

認知行動療法に特化した事象を検証するために行った過去のセッションからの副作用抽出から、各技法の使用によって出現し得る有害事象をまとめ、またエキスパートによる意見交換を行った。それに基づき、以下のような事象が挙げられた。

1. 治療導入時の心理教育を行う際、患者の体験に沿った説明を行わないために、患者が治療に対する拒否感を抱いた
2. 症例を概念化した際、誤った理解を患者に伝えることで、理解してもらえていないという不信感を抱き治療関係が悪化した
3. 行動活性化をする際に、行動を強いることで治療関係の悪化や、疲労の蓄積、集中力低下などの認知機能低下が出現した
4. 行動活性化を厳密な計画を立てずに行ったために、失敗体験となり抑うつや不安が悪化した
5. 認知再構成を行った際に、変化をさせられると理解し抵抗感を抱くことで治療関係が悪化した
6. 認知再構成を行う時に、過去の辛かった状況を想起させることで不安や抑うつが見られた
7. 誘導的質問法を用いて会話を進めていく際、治療者の望む答えを引き出そうとして質問を繰り返すことで、患者は焦燥し、治療関係も悪化した
8. スキーマを共有する際に、ネガティブな人間的特徴として患者がとらえることで悲嘆した
9. 問題解決技法を用いる際、問題に直面することで抑うつが悪化し、また問題を解決することを回避、さらに遁走した
10. 曝露技法を用いる際に、不安が惹起され回避行動がみられた
11. アサーションを行い、実際の場面で技法を用いた時に、患者自らの意見を言い過ぎてしまって対人関係が悪化した。
12. アジェンダを設定する際、治療者が一方的に設定することで患者が話したい内容とならず、不満を抱くことで治療関係が悪化した
13. 患者の話した内容をまとめてフィードバックする際、本人の意図することと異なった一方的な解釈をすることで治療関係が悪化し、治療が中断する結果となった

以上のように、多くは治療者の技術不足によって生じた有害事象と考えられ、不可避な事象や治療上必要な事象には乏しかった。

上記内容をエキスパートの意見交換に基づいて確認を行い、その際に各技法の問題点を挙げるのではなく、その結果として生じる事象に注目すべきであるとし、その事象を分類することが望ましいと議論がなされた。

上記の議論を踏まえて、添付資料のような評価

ツールの試作を作成した。特徴として、有害事象を気分症状、身体症状、認知機能の変化、行動上の変化、環境の変化、の5つに分類し、それぞれがどの技法によってもたらされたものかを検討し、その重症度ならびに治療における必要性や不可避性を検証できるようにした。

#### D. 考察

文献レビュー、過去のセッションからの情報抽出、エキスパートの意見集約により、認知行動療法の副作用を評価するツールを開発することができた。今後は本ツールを実際の臨床場面で用い、その有用性や実施可能性を検証する必要がある。

#### E. 研究発表

##### E1. 論文発表

1. Kubota K, Okazaki M, Dobashi A, Yamamoto M, Hashiguchi M, Horie A, Inagaki A, Kikuchi T, Mochizuki M. Temporal relationship between multiple drugs and multiple events in patient reports on adverse drug reactions: findings in a pilot study in Japan. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013 Oct;22(10):1134-7.
2. Kikuchi T, Suzuki T, Uchida H, Watanabe K, Mimura M. Association between antidepressant side effects and functional impairment in patients with major depressive disorders. *Psychiatry Res.* 2013 Nov 30;210(1):127-33.
3. うつ病の認知療法・認知行動療法：大野 裕，藤澤 大介，中川 敦夫，菊地 俊暁，佐渡 光洋：精神神経学雑誌(0033-2658)115 巻 5 号 Page539-546(2013.05)

##### E2. 学会発表

1. Making the Most of CBT in Challenging Patients: Using Exposure and Behavioral Activation to Enhance Treatment Progress : Asian Cognitive Behavior Therapy Conference 2013、2013年8月、東京（司会・コーディネーター）
2. シンポジウム：抗うつ薬の反応予測はどこまで可能か：第23回日本臨床精神神経薬理学会、2013年10月、沖縄
3. シンポジウム：精神療法のクオリティコントロールについて：第13回認知行動療法学会、2013年8月、東京（シンポジスト・座長・オーガナイザー）
4. シンポジウム：閾値下うつ病および軽症うつ病への認知療法・認知行動療法の活用の可能性：第10回日本うつ病学会、2013年7月、北九州（シンポジスト・司会）
5. 教育講演：改めて注目すべき向精神薬の副作用 update—抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬に焦点を当てて—、第109回日本精神神経学会総会、2013年5月、福岡

