.	認知療法研究	5(2)	157-65	2012
藤澤大介	精神科専門療法の教育研修に関する取組み－認知行動療法.	精神神経学雑誌	114(第107回学術総会特別号)	14-20	2012
藤澤大介	がん患者に対する認知行動療法.	総合病院精神医学	23(3)	370-7	2012
中前貴、藤澤大介	プレゼンテーションの基本.	精神科治療学	28(1)	121-3	2013