## 参考文献

1. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, Niederehe G, Thase ME, Lavori PW, Lebowitz BD *et al*: **Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report**. *Am J Psychiatry* 2006, **163**(11):1905-1917.
2. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Young PR, Haman KL, Freeman BB *et al*: **Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression**. *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(4):417-422.
3. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Gladis MM, Brown LL *et al*: **Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression**. *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(4):409-416.
4. Barlow DH: **Negative effects from psychological treatments: a perspective**. *Am Psychol* 2010, **65**(1):13-20.
5. Berk M, Parker G: **The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy**. *Aust N Z J Psychiatry* 2009, **43**(9):787-794.
6. Bonchek A: **What's broken with cognitive behavior therapy treatment of obsessive-compulsive disorder and how to fix it**. *Am J Psychother* 2009, **63**(1):69-86.
7. Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE: **Training implications of harmful effects of psychological treatments**. *Am Psychol* 2010, **65**(1):34-49.
8. Dimidjian S, Hollon SD: **How would we know if psychotherapy were harmful?** *Am Psychol* 2010, **65**(1):21-33.
9. Nutt DJ, Sharpe M: **Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy**. *J Psychopharmacol* 2008, **22**(1):3-6.
10. Pence SL, Jr., Sulkowski ML, Jordan C, Storch EA: **When exposures go wrong: troubleshooting guidelines for managing difficult scenarios that arise in exposure-based treatment for obsessive-compulsive disorder**. *Am J Psychother* 2010, **64**(1):39-53.
11. Roback HB: **Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention, and research directions**. *J Psychother Pract Res* 2000, **9**(3):113-122.
12. Linden M: **How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions**. *Clin Psychol Psychother* 2013, **20**(4):286-296.

## 副作用評価

### 1. 副作用の有無

17%

現在認知行動療法を実施中の患者様に副作用が生じたかどうかを確認していきます。ご回答につきどうぞよろしくお願いいたします。

**\*1. 評価者のお名前をご記入ください**

**\*2. 患者様のお名前もしくはIDをご記入ください**

**\*3. 現在治療中の患者様に、何らかの有害事象が生じたか？**

(\*ここでいう有害事象とは、治療との関係の有無は別として、患者様の気分や身体、行動、認知機能、環境などの悪化が見られた場合を指します。)

- はい
- いいえ
- その他(具体的に)

### 2. 有害事象 気分症状

33%

患者様に有害事象が見られたと回答された方に質問です。

**\*4. 気分の症状(抑うつや不安、イライラ、焦燥感など、感情面の症状)が悪化しましたか？**

- はい
- いいえ
- その他(具体的に)

**5. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？**

6. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

7. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他 (具体的に)

8. それは次のうちどれに当てはまりますか？

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他 (具体的に)

3. 有害事象 身体症状について

\*9. 身体の症状 (頭痛などの痛みや倦怠感、胃腸症状、神経症状、睡眠、食欲などのからだの症状) が悪化しましたか？

- はい
- いいえ
- その他 (具体的に)

10. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

11. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

12. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他 (具体的に)

13. それは次のうちどれに当てはまりますか？

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他 (具体的に)

#### 4. 有害事象 行動

67%

\* 14. 行動面での変化（回避行動や、暴力や違法薬物の使用、暴飲暴食、脱抑制による行為、遁走などの問題行動）は見られましたか？

- はい
- いいえ
- その他 (具体的に)

15. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

16. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

17. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法

アサーション

曝露技法

その他(具体的に)

18. それは次のうちどれに当てはまりますか？

避けられない事象だった

治療上必要な事象だった

治療者の技量不足により生じた事象だった

その他(具体的に)

## 5. 有害事象 認知機能

83%

\*19. 認知機能の変化(集中力の低下や健忘、解離、思考制止などの認知機能の悪化)は見られましたか？

はい

いいえ

その他(具体的に)

20. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

21. それはどの程度の症状でしたか？

軽症で、ほとんど問題はなかった

中等度で、苦痛をともなった

重症で、何かしらの対応が必要だった

とても重症で、何らかの悪い影響が持続した

きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

22. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？

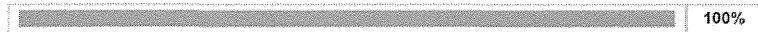
- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他 (具体的に)

23. それは次のうちどれに当てはまりますか？

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他 (具体的に)

## 6. 有害事象 環境



\* 24. 環境面の変化 (家族や職場における人間関係の悪化や、職や学業など社会的立場の喪失、治療関係の悪化なども含む) は見られましたか？

- はい
- いいえ
- その他 (具体的に)



25. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

26. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

27. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他 (具体的に)

28. それは次のうちどれに当てはまりますか？

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他 (具体的に)

前へ

完了

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）  
分担研究報告書

心理職への個人認知行動療法教育の留意点  
－臨床心理士養成課程に着目して－

研究分担者 中野有美 梶山女学園大学人間関係学部心理学科 准教授

研究要旨

心理的支援の方法として認知行動療法の価値が認められ普及が進む中で、心理職の最上級とされる臨床心理士の分野において認知行動療法はそれほど急速な広まりを見せていない。その理由の一つとして、我が国の臨床心理士の養成カリキュラムを決定し資格を認定している側が、臨床心理士の専門性を発揮する場所として、医療現場をその職域の一部にすぎない、という捉え方をしているという点に着目した。臨床心理士をはじめとする心理職に認知行動療法が普及し、真に実践的な力が発揮されるようになるには、その養成課程で医療現場に心理職が積極的に参入していくことの重要性を心理職側が認識することが、まず重要である。

A. 研究目的

医療現場での心理的支援として認知行動療法 (cognitive behavioral therapy; CBT) を用いることが日常茶飯事になる時代が近づきつつある。しかし、心理的支援を生業とする臨床心理士の間には、それほどその価値や技術が広まっていないのが現状である。考えられる原因と解決方法について探求することを目的とした。

B. 研究方法

本稿では、臨床心理士の養成課程に着目し、まず、日本の状況を客観的に把握するために、比較対象として、米国で臨床心理士になるために受ける教育システムとその中での CBT 教育の状況について調査した。次に、我が国で臨床心理士の養成カリキュラムを決定し資格を認定している日本臨床心理士資格認定協会の理念や方針を中心に日本の状況について調査し、その結果をもとに心理職への CBT 普及の道を考察した。

C. 研究結果

1. 米国における臨床心理士養成課程

米国で clinical psychologist になるには、日本と同様、大学院まで進学することが必須となる。学部では心理学を専攻する者が多いが必須ではない。大学院生を積極的に受け入れている大学の場合、臨床心理学を目指す熱心な学部生は、心理的支援法の研究をしている研究室のリサーチ・アシスタントとして、その部屋に出入りし、治療の見学をするなどして実際の臨床現場を体感する機会も、まれならずある。また、米国は日本に比べて学生のボランティア活動が盛んであり、熱心な学生は、

月単位の期間で精神疾患に関するボランティア活動に参加するなどして見聞を広めることも容易に叶うようである。そして、重要な点は、これらの経験が、大学院入試の合否判定に大きくかわるといえる点である。

clinical psychologist になるための大学院は、研究が中心の PhD (Doctor of Philosophy) コースと、臨床が中心の PsyD (Doctor of Psychology) コースがあり、PhD コースは更に Clinical science model と Scientist-Practitioner mode に分かれる。いずれも博士課程で、卒業するのに最低 5-6 年必要である。臨床プログラムに関しては、各大学によって様々だが、トップクラスの大学院 (UCLA 等) の多くはキャンパス内に精神疾患の様々な患者を診るクリニックを併設している。大学院生の臨床教育は、大学教授らが supervisor となり 1 対 1 で行ういわゆる supervised training がメインである。この時期は、supervisor の専門性により、基本的に様々な心理的支援法を学ぶことが目的となる。そして最後の 1 年は internship と呼ばれ、1 人で臨床を行うことのできる臨床心理士になることを目標としてプログラムが組まれている。この 1 年間で supervisor と大学院生との個人プログラムの他に、様々なセミナー、ケース会議、ワークショップなどに参加することが必要で、大学院生は平均 1500 時間/年を費やして様々な心理的支援法を肌で感じ実践する。大学院卒業後の次の 1 年は、postdoctoral fellowship と呼ばれ、個人が志す臨床心理士像に合うような supervision と参加するセミナー等を選び、やはり平均 1500 時間/年を臨床経験で費やす。これらを終えて、

初めて、clinical psychologist の資格試験を受ける資格が得られる。資格は公的なもので、試験の方法や合格基準は州単位で定められている。米国の精神科医養成のレジデンシープログラムのように、研修期間中に身につけなければならない必須の心理的支援法が定められているわけではなく、また、大学によって差はあるものの、今日では、CBT は、学部や大学院での心理的支援法に関する講義としても、internship や postdoctoral fellowship の 2 年間で学ぶ心理的支援法としても主要なものひとつとなっている。

2. 現在の日本における臨床心理士養成課程  
現在、わが国の心理職において最上級とされる資格は臨床心理士と呼ばれる。日本における臨床心理士に対する教育養成システムがどのようなかを簡単にまとめてみたい。  
臨床心理士になるには、日本臨床心理士資格認定協会が実施する資格試験に合格する必要がある。免許第 1 号の公布は 1988 年であった。1996 年には資格審査規定が改正され、協会の指定を受けた臨床心理士養成に関する大学院修士課程の修了が必須となった。2012 年度の合格者を含めると、累計 26,329 名に免許交付がなされている。なお、臨床心理士養成のための指定大学院は、2013 年 8 月現在で全国で 162 校に及ぶ。  
日本で臨床心理士になるには、米国と同じように心理学部を必ずしも卒業する必要はなく、修士課程の 2 年間で修士論文を仕上げながら、心理学、査定、面接などの講義や演習を受け、大学付属の心理相談室や大学院から委嘱された関連施設で実習する。実習先で、通所者、相談者を単に見学しているだけの時間も含めれば、2 年間のあいだに、生の対象に接する機会は 500 時間にはなるであろうか。しかし、実習先は医療機関であるとは限らず、様々な施設や一般的な小中学校やなども含まれており、また、たとえ医療機関へ実習に出たとしても、そこで病院を受診する患者を本格的に担当し、本格的な指導を受ける、という学習体験は、まず得られないといってよいだろう。  
ここで、日本の臨床心理士の養成システムを、米国のそれと比べて、まず圧倒的にいえることは、資格認定を受けるまでの日本の臨床心理士に課された臨床経験、受ける臨床指導が圧倒的に少ないということである。

3. 医療機関が遠い存在であること  
日本臨床心理士資格認定協会の専務理事を務める大塚義孝氏は、臨床心理士の専門業務として、次の 4 つ、すなわち、1. 心理査定、2. 心理面接、3. 心理的地域援助、4. 調査・研究・発表、を挙げている。1 については、査定を医療モードで行う“診断”と区別する観点を大切にし、例えば、学校に行きたくない子どもに医療機関で“う

つ病”という“診断”がついた場合、なぜその子供が学校へ行きたくないか、その子供の立場から現象を理解することが“査定”である、と説明している。2 については、心理臨床の中核的行為であるとしており、臨床心理士が相談者に関わり影響を与え、改善効果をもたらす行為である、と説明し、それは、医学モードでの“治療”に相当するものであるとしている。3 については、その代表的活動として 1995 年から文部省の委託事業として始まった“スクールカウンセラー”の派遣を、4 については、相談者への関わりをまとめた詳細な事例研究を挙げている。

資格認定協会は、このように専門業務の根幹を、臨床心理士がかかわることで相談者に“改善”をもたらすことであるとしながらも、該当する職域として、教育、福祉、医療、司法、産業と幅広く挙げており、具体的な支援活動として、スクールカウンセラー、子育て支援、高齢者支援、犯罪被害者等支援、個人開業を通じた支援などがあるとしている。この説明からも分かるように、何らかのこころの“改善”を目指しながら、疾患の治療、体調不良の改善を本来の目的としている医療や病院臨床は、いくつかある職域の一つに過ぎないといったとらえ方をしており、医療機関で、医療臨床レベルの相談者への関与を積極的に進めるといった発想が希薄であることがうかがわれる。

実際、日本の臨床心理士は、様々な歴史や経験から、心情的に医師の指示のもとで臨床をすることを快く思っていない者も少なくないようだ。しかし、医療臨床レベルの相談者を前にした時、それに責任を持てるだけの経験や技術が伴わなければ、実際には精神科医など責任者のいる医療機関で医師の指示と責任のもとで治療を実施せざるを得ない、ということになる。そして、多くの臨床心理士に、医療臨床レベルの相談者に責任をもつだけの経験や技術が伴わない理由として、臨床心理士の教育・養成プロセスで、割り当てられた臨床教育の質と量が圧倒的に不十分なことと、そのような環境の中で教育を受け大学の教授職に就いた臨床心理士が、新たに養成課程に入った大学院生の臨床指導に当たる以外のシステムが整備されていない、という 2 点が挙げられる。これらの点が、心理学部の教育カリキュラムは米国と大差はないにも関わらず、養成課程で臨床心理士の治療者としてのレベルに大幅な遅れと個人差が生じさせてしまう原因になっている。

以上より、臨床心理士が、現在の日本の医療機関を訪れるレベルの問題を抱えた相談者を扱うことができるようになるには、医師や看護師その他の医療関係者と同様、医療機関の仕事に携わることが積極的に勧めることが問題解決の近道であることは、第 3 者から見れば明らかなことであり、

逆に、そのレベルの相談者を扱うことができるようになることを目指せば、自ずと、医療臨床研修に費やす時間が増えることになるであろう。そして、医療機関との連携、参入を積極的に進めることに気乗りがしないのであれば、臨床レベルの相談者については、彼らを相談業務の対象とすることをあきらめて、臨床レベルの手前の相談者を対象とし、相談者が臨床レベルと判断された場合に速やかに適切な医療機関を紹介することができる、といった判断力を養う教育と、紹介業務に精通することで医療機関との連携を考えることが一つの道であると考えられる。

#### 4. 医療機関で親和性の高い CBT

一方で、日本では、この数年、医療現場を中心に、CBT による心理的支援の波が急速に広がりつつある。CBT という心理的支援法は、もちろん、認知と行動の観点から相談者の問題を浮き彫りにするのだが、疾患毎、症状毎、問題毎に、どこに強調点を置くとより改善が進むか、というように支援のあり方を模索しながら発展を遂げてきた。すなわち、精神科医療関係者が常日頃おこなっている患者の見立て（診断）や治療方針の組み立てと根本的に類似しており精神科医療と親和性が強いといえる。

さらに、CBT の性質についてももう一步踏み込んで考えると、資格認定協会が、医学モードでの“診断”や“治療”と差異をつけようとしている“査定”や“面接”は、それぞれにほとんど差がなくなってくる事に気が付く。すなわち、CBT は、医学モードから判断した診断や症状について、それらがその疾患や症状を抱えた患者にとってどのような意味があるのかという質的な共通項について調査研究して得られた知見を利用しながら、そこに、目の前の相談者の個性を加え、彼/彼女が、毎日の生活の中で主観的に陥っている悪循環を浮き彫りにし、その悪循環を解除することをターゲットにして、相談者のペースに合わせてながら、症状緩和、疾患の改善に向けて進んでいくものだからである。

#### D. 結論

心理的支援を本格的に学ぶことを志し、それを職業的専門としている者であれば、是非、CBT を用いて医療臨床レベルの相談者の悩み、症状を緩和、改善できるほどの経験と技術を持つことを目指し、心理的に問題を抱えている相談者への支援の量と質を、近隣領域を専門としている医療従事者、すなわち、医師、看護師、社会福祉士、作業療法士、言語聴覚士などと力を合わせてベースアップ、レベルアップしていくことに貢献すべきである。

一方で、これらの努力、貢献をしたとしても、臨

床心理士の職域が医療に限定されてしまうわけではもちろんない。難しい問題や症状を抱えた相談者への心理的支援の技術をもてば、その他の職域、一それぞれに特徴的な問題の在り方はあるだろうけれども、どちらかといえば相談者の抱えている問題が比較的解決しやすいものである職域一への転向は、その逆向きの転向に比べれば、十分可能であることは言うまでもない。そして、CBT は、医療臨床レベルまでには至っていない悩める相談者に対しても、非常に有用であることが経験上からも調査研究レベルからも明らかにされつつあり、支援の技術として CBT を選んだ場合、医療以外の職域でもおおいに活用できるのである。

ここで、日本の臨床心理士の中に CBT が普及する、すなわち、臨床心理士自身が提供する心理支援として進んで CBT を用いるようになるための、一つの方略が浮かび上がってくる。それは、臨床心理士が、現在の日本の医療システムに積極的に参入することによって、

- 医療臨床レベルの相談者に多く接し臨床経験を深める
  - 医療現場でさかんに行われている、CBT を学び医療現場で実践して経験を積む
- ということである。

養成大学院のカリキュラムには、現在のところ、必須の心理的支援法は指定されていない。しかし、CBT がこの 10 年間で急速に価値が認められ使われるようになったことに伴い、養成大学院そのものが先見の明を持つ場合、もしくは、時代の流れを把握している熱心な大学院生らに後押しされて、大学院生がそれらを修士課程で学べるように、配慮し始めている大学院は確実に増えている。この動きが、実際に現場で出会う相談者への質の良い支援につながっていくことを願ってやまない。

#### E. 謝辞

本調査に当たり、関東圏、中部圏の臨床心理士養成大学院で教鞭をとる先生方、並びに米国の clinical psychologist を目指す大学院生の皆さんに貴重な意見を頂きました。ここに深く感謝の意を表し、ますますの発展とご活躍をお祈り申し上げます。

#### F. 研究発表

##### F1. 論文発表

1. Furukawa TA, Nakano Y, Funayama T, Ogawa S, Ietsugu T, Noda Y, Chen J, Watanabe N & Akechi T (2013) Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in

- routine clinical practices. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 139-147.
2. Kawaguchi A, Watanabe N, Nakano Y, Ogawa S, Suzuki M, Kondo M, Furukawa TA & Akechi T (2013) Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 267-275.
  3. Funayama T, Furukawa TA, Nakano Y, Noda Y, Ogawa S, Watanabe N, Chen J & Noguchi Y (2013) In-situation safety behaviors among patients with panic disorder: descriptive and correlational study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 332-339.
  4. Nakano Y, Akechi T, Furukawa TA & Sugiura-Ogasawara M (2013) Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 37-43.
  5. 精神療法の理論と技法の発展と時代精神の変化 認知療法 精神療法 Vol 39, No2, 219-225, 2013
- F2. 学会発表
1. 中野有美、認知行動療法教育研究会、大野裕 ころのスキルアップ教育 ～心理学科に所属する大学生への試み～, 日本認知療法学会 2013.8.23-25
  2. 吉川 愛里、中野有美、認知行動療法教育研究会中学生のレジリエンス、情緒の安定に対する「ころのスキルアップ教育」の有用性, 日本認知療法学会 2013.8.23-25

#### 参考文献

1. 新・臨床心理士になるために 平成25年度版 公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会 監修 誠信書房 2013.
2. Graduate Program in Psychology Handbook 2013-2014, UCLA, <http://www.psych.ucla.edu/graduate/current-students/academics/handbook/handbook-2013-2014/Handbook2013-14WEB.pdf/view>

厚生労働科学研究費補助金（障害者対総合研究事業）

分担研究報告書

看護師・精神保健福祉士等の職種の個人認知療法・認知行動療法の方法論の開発：  
海外の研修をわが国に応用するための方法論の検証と看護職への教育の留意点と方法論の開発

研究分担者 堀越 勝

国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研修指導部長

研究協力者 大江悠樹

国立精神・神経医療研究センター 流動研究員

研究要旨

本分担研究は、看護師が CBT を医療現場で実施する際に必要な環境的、技術的な必要について検証するとともに、看護師が CBT を習得するために必要なシステムの構築や訓練資材の作成などを目的としている。本年度は予備調査として、全国の精神科看護師とその他の診療科の看護師、合わせて 1840 名にアンケート調査を実施し、看護師が CBT を実施する際の障害についての情報を収集した。その結果、看護師が CBT を実施ある際に障害となるのは以下の 6 点であることが判明した。それらは、①訓練の充実、②周囲の理解、③人員と場所の確保、④介入側と被介入側の時間の確保、⑤費用（患者側、及び介入側の費用）、⑥資格と責任である。

<A. 研究目的>

近年、我が国では、うつ病患者数が 100 万人を突破するなど、精神的な問題が社会的な関心事となってきている。そして、うつ病と関連した問題、たとえばうつ病による自殺や休職などへの国家的な介入が急務となっている。そうした中で、2011 年には厚生労働省は地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた従来の四大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に、急増するうつ病を含む精神疾患を加えて「五大疾病」とする方針を定めた。その前年には、認知行動療法（CBT）の保険点数化が実現し、うつ病への介入法として薬物療法以外に CBT が用いられるための土台が構築されてきている。しかし、薬物療法とは異なり、精神療法には有効な分量の定まった「ピル」が

ある訳ではないため、CBT を満足に実施するためには、まず CBT の研修を受けることと指導を受けながら十分な臨床訓練を受けるしか方法はない。厚労省は、2010 年以降、医師を対象にした CBT の研修を、委託事業として展開してきた。その研修事業では、スーパービジョンを含んだ丁寧な CBT の訓練を実施しており、これまでにない画期的な試みであると評価される反面、時間がかかること、また受講者への負担などに問題点も挙げられている。提供される CBT の質を担保するためにはこうした研修が必要不可欠だと思われる反面、現在国が抱えているニーズに沿った数の CBT セラピストを産出することは困難であると言わざるをえない。研修事業では、現時点で 29 名の CBT スーパーバイザー（主に医師）を任命

し、年間 60 名以上の医師に対して面談毎のスーパービジョンを含めた CBT 研修を実施してきている。また、その他の医療従事者に対する CBT 教育や一般に対する啓蒙的な CBT 研修も実施してきており、徐々にではあるが、医療現場に間違いなく CBT が浸透してきている。しかし、前述のように、どうしても医師のみによる CBT では扱える患者の数に限りがあるのも事実である。結果的に医師以外専門職による CBT を、より多くのうつ患者に対して提供する方法を考案する必要があると考える。その解決策の一つとして考えられるのが、コ・メディカルによる CBT の提供を医療現場で実現することである。

しかしながら、コ・メディカルが CBT を行うには、様々な面から調整する必要がある。まず、(1) 医療行為を実施した時の責任問題が挙げられる。我が国の医療システムでは、医師が最終的な責任者となることから、医師以外が実施した CBT に伴う有害事象などに対する責任の取り扱い方について検討する必要がある。(2) 医師以外の専門職が、CBT を実施する際の技能的な質をどのように担保するか。(3) 既存の専門職のどれかが CBT を提供することが出来ように定めるか、そうでない場合には CBT 実施可能者に対して CBT 実施可能者であることを認定する仕組みを作ることとその認定の管理方法などについて制度化する必要があるのではないかなどである。

本分担研究班では、CBT を実施する可能性の高いコ・メディカルの中でも特に看護師に焦点を当て、看護師が CBT を医療現場で実施する際に必要な環境的、技術的な必要について検証するとともに、看護師が CBT を習得するために必要なシステムの構築や訓練資料の作成などを目指している。

## <B. 研究方法>

25 年度は、まず看護師の CBT に対する意識調査を実施することとした。2 段階の予備調査を実施し、看護師が CBT を実施する際に満たされるべき環境的な必要などを浮き彫りにすること目的とした。

### ●予備調査①

研究計画：CBT に精通した専門看護師、臨床心理士、医師から構成された専門家グループによりたたき台としての質問項目と自由記述の質問項目を合わせた質問紙を作成し、その質問紙を用いて精神科看護師およびその他の診療科に属する看護師を対象に CBT を実施する際に必要となる事柄についてのアンケート調査を実施する。回収した質問紙の結果を検証するとともに、KJ法を用いて看護師の CBT 実施に関わる障害に関して暫定的に幾つかの因子を特定する。

### ●予備調査②

研究計画：予備調査①の結果から判明した幾つかの障害に対する質問項目を設け、新たな質問紙を作成し、その質問紙を用いて全国の看護師に対してアンケート調査を実施する。調査会社を通して、全国の看護師に予備調査を実施し、CBT に対する看護師の立ち位置、また看護師が CBT を実施する際に直面する問題点などを明らかにする。

倫理的な配慮：本研究の対象者は患者ではなく看護師であり、本年度は予備調査として協力を依頼して同意を得ること、また、無記名で本人を特定できないという点で配慮した。

## <C. 研究結果>

予備調査①の結果：予備調査①では、精神科看護師のサンプルとして、国立精神・神経医療研究センターの看護師24名、その他の診療科の看護師のサンプルとしては刈谷豊田総合病院の看護師60名が参加しアンケート記入を行った。回収した質問紙から、看護師のCBT実施を妨げる要因として、以下の6つの事柄が関与していることが明らかになった。①訓練の充実、②周囲の理解、③人員と場所の確保、④介入側と被介入側の時間の確保、⑤費用(患者側、及び介入側の費用)、⑥資格と責任である。

### 予備調査②の結果：

調査会社に依頼し全国の看護師(N=1840)から回答を得た。看護師の属する診療科は精神科、心療内科、内科、外科、小児科、産婦人科、リハビリテーション科、緩和医療科、老年科、その他の10の診療科であった。現在、解析作業が進行中であるため、本報告書では記述統計を幾つか示すにとどめる。

今回の調査で使用された看護CBT障害尺度(仮)全43項目についてクロンバックの $\alpha$ 係数を算出したところ、 $\alpha=.98$ であった。また、予備調査①でKJ法などにより作成された各下位尺度案についてもクロンバックの $\alpha$ 係数を算出したところ、次の通りであった。「訓練の充実」では $\alpha=.93$ 、「周囲の理解」では $\alpha=.90$ 、「人員と場所の確保」では $\alpha=.86$ 、「介入側と被介入側の時間の確保」では $\alpha=.91$ 、「費用」では $\alpha=.90$ 、「資格と責任」では $\alpha=.88$ であった。これらの結果から、今回使用された看護CBT障害尺度は高い信頼性があることが示された。

## <精神科看護師と他科の看護師の比較>

今回の対象のうち、精神科看護師は160名、それ以外の科の看護師は1490名であった。精神科看護師とそれ以外の科の看護師について、CBTがどれほど身近にあるかを記述統計の結果について概観すると、次のようなことが分かった

1. 精神科看護師の約65%がCBTとは何かを知っていた一方、それ以外の科の看護師でCBTとは何か知っていた者は20%以下であった。
2. これまでにCBTを実際に行ったことがある者は、精神科では20%程度、それ以外の科では5%以下であった。
3. 現在もCBTを行っている者は、精神科で20%弱、それ以外の科では5%以下であった。
4. これまでにCBTのトレーニングを受けたことがある者は精神科で30%弱、それ以外の科では6%程度であった。
5. CBTに関する専門書を読んだことがあるのは、精神科で47%程度、それ以外の科では12%程度であった。
6. CBTに関する専門書を持っている者は、精神科でも18%程度、それ以外の科では5%程度であった。
7. 職場にCBTに関する専門書が置いてあったのは、精神科でも50%強、それ以外の科では10%程度であった。

以上の事から、精神科に限ってみれば看護師におけるCBTの認知度は比較的高いという結果が示された。しかし、それでもまだ十分な値ではないかもしれない。また、CBTを実施した経験のある看護師は非常に少ない。こ



れには CBT のトレーニングや講習を受けた経験の少なさが影響している可能性があるが、こうしたトレーニングや講習の受講率が低くなる原因も含め、看護師が CBT を実施する上で障害となる要因の特定と対策が必要であると考えられる。また、精神科でさえも認知行動療法に関する専門書が用意されている施設は半数程度であるという結果から、看護師が CBT に触れる機会はまだまだ少ないと推察される。

#### <CBT に対する興味や自信>

・精神科看護師とそれ以外の科の看護師について、CBT や基本的なコミュニケーションスキルに対する興味や自信について記述統計の結果を概観したところ、次のようなことが分かった。

1. CBT への興味や CBT のトレーニングを受けたいという意欲については、精神科で 70%程度、それ以外の科でも 60%強の者が「どちらかといえばあてはまる」以上であると回答した。
2. 一方で、CBT を実施する意欲について聞かれると「どちらかといえばあてはまる」以上の回答の割合は 10%程度減少した。
3. 基本的な看護技術への自信は、精神科以外の看護師の方がやや高く、60%強が「どちらかといえばあてはまる」以上と回答した。一方、精神科では同様の回答の割合は 55%程度であった。
4. 基本的なコミュニケーションスキルの自信については、精神科看護師の方がわずかに高かった。両者とも 60%強が「どちらかといえばあてはまる」以上と回答した。
5. 基本的なコミュニケーションスキルのト

レーニングを受けたいという意欲については、精神科看護師の方がわずかに高かった。両者とも 70%程度の人が「どちらかといえばあてはまる」以上と回答した。また、精神科看護師では「あてはまる」「とてもあてはまる」と回答した者の割合が、合わせて 45%程度おり、これはその他の科の看護師より 10%程度高かった。

これらの結果から、看護師は CBT に興味を持ち、トレーニングを受けてみたいと考えているものの、実際に CBT を実施する事に関してはややためらいがちである傾向があることが明らかとなった。また、精神科看護師の方が基本的なコミュニケーションのトレーニングに対するニーズをより強く感じていることが示された。

#### <CBT を実施する際に障害となるもの>

・CBT について知っていると答えた看護師は 405 名であり、全体 (N=1650) の 24.55%と約 4 分の 1 に過ぎなかった。CBT の知識あり群と知識なし群について、看護 CBT 障害尺度 (仮) の基礎統計量を算出した。知識なし群の方が、わずかに各項目をより障害が大きいと評価する傾向にあった。

看護 CBT 障害尺度 (仮) の各質問項目の中央値はいずれも 4 ないし 5 であり、今回たずねた項目はいずれも看護師が CBT を実施しようとするうえでの障害になっていることが明らかになった (得点範囲は 1~6、点数が高いほど障害であると認識していることを示す)。

「新たに認知行動療法 (CBT) 業務を追加するには看護師の人数が足りていないと思う」「認知行動療法 (CBT) を行うだけのスタッフが足りていないと思う」という二つの質問に対す

る回答の平均値が 4.73 と最も高かった。このことから、CBT について知っているという看護師が CBT を実施する上で最も問題であると考えているのは、スタッフの人数不足であることが示された。

・CBT について知っている群（知識あり群、N=405）と CBT について知らない群（知識なし群、N=1245）について認知行動療法や基本的なコミュニケーションスキルに対する興味・意欲に差があるかを検討した。対応のない t 検定の結果、知識あり群の方が有意に CBT に興味があり ( $t(1648)=12.01, p<.001$ )、CBT を実施する意欲が高く ( $t(1648)=7.07, p<.001$ )、CBT のトレーニングを受ける意欲も高く ( $t(1648)=9.84, p<.001$ )、基本的な看護技術に自信を持っており ( $t(1648)=3.74, p<.001$ )、基本的なコミュニケーションスキルに自信を持っているが ( $t(1648)=3.75, p<.001$ )、一方で基本的なコミュニケーションスキルの訓練を受けたいという意欲も知識あり群の方が有意に高かった ( $t(1648)=6.71, p<.001$ )。

### <C. 考察>

本分担研究班で実施した予備調査 2 つの結果から、以下の幾つかの点が明らかになった。精神科看護師はその他の看護師に比べ CBT に感心を持ち、CBT を習得するための意欲も高い。しかし、看護師全体を眺めてみると、CBT に対する関心度はそれほど高くはないと言わざるを得ない。①訓練の充実、②周囲の理解、③人員と場所の確保、④介入側と被介入側の時間の確保、⑤費用(患者側、及び介入側の費用)、⑥資格と責任の 6 分野について、看護師が CBT を実施するためには準備が必要となる。また、看護師全体に対して CBT を普及するよ

りも、特定の看護師にターゲットを絞り、CBT の訓練を施す方が現実的だと言えるのではないだろうか。看護全体を見据えた CBT のための環境整備にはかなりの時間と労力が必要となることは明らかである。しかし、現在、看護師の中には、保健師や助産師の様に既に特別な訓練を受け、特殊な技能と権利を持つ看護師が存在する。例えば、助産師は医師と組んで、または単独で助産師外来を実施したり、開業することが出来、30分から60分の個人面接を実施したり、エコーを使ったりすることなども許されている。たとえば、この助産師をモデルに、特別に CBT 訓練を受け、実施可能と認められた看護師に CBT 業務を託す、または、医療の中に助産師のような独立した職を設け、看護師を含めたコ・メディカルの中で十分な CBT 訓練を受けた専門職をその職に任命するなどの方法が出来るのではないかと考えられる。

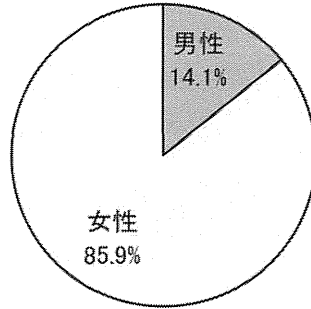
### 今後の課題：

来年度以降については、25年度に実施した予備調査の結果を踏まえて、看護師が CBT を実施するための枠組みを検討するなどと共に、看護の CBT 研修の雛形や研修資材の開発をし、効果の検証を実施したいと思う。

付録

性別

(n=1840)



年齢

(n=1840)